



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL



CONTENIDO DEL TRABAJO Y ESTRÉS LABORAL: ¿RIESGO Y PROFESIONALIDAD PARA LA SALUD DE LAS ENFERMERAS?

Autor:

Lic. Enf. Celia María Cocco Soto

Tutor:

Prof. Em. Lic. Enf. Alma Carrasco

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2004

RESUMEN

El propósito del estudio fue conocer si existe relación entre el contenido del trabajo de Enfermería Profesional, la presencia de estrés laboral y sus efectos en la salud mental de las licenciadas del Hospital Regional Salto (HRS) del Ministerio de Salud Pública.

En Salto-Uruguay no hay estudios que den cuenta de esta problemática en Instituciones públicas y/o privadas, realizándose esta investigación en una institución pública, años 2003/04.

De la revisión bibliográfica surge que en países con diferentes sistemas económicos y sociales, con CYMAT muy disímiles, aparece significativamente el estrés laboral en el personal de enfermería con más frecuencia que en otros profesionales.

La singularidad del contenido del trabajo de enfermería profesional, sus características y cualidades serían factores condicionantes para que se produzca el estrés laboral.

Las variables de estudio fueron enfermería profesional, contenido del trabajo de enfermería profesional y estrés laboral.

Se realizó un estudio cuantitativo y cualitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal. La muestra por conveniencia fueron 26 licenciadas titulares y/o contratadas de 2º Nivel de Atención en su mayoría (23) y de 1º Nivel solamente 3. La recolección de datos se efectuó a través de un instrumento que incluía: variables socio-demográficas, económicas, laborales y profesionales; Cuestionarios de GHQ-28, STAI Ansiedad Estado/Rasgo, de Identificación de Estresores y cuatro Preguntas Abiertas, todos autoadministrados.

Los datos se procesaron mediante el SPSS, realizándose un análisis univariado y bivariado utilizando diversos estadísticos. Para las Preguntas Abiertas se establecieron categorías para su análisis.

De los resultados se destaca que para la asignación al servicio, casi en su totalidad, primaron las necesidades de la Institución y la experiencia frente a la capacitación, el 84,6% tienen otro trabajo y es en el área asistencial en un 54,5%; según el GHQ-28 el 38,5% presentó elementos de probable y malestar psíquico. Se comprobó asociación entre poseer otro trabajo y GHQ. Los doce estresores que presentaron medias más altas están relacionados a los cuidados, a la carga de trabajo y autonomía personal y profesional, lo que coincidió con resultados de algunos de los estudios de la revisión bibliográfica.

La problemática de la vida laboral se evidencia en los hallazgos que caracterizan el grado de estrés laboral que produce la sobre exigencia, pudiendo dar lugar a repercusiones biopsico-sociales en el trabajador.

Las cargas de trabajo excesivas, las condiciones de trabajo inseguras y el apoyo inadecuado pueden considerarse formas de violencia incompatibles con un ejercicio de la profesión que promueva, proteja, recupere y rehabilite la salud del trabajador de la salud. El contenido del trabajo de enfermería que posee relevancia principal como factor estructurante y condicionante de su proceso laboral y es un factor de riesgo en su salud mental, tiene la potencialidad de transformarse, dada su dialéctica esencia, en capacidades y fortalezas, por la propia singularidad que posee.

Se reafirma la importancia que adquiere el proceso de trabajo en la génesis de la salud, en la calidad de vida y en la propia construcción científica y humana de la enfermería.

Palabras clave: Enfermería, Salud Laboral, Condiciones de Trabajo, Estrés laboral.

AGRADECIMIENTOS:

A todas las Licenciadas en Enfermería que participaron en el estudio por su compromiso y colaboración.

A Andrea Princisgh y Carlos Ustra por su incondicional y comprometido apoyo en el conocimiento, análisis, reflexión y por sobre todo, afectivo.

A Eduardo, que comprende y sustenta cada momento; compañero de todas las horas.

A mis hijos por su incondicional cariño, solidaridad y estímulo permanente.

A Nicolás y Federica que han sentido mis horas de ausencia.

A mis compañeros docentes de todos los días por su apoyo incondicional.

A Alma que me desafió permanentemente y acepta mis riesgos.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	8
1. SALUD	8
2. SALUD LABORAL.....	13
4. REVISIÓN DE INVESTIGACIONES	27
CAPÍTULO II. MARCO CONTEXTUAL.....	41
1. CONTEXTO DE ENFERMERÍA EN URUGUAY Y LA REGIÓN.....	41
2. CONTEXTO DE ENFERMERÍA EN SALTO.....	46
CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	53
CAPÍTULO V.	59
DISCUSIÓN.....	108
CONCLUSIONES.....	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
ANEXO N° 1 METODOLÓGICO.....	131
ANEXO N° 2. ÉTICO-LEGAL.....	140
ANEXO N° 3. RESULTADOS.....	141
.....	160

INTRODUCCIÓN

La preocupación y la necesidad de conocer científicamente las condiciones y medio ambiente de trabajo de enfermería profesional, específicamente sus condiciones, que constituyen un factor determinante en la calidad de vida de estos trabajadores de la salud, ha sido una de las motivaciones principales de la realización de este estudio en la ciudad de Salto, Uruguay.

Considerar la salud de la Licenciada en Enfermería como trabajadora y en tanto persona, si bien el tema se enmarca en lo que tradicionalmente se llama salud laboral; el concepto salud es cualitativamente superior al mismo y condicionaría y podría afectar todas las dimensiones de su vida: individual, familiar, social, cultural, económica, política y ética.

Conocer cuales son los factores psicosociales en su contexto laboral que podrían determinar que su actividad en el mismo no resultara generadora de satisfacción y afectara su salud. Pero tampoco reducir o simplificar al estudio de los factores de riesgo, sino intentar identificar a través del conocimiento de los factores estresantes o posiblemente generadores de estrés, para ayudar a construir una práctica preventiva, que se encamine a acciones participativas transformadoras de su salud. Considerando al proceso del trabajo como uno de los determinantes principales del proceso salud-enfermedad de los grupos humanos.

Teniendo en cuenta que el trabajo enfermero se desarrolla en un ámbito complejo, de relaciones de poder, inmerso en un modelo médico hegemónico y en situación de crisis, resultante de la implementación de políticas neoliberales en el sector salud. Que supone diversas dimensiones como el contexto en el que se insertan estas profesionales, el subsector público; el grupo estudiado y sus características socio-demográficas, económicas, profesionales y laborales; y dentro de las condiciones del trabajo, su contenido con sus cualidades singulares. A lo que se suma la carencia de recursos humanos, materiales y financieros que van a repercutir en la organización del trabajo, pudiendo generar una sobrecarga laboral sobre este personal de salud e insatisfacción en el usuario en cuanto la calidad de la atención brindada.

El tema se inscribe dentro de las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT), pero apunta a la especificidad del contenido del trabajo de enfermería profesional y su relación con la presencia de estrés laboral.

La selección del área temática tiene su origen en discusiones de grupos constituidos por licenciadas en enfermería provenientes de la docencia y del área asistencial, Salto y Montevideo, a partir de un intento de conformar un núcleo de investigación, al inicio del tronco común del Programa de Maestría en 1998. Reflexionando desde las prácticas cotidianas, surgió como idea fuerte para el núcleo, lo vinculado a la satisfacción en el ejercicio profesional y que se suponía, contribuiría como meta, al fortalecimiento de la identidad de la enfermería profesional a través de los cuidados dirigidos a los usuarios, familias y grupos poblacionales.

Además de la construcción grupal de lo que podría constituir un núcleo de investigación en el marco del desarrollo de la Maestría, se parte de cada uno de los roles que desempeñábamos como enfermeros, los marcos de referencia en el ejercicio profesional, ya sea en el área asistencial o en la docencia. Áreas que se articulan, confrontan, enfrentan y complementan en un juego dialéctico de construcción de la disciplina

enfermera, proceso en el cual la investigación conjunta es uno de los métodos más eficaces para acrecentar sus avances científicos.

En un intento de abordar los conflictos que conlleva la dicotomía entre “lo teórico y lo práctico” facilitando los puntos de disenso-encuentro, para promover una formación en enfermería adecuada a la realidad asistencial. Realidad que se debe conocer e investigar en una complementación docencia- asistencia – investigación para contribuir al logro del desarrollo científico disciplinar.

Favorecen la realización del estudio: el interés investigador, en torno a vacíos conocimiento en el medio; el desarrollo de la actividad docente en el interior del país, Salto, en el Programa de Licenciatura desconcentrado de la Facultad de Enfermería, en el Departamento de Enfermería en Salud Mental (ENSAME). En el marco de políticas descentralizadoras de la Universidad de la República (UDELAR) en la Regional Norte Sede Salto que constituye un polo de desarrollo universitario; pero fundamentalmente, en el marco líneas de investigación institucionales.

Se realizó una revisión bibliográfica, consulta a expertos y a informantes claves, se relacionaron los hallazgos de diferentes estudios existentes en el país con lo que se observaba en el medio; se tomaron en cuenta recomendaciones de una investigación realizada en Montevideo y Salto, donde surgió la necesidad de que la problemática del trabajo de enfermería continuara investigándose; y luego de muchas interrogantes, es que se define el problema de investigación. Como plantea Malvárez Silvina* es un problema para enfermería como profesión, el “mirarse a sí mismo”, ya que existe la dificultad para trascender y poner la mirada científica en quien es el objeto de cuidados y de estudio: los usuarios, sus familias y los grupos poblacionales; pero es ineludible transitar por este desarrollo histórico en el devenir científico de la disciplina. La problemática del estrés laboral profesional ha ameritado numerosos y diversos estudios en los últimos años. En su transcurrir histórico y desarrollo como disciplina hay numerosas investigaciones que se han ocupado del tema de la salud laboral del trabajador de enfermería, pero éstas no han sido suficientes para caracterizar cuanti - cualitativamente los problemas específicos que emergen de la relación entre el trabajo y la salud de estos trabajadores.

En el Uruguay desde 1974 se viene realizando por parte de enfermería y desde el ámbito académico investigaciones que estudian la salud laboral desde el impacto en su salud mental. Han sido investigaciones realizadas por la propia disciplina; en equipos interdisciplinarios e interinstitucionales: Facultad de Enfermería, Facultad de Derecho, Colegio de Enfermeras del Uruguay; con estudio simultáneos en Montevideo y en Salto. Es de destacar emprendimientos binacionales en el contexto del MERCOSUR, como de Argentina y Uruguay.

Si bien es una temática que ha sido profusamente estudiada, en la ciudad de Salto, Uruguay, donde se realizó el estudio en los años 2003- 2004, no se habían efectuado investigaciones que dieran cuenta de esta problemática en enfermería profesional, en instituciones públicas, como el Hospital Regional Salto del Ministerio de Salud Pública (MSP), que es donde se concentraban laboralmente el mayor número de Licenciados del Departamento.

* Lic. Enf. Magister en Salud Materno Infantil. Ex -Directora y Profesora Titular de Investigación en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Consultora O.P.S./O.M.S. Miembro del Panel de Expertos de la O.M.S./Ginebra. Asesora Regional de Desarrollo de RRHH de Enfermería y Técnicos en Salud. Programa Desarrollo RRHH OPS/OMS.2005

La investigación se presenta en dos capítulos; el primero refiere a los aspectos conceptuales del trabajo en cuanto salud, salud laboral y enfermería, integrando dentro de ésta, lo que tiene que ver con su contenido de trabajo específico, según el referente teórico seleccionado, así como lo referido a estrés y estrés laboral. Definiendo los conceptos del estudio y sus relaciones, para comprender como se integran en el conjunto del mismo. Así como una revisión de investigaciones, fundamentalmente de enfermeros españoles que han estudiado el tema; y lo de Uruguay que tiene sus antecedentes desde 1974, desde espacios académicos primordialmente, interdisciplinarios e interinstitucionales, así como binacionales (Argentina y Uruguay) y con publicaciones de libros y artículos en revistas.

El otro capítulo contiene aspectos contextuales de enfermería en Uruguay y en la Región, además de la ciudad de Salto para poder ubicarse en el propio contexto en el que se ha abordado el problema de investigación.

Se realizó un estudio cuantitativo y cualitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal. Sus resultados se exponen con los comentarios pertinentes.

Continúa con la discusión de los hallazgos en el marco de las investigaciones referentes al área de estudio, señalando la relación entre éstos y además con el marco conceptual. Se concluye con la presentación de los hallazgos y sugerencias más relevantes relacionados con el problema y los objetivos planteados que pudieran dar lugar a nuevas investigaciones, así como al abordaje de la problemática estudiada del contenido de trabajo de enfermería profesional para mejorar las condiciones de estos trabajadores de la salud.

Se señala que hubo gran motivación y aceptación de la población objeto de estudio, que se vio reflejado en la obtención del 100% de las respuestas de los instrumentos de recolección de datos.

Es importante resaltar que este estudio en el que se intenta conocer si existe relación entre el contenido del trabajo de enfermería profesional y la presencia de estrés laboral, además de los Cuestionarios y Escalas utilizados, es la primera vez que se aplica un Cuestionario de Identificación de Estresores para Enfermería Profesional, validado en España, por Daniel García Vázquez y otros autores en el año 2001.

Conocer científicamente la magnitud del problema en el grupo estudiado permitirá un abordaje del mismo con conocimiento de la realidad que posibilite un espacio colectivo de reflexión y construcción sobre la salud de los trabajadores de enfermería, así como la socialización de conocimientos de su área de trabajo y como esto repercute en su salud mental, orientada a una acción transformadora participativa en el mejoramiento de las condiciones de trabajo y su salud.

Una de las metas es promover la difusión y discusión del tema para generar etapas subsiguientes de seguimiento de la investigación, pero con carácter docente-asistencial como forma eficaz de garantizar un desarrollo profesional y disciplinario.

Pero fundamentalmente constituye en el marco del problema que se estudió en esta institución en particular, definir estrategias con el propio grupo de enfermería involucrado, que posibiliten el afrontamiento de las situaciones laborales generadoras de estrés, promoviendo el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la calidad de vida de las enfermeras como trabajadoras de la salud.

Significa un desafío ético que articula e integra el conocimiento científico con las prácticas laborales dirigido a la promoción y cuidado de la salud en el trabajo.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1. Salud

Considerar la salud de la Licenciadas en Enfermería como trabajadoras y en tanto personas es de relevancia principal, si bien el tema de estudio se enmarca en lo que tradicionalmente se llama salud laboral, el concepto salud es cualitativamente superior al mismo, condicionaría y podría afectar todas las dimensiones de su vida; individuales, familiares, laborales, sociales, culturales, económicas, políticas y éticas.

Si partimos de la relación trabajo - salud como uno de los factores determinantes principales del proceso salud - enfermedad, se debe explicitar el posicionamiento en este campo, tratando de delimitar el concepto salud, ubicando luego a la salud mental dentro de éste, para poder introducirnos en el área de la salud laboral.

Robert Pérez en una monografía 2000 ¹ plantea *“Históricamente el concepto de salud ha sido muy difícil de definir, variando de acuerdo a las diferentes épocas. En la actualidad y a pesar de las múltiples críticas que ha recibido, continua siendo un referente el concepto de la OMS. Sin embargo, hasta el momento ha sido casi imposible realizar estudios epidemiológicos que den cuenta de la salud de una población, pues todos los indicadores y variables que se han podido construir, o bien son de condiciones de vida o son de enfermedad.*

Definiendo el nivel de salud de una población por la ausencia de enfermedad, las conceptualizaciones en este campo parten de la exclusión entre los términos salud y enfermedad, siendo la primera un bien, un estado a preservar y la segunda algo no deseable, a curar. En la práctica se termina teniendo una concepción de salud y enfermedad como hechos diferentes, pero siempre como “ entes “ en sí mismos, sin historicidad ni determinismos socio- culturales. desde este punto de vista estamos en un campo científico que parte de una forma unívoca de representarse el mundo, donde queda claramente delimitado “ que son y como deben ser las cosas”.

Por el contrario, cuando se analiza la historia de los conceptos sobre salud y enfermedad, adoptan distintas formas según culturas y momentos históricos que se producen. Una persona que en determinado contexto socio-cultural e histórico puede ser considerado desde la salud (por Ej.: un líder espiritual) en otro contexto puede ser considerado un enfermo mental. Esto nos habla de que conceptos como salud y enfermedad tienen que ver con hechos y con valoraciones construidas socialmente. Nociones tales como salud – enfermedad y normal- patológico, se relacionan con estados, con entes y con valores”

Esta extensa cita nos introduce en dos características de la salud.: en su carácter valorativo, donde la salud no es un hecho en sí mismo, sino un valor que coexiste con el concepto de enfermedad. La segunda característica refiere a la construcción social e histórica de esta valoración y por lo tanto de este concepto.

Laura Fascioli, (1999) ² ha planteado en un trabajo *“... como todo conocimiento, sus principios teóricos se fundan en una práctica social que le es propia, práctica que en este caso, se remonta a los orígenes de la humanidad en tanto se vincula a los quehaceres destinados a mantener la vida (individual y/o de la especie): preservar el*

estado de los seres considerados sanos y modificar en un sentido de recuperación a los seres declarados enfermos. A lo largo de la historia se han ido acumulando un conjunto de saberes surgido de las prácticas sociales tendientes a preservar y recuperar la salud, los cuales al irse sistematizando y profundizando como conocimientos científicos cobraron un nuevo estatuto social, una nueva legalidad, delimitándose su objeto y su método. Si bien los conocimientos en torno a lo que por ahora llamaremos salud son altamente condicionados por los paradigmas propios de la formación social en que se desarrollan, parecen estar atravesados por un conjunto de nociones básicas comunes que se mantienen a lo largo del tiempo y que pueden sintetizarse en cuatro o dos conceptualizaciones:

- a) Salud / Enfermedad*
- b) Preservación / Curación*

Las cuáles pueden ser enunciadas también como:

- a) Normal / Patología*
- b) Prevención / Terapéutica*

Estos conceptos parecen ubicarse en una polaridad axiológica, compartida por todas las disciplinas llamadas del campo de la salud, en donde lo bueno, lo deseable y lo valorado se ubicaría en el extremo de la salud y la preservación (normalidad), en tanto lo malo e indeseable se ubicarían en el extremo de la enfermedad (patología), con un proceso intermedio curativo tendiente a la recuperación del estado deseado perdido. En toda situación de salud / enfermedad, habría una valoración implícita, en tanto aparece algo como deseable y algo indeseable. Podría definirse a la Salud como un valor, como un bien, como algo útil y necesario para la vida, como una situación deseable a alcanzar. A esta concepción apunta la definición de salud de la OMS. al expresar que es: “el completo estado de bienestar físico, psicológico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez...”.

Pero no se puede dejar de señalar que la definición de la OMS: “el completo estado de bienestar físico, psicológico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez.” a pesar de continuar siendo un referente en el tema, no deja de ser una declaración de voluntad, un ideal al que se debería propender, más que una definición de salud estrictamente. Parece referir a un estado individual, al estar planteado en términos absolutos, “estado” y “completo”, con una concepción estática, ni dinámica ni dialéctica, no permitiendo la comprensión de una situación de un colectivo en su contexto social e histórico. Tal como lo plantea Weinstein, L. (1989) ³ citando a Floreal Ferrara (*Entorno al concepto de Salud*, en Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina Enero-Diciembre, 1975) propone que la salud supone un enfrentamiento con los conflictos, con el fin de transformar la realidad. Sería cuando la persona comprende y lucha frente a los conflictos de su realidad física, mental y social y logra resolverlos, ya sea “respetando” la situación física, mental o social en la que está inmerso o intenta transformarlos de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones.

“... no es el conflicto el que define la patología, sino el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolver ese conflicto físico, mental o social.” Weinstein, L.⁴

En este punto Canguilhem, G (1978) ⁵ realiza un importante aporte al definir la salud, no como estado normal, “sino como la capacidad de ser normativo”, de superar la norma habitual y de adaptarse a nuevas situaciones generando nuevas normas, superiores, en una visión dialéctica. Para ello se debe considerar la norma en forma flexible, de acuerdo a las condiciones de ese organismo en situación. Esta conceptualización, si bien desdibuja los límites entre lo normal y lo patológico, cuando generalizamos, los visibiliza cuando consideramos a una persona en singular, en un

determinado momento histórico y contextual. La salud pasa a ser la capacidad de esa persona de ser normativo, de generar nuevas normas que contienen lo permitido por la anterior y lo prohibido. Por lo tanto la enfermedad no es la ausencia de normas, sino una norma que no admite cambios ni transformaciones en las condiciones de vida, que no puede transformarse en otra superior. Planteadas así las cosas, salud y enfermedad pasan a ser consideradas parte de un proceso que se da a partir de la experiencia del individuo con su medio.

La enfermedad es una menor posibilidad de tolerancia adaptativa a las nuevas exigencias del medio, la imposibilidad de adaptarse a nuevas circunstancias, perder la capacidad de ser normativo. Este autor refiere gran parte de su obra a esta tesis. Pero se centra en los valores de la normalidad biológica, con lo cual empobrece el modelo, pues no tiene en cuenta otros procesos normatizadores que se dan en la integralidad del ser humano, como ser bio-psico-socio-cultural.

Si en la capacidad de ser o no, normativos, incluimos los procesos biológicos, psicológicos y sociales interactuando e influyéndose mutuamente en un ser dado, el concepto de salud se aproxima mucho a los planteos de Enrique Pichón – Rivière⁶ (1977) respecto a la salud como adaptación activa a la realidad, en el entendido de una acción transformadora continua del hombre sobre su entorno, que también lo transforma a él, en forma dialéctica.

Cada persona es única, aun biológicamente su cuerpo es diferente al de otro y su cerebro posee particularísimos funcionamientos integradores, enigmáticos y misteriosos. Nuestro cuerpo forma parte de la realidad, al que solo conocemos por aproximación, por lo que de él nos muestra nuestro propio espejo y el espejo de los otros; es la sede de nuestra identidad, es un cuerpo con sus goces, sensaciones, dolores y por el cual aparecen modos organizados de respuestas sociales institucionalizadas para encarar la enfermedad, la muerte, el sufrimiento, la sexualidad, la religión, la familia, la educación, el trabajo...

La salud, como se dijo antes, en tanto es una construcción social, es una decisión política. El proceso salud enfermedad por el que transitan nuestros pueblos está histórica-cultural - política y legalmente determinado. La “medicalización” de la sociedad uruguaya, al decir de Barrán, J. (1992)⁷, se configuró en torno a llevar a la vida cotidiana un modelo autoritario de cuidado del cuerpo, de intromisión en el alma del hombre; al mantenimiento de una cultura de la salud y negación de la muerte y del relacionamiento con la persona, a partir de que el saber científico se impregnó de los valores, la sensibilidad y mentalidad dominantes...y ahí se está, aún hoy, ante las normas, las prohibiciones, la aceptación de unas conductas y el rechazo de otras, aceptación y rechazo de personas, de familias y de grupos poblacionales

Pero si se considera la salud como una valoración de un determinado proceso construido socio – históricamente, esta concepción de salud como capacidad normativa o adaptación activa a la realidad, necesita un fuerte anclaje en otro tipo de valoración, como son los valores éticos, que deben guiar todo accionar humano. En este sentido, no se debe concebirla por fuera de valores propios del ser humano, tales como el respeto a los derechos humanos, al derecho a la salud y la vida, así como a la dignidad de las personas. Por lo tanto el campo de la salud es un campo también de definiciones políticas y éticas; y es también campo en el que se juegan relaciones de poder. Es imprescindible pensar la salud teniendo en cuenta a las personas y sus instituciones, ubicadas en un espacio – tiempo histórico y social.

En esta línea, parece relevante comprenderla y conceptualizarla, de acuerdo con los planteos de Weinstein, L. (1989)⁸ salud desde el punto de vista de las capacidades que permiten una adaptación activa o capacidad de ser normativo. Este enfoque tiene el potencial de concebirla desde los aspectos saludables, rompiendo con las dicotomías salud/enfermedad o cuerpo/mente. No tiene sentido formular que una determinada persona está sana o enferma, sino que tiene singularmente, en un determinado tiempo y contexto social e histórico, y por lo tanto en relación a un colectivo, aspectos más sanos o más enfermos, coexistiendo dialécticamente los polos de salud y enfermedad, en las diferentes dimensiones social, psicológica y biológica.

Este autor define algunas posibles dimensiones de la salud, jerarquizando, dentro de lo que nombra como “infinitas capacidades humanas”, algunas de ellas: capacidad vital, de goce, de comunicación, de creatividad, de autocritica, de crítica de la realidad, de autonomía, de solidaridad, así como capacidad prospectiva e integrativa.

Por lo tanto, entre los aspectos esenciales del concepto de salud se destaca su carácter de proceso dialéctico y biopsicosocial, que se reconstruye de la unidad dialéctica entre la salud y la enfermedad, poseyendo historicidad porque está socialmente determinado. Su objeto de estudio no se puede ubicarlo solamente a nivel individual sino en el grupo social de pertenencia

Las relaciones sociales son “*factores determinantes de la totalidad estructural del hombre, lo que determina que éste, como entidad biopsicosocial, es concomitantemente una estructura orgánica y psíquica, pero fundamentalmente, es una relación social determinada históricamente*”. (1987)⁹

De acuerdo a estas características se podría concluir que la enfermedad es un fenómeno social por su esencia y biológico por su forma de manifestarse.

Se trata de avanzar en una posición crítica de la explicación biologicista de la enfermedad para construir otra interpretación del proceso salud enfermedad con su eje en su carácter social, para abordarla como fenómeno colectivo y como hecho social.

Estos avances dependerán de la realización de investigaciones que comprueben estas hipótesis y de posiciones ideológicas que ubiquen a los profesionales de la salud en un mismo paradigma, socio-crítico, en el marco de políticas sanitarias y sociales que den el contexto necesario para avanzar en este sentido, hacia una nueva concepción del proceso salud – enfermedad y hacia un cambio en el modelo de atención a la salud.

¿Cómo se integra el concepto de salud mental dentro del campo de la salud? ¿No es una nueva forma de fragmentación de la persona, de dicotomizarla entre cuerpo y mente?

Nuestra posición respecto a esta discusión es que Salud y Salud Mental no pueden disociarse ni conceptual ni prácticamente. Realizarlo sería mantener el dualismo mente-cuerpo. Sin embargo, si no se pierde de vista el marco de la salud que se ha desarrollado, hablar de salud mental permite visualizar una serie de potencialidades y consecuencias prácticas:

- Permite delimitar un determinado campo de la praxis y pensar acciones específicas.
- Habilita la incorporación de nuevos problemas sanitarios a partir de aspectos que van mucho más allá de la psiquiatría clásica (violencia, exclusión, desarraigo, adicciones, vulnerabilidad, pobreza, sufrimiento, entre otros.)
- Permite centrar estos aspectos desde la salud y no desde la enfermedad.
- Posibilita un cambio de perfil de los recursos humanos tradicionales.
- Genera un descentramiento de lo institucional hospitalario a la familia y comunidad.

La conceptualización de que salud mental es mucho más que padecer “enfermedad mental”, aun no ha tenido la debida expresión en las prácticas y políticas de salud.

En el preámbulo de constitución de la OMS se sostiene que la salud mental constituye uno de los elementos de la salud integral del sujeto o grupo, junto con la salud física y la salud social. Constituye un campo interdisciplinario que va más allá de lo conceptual y operativo del sector salud, aunque tiene en él una fuerte inserción.

En lo que refiere a su objeto de estudio y aplicaciones, implica el entrecruzamiento de disciplinas y prácticas diversas vinculadas a todos los campos de las actividades humanas: antropología, derecho, economía, epistemología, educación, ética, filosofía, enfermería, psicología, medicina, sociología, entre otros.

Vicente Galli (1986)¹⁰ define la salud mental como un: *“estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración progredientes; con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social.”*

Lo que sostienen Weinstein y Galli son concepciones convergentes. Se puede decir que ambos autores conciben la salud mental como campo transdisciplinario. Lo mismo señala Manfred Max Neef (1993)¹¹ cuando plantea la salud desde lo positivo y subjetivo *“abordando el desarrollo a escala humana”* o sea rescatando y dimensionando la escala local, los vínculos, la pertenencia. Postula que el desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos, y que el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas. Que dependerá a su vez de las posibilidades que tengan las mismas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales. Plantea nueve necesidades humanas: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creatividad, identidad y libertad. De acuerdo a las posibilidades de satisfacerlas o no, va a tener que pensarse el grado de salud alcanzado por una persona o un colectivo.

Es una concepción, en los tres autores, que implica un marco bio - psico-social e histórico de la salud con fuerte apoyo en las Ciencias Sociales y que incluye los conceptos de conflicto y participación.

Partiendo de una concepción integral de la salud, se puede entender que una correcta estrategia para abordar los problemas de la salud mental debe ser transdisciplinaria y tomará en cuenta tanto los aspectos económicos, sociales y culturales de la formación social, como la subjetividad de cada uno de los integrantes y los sistemas relacionales que se entretajan entre ellos. Incluirá también a los que cuidan, tanto como quienes son cuidados, que forman parte de esa trama vincular que sustenta las diversas expresiones del proceso salud – enfermedad.

Resumiendo, se debería pensar la salud como un concepto integral e integrador del ser humano. Para ello es necesario concebirlo en relación a distintas dimensiones que se afectan mutuamente: en relación con un grupo social; como cualidad; como calidad de vida, como un bien social. No se puede pensar que sanan o enferman los cuerpos o las mentes, sino que son las personas y sus redes vinculares que pueden estar en grado diverso de salud, en el proceso dialéctico salud – enfermedad en el que está presente la integralidad del ser humano.

Ya que el tema de estudio es la relación del contenido trabajo de enfermería profesional y la presencia de estrés laboral, es imprescindible explicitar como se concibe la salud laboral.

2. Salud Laboral

La relación hombre – trabajo y todo lo que de ella se deriva, está condicionada por múltiples factores inherentes tanto trabajo como al trabajador.

Antonio Rodríguez López, (1993) ¹² señala que *“El trabajo por tanto, no es un hecho neutro, sino que está cargado de connotaciones y significaciones psicosociológicas que deben ser consideradas a la hora de valorar su impacto como posible factor morbígeno”*. *“... situaciones cualitativamente anómalas en las que no importa tanto la cantidad o intensidad del trabajo, como la capacidad estresante de éste, en virtud de las exigencias de decisión que plantea al trabajador”*.

Trabajo que implica personas que se construyen continuamente en su relación social, como sujeto colectivo, donde trabaja, donde se reproduce: en la familia y en el conjunto de sus relaciones y creencias. Los referentes son los indicadores de salud -enfermedad de los individuos integrantes del grupo y a partir de éstos, puede construirse el conocimiento sobre el proceso salud – enfermedad colectivo. Asa Cristina Laurell, 1993¹³

Se parte de una concepción de que: *“Proceso de trabajo es el proceso mediante el cual el hombre entra en contacto con la naturaleza transformándola y transformándose a sí mismo*. Carlos Marx. ¹⁴ Se concibe que realmente no se puede conocer nada si no es por medio de su propia transformación. El análisis de los procesos de trabajo según Marx se debe realizar a partir de un eje fundamental, que es el concepto de praxis. *“La praxis articulada al trabajo es el problema del conocimiento y de la concepción del mundo”*. (1987)¹⁵

El estudio de las relaciones entre salud y trabajo requiere de un enfoque conceptual de la salud laboral. Según la OIT – OMS (1976) la salud laboral: *“Tiene la finalidad de fomentar y mantener el más alto bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones. Prevenir todo daño a la salud por las condiciones de trabajo y protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud. Colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas”*. Se trata *“...no solo de conseguir que no se produzcan accidentes o enfermedades profesionales (salud física) sino también en mejorar las condiciones de trabajo para evitar circunstancias como el estrés, la fatiga o la insatisfacción laboral, que inciden de forma perjudicial no sólo en la vida laboral sino también en otros ámbitos de la vida de los trabajadores”*. José Chamorro Romero. Médico A. P. Centro de Salud Emigrantes de Madrid.2005¹⁶

Salud en el trabajo hace referencia a la promoción y al mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores de la salud en todas las profesiones; es decir, promoción y mantenimiento del más alto grado de plenitud funcional, de sentirse bien consigo mismo y de bienestar con el entorno laboral y con el resto de las personas.

Actualmente se puede considerar que el derecho a la salud en el trabajo no tiene el carácter de derecho humano fundamental, sino de derecho contractual, ya que es concebido sólo como un derecho individual.

El trabajo es un proceso que involucra a la persona en su totalidad; que lo relaciona con su entorno, con la naturaleza, apropiándose de ella, transformándola y transformándose a sí mismo. Que es de producción y reproducción, que son dos

momentos distintos, que tienen su importancia, sus implicaciones para los patrones de desgaste – reproducción y para los procesos de salud – enfermedad.

En este proceso “... *en el que se produce el propio trabajador*”, se logran no solamente bienes materiales, culturales o servicios; sino que una de las instancias de construcción de la subjetividad es en la experiencia laboral (1987) ¹⁷ Se comparte con Giorgi el referente teórico que constituye el Manuscrito de Marx (1844), donde plantea las consecuencias, en parte subjetivas, que tiene para el trabajador el hecho de que el producto de su trabajo no le pertenezca. Lo señala como el antecedente teórico más fuerte de la psicología del trabajo, que se produjo en el siglo XIX.

El trabajo tiene que ver con la subsistencia, pero además con la creatividad, participación, identidad, pertenencia, con procesos de comunicación e integración. Además de ser “generador de ciudadanía”, lo cual confiere a la inserción laboral un papel fundamental en los procesos de inclusión – exclusión social.

Según Manfred Max Neef. ¹⁸ “*El trabajo constituye mucho más que un factor de producción, propicia creatividad, moviliza energías sociales, preserva la identidad de la comunidad, despliega solidaridad y utiliza la experiencia organizacional y el saber popular para satisfacer necesidades individuales y colectivas*”

Como proceso vital es un factor condicionante y determinante en la salud mental de las personas. Por lo que es necesario desdoblar el proceso laboral en sus dimensiones social y biopsíquica, así como considerar las condiciones y el medio en el que se desarrolla el proceso laboral.

A las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) la OIT-OMS (1976) las define como que: “*Es el conjunto de los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción implantado y los factores de riesgos del medio ambiente de trabajo relacionados con el puesto de trabajo. La acción de todos estos factores dan lugar a la carga de trabajo de cada trabajador y provocan en forma inmediata o mediata efectos directos o indirectos, positivos y negativos sobre la vida y/o la salud de los trabajadores*”

Con la finalidad de construir teóricamente las mediciones entre el proceso laboral y el proceso salud – enfermedad colectivo, se construyeron los conceptos de carga laboral y proceso de desgaste. Laurell - Noriega * ¹⁹

Concepto de carga laboral: Se define como los elementos del proceso laboral que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador, produciendo cambios en los procesos biopsíquicos que se manifiestan como desgaste, entendido como pérdida de capacidades biopsíquicas, potenciales o efectivas.

Estas cargas asumen su verdadero significado en el contexto dinámico global del proceso laboral, en el cual los procesos corporales y psíquicos interactúan.

Las cargas se agrupan:

- las que tienen materialidad externa al cuerpo
 - físicas
 - químicas
 - biológicas
 - mecánicas
- las que adquieren materialidad a través del cuerpo
 - fisiológicas
 - psíquicas

* Laurell, A.C. Univ. Autónoma de México, Xochimilco, México, 1993.

Proceso de desgaste: Se define como la pérdida de la capacidad biológica o psíquica, efectiva y/o potencial, y engloba los procesos biopsíquicos en su conjunto. Tener en cuenta la capacidad efectiva y potencial, permite analizar no solamente la destrucción biopsíquica, brusca o lenta, sino también los obstáculos al desarrollo de las potencialidades. Tiene importancia en los procesos psíquicos del trabajo moderno. Este concepto de desgaste no es irreversible, ya que existe la posibilidad de recuperar capacidades y desarrollar potencialidades modificando las condiciones que las determinan.

La relación trabajo y salud permite pensar e investigar de manera estructurada esta relación, ya que nos puede mostrar, aún dentro de su gran complejidad, como se da el desgaste de los trabajadores en el proceso laboral con sus expresiones biopsíquicas. La misma comporta bases amplias que trascienden las condiciones físicas, químicas y biológicas. El trabajo como categoría social está sujeto a múltiples factores condicionantes.

Las condiciones de trabajo están muy relacionadas con su organización, que reflejan valores y reglas de la sociedad. Laurell, (1985). En esta misma línea Picaluga en 1982, citada por Miranda de Siqueira ²⁰ y otros autores en un trabajo, plantea que el desgaste del trabajador en su trabajo, está condicionado por las condiciones generales de la vida y por las relaciones específicas de ese trabajo.

“Pero a pesar de que la legislación acepta la relación entre agentes físicos, químicos y biológicos como factores de riesgo y productores de enfermedades ocupacionales, hay todavía resistencia a aceptar, en casi todos los países, de estas otras condicionantes como factor morbígeno”. Ana Pitta (1990)²¹

Sería importante la posibilidad de considerar al estrés como accidente laboral. Alguna legislación como la española no lo contempla como tal, pero en los últimos años algunos Tribunales Superiores de diferentes Comunidades Autónomas y el propio Tribunal Supremo han dictado sentencias en las que se reconoce que el Síndrome de burnout causado por el estrés en el trabajo es accidente laboral.²²

Un marco significativo para el abordaje de esta temática fue la introducción de la "subjetividad" como elemento o categoría de análisis en las condiciones de trabajo del desgaste físico y mental de los trabajadores y de la construcción de sus estrategias defensivas, como señala Dèjours, (1980) citado por Miranda de Siqueira ²³ y otros autores.

Esto no significa considerar a priori, al trabajo como fuente de sufrimiento. Al contrario, es a través de él que la persona se constituye como sujeto, afirmando su identidad, su reconocimiento y valoración social. Es por lo tanto un factor estructurante, protector en relación con el equilibrio psíquico de las personas. Pero frecuentemente, las relaciones de trabajo en el interior de las organizaciones, despojan al trabajador de su subjetividad, excluyendo al sujeto y lo transforma en una víctima del mismo, como afirma Dèjours (1992) citado por los autores del trabajo antes mencionado.

Como plantea Alma Carrasco (junio, 2004) se necesitan cambios en el ejercicio profesional, que contribuyan a obtener satisfacción en los cuidados enfermeros, lo que va indisolublemente de la mano con la prevención en el proceso salud – enfermedad en el curso de la vida del trabajo. Un camino sería promover la salud en la vida laboral en enfermería a través del fortalecimiento de sus capacidades como trabajadoras de la salud. Este proceso salud- enfermedad histórica, cultural política, ética y legalmente condicionado, interpela su quehacer y produce cambios en los procesos del trabajo mismo, promoviendo la salud laboral o bien produciendo enfermedad. Los trabajadores de la salud se encuentran en un contexto de trabajo que contiene factores de riesgo de

sufrimiento y de enfermar, pero concomitantemente poseen fortalezas por su experiencia y conocimiento acumulados en su vida laboral, que si se comparten, podrán encontrar salidas más saludables en situaciones críticas. *“La calidad de los cuidados enfermeros va de la mano con la calidad de la vida laboral de enfermería”*.

Enfermería produce bienes de salud y no “servicios” como se puede leer y escuchar en diferentes trabajos y discursos, asume responsabilidades en torno a “un bien social” que se constituye en el capital de salud y vida de las personas, familias y poblaciones que son objeto de los cuidados enfermeros. Esto además debería ser así para todos los trabajadores de la salud. La calidad de vida del trabajador estará en relación casi directa con la gratificación que obtendrá en la producción de ese bien social. La cualidad de su trabajo le permitirá desarrollar sus potencialidades y mejorar su calidad de vida encontrando satisfacción en su trabajo, para él y los usuarios que cuida.

Una de las formas de promover la salud en la vida laboral de las enfermeras es justamente fortalecer sus capacidades como trabajadores de la salud, promoviendo su potencial creativo para el logro de las transformaciones necesarias en sus condiciones de trabajo, actuando en las causas políticas, sociales y económicas del modelo neoliberal, para la profundización y elevación de los indicadores de la calidad de vida de los trabajadores y su contribución al desarrollo de una política de salud con equidad y solidaridad.

3. Enfermería

3.1 Aspectos conceptuales.

Enfermería, según la definición dada por la Facultad de Enfermería ²⁵ “*Es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia y grupo poblacional). La capacidad reaccional del Hombre está dada por su continua lucha por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psicosociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico, abordando los niveles primario, secundario y terciario de atención.*”

Por otra parte, el Consejo Internacional de Enfermeras, (CIE) ²⁶ la define: “*La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación*”.

Hay aspectos conceptuales y de funciones complementarios en ambas definiciones, ya que permiten afirmar su carácter de disciplina científica, y de la forma que debe abordar las funciones y problemas de su área de competencia, en forma dialéctica, como proceso integral de las dimensiones biopsico sociales individuales y colectivas. Determina los niveles de atención de su ejercicio profesional; pero interesa destacar la investigación (CIE) en una disciplina considerada “joven” en el campo epistemológico, lo que condiciona y determina su concepción y avance científico; la formación del recurso humano calificado y parece importante señalar su intervención en las políticas de salud de los países, desde niveles de decisión que permitan su participación en el sistema de salud.

Como parte de los servicios organizados de salud, se integra a los mismos, definiendo su objeto de estudio y trabajo a través de los cuidados enfermeros que brinda a la persona, familia y comunidad, para asegurar la continuidad, la coordinación y el enlace de la atención, ofrecida en pos de la producción de bienes de salud y de vida. Concebida como el grupo que brinda cuidados, “de la ciencia del cuidar”, conjuga en ese proceso las acciones de promoción y prevención de salud, recuperación y rehabilitación, a través del equipo de enfermería, que en Uruguay está conformado por licenciadas y auxiliares de enfermería

Los cuidados de enfermería forman parte de un entrettejido que condiciona y es condicionado por el modelo de atención a la salud, que pautará el ejercicio profesional y los espacios creativos del mismo. Sus funciones se concentran en movilizar y desarrollar las capacidades de la persona, de la familia, de un grupo poblacional y su entorno, para hacer frente a la situación, resolver la dificultad y que puedan poner en juego los recursos, soportes, redes afectivas, psíquicas, sociales y económicas de que disponen. Enfermería busca ir más allá, mediante un proceso que tiene que ver con lo cultural y que es fundamentalmente el desarrollo de actividades de protección. Los riesgos están ahí, y de mantener las conductas de riesgo, se profundiza lo enfermo y se

empobrece la vida. De ahí que debe cobrar fuerza la prevención primaria, a fin de promover acciones de protección.

Al concebir a enfermería como el grupo que brinda cuidados enfermeros, lo que implica entre sus componentes esenciales la relación interpersonal, se adhiere a la tesis de Restrepo²⁷, "...el componente afectivo está presente en todas las manifestaciones de la convivencia interpersonal". Caracterizando nuestro pensamiento y nuestra cognición. Está actuante la dimensión afectiva de la enfermedad y el sufrimiento. Y plantea que "... si alguna cosa está democráticamente distribuida en la sociedad contemporánea es la torpeza afectiva". Al conceptualizar, dentro del contenido del trabajo de enfermería, la característica del contacto frecuente con el cuerpo del otro, la tesis de Restrepo, que para acceder a una "normalidad estandarizada"... "...se impone en las faenas diarias un silenciamiento corporal"; que en pos de las "exigencias de rendimiento y eficiencia productiva", podría obstaculizar y aun, obtener el diálogo intersubjetivo.

El cuidado enfermero se constituye en un proyecto en construcción- abierto, que se nutre de las necesidades y potencialidades de quienes son cuidados y de quienes cuidan. Como proyecto de promoción de salud desde el nacimiento a la muerte, se hace necesario analizar las dimensiones humanas, socio-culturales, económico-políticas, éticas y estéticas en cuyo contexto se efectiviza dicho cuidado. Quienes interactúan en el proceso de cuidar, analizarán el impacto de la ideología que impregna el quehacer, que hoy día se caracteriza por la preeminencia del enfoque hacia la enfermedad como diferencia, hacia lo que funciona mal, en el marco del modelo biologicista, positivista, ahistórico, asocial, individualista, pragmático, de orientación curativa, que trata el síntoma. Modelo sustentado en una relación profesional-paciente asimétrica, que se impone en el contexto sanitario bajo el par dialéctico: dominación-sumisión, en la que un polo de la relación "sabe" y el otro "ignora". Un modelo que tiene preeminencia en la atención a la salud y que impregna los cuidados; éstos, al amparo de la crisis en la estructura técnico-burocrática, que tan lejos está de alcanzar objetivos que respondan a las responsabilidades de enfermería para con la sociedad.

Para abordar el desafío de una gestión de calidad centrada en el usuario, es necesario realizar transformaciones en la cultura en la que se planifican dichos cuidados. La cultura occidental favorece la disociación entre la cognición y la sensibilidad; es casi imperativo ser insensible a muchas vivencias singulares. Se tiende a desconocer a la familia u otro tipo de soporte en ese proceso de cuidar, que debería ser de construcción interpersonal, donde la enfermería deberá poner su aporte científico, humano, técnico y ético, pero teniendo muy en cuenta que las personas son los dueños de sus cuerpos y de sus decisiones. Desde esta perspectiva se construirá el proceso educativo y terapéutico; pilar del proyecto de recuperación de la salud. Todo esto dependerá tanto de como el sistema a través de su organización actúe y de las capacidades de las personas de reaccionar, de oponer resistencias. Desde la concepción de enfermería de fortalecer la capacidad reaccional del ser humano, se deberá promover esa potencialidad de lucha para enfrentarse al medio, con poder transformador.

Cuidar, como proceso interpersonal y terapéutico, se aprende con otros y fundamentalmente con los usuarios, familias, grupos, "...pues las estructuras de pensamiento no son más que relaciones entre cuerpos que se han interiorizado, afecciones que al **tornarse estables nos imponen un cierto modelo de cierre o apertura ante el mundo**"²⁸ Parte ineludible y esencial del cuidar, es el tocar. "El tacto, el más

humano de los sentidos” según Restrepo, que no está focalizado en un solo órgano, sino que se extiende por todo nuestro cuerpo. Sentido que es indispensable para el desarrollo del pensamiento operatorio. Se debería promover y generar un saber que restituya lo afectivo, que considere la singularidad en los procesos cotidianos.

La enfermería se afirma en antiguas concepciones como la abnegación, el sacrificio y la vocación de servicio, que la lleva a una relación de dependencia. Dada la especificidad de la práctica de enfermería se debería replantear y complejizar el concepto de dependencia; considerarlo como un fenómeno de dependencia e interdependencia “*por cruce de gestos y cuerpos es imposible seguir excluyendo la afectividad del terreno epistemológico*”²⁹ La separación de razón y emoción desconoce la dinámica de los procesos singulares. Se debe interactuar con los sujetos, con el entorno, atendiendo a su singularidad, abierta al conocimiento afectivo del contexto y a la diferencia.

Singularidad e interdependencia se constituyen en un proceso dialéctico, que avanza a partir de la resolución del conflicto, que siempre se reproduce, ya que es parte del proceso vital. Identificar cuando los usuarios nos están apoyando, conteniendo, gratificando en un proceso dialéctico, verdaderamente interpersonal. Profundizando aún más esta conceptualización, considerar a la interdependencia como un indicador de salud mental. “*Las calles, las viviendas, los sitios de trabajo, no son lugares de confinamiento, son espacios donde se expresa el conflicto, al igual que nosotros, en nuestra intimidad, somos el lugar de la no coincidencia, espacio de cruces caóticos, donde somos asaltados por ráfagas de tacto, lenguaje y visión, que no son ni pueden ser del todo coincidentes. El sujeto es un lugar de cruce, escenario, donde cuerpo y lenguaje intentan inútilmente encajar, obteniéndose a cada instante solo equilibrios inestables y aproximaciones pasajeras*”. Restrepo.³⁰

Enfermería como disciplina científica, desarrolla su función profesional social, en un sistema sanitario, escenario ideológico y de relaciones de poder. “*El poder es una relación de fuerzas que tiene por objeto otra fuerza, su cruzamiento o intersección tiene como objeto los cuerpos, las cosas y las subjetividades en curso*” Joaquín Rodríguez ³¹ “*El hecho de trabajar en varios planos constituye una trama muy compleja que necesariamente va a influir sobre la labor de cualquier tipo y cada uno de sus integrantes*. Carlos Saavedra 1997³² Se debe tener en cuenta las influencias que ejercen en las condiciones de trabajo de enfermería, las relaciones de poder. Éstas, en el contexto institucional tienen sus efectos sobre la salud psíquica y física de los trabajadores de la salud y atraviesa las dinámicas de los grupos de trabajo.

Cuidar de la vida sigue siendo un valor esencial de la profesión y en este camino está la búsqueda de la identidad enfermera, no asimilado solamente al rol ni a copia de modelos, sino que se debe desentrañar el acto de cuidar, como acto válido, científico, diferente; pero inmerso en el campo de la ciencia: de las ciencias de la salud.

La posición particular en la que se encuentran las enfermeras, dadas la cercanía física y afectiva que tienen con quienes cuidan y su entorno, que aproxima el mundo de sus historias de vida, a ese entramado de realidades en construcción, de proyectos, de fortalezas y debilidades que interactúan en el mundo interno y con la realidad exterior. Qué complejo y a la vez que intenso y formativo es para enfermería entender los modos de pensar, sentir y actuar de las personas, familias y grupos de población, a la vez que comprender como brindar cuidados personalizados; ya que cada sujeto es único, singular y las posibilidades de recuperación, así como las de alcanzar ese bien ser (no el bienestar como plantea la OMS) son también singulares. Con esto de salud como un bien ser, entendemos una manera libre de vivir, solidaria en tanto inscrita en la ternura

y no en que “yo tengo lo que tú no tienes”; una manera de vivir digna, responsable y feliz.

Enfermería establece un vínculo con el sujeto a través del cuidado enfermero y esto es parte del objeto de estudio, dado que los cuidados conllevan un acercamiento humano integral, pues es la enfermera-persona que aporta los cuidados a través de su bagaje humano, técnico, científico, ético y estético. Estos cuidados tienen ciertas especificidades, ya que por una parte se hace lo que el sujeto no puede hacer por sí mismo; se “descubren” las capacidades que no se ejercen y se enseña a como cuidarse en la medida de las posibilidades manifiestas y latentes; y por otra parte, al ocupar ese sitio privilegiado de la cercanía física, social y afectiva con el sujeto de estudio y trabajo, se construyen conocimientos acerca de la enfermedad, el sufrimiento, el nacimiento, el alivio, la muerte y los relacionados con las historias de vida de las personas. El hombre se ha de curar en el mismo contexto en el que se enfermó y si no se sale fortalecido de esa crisis, se volverá a enfermar, será crónico y su situación de enfermedad y secuelas se irán agravando tras el círculo vicioso o morirá. Estos cuidados se desarrollan en un contexto vincular considerando sus aspectos epistemológicos. La psicología social ha construido el concepto de vínculo para mayor comprensión de los campos psicosociales, sociodinámicos e institucionales. En donde los seres humanos comparten, confrontan y construyen el tejido social. Pichón Rivière³³ define vínculo como: *“una estructura compleja, que incluye un sujeto, un objeto y su mutua interrelación con procesos de comunicación y aprendizaje.”* En su complejidad estructural hay interdependencia entre sus componentes *“el sujeto y el objeto interactúan realimentándose mutuamente”*.

El vínculo tiene dos dimensiones: intersubjetiva, de relación entre los sujetos e intrasubjetiva, lo que pasa dentro de cada uno, la noción de mundo interno. Se lo puede entender como una internalización de los vínculos, no solo está habitado por personas, sino por los modos de relacionarse éstas. Para este autor, el grupo familiar y el vínculo constituyen una unidad de análisis de toda conducta. *“En los vínculos se puede enfermar”*, pero también se puede curar. Los vínculos nos constituyen y en ellos nos vamos transformando. Se internalizan modos de relacionarse. Aprendemos en ellos y los repetimos, pero no de igual forma, ya que a través del aprendizaje se reconstruyen y surgen nuevos modos vinculares. Plantea: *“las relaciones intersubjetivas son direccionales y se establecen sobre la base de necesidades, fundamento motivacional del vínculo. Estas necesidades tienen una matriz e intensidad particulares en los que interviene la fantasía inconsciente”*. Implica la presencia de un emisor, receptor, con códigos y decodificadores de ese mensaje. Según como se halla configurado el vínculo inicialmente podrá caracterizarse como gratificante o frustrante. El aprendizaje de la realidad estará condicionado por estas relaciones intersubjetivas, por estructuras vinculares internalizadas. El mismo depende de esta dialéctica o “dilemática” entre lo inter y lo intrasubjetivo, ya sea facilitando u obstaculizando. Hacen a una trama profunda, en la que el campo intersubjetivo y lingüístico adquiere relevancia. El vínculo es siempre un vínculo social, ya que aunque sea con una persona, en la relación que se establece, están actuantes *“historias de vínculos”* en un tiempo y espacios determinados. En él, está implicado todo y complicado todo.

En los Servicios, donde enfermería cuida, prevalece la organización de las tareas, sin su contenido vincular o empobrecido, sobre valorándolas en sí mismas, despojadas de este contenido tan importante. Al existir relaciones disociadas de los cuidados, modeladas por la tecnología, se empobrece y no logra su objetivo el proceso de los cuidados. Esto crea frustraciones, sentimientos de culpa en los que cuidan y repercute significativamente en los usuarios.

Collière³⁵ plantea que: *“El personal de enfermería está sometido durante su trabajo a muchas presiones de orden físico, psicoafectivo, organizativo, jerárquico e institucional que tienen como consecuencia, situaciones de estrés, de angustia, de incertidumbre, de emociones fuertes de alegría o dolor, estrés que está aumentado por la complejidad o pesadez de algunos cuidados. Estrés que ha estado y sigue marcado por todo tipo de ideologías, exigencias institucionales y de imperativos jerárquicos. Que lleva a: distanciamiento de los enfermos, refugio en la técnica, huida, despersonalización del trabajo.”...*

Coincidimos con Collière que se trata de *“encontrar unos cuidados que permitan, tanto a los que necesitan como a los cuidadores, construirse y realizarse, y por lo tanto valorarse gracias a la continuidad del proceso de cuidar y de poder demostrar el valor económico relacionado con el valor social”...* *“Cuidar es actuar sobre el poder de existir”* y este poder podrá ser liberalizador, permitiendo que algo se desarrolle, movilice, se transforme o al contrario, que se limite, se paralice, se reduzca. Los cuidados podrán ser autoritarios, reductores de capacidades, dominadores, rutinarios cuando se refugien en un status jerárquico, sin una reflexión crítica sobre las prácticas y los saberes. Será liberador cuando sea creativo, cuando permita el desarrollo y la transformación de las capacidades de vivir, en el que recibe los cuidados y en quién cuida.

3.2 Contenido del trabajo de enfermería

En ese interjuego dialéctico, de organización y condiciones del trabajo, de aspectos vinculares esenciales, de construcción de subjetividad, de procesos generadores de salud – enfermedad; de identidad, interdependencia y singularidad; de dimensión cultural y de construcción social, de relaciones de poder; en marcos institucionales que constituyen escenarios ideológicos; con políticas que se efectivizan a través de un trabajo profesional de prácticas y saberes; es el ámbito complejo donde enfermería cuida.

De acuerdo con definiciones de condiciones de trabajo, el contenido del trabajo de enfermería podría considerarse uno de los factores condicionantes en el estrés laboral profesional. Para su definición se seleccionan referentes conceptuales de Silvina Malvárez³⁶ Estos tienen que ver con los niveles de atención, demanda de los usuarios, su intensidad, el control sobre los procesos, pero interesa especialmente, las características del objeto del trabajo, que son sujetos.

Esta autora señala algunas cualidades que diferencian el trabajo de enfermería de otros de la propia área de la salud, constituyendo su contenido, y que por su especificidad son factores ansiógenos:

- La permanencia y la continuidad.
- La contingencia.
- La naturaleza del vínculo que establece con los usuarios, familias y/o grupos.

Permanencia y continuidad

Determinan “doble situación ansiógena”. La exposición durante tiempos prolongados con situaciones de sufrimiento, carencias, dependencia y ansiedad de los usuarios y su familia.

Se agrega la demanda institucional de ser solución de falencias que suceden, “sustitutos de otros por el hecho de estar y conocer”.

“Ser para otros” lo que la lleva a no poder negarse y a responsabilizarse de cosas que están fuera de su competencia. “Lugar de encrucijada”. “Pivote del equipo de atención”.

La contingencia

“Es la característica del personal de enfermería de estar presente, intervenir en cada pequeña o grande situación de crisis, desequilibrio o demanda en la vida de los usuarios y de sus familiares. Estar alerta e intervenir con urgencia”

Es una doble contingencia: con los usuarios y con el equipo de salud.

La naturaleza del vínculo que establece con los usuarios

Caracterizado por: - contacto permanente con el cuerpo del otro desnudo y realizarle actividades sobre éste.

- Rol de sustitución o complemento de necesidades básicas. Conlleva contacto con la intimidad y la dependencia del otro
- Contacto permanente con la situación afectiva y emocional del paciente. La interdependencia, las demandas activadas por la situación de crisis y la necesidad de brindar cuidados
- El contacto cotidiano con la enfermedad, la muerte, el dolor, la discapacidad, las carencias, las historias de vida.

- Trabaja con las pertenencias íntimas de las personas: cuerpo, historia, acontecimientos vitales.

Factores relacionados al contenido del trabajo

- Contacto permanente con el sufrimiento, el dolor, la muerte.
- Exigencia permanente de establecer vínculos de gran compromiso afectivo
- Miedos a provocar daños, a perder el control, al rechazo de los pacientes y familiares. A cometer errores.
- Ausencia de espacio de reflexión para elaborar la ansiedad y la angustia
- Problemático trabajo en equipo
- Fragmentación de tareas
- Tareas de coordinación con diversas personas e instituciones.
- Exigencia de pericia y estado de alerta
- Tareas desagradables, pesadas, rutinarias
- Ser requerido / a en varios sitios a la vez
- Descentrada la distribución del tiempo para realizar cuidado directo.
- Cumplir órdenes de más de una persona a la vez (supervisoras, jefes, médicos)
- Presiones o exigencias de los familiares
- Asignación a Servicios no por elección
- Participación en decisiones solamente ligadas al propio trabajo
- Escasez de personal
- Bajos salarios
- Turnos rotativos
- Sobrecarga de responsabilidad (relación L. E. / usuarios)
- Conflictos en el rol:
 - Rol femenino (ama de casa, madre, enfermera)
 - Doble rol en la tarea: (Enfermera, secretaria, mensajera, telefonista, recepcionista, camillero)

3.3 Estrés y estrés laboral.

Como plantea L.M. Hernández en 1993³⁷, la práctica diaria de la profesión sanitaria conlleva factores estresantes, que generan ansiedad, desaliento y apatía.

El estrés es parte de la patología laboral que puede afectar a enfermería, que tiene importantes consecuencias personales y laborales, con gran repercusión en lo familiar y social. El contacto frecuente con el sufrimiento, la angustia de los usuarios, familias, además “... *de constituirse muchas veces como una identidad profesional*”, pone a prueba los aspectos emocionales del personal de enfermería. El enfrentarse a la muerte, casi cotidianamente, además del particular estrés que conlleva, puede generar sentimientos de fracaso, de no haber ganado la batalla en la lucha por la vida.

En la concepción actual del estrés se considera importante las características del sujeto, por lo que además de los factores que lo provocan, el propio sujeto adquiere relevancia, en una mutua influencia, dando lugar a un cambio de modelo del estímulo – respuesta por el de sujeto – situación.

En enfermería se encuentran personas con orientación humanitaria, muy sensibles a las necesidades y sentimientos de los demás, que expuestos al sufrimiento, pueden verse afectados psico-afectivamente.

Además se complementa con los problemas relacionados con la escasa autonomía profesional, indefinición de las tareas, presiones a que están sometidos, características demográficas y como plantea Faura (1988), citada por Joana Fornés Vives³⁸ es uno de los blancos profesionales para que aparezca el estrés.

Es imprescindible diferenciar el vocablo y concepto de ansiedad, que hace referencia a una emoción básica de los animales superiores, del concepto de estrés. Tizón García J.L.³⁹

Estrés como descripción del estado orgánico producido por una presión o tensión ambiental, como una respuesta adaptativa del organismo o bien como la presión o tensión ambientales. Hace referencia siempre a un cúmulo de circunstancias provenientes del medio que el organismo necesita procesar, elaborar.

Muchas de tales circunstancias despiertan en las personas ansiedad e incluso ésta, es el fermento básico de la reacción ante el estrés o del estrés.

Estrés como estado orgánico, y más en su versión a-psicológica, biologicistamente reducida, no es sinónimo de ansiedad.

Concepto de ansiedad como diferente del estrés o estado reactivo del organismo, concepto más amplio, el cual posiblemente, engloba dentro de sus componentes la ansiedad. Ansiedad en lenguaje científico como coloquial, designa esa especie de intranquilidad, zozobra, sensación de tensión o aprensión difusa que van ligados a una serie de cambios corporales. Éstos, aunque originariamente son autónomos, dependientes del sistema nervioso vegetativo, resultan en buena medida observables por nosotros mismos o por los demás. Desde el punto de vista psico-fisiológico descriptivo, la ansiedad es un estado del organismo en el que se sitúa en alerta con respecto a una amenaza a su integridad (física, psicológica y social) con el fin de encontrarse preparado para un gasto de energía suplementario.

Sería importante la posibilidad de considerar al estrés como accidente laboral.

Alguna legislación como la española no lo contempla como tal, pero en los últimos años algunos Tribunales Superiores de diferentes Comunidades Autónomas y el propio Tribunal Supremo han dictado sentencias en las que se reconoce que el Síndrome de burnout causado por el estrés en el trabajo es accidente laboral.⁴⁰

El concepto de Estrés Laboral, según documentos divulgados por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo, Madrid, España, INSHT. 1997. desde una perspectiva integradora, se define como: *“La respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas”*. *El estrés laboral aparece cuando se presenta un desajuste entra la persona, el puesto de trabajo y la propia organización* (2001)⁴¹

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)⁴² aborda el estrés en el trabajo y la amenaza que supone para la salud del trabajador. *“Si se quisiera crear el entorno óptimo para producir estrés, muchos de los factores que se incluirían serían claramente reconocidos por el personal de enfermería como acontecimientos que éste, encuentra en su trabajo diario.*

Entre ellos pueden mencionarse un ambiente cerrado, presiones de tiempo, ruido o silencio excesivos, cambios repentinos de tareas intensas a otras más ligeras, imposibilidad de subsanar errores, vistas y sonidos desagradables, y largas horas de pie.*

Este Consejo en su página informativa define que: *“el estrés en el trabajo son las reacciones emocionales y físicas perjudiciales que se producen en las interacciones entre el trabajador y su entorno de trabajo cuando las demandas del puesto superan las capacidades y recursos del trabajador”*. **

Como datos y cifras sobre la tensión en el trabajo señalamos que la tensión laboral es parte del 60 al 90% de los problemas en las consultas médicas.

El Instituto de compensación de los trabajadores de California comunica que el número de reclamaciones de compensación de los trabajadores por estrés psicológico aumentó casi un 700% entre 1979 y 1988.

El CIE realiza recomendaciones para la gestión del estrés, referido a lo que pueden hacer las enfermeras/os y las organizaciones de atención a la salud.

Los trabajadores que dicen sufrir fuerte estrés laboral tienen un 30% más de probabilidades de sufrir accidentes que los trabajadores sujetos a estrés bajo. En la Unión Europea, en 1996, el 28% de los trabajadores comunicaron problemas de salud relacionados con el estrés en el trabajo, esto supone unos 41 millones de trabajadores.

Para dispensar cuidados de calidad, el personal de enfermería deberá tener garantizado un entorno seguro y respetuoso de trabajo. Las cargas de trabajo excesivas, las condiciones de trabajo inseguras y el apoyo inadecuado pueden considerarse formas de violencia incompatibles con el buen y sano ejercicio de la profesión.

Las investigaciones demuestran que, de todo el personal de salud, enfermería es el más expuesto al riesgo de violencia en el lugar de trabajo. Además de lo que considera el CIE, se deben tener en cuenta los 26 Convenios elaborados por la Organización Internacional del trabajo, OIT⁴³, relativos a la salud y a la seguridad en el trabajo, de los cuales los relacionados con el personal de salud tratan: seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo; sobre prestaciones en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; disminución de la jornada laboral; sobre la protección de la maternidad y la protección de la salud de los trabajadores.

* Dewe, P. (1987). New Zealand Ministres of Religion: Sources of Stress at Work. *Work and Stress*, 1, 351 – 363

** Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo. Stress at Work. Nov. 2000. [Http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/facts8](http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/facts8)

El convenio sobre los servicios de salud en el trabajo de la OIT (Nº 161) de 1985 amplía la expresión de “*servicios de salud en el trabajo*” designándose a los mismos “*funciones esencialmente preventivas encargadas de asesorar al empleador, a los trabajadores y a los representantes de la empresa*” acerca de “*requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo sano y seguro que favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo*”.

El convenio sobre el personal de enfermería, Convenio 149 de 1977 (OIT), reconoce el “*cometido esencial, en colaboración con las demás categorías de personal de servicios de salud, que desempeña el personal de enfermería para la protección y mejoramiento de la salud y bienestar de la población*”. “*Reconociendo que el sector público, como empleador del personal de enfermería, debería desempeñar un papel activo en el mejoramiento de las condiciones de empleo y de trabajo del personal de enfermería*”. Señala en sus considerandos: la escasez de personal calificado, utilización inadecuada del personal existente. Además de que está amparado por numerosos convenios y recomendaciones internacionales que normatizan condiciones de trabajo, sobre discriminación, libertad sindical y derecho de negociación colectiva, duración del trabajo, vacaciones, licencia pagada de estudios, seguridad social.

En la recomendación 157 sobre el empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería, hace constar que las normas han sido elaboradas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y que proseguirá, al fin de promover y garantizar su aplicación. Uruguay ha ratificado dichos convenios.

Carrasco ⁴⁴ plantea “... *de los patrones del proceso salud – enfermedad de la fuerza de trabajo del área de salud, que como decimos están principalmente determinados por el estrés que se produce en el proceso de trabajo, con los efectos que implican la privatización, la pauperización intelectual, el individualismo*”. “... *Creciente malestar cuerpo – persona de la fuerza laboral...*”
 “*Padecimientos que recaen en los insatisfactorios resultados del proceso de trabajo y en la calidad de vida del trabajador, que obstaculizan la construcción del conocimiento a partir de la praxis, que enriquece la vida laboral del trabajador como visibilidad científica y humana del colectivo*”.

Se reafirma la importancia que adquiere el proceso de trabajo en la génesis de la salud, en la calidad de vida, y en la propia construcción científica y humana de la enfermería.

4. Revisión de investigaciones

De la revisión bibliográfica y de investigaciones surge que múltiples y diversos estudios se han realizado y realizan referidos al estrés laboral de los profesionales sanitarios y de enfermería en particular.

Se seleccionaron de: EEUU, Canadá, Alemania, España, Brasil, Cuba, Argentina, y Uruguay. Uno de los criterios de selección fueron los realizados en los últimos 10 años, y al considerar que ha sido una problemática muy estudiada por profesionales de la salud y especialmente por enfermería en España, por expertos en el tema; es que se consignan fundamentalmente trabajos de enfermeros españoles y se exponen en primer lugar. No obstante, se tomaron en cuenta otros trabajos referidos al tema de algunos años anteriores y los otros países mencionados, que si bien no tuvieron la repercusión como los españoles en Uruguay, y de ser efectuados por la propia disciplina; son pertinentes y comparan el estrés entre profesionales sanitarios.

Se destaca de la búsqueda en nuestro país antecedentes y revisión de estudios de salud y trabajo en enfermería profesional, que datan de 1974, realizados por enfermeras.

Mingote A., en su Monografía de Psiquiatría, 1997 realiza una revisión de estudios de campo.⁴⁵ Este autor, Denia y Jiménez.⁴⁶ realizaron un estudio sobre el Síndrome de desgaste profesional en diplomados universitarios de enfermería que trabajaban en el Hospital Universitario 12 de octubre, de Madrid, con el objetivo de estudiar la posible asociación de variables ocupacionales tales como la especialidad y variables demográficas. En la muestra de profesionales que se ocupaban de pacientes con alta mortalidad se apreció una incidencia significativamente mayor de agotamiento emocional medido por el cuestionario de Maslach y Jackson, mayor nivel subjetivo de estrés y consumo excesivo de café, tabaco y alcohol, así como de deseo de cambio de puesto de trabajo. En los servicios clínicos había mayor satisfacción laboral que en el trabajo de los servicios centrales, sin encontrarse diferencias en niveles de salud general medida por el cuestionario de Goldberg. Si bien la oportunidad de trabajar con personas es una característica intrínseca positiva del trabajo, los profesionales que tratan con personas, encabezan la lista de ocupaciones universitarias con mayor estrés laboral.

De los investigadores españoles, se señala a la Dra. Joana Fornés Vives,*⁴⁷ que ha estudiado el tema del estrés laboral y/o profesional, encontrando que se han incrementado en la última década los mismos. Consigna en este estudio que enfermería es una profesión objeto de grados elevados de estrés debido a la especificidad de sus tareas y a las personas objeto de sus cuidados. A lo que se añade la escasa autonomía profesional, indefinición de tareas, elevada presión a que está sometida y las características demográficas, admite como señala Faura (1988), uno de los autores citados en el mismo, que es uno de los “blancos” profesionales para que aparezca el estrés. Ha realizado una completa revisión bibliográfica sobre el tema, así como varias investigaciones. En una de 1994, con casi 500 enfermeras y auxiliares de enfermería pertenecientes a diversos Hospitales Públicos y Privados de Palma de Mallorca, referido a las causas del estrés, las ha agrupado en cinco categorías: ambientales, relacionales, organizativo burocrático, profesionales e inherentes al rol y relacionados con presión y exigencia.

* Fornés Vives Joana, Dra. Enf. Prof. Titular, Catedrática de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. Universidad de Islas Baleares, Palma de Mallorca. España

Estudió la respuesta emocional al estrés laboral y se destaca de sus conclusiones:

- La sobrecarga de trabajo y la escasez de personal como factores que más estrés producen.
- Éstos y otros factores desencadenan emociones como impotencia, rabia, insatisfacción, frustración, desánimo y depresión, ansiedad y malestar general.

López Rodrigo Marta (1995)⁴⁸ Además de consideraciones teóricas y factores que provocan o favorecen el estrés, detalló repercusiones e incidencias de padecerlo y propuso algunas estrategias para resolverlo. Resaltó sobre la repercusión, que el primer afectado del estrés profesional es la propia enfermera, en lo referido a sus aspectos físicos y psicológicos así como las relaciones con su entorno más cercano. Cita a Girame (1988) expresando que las principales incidencias del estrés son: pérdida de confianza en uno mismo, pérdida progresiva de la autoestima, con sentimientos de incompetencia laboral y fracaso, somatizaciones múltiples y reducción de la capacidad de tomar decisiones acertadas o efectivas. Se evidenciaron entre las alteraciones psico conductuales, como estrategia negativa de afrontamiento: cambio de hábitos, como aumento de consumo de tabaco, café, alcohol o drogas. Así como repercusiones en la calidad de los cuidados, ausentismo y abandono profesional

Faura y otros autores (1995)⁴⁹ estudiaron la prevalencia y distribución del síndrome de agotamiento emocional (burnout) en las enfermeras de hospitalización en comparación con las de atención primaria. En el grupo seleccionado (igual edad y tiempo de permanencia en el área respectiva) los valores de agotamiento eran superiores en las enfermeras de hospitalización. Las autoras sugieren que el burnout se comporta como un síndrome relacionado con el área de hospitalización y proponen estrategias para su detección y prevención en las enfermeras asistenciales.

En 1996 Burguette Ramos M.O. y Velazco Laiseca J⁵⁰ en un estudio descriptivo que pretendió identificar las fuentes de estrés y las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las enfermeras y auxiliares de enfermería que trabajan en Servicios de Urgencia, explicitaron que los resultados más importantes han sido: como estresores profesionales las consecuencias de los errores con los enfermos, problemas organizacionales provocados por la excesiva demanda, situaciones conflictivas con los usuarios y situaciones límite (muerte de un paciente).

En el mismo año, Meseguer Felip A.⁵¹ y otros autores estudiaron la situación del personal de Oncología Médica, Ginecología y Hematología (Hospital Universitario La Fe, Valencia) Se consideraron unidades de alto riesgo para el agotamiento laboral. En sus resultados interesa señalar las diferencias entre la muestra (personal de enfermería) y la población general en las escalas de despersonalización y despreocupación, mayor en la primera y menor en la segunda. El personal de enfermería apareció preocupado por los problemas profesionales y con sensación de falta de trato personal en sus relaciones laborales. Estos resultados ratifican otros encontrados en estudios con personal de enfermería y plantean una hipótesis referida a que las causas sean similares a las encontradas en otros estudios: determinadas características de la personalidad, sentimientos de falta de apoyo en la labor y falta de autonomía en la toma de decisiones. Plantearon que en la muestra estudiada el impacto negativo del trabajo se da en relación a las características del mismo:

rutinario, desmotivador y poco reconocido a nivel personal, lo cual no permite el suficiente avance profesional.

No se encontraron publicaciones a destacar en los años 97, 98 y 99 en las revistas disponibles españolas. Consultada la Dra. Joana Fornés expresó no tener una respuesta concreta, aunque opinaba que es bastante usual que la información aparezca a través de fases. Podría corresponder que se estuviera trabajando en proyectos, y todavía no hubiera datos extraíbles para su publicación.

Otra investigación, que es pertinente de Escribá Aguir Vicente, Más Pons R. y cols. (2000)⁵² en la que la población estudiada consistió en personal de enfermería (enfermeras y auxiliares enfermería: 106 enfermeras y 104 auxiliares total: 210) de un gran hospital público de Valencia, los resultados pusieron en evidencia que a mayor nivel de exposición a estresores laborales disminuye el bienestar psicológico del personal de enfermería.

Ferrer Caro Francisca (2000)⁵³ realizó un proyecto de gestión para reducir el estrés en los profesionales de enfermería de nueva incorporación a la actividad asistencial en el Hospital General de Elda, Alicante. Ya que se considera como plantea Fornés J. que el ambiente laboral de las unidades de hospitalización a menudo es extremadamente estresante para los profesionales de enfermería. Se formó un grupo de trabajo que, utilizando la entrevista y técnicas de búsqueda por consenso, identificó los principales factores estresantes. Con lo que se diseñó un Programa de Orientación con dos aspectos fundamentales: por un lado un acto de recibimiento creando un clima de confianza para favorecer la integración del nuevo profesional; por otro, la entrega de una Guía de Bienvenida con la información más relevante respecto al Departamento de Enfermería, el Centro y el Área de Salud. Una capacitación inadecuada, acentúa de forma grave el desencadenamiento de los factores estresantes percibidos en la asistencia. La relación laboral y el entorno deben ser elementos del escenario para las actuaciones de prevención del estrés en los gestores de enfermería, para los profesionales de nueva incorporación. El 96,7 % consideró “muy favorable” conocer el equipo de gestión de enfermería y la totalidad encontró muy satisfactorio el Programa. Respecto a los 4 años previos a la implantación del mismo, se redujo en un 28% las ausencias laborales inferiores a 48 horas y en un 8% el ausentismo laboral.

García Vázquez O. y cols. (2001)⁵⁴ en un estudio de las enfermeras del Complejo Hospitalario Cristal Piñor de Ourense, identificaron como estresores los mismos agentes, independientemente del área del hospital donde trabajasen. Concluyeron que los factores estresantes tienen una distribución similar en las cuatro áreas de trabajos estudiadas. Encontraron diferencias significativas según si los profesionales tuvieran o no hijos en relación a cuestiones organizativas y relaciones laborales. Las enfermeras identificaron como principales agentes estresores: a la sobrecarga de trabajo, ver morir un paciente especial, atender pacientes graves, recibir un sueldo no acorde con el trabajo realizado y trabajo físicamente agotador. No apareció el área de trabajo modificando significativamente el grado de estrés de los profesionales de enfermería.

Fornés Vives, J y Cols. 2001 ⁵⁵ en una investigación sobre Ansiedad y Estrés en enfermería, para conocer la relación entre algunas variables socio-laborales y el estrés en la misma, los hallazgos evidenciaron que existen algunas variables como: los años de ejercicio profesional, el tiempo de permanencia en el servicio/unidad, la asignación y el tipo de acomodación a estas unidades pueden ser predictoras de ciertos niveles de estrés en enfermería.

Wolfgang en EEUU (1988) ⁵⁶ comparó el estrés de 291 médicos con 379 enfermeras y 378 farmacéuticos: las enfermeras experimentaban significativamente mayor estrés, sobre todo por sobrecarga de trabajo, las necesidades de los enfermos, y por conflictos de relación personal dentro del equipo asistencial.

Ullrich y Fitzgerald (1990) ⁵⁷ Examinaron el estrés laboral entre el personal sanitario de las Salas de Oncología (91 enfermeras y 57 médicos) de 13 hospitales alemanes, encontraron fuertes asociaciones entre varios estresores situacionales característicos del trabajo y quejas psicósomáticas.

Reilly (1994) ⁵⁸ exploró en una muestra de enfermeras si el compromiso profesional está inversamente relacionado con la experiencia de estrés y si también modera la relación entre la exposición a los estresores de trabajo y la experiencia de B. (B: Síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberg y en 1976 por C. Maslach burnout, expresión B. muy popular en el ámbito anglosajón). Resultó que aunque las enfermeras que tenían mayor compromiso profesional experimentaban menos B. medio, los análisis de regresión mostraron que la relación entre exposición a estresores de trabajo y el B. experimentado, fue significativamente más fuerte para los profesionales más comprometidos. Paradójicamente, los sanitarios más comprometidos son más sensibles a los estresores, pero este compromiso está inversamente relacionado con B.

Sobre la importancia de la exposición a estresores ocupacionales se ha considerado la exposición al sufrimiento, la enfermedad y la muerte, destacándose el trabajo de Mallet y cols. en 1991 ⁵⁹, en el que comparan enfermeras de unidades de intensivos y de residencias de ancianos enfermos, a igualdad de soporte social y condiciones generales de empleo, constataron la importancia de los valores y de la cultura laboral, pues en intensivos había mayor estrés ocupacional, aunque en las residencias había mayores tasas de mortalidad.

Van Ypren, Buunk, Schaufeli (1992) ⁶⁰ comprobaron con una muestra de enfermeras (194) que el síndrome de Burnout visto como una respuesta al estrés laboral es un determinante crucial de ausentismo, de enfermedad y de cambio de puesto de trabajo, sobre todo en personas con baja orientación comunitaria o motivación altruista, que perciben un desbalance entre lo que dan y reciben como experiencia interpersonal desigual, inaceptable, sobre todo en mujeres; sólo en la percepción de desbalance se asoció con despersonalización y reducida realización personal. Los hombres tienen un autoconcepto más orientado a la tarea laboral, mientras que las mujeres están más orientadas a las relaciones interpersonales y evitarlas es un tipo de afrontamiento.

En Argentina, Espejo de Viñas María Rosa y otras autoras (1993) ⁶¹ en un estudio sobre condiciones de trabajo y salud de las enfermeras/os, retrospectivo, en el sector público de la Provincia de Buenos Aires, en el que la muestra totalizó el 10% de los enfermeros de los establecimientos, según Censo Nacional de Población y Vivienda de 1980; se reiteraron tres variables: exceso de pacientes, deserción temprana de la carrera en el sector público y personal de enfermería cumpliendo doble horario. En ciertos casos se constató espacio físico inadecuado, materiales obsoletos y procedimientos incorrectos, pero la mayoría de los accidentes laborales se debieron a fallas humanas por apuro, cansancio y/o desgano.

Según Menzies, I. y Jaques, E. ⁶² en 1969 en Inglaterra en su informe de un estudio del servicio de enfermeras de un hospital general, describían como se estructuraba su organización y analizaban como las enfermeras luchaban contra la ansiedad, sus sistemas de defensa; parece importante señalar algunos aspectos que coincidirían con los planteados por Ana Pitta ⁶³ de Brasil, en su Tesis de Doctorado en 1990 en que las principales estrategias defensivas de los trabajadores hospitalarios son:

- Fragmentación de la relación técnico - paciente, si la relación es muy íntima, el profesional es más proclive a angustiarse. La fragmentación de la tarea reduce el tiempo de contacto y el compromiso afectivo.
- Despersonalización y negación de la importancia del individuo. Todos los pacientes son iguales.
- Distanciamiento y negación de sentimientos a través del control de los mismos.
- Eliminación de decisiones por medio de rituales de desempeño de tareas, buscando rutinas y uniformidades. Pérdida de tiempo y energía para uniformizar los cuidados, funciona como ritual de postergación y control de decisiones que deberán ser tomadas frente a demandas de los pacientes.
- Reducción del peso de las responsabilidades en función del parcelamiento y supervisión de tareas.

Tonneau, D. 1991, citado por Pitta en su Tesis, señalaba como factores dificultosos, arduos, penosos de los trabajadores hospitalarios:

- a) Carga mental, que deviene de memorización compleja, parcelamiento del trabajo e informaciones insuficientes.
- b) Carga psíquica, proveniente de presiones de concentración de trabajo, presiones de los cambios en las condiciones de riesgo de los pacientes y la confrontación con el sufrimiento.

Las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por enfermería en su interacción con el paciente, según Menzies y Jaques, son:

- Fragmentación de las relaciones profesionales - pacientes, con poco contacto directo.
- Despersonalización, negación de la importancia de la persona.
- Uniformización de la atención, rutinizándola, no en función de sus deseos o necesidades.

En la organización del trabajo, un importante mecanismo contra la ansiedad, es evitar las decisiones, organizarse en base a rituales en el desempeño de tareas, disminuyendo las responsabilidades, con la fragmentación de la asistencia, repetición de técnicas, postergando, difiriendo o diluyendo las acciones, las decisiones en mayor número de profesionales.

De la revisión de Brasil, Kurcgant P. y cols. (1993) ⁶⁴ en un estudio trató de objetivar el conocimiento de las actividades realizadas por los enfermeros de unidades de internación y ambulatorias de un hospital de enseñanza. Se tomaron las enfermeras de las diferentes unidades del hospital. Se constató que las mismas desenvolvían sus actividades profesionales de forma rutinaria, fundamentadas en la tradición y autoridad y no en una reflexión sobre su práctica. Citan una diversificación de actividades, que son realizadas de forma desvinculada de procesos de planificación y toma de decisiones. La no realización de investigaciones compromete el saber de enfermería tan importante para su desarrollo en cuanto profesional y para el reconocimiento social del trabajo del enfermero.

Miranda de Siqueira M. y cols. (1995) ⁶⁵ buscando comprender mejor el trabajo en organizaciones de salud, realizaron una investigación en hospitales generales, desde el supuesto que el contacto con el dolor, sufrimiento y muerte interfiere en la organización, gestión y condiciones de trabajo; y de manera general expusieron a los trabajadores de esas organizaciones a un desgaste físico y mental intenso. Se constató que tanto las organizaciones como los propios grupos ocupacionales, aún tienen escasa conciencia sobre esos problemas, desarrollando pocas formas de regulación o atenuación de los conflictos decurrentes.

Lunardi Filho Wilson D. (1997) ⁶⁶ En un trabajo que tuvo como objeto de estudio la relación entre el placer, sufrimiento y trabajo, tratando de establecer las implicaciones del trabajo en sí, de su organización y sus condiciones para su desarrollo de los trabajadores del área de enfermería, concluyó que se puede afirmar que todo aquello que dificulta o inviabiliza la atención de las necesidades de los trabajadores de enfermería, condiciona e implica sufrimiento en el trabajo. Así como que todo aquello que facilita o viabiliza estas necesidades, se constituyen en generadores de placer en el mismo. Gran parte del sufrimiento reside en la organización del trabajo, especialmente en las condiciones del mismo. Las precariedades es una de las mayores contribuciones al sufrimiento, hasta lleva a un plano secundario las que devienen de su forma de organización. Exceso de actividades, insuficiente personal, asociado a falta de material, no permite la realización de muchas tareas, tornándose además de angustiante, prácticamente imposible la realización de un trabajo calificado. La falta de recursos humanos y materiales constituyen dos grandes factores de sufrimiento en el trabajo, principalmente por representar una realidad incompatible con la imagen de un hospital universitario, y la vivencia de esta realidad genera mucha angustia.

Felli Da Silva V. Kurcgant P. Machado V. (1998) ⁶⁷ El estudio buscó la comprensión del proceso salud – enfermedad, vivenciado por los trabajadores de enfermería en el desempeño de su trabajo, fundamentado en la determinación social de ese proceso. Evidenció las particularidades de la relación trabajo – salud de una realidad concreta, descomponiendo y recomponiendo las intermediaciones, proceso de valorización, proceso de trabajo, cargas de trabajo y desgaste, lo que permitió explicitar el perfil de morbilidad de estos trabajadores. De las cargas psíquicas se destacaban: atención constante, falta de autonomía y creatividad, no participación en la toma de decisiones, ritmo acelerado, trabajo fragmentado, monótono y repetitivo; comunicaciones dificultosas; trabajo femenino (doble o triple jornada) desarticulación de defensas colectivas, agresión psíquica, fatiga, tensión, estrés, insatisfacción y situaciones que

llevan al consumo de alcohol y drogas. El proceso de desgaste constatado en los trabajadores de enfermería evidenció la necesidad de transformación de esa realidad.

Do Carmo Cruz Robazzi M.L. y Palucci Marziale M.H. (1999) ⁶⁸ presentaron algunas consideraciones sobre la situación de los trabajadores de enfermería brasileños. Dueños de una concepción idealizada de la profesión, se someten a distintos riesgos ocupacionales, sufren accidentes de trabajo, la mayoría de las veces no lo atribuían a cuestiones provenientes de su actividad laboral. Es predominantemente en estos ambientes laborales que enfermería desempeña su trabajo ininterrumpido, en turnos alternados, cansándose física y mentalmente, teniendo perturbaciones en su ritmo biológico, vivenciando condiciones angustiantes en el transcurso de sus actividades, sometido a riesgos variados. Los trabajadores de enfermería tendían a realizar actividades predominantemente administrativas, particularmente que facilitaran la labor de otros profesionales, dejando de efectuar, muchas veces, su atención en el área de enfermería, citando a Trevizan (1988). El poco reconocimiento social de su trabajo, por estar desvalorizado, a veces se tornaba invisible a otras miradas, incluyendo a los usuarios. En síntesis, estos trabajadores son vulnerables a algunos riesgos profesionales por los siguientes hechos: enfermeras y auxiliares constituyen el mayor grupo individualizado de profesionales de salud; son prestadores de asistencia las 24 horas del día; son responsables de la ejecución de gran parte de las acciones de salud, constituyen el grupo que más entra en contacto directo con las personas enfermas; son personas, predominantemente del sexo femenino. En sus consideraciones finales estos autores destacaban que los estudios sobre la salud de los trabajadores de enfermería no son muy frecuentes en el Brasil. Se necesitarían de un mayor número de investigaciones relacionadas a las condiciones laborales y de vida de estos trabajadores. Que redimensionen su vida profesional y demuestren a sus usuarios lo imprescindible de sus cuidados desde una disciplina científica.

En la búsqueda bibliográfica, uno de los casi exclusivos artículos sobre enfermería y estrés encontrado en Cuba, es el de Bestard Ricoy J., Larduet Chacón O. (1998) ⁶⁹ Como resultado de un estudio clínico – epidemiológico descriptivo y transversal en el Hospital Psiquiátrico de Santiago de Cuba, para caracterizar el estado de Salud Mental y su relación con el estrés en las enfermeras de esta Institución, entre los hallazgos más relevantes figuró la elevada frecuencia de trastornos psíquicos en este personal. Se asociaron a algunas condiciones que disminuyen la resistencia a las situaciones estresantes, como la edad y el tiempo de trabajo, entre otras variables.

La existencia de posibles factores laborales y extralaborales fue muy común en las enfermeras que presentaban estas alteraciones, con variaciones en cuanto a los tipos de factores y estado de Salud Mental; 82,9% presentaban alguna alteración como: trastornos del sueño, astenia, irritabilidad y la carencia o insuficiencia de una red de apoyo social. A más años de vida laboral se incrementaba el número de enfermeras afectadas. Más de la mitad de las exentas de alteraciones psíquicas (62,5%) no sobrepasaban los 7 años de trabajo, pero las que llevaban más de 13 años presentaban como trastornos más frecuentes: trastornos del sueño 69,6%, astenia 69%, irritabilidad 61,9%, ansiedad 40,6%, depresión 29,6%, distractibilidad 16,6%. Los mismos estaban directamente relacionados con condiciones que disminuyen la resistencia a las situaciones estresantes. El nivel de ansiedad experimentado en el desempeño de sus funciones puede convertirse en una fuente permanente de malestar, concluyó este estudio.

Como antecedente en Uruguay, se destaca que ya en 1974 Carrasco⁷⁰, A. realizó en el Hospital Universitario (Hospital de Clínicas), Universidad de la República, una investigación con un equipo interdisciplinario y la participación de estudiantes de Enfermería de la hoy Facultad de Enfermería de la UDELAR. Fundamentalmente con el propósito de conocer la imagen de la enfermera que tenían los pacientes, pero además del rol de la misma: teoría, práctica y realidad. Si bien este estudio fue enfocado desde el enfermo, la situación de enfermedad, implicaba ineludiblemente a la enfermera en su relación con los pacientes. Tenía que ver con sus condiciones laborales, las características del mismo, sus aspectos vinculares y las relaciones de poder.

La enfermera apareció en un rol de subordinación, no participando de la toma de decisiones, a pesar de poseer importante información. Los pacientes veían confuso el rol de la enfermera profesional, tanto en lo referido a los cuidados (Nurse o Auxiliar de Enfermería) como la subordinación al médico. *“Ella sabe mucho pero no decide nada”*, manifestaban los pacientes. Veían a las enfermeras distantes, mudas, confusas, cansadas, que se iban del país y mal pagas.

Respecto al rol referido a la práctica, teoría y realidad, se identificaron las funciones de cuidar, pero con falta de reconocimiento del nivel profesional y científico de los mismos. Se destacaron las funciones técnicas, en desmedro de la relación enfermera – paciente. Aparecieron como importante, *“cargas difíciles de soportar”* expresado por las enfermeras, el contacto con el paciente y el muy difícil abordaje de un cuidado integral. Señaló este estudio condiciones de trabajo deficitarias respecto a recursos materiales y al número de pacientes asignados a su cuidado, surgió el término *“sobrecarga de trabajo”*. No fue solamente referido a los recursos humanos, materiales y financieros, sino que apareció la angustia relacionada con las características del trabajo de enfermería: contacto con la muerte, sufrimiento, dolor, dependencia de los pacientes. Así como *“experiencias frustrantes”*. Se constató presencia de agresividad (resultado de un test aplicado) que se tradujo en el trato con el paciente y la *“cosificación”* de los vínculos.

Es un referente significativo que mostró las dificultades de los trabajadores de la salud, específicamente las enfermeras profesionales, para poder desarrollar un cuidado integral, científico, oportuno, continuo, personalizado, comprensivo y humano.

Otro hallazgo importante fue la rutinización de la función como mecanismo defensivo, así como ansiedades que no podían ser procesadas.

Otro antecedente a señalar en nuestro país es el estudio del personal de enfermería del Hospital de Clínicas de la UDELAR, de las sociólogas Aguirre, R. Espino A. Batthiany K. 1997⁷¹. De su síntesis y conclusiones se señala: carencia de personal de enfermería; esta insuficiencia tenía implicancias a nivel asistencial, y en la calidad del cuidado. Respecto a las remuneraciones, se encontraban por debajo de las del sub-sector privado de salud, por lo tanto, constataron insuficiente remuneración salarial. No solamente se consignan los bajos salarios, sino además cómo las condiciones y el ambiente de trabajo influían en el abandono de los puestos. Aparecieron como factores expulsivos: carencias infraestructurales, problemas de organización y gestión, el sobre – trabajo y evaluación negativa de las relaciones en el equipo de salud. Los factores protectores mencionados fueron las características de la institución, la política de formación de recursos humanos y la vinculación afectiva con el lugar donde iniciaron la carrera profesional. Caracterizaron al trabajo de enfermería *“como un trabajo mal definido y con riesgos específicos de salud”*. En lo particular de este grupo profesional, se agregaba la problemática de género (mayoría femenina) que contribuía a generar una identidad contradictoria, mujer – trabajadora, que creaba ambigüedades en la vocación y

calificación. El discurso sindical no abordaba la problemática específica de este grupo de trabajadoras.

En el año 1991 se comenzó a investigar sobre los factores que inciden en la salud mental de enfermería profesional, para que constituya una población de riesgo, por parte del Equipo docente del Departamento de Enfermería en Salud Mental, ex – INDE, hoy Facultad de Enfermería, dirigidos por la Prof. Lic. Alma Carrasco ⁷² Los hallazgos estuvieron referidos a aspectos demográficos y sociolaborales, relaciones entre las normas de administración de personal y participación de las enfermeras.

De éstos, se destaca que se trata de una población joven, que a los 15 años de trabajo mantiene un solo empleo y relata dolores osteomusculares. Con relación a la percepción de malestar en el trabajo, hay un mayor reconocimiento profesional en la institución en la que prima la flexibilidad, no así en la de supervisión más rígida, que existiría un menor reconocimiento. La mayoría de las enfermeras “*confunde*” premios con sus derechos como trabajadores. Y se plantea la gran interrogante “*¿es enfermería una profesión potencialmente alienante?*”

En relación con la investigación de las CYMAT ⁷³ en lo referido a la caracterización de la población de enfermería profesional, concluyó que es predominantemente femenina, con hogares nucleares y cuyo aporte económico contribuye al sustento de las necesidades básicas de la familia. Asume como mujer responsabilidades como “jefe de hogar”, en algunos casos, más allá de las que tiene como madre trabajadora.

Respecto a su inserción laboral, el 85,2% trabajaba en Montevideo. En el litoral, zona este y norte del país, la mayor concentración del resto, que constituiría solamente un 14,8%. El 98% se desempeñaba en el 2º y 3er nivel de atención y solamente el 2% en el 1er. Nivel. El más alto porcentaje (93%) trabajaba en las áreas de medicina y cirugía, block quirúrgico, recuperación post-anestésica y cuidados intensivos.

Referido a cursos posbásicos, lo han hecho mayoritariamente en el área médico-quirúrgica. Casi un 60% trabajaban en el nivel operativo y solamente un 5,6% ocupaba altos cargos escalafonarios. Se constató que es predominante en la formación y en el ejercicio profesional, lo biológico – asistencial – curativo la inserción laboral y en áreas de alta tecnología, con una marcada tendencia dependiente y en los niveles operativos.

Los aspectos más relevantes de CYMAT ⁷⁴ en enfermería según estudios realizados en Uruguay, son:

- a) Como trabajadores de la salud y predominantemente insertas en instituciones de 2do y 3er nivel, las enfermeras profesionales reproducen el modelo médico hegemónico (Menéndez) imperante.
- b) Fragmentación de los procesos de trabajo, jerarquía de lo biológico sobre lo psicológico y lo sociocultural, centrado en la enfermedad.
- c) Tendencia al individualismo, en el marco de una estructura jerárquica, autoritaria, rígida, sin participación ni autogestión, obstaculizando el desarrollo científico de la profesión.
- d) El desempeño profesional, predominantemente centrado en la atención de usuarios críticos, que hace que el trabajo de enfermería se centre en el eje enfermedad – muerte, generador de ansiedad, con sus consecuentes mecanismos de defensa, a través de la rutinización de tareas, exceso de controles y complejos niveles para la toma de decisiones.
- e) Alto grado de sufrimiento en el trabajo por exigencia de asumir un rol que va más allá de sus competencias dentro de las instituciones,

- inmersas en un contexto laboral complejo y cambiante, con exposición permanente y estado de vulnerabilidad a agentes físicos, biológicos, químicos y psicosociales.
- f) Profesión inmersa en una compleja red de relaciones: con sus pares en diferentes niveles jerárquicos, con los auxiliares de enfermería, con otros profesionales que generan relaciones de conflicto intra e intergrupales. Dificultades en la comunicación para tratar conflictos cotidianos del trabajo.
 - g) Tendencia a disociar teoría de práctica, que evidencia un “corte” entre la formación y el ejercicio profesional.
 - h) En la organización del trabajo: falta de recursos, sobrecarga horaria y de tareas, frecuente rotación de turnos y servicios, dificultad en obtener días de descanso, de estudio y de acceder a eventos científicos y de capacitación, lo cual contribuye a la insatisfacción laboral.
 - i) Tendencia a la no participación sindical.
 - j) El predominio del género femenino promueve la tendencia a reproducir en los vínculos laborales los roles asignados culturalmente al género.
 - k) Descuido de su propia salud. Escasa conciencia de los riesgos del proceso del trabajo y la falta de protección así como de las leyes laborales. Tendencia a la automedicación y empobrecimiento en el uso del tiempo libre, ocio y recreación.

Se concluye que las características de las CYMAT en enfermería contribuyen a perturbar el biorritmo y la calidad de vida personal, familiar y social.

Investigaciones, más recientes en el país que contribuirían al conocimiento de la magnitud del problema laboral en enfermería profesional y su posible repercusión en su salud mental, como un trabajo de Carrasco A., Cocco C., Costabel M., Dutra I⁷⁵ desarrollado en los años 1996/1999) Respecto a la percepción sobre los factores de riesgo laboral, se constató la siguiente distribución: psicosociales 100%, biológicos 100%, físicos 47% y químicos 15%.

El factor de riesgo psicosocial se expresó relacionado a estrés, multiempleo, remuneración insuficiente, imposibilidad de capacitarse, carecer de apoyo en la atención a pacientes graves y familiares en crisis. A estos indicadores se agregan los vinculados a la vida personal: hijos sin atención institucional (guarderías) y asunción de rol de jefe de hogar por separación o divorcio.

De los factores biológicos, predominaron los derivados de las condiciones ambientales, con riesgo a exposición a las infecciones.

Otra categoría es la que favorecía la “*recarga física*”. En un 30% se le atribuyó a la escasez de recursos humanos en relación a la población asistida, con sobrecarga de tareas, producto de jornadas laborales extensas, características del multiempleo.

La población estudiada señaló sobre los factores de riesgo, el rol del socio- económico y laboral en la génesis del estrés.⁷⁶ Éste ocupa el primer lugar entre las “enfermedades” vinculadas a la CYMAT, con una incidencia del 69%, siguiéndole los trastornos posturales y de columna con un 46% y la sintomatologías digestivas un 15%.

De las reflexiones que surgieron, el 77% destacó la importancia de la educación al personal, promoviendo el autocuidado, integrándolo a la función de supervisión, para apoyar cambios que promuevan y protejan la salud.

De las licenciadas en enfermería del nivel operativo (128) interesa destacar: en relación al clima interpersonal en el lugar de trabajo un 57,8% opinó que hay entendimiento y que se llevan bien con los compañeros un 100%. Se sentía aislado el 9,3% y presionado por el ritmo de trabajo el 40,6% y le significaba un gran esfuerzo cumplir con la tarea al 60%. Reconocían la presencia de conflictos el 39% y el 56% expresó que los mismos se resolvían.

Manifestó ser fumador el 24.4%; el 20% consumir alcohol en forma ocasional y tomar medicamentos el 42% y de éstos, el 61% lo hacía sin indicación médica.

Los malestares más frecuentes eran: contracturas musculares 70%, trastornos del sueño 50%, angustia 39%, ardor gástrico 38,3%, cefaleas 38,3%, se levantaba cansado 35%. En el marco de esta investigación (Montevideo – Salto) se realizó un taller en la ciudad de Salto, agosto de 1997, con la participación de informantes calificados, licenciadas del área operativa y los investigadores.

De esa instancia de análisis con las licenciadas de Salto se identificaron:

- a) Factores que aumentaban la incidencia de riesgo en la salud eran:
 - edad, (45 – 50)
 - años trabajados
 - situación de embarazo y cuidado de los hijos y familia (roles femeninos)
 - doble empleo
 - condiciones laborales con aumento de la responsabilidad, con sobrecarga física y psíquica
 - quiebre de redes de apoyo y solidaridad entre los trabajadores
 - abandono de la función de cuidar, que afecta valores humanos vocacionales.
 - miedo a perder puestos de trabajo, que no permitía el desarrollo de la capacidad creativa
- b) Factores de protección tendrían que ver con:
 - participación en la vida cotidiana del trabajo, que se democratizen las relaciones, mayor comunicación y que se profundice el tratamiento de los conflictos.
 - el cuidado de enfermería es un proceso complejo que necesita de un quehacer grupal, que mantenga alerta la actitud de promover la vida, en un marco ético y humano.
 - necesidad de cambio en la cultura gremial, que no solamente priorizara lo salarial, sino promover aspectos de promoción y prevención de la salud de los trabajadores.
 - Espacios de reflexión para analizar, comprender los problemas cotidianos laborales y promover soluciones colectivas

“De las recomendaciones surgió la necesidad de prevenir el sufrimiento y la enfermedad laboral”

Se propusieron la creación de espacios institucionales para investigar, asesorar y capacitar a los trabajadores, para transformar la pérdida de la capacidad de cuidar su propia salud desde lo individual y lo colectivo.

En una investigación realizada por Alicia Cabrera* 2001 mostró como se sitúa enfermería en la ecuación oferta – demanda de trabajo, en un entrecruzamiento de variables económicas y socioculturales.

Se comprobó el predominio del género femenino como determinante de un perfil ocupacional, en un contexto social donde los roles femeninos (madre, esposa, ama de casa); producto de una construcción social, condicionan y determinan una forma de ser mujer profesional. Debiendo combinar sus prácticas en el mundo público, profesional, científico con las del ámbito privado, con niveles de conflictos entre ambos.

Señaló que según el Censo Universitario de 1999, la mayoría de la población pertenece a grupos sociales de escasos ingresos.

Así como un *“desdibujamiento entre las funciones y actividades de enfermería profesional y auxiliares”*. La carencia de una legislación capaz de regular la actividad, como de definir áreas de competencia y de responsabilidad, aumenta esta problemática. Desde el año 1990 el Colegio de Enfermeras del Uruguay (CEDU) conforma un Comité Nacional de Legislación, que toma como base el Convenio N° 149 y Recomendaciones N° 157 de la OIT. En 1999 el CEDU presenta un Anteproyecto, sin aprobación parlamentaria aún.

La autora identificó como problemas el multiempleo y la desocupación. Multiempleo que se utiliza como medida para mejorar el ingreso y *“como respuesta preventiva a la inestabilidad laboral del sector”*, que es novedoso y en aumento en los últimos 5 años en nuestro país, debido posiblemente a la sobreoferta de auxiliares de enfermería y a la crisis del sector salud. Han aparecido las empresas de *“acompañantes”*, servicios vinculados al cuidado de enfermos, sin límites claros en su accionar, que utiliza tanto a auxiliares de enfermería como a personas sin preparación y Licenciadas en Enfermería que trabajan en ellas.

Respecto a las remuneraciones salariales según este estudio, constató diferencias sustantivas entre el sector público y privado. Los insuficientes, exiguos y hasta indignos montos de retribuciones, acentuados en el sector público, constituirían *“per se”* un factor ansiógeno y estresante, de acuerdo a las responsabilidades y competencias necesarias para el desempeño de cargos profesionales, como señala la autora.

La tendencia de los mismos en el sector privado de acuerdo a un análisis económico realizado por la Federación Uruguaya de la Salud (FUS), es decreciente de manera alarmante. Entre Nov/94 y Nov/98 los aumentos otorgados fueron de 13,29% y de 5,02% respectivamente.

Los recursos humanos de enfermería se concentran en las áreas médico quirúrgicas y de cuidados intensivos, segundo y tercer nivel de atención, acorde al modelo de atención vigente.

La participación en los niveles estratégicos de toma de decisiones, podríamos decir que es casi nula. En el nivel estratégico del MSP funciona el Comité Técnico Mixto de Enfermería desde el año 1973.

Respecto a la dotación del recurso de enfermería profesional, señala el estudio un aumento en el sector privado y disminución en el público, considerando que es *“insuficiente el recurso profesional de enfermería”*.

* Lic. Enf. Directora y Profesora titular Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería. UDELAR. Montevideo. Uruguay. Especialista en Administración. Directora de la Maestría en Administración. Consultora en enfermería, Proyectos BID. Asesora empresas y gremios en gestión hospitalaria.

“El 100% de los encuestados manifiesta el predominio de relaciones laborales asalariadas”

Predomina el llamado a concurso como modalidad de ingreso, en el Hospital Universitario, Intendencia Municipal de Montevideo y Hospital Central de las Fuerzas Armadas, ya que en el Ministerio de Salud Pública MSP el mecanismo de ingreso es por “sorteo”, designación directa y en algunos casos por concurso. Actualmente se identifican nuevas formas de relaciones laborales como: *“Contrato de servicios profesionales” y/o tercerizaciones en Servicios de Enfermería*”.

Respecto a políticas de incentivos, los dirigentes encuestados manifestaron tener algunos como: económicos, capacitación y formación, flexibilidad en horarios y turnos, pero fundamentalmente en el sector privado. Tanto en el sector público como en el privado dependen de la decisión del Director médico correspondiente.

Las variables ausentismo, certificaciones médicas y puntualidad fueron mencionadas en este orden de prioridades en el mencionado estudio, como problemas, agravando el déficit de recursos y afectando el nivel de prestación de los servicios.

Si bien el multiempleo no está debidamente estudiado según Cabrera, *“hay una percepción general que influye y perjudica la calidad de vida personal y familiar. Se lo valora como negativo, como falta de tiempo real, cansancio y desmotivación para incrementar el desarrollo científico de la profesión”*.

En las Instituciones estudiadas existen actividades interdisciplinarias, sobre todo para eventos científicos, comité de infecciones, pero son graves las dificultades para el intercambio en lo operativo, así como a nivel estratégico.

Se consideró por parte de las participantes de la muestra, que la formación de Posgrado como Maestrías y Doctorados, *“no son elementos determinantes que mejoren los niveles ocupacionales laborales”*. Los temas de interés en formación continua de enfermería profesional fueron: Gestión, Investigación científica, Salud Mental e Informática.

Parece esencial destacar respecto a las conclusiones de Cabrera que *“la realidad muestra un perfil ocupacional de los profesionales de enfermería, con un predominio de acciones vinculadas a la generación de coordinaciones internas y externas, entre personas, servicios e instituciones”*. Se consignó un trabajo caracterizado por *“la polivalencia de actividades y falta de especificidad”*.

Destacó como *“resultado de esta “desnaturalización” de la función, que se ha legitimado en la cultura organizacional, un profesional alejado de la población, ocupado en trámites secundarios y depositando el peso de la asistencia directa, en manos del personal auxiliar”*, se podría decir, la responsabilidad en el personal no profesional. Con esto, las organizaciones asistenciales desarrollan una política de administración de personal con mano de obra más barata.

En los modelos asistenciales de calidad el papel de enfermería profesional va de la asistencia directa a los usuarios hasta los niveles de dirección de servicios.

La problemática legal, hace imprescindible un cuerpo normativo básico, de alcance nacional que regule el ejercicio profesional del sector salud en su conjunto. No solamente para un ordenamiento de los procesos de trabajo, sino para determinar remuneraciones equitativas y justas en los subsectores públicos y privados.

Comprobándose una inequidad de hasta 5 veces más salario en lo privado que en lo público, en la misma función.

La inaccesibilidad al nivel estratégico Cabrera lo plantea como un problema de poder hegemónico y no de capacitación, dándose la paradoja que personas sin formación en

Administración de Servicios de Salud, dirijan instituciones en lo público y en lo privado.

La falta de estímulo en el subsector público no es solamente por la baja remuneración salarial, sino además por dudosos y discriminantes mecanismos de compensación (incentivo por presentismo, atención directa al paciente) que no lo cobran la totalidad del personal de enfermería. Condicionados también por dudosos sistemas de evaluación, (evaluaciones realizadas por Supervisores o Jefes, elevadas a la jerarquía sin conocimiento del funcionario) inclusive no pautadas por las reglamentaciones de MSP.

Se están desarrollando modelos experimentales de Hospitales Autogestionados, en Salto, Paysandú, Canelones y Maldonado con atribuciones relacionadas a la administración de recursos humanos desarrollados por las Direcciones, al igual que las Comisiones de Apoyo. Éstos no se regulan por las disposiciones vigentes para ASSE, sino que se determinan en función de criterios autónomos o de derecho privado.

Los enfermeros manifiestan situaciones muy irregulares en las contrataciones, *“fundamentalmente en el interior del país”*. Según este estudio se vislumbra *“un escenario particularmente complejo y diferente, donde el mercado de trabajo para enfermería se presenta desventajoso”*

Se expresó la necesidad de fortalecer el trabajo político y de gestión, como la ocupación de espacios gremiales. Así como promover investigaciones vinculadas a los sistemas de trabajo, que se perciben limitados y muy poco atractivos para enfermería, comparándola con los modelos internacionales.

Planteó que estos temas son preocupación del colectivo profesional expresados en el Colegio de Enfermeras del Uruguay (CEDU) y viabilizados en Comisiones de trabajo para estudio de propuestas, según Cabrera.

De la revisión bibliográfica y de investigaciones surge que en países con diferentes sistemas económicos y sociales, con CYMAT muy disímiles, aparece significativamente el estrés laboral en el personal de enfermería con más frecuencia que en otras profesiones. Esto reafirma la hipótesis de que la singularidad del contenido de su trabajo, sus características y cualidades, podrían ser factores condicionantes y determinantes para que se produzca el mismo.

CAPÍTULO II. MARCO CONTEXTUAL

1. Contexto de enfermería en Uruguay y la Región

Es importante para contextualizar el estudio y precisar las condiciones en que se encuentra enfermería en nuestro país, tener en cuenta algunos referentes, como indicadores internacionales de OPS/ OMS relacionados a los recursos humanos en salud y cobertura.

Respecto a los recursos humanos en el año 2001, estos organismos internacionales constataban una relación de los mismos cada 10.000 habitantes en:

- América del Norte: enfermeras 94,9 y médicos 27,0.
- América Latina: enfermeras 8,2 y médicos 18,4.
- Cono Sur: enfermeras 8,2 y médicos 18,4; considerando como países de esta área geográfica a: Argentina, en la misma era de 5,9 y 30,4; Brasil era de 5,2 y 20,6; Chile de 6,6 y 11,5; Paraguay de 2,2 y 5,6 y Uruguay de 8,7 y 39,0 enfermeras y médicos respectivamente.

Si se toman en cuenta países como EEUU la relación es: 97,2 enfermeras y 27,9 médicos cada 10.000 habitantes; en Cuba era de 71,4 enfermeras y 60,4 médicos.

En un informe de OPS/OMS (31/12/99) sobre Uruguay, haciendo referencia a los recursos humanos en salud señalaba una relación de 39,5 médicos por 10.000 habitantes y de 8,2 enfermeras universitarias, concluyendo que existía un exceso de médicos y carencia de enfermería profesional, mostrando un leve descenso ya en las cifras que dan esos organismos para el año 2001. Cifras más actualizadas del año 2003 de la OPS constataban en la relación enfermero/médico lo que muestra la siguiente tabla:

PAIS	Indicadores OPS-2003
EEUU	97 / 28
CANADA	75 / 19
CUBA	75 / 59
América del Norte	promedio 95 / 27 (3.5)
CHILE	7 / 11
BRASIL	5 / 20
PARAGUAY	1 / 5
ARGENTINA	6 / 30
URUGUAY	9 / 39
América del Sur	Promedio 6 / 24 (- 4)

Fuente: OPS 2003

Si bien se observa un discretísimo ascenso de enfermería, que es totalmente insuficiente en relación con países como Cuba, Canadá y EEUU, estaría reflejando el gran déficit de personal calificado para la atención a la salud lo que va en desmedro de la calidad de atención de nuestros pueblos.

Así como aumentan otros como Cuba y Canadá que podrán avanzar en sus niveles de calidad de atención al contar con más y mejores recursos humanos en enfermería, ya que una de sus funciones esenciales es la promoción de la salud.

Las recomendaciones de OMS/CIE de junio de 2003 en Ginebra, Suiza eran:

- Fomentar colaboraciones estratégicas y actividades destinadas a influir en la política de salud.
- Dar difusión a las directivas estratégicas para el fortalecimiento de los Servicios de Enfermería y Partería 2002- 2008 que han sido firmadas por el CIE y aprobada en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud – 2001.

Dicha Asamblea insta a los Estados Miembros a que:

- Fomenten el desarrollo de sus sistemas de salud haciendo participar a las enfermeras en la elaboración, planificación y aplicación de las políticas sanitarias a todos los niveles.
- Elaboren y apliquen planes nacionales en pro de la salud de la población, definiendo modelos de legislación, enseñanza y práctica apropiados a las competencias de los enfermeros.
- Establezcan programas de desarrollo de los RRHH, favoreciendo la formación, contratación y retención del personal de enfermería calificado.
- Apliquen políticas que garanticen la salubridad del trabajo y la calidad del entorno laboral.
- Se preparen planes para evaluar los servicios de enfermería.

Ante estas recomendaciones parece oportuno referirse a documentos de la última Reunión Internacional de Enfermería realizada en Belho Horizonte, Brasil en el año 2000⁷⁸ que ante las reformas sanitarias que se llevan a cabo en América Latina centradas en la reducción presupuestal del Estado, señalaba los efectos que han tenido en nuestros países:

- Deterioro de los indicadores distributivos con aumento de la inequidad.
- Reducción del mercado de trabajo
- Baja de salarios y despidos de personal
- Flexibilidad laboral
- Debilidades e insuficiencias de normas reguladoras.
- Hipertrofia de la intermediación financiera, incrementando los costos de manera insostenible para los consumidores.
- Subsidios cruzados al sector privado

Ante esta situación se hace imprescindible conocer los recursos humanos en salud en Uruguay, que se distribuían así en al año 2000 de fuentes como la Caja de Profesionales Universitarios y del MSP:

- Enfermeros universitarios 2.572
- Médicos 12.357
- Psicólogos 3.500
- Odontólogos 3.329
- Químicos farmacéuticos 983
- Auxiliares de Enfermería 18.000

Se observaba respecto al equipo de enfermería una gran desproporción ya que el número de licenciados es totalmente insuficiente ante los auxiliares, lo que hace inferir, como se expresa más adelante, que los servicios son cubiertos con personal no profesional con lo que esto implica en la calidad de atención.

A lo que se agrega que en el sector privado y en el público los cargos de decisión están ocupados por médicos casi exclusivamente y enfermería con una inserción laboral, se podría decir casi totalmente de dependencia.

Respecto a las remuneraciones y relacionado con lo mencionado, parece importante consignar lo que señalaba en el 2000 la economista Marisa Buchelli: *“Las enfermeras constituyen un típico ejemplo de “texto” de un mercado de trabajo monopsónico, esto es, uno en el que el poder de mercado está en manos del contratante. De esta manera en los médicos, el juego del mercado origina un sobre-precio mientras que en las enfermeras, el salario es inferior al de la productividad”*.

Se plantea lo del Comité Técnico de Enfermería del MSP en su Plan de Enfermería 2004-2009, a partir de la realización de Talleres Regionales, apoyados por OPS/OMS Uruguay que en lo referido a la participación del número de enfermeras en el conjunto de los trabajadores de la salud, considera que disminuyó entre 1986-88 y 1995-97 (no se cuenta con las cifras o porcentajes). Respecto de las remuneraciones a partir de estos cambios, expresa que las de los médicos en el total de remuneraciones tuvo una modificación de un 57% en 1986-88 a un 60% en 1995-97, en desmedro de las de enfermería que disminuyeron de un 17% a un 13%. El déficit de enfermeras es una manifestación que se da también en otros países.

Sobre los efectos de la reforma en Uruguay se percibió como uno de los problemas del sector, históricos, la baja cantidad de enfermeras, ya que actualmente la oferta supera la demanda. *“La competencia entre las instituciones por captación de enfermeras de elevada formación se eliminó por la falta de empleo”*. Así como considerar que las limitantes presupuestales y ausencia de incentivos económicos podrían ser factores que no favorecieran la opción de los jóvenes por esta carrera, entre los planteos del Ec. Manuel Rodríguez en el año 2000.

Respecto al mercado laboral de enfermería y sus remuneraciones, Alicia Cabrera concluye:

- “-Inequidad y desestímulo a la actividad pública.*
- Políticas en Hospitales Asistenciales Generales que promueven un alto grado de irregularidades en las relaciones laborales, incentivos a través de las Comisiones de Apoyo.*
- Deterioro del salario real del cuerpo de enfermería y negociación restringida”*.

En nuestro medio a nivel privado como en el subsector público, se ha prescindido de los enfermeros profesionales en las áreas asistenciales de 2º nivel de atención, siendo casi ausente en el 1er. nivel. Se brinda atención de enfermería con personal auxiliar (no profesional) y sin profesionales en el nivel operativo. Sólo se mantienen en algunas áreas especializadas que poseen protección regulatoria, como son los Centros de Tratamiento Intensivo, adultos y pediátricos, de Diálisis, entre otros y casi siempre con cobertura deficitaria.

Enfermería profesional señala Cabrera: *“... ha sido sustituida por personal sin calificación o se ha desvalorizado, desconociéndose los niveles de formación a través de contratos de trabajo que no cumplen con las normas vigentes, o ejerciendo una nueva modalidad de trabajo “honorario”, en el que se brinda adquisición de destrezas técnicas como forma de retribución personal a jóvenes sin experiencia laboral. “Existen generaciones de dos o tres años de graduados universitarios que no han operado formalmente en el mercado de trabajo”*.

Una de las estrategias para atenuar el déficit de las empresas ha sido a través de la reducción de personal de enfermería que atenta con la satisfacción de la población usuaria y la calidad de la atención, generando desocupación y sobrecarga laboral.

En un panorama más amplio mundial se observan países que integran a enfermería al sistema, en niveles de decisión y obtienen *“indicadores positivos en los resultados de la atención sanitaria”*. Como Canadá, Estados Unidos, Cuba, cuentan con un índice aproximado de 97,2 enfermeros por 10.000 habitantes, mientras que en Uruguay el mismo es de 8,7 por cada 10.000 habitantes, como se mencionaba anteriormente. Cabrera plantea: *“Se considera a enfermería profesional, desde una valoración político- económica, por el Banco Mundial como el recurso para el cuidado a la salud de mayor eficacia, en términos de impacto en la asistencia a la población”*.

La Resolución 49.1 de la Asamblea Mundial de la Salud de 1996, reconoció a través de sus Estados Miembros, *“el potencial de enfermería para lograr un cambio en la calidad y la eficacia en la atención sanitaria”*.

Importante número de documentos y publicaciones de enfermería, de organismos relevantes como el CIE (Consejo Internacional de Enfermería) y de la OPS identifican fortalezas en la profesión, que deben ser tenidas en cuenta en nuestra realidad:

- *La proximidad y continuidad del vínculo productivo con los usuarios, en todos los niveles asistenciales y en las diferentes etapas del ciclo vital.*
- *La capacidad de interlocutor para defender los derechos de la población.*
- *La innovación en las propuestas curriculares con desarrollo de niveles posbásicos.*
- *La amplitud y versatilidad de áreas de dominio.*
- *El método integrador del proceso de atención de enfermería.*
- *La capacidad y convicción para desarrollar trabajo en equipo.*
- *Las competencias reconocidas en el gerenciamiento de los servicios.*

Las debilidades se visualizan en las siguientes áreas:

- *Falta de influencia en las definiciones políticas estratégicas del sector y en la capacidad de liderazgo para la negociación de las propuestas.*
- *Escasa participación en los centros de decisión profesional, gremial y política de gobierno.*
- *Carencias en el cumplimiento o ausencia de marcos normativos que regulen la actividad profesional y definan niveles de calidad en la prestación de atención de enfermería.*
- *Desvalorización e intrusismo en el campo de acción laboral por el empleo de recursos menos calificados.*
- *Contradicciones entre las instituciones formadoras y asistenciales que afectan el desarrollo de la profesión.*
- *Desarrollo insuficiente de la investigación científica en la disciplina.*
- *Desequilibrios en la relación de personal profesional y auxiliar que amenazan la viabilidad de un modelo de cambio.*

En el diagnóstico de la situación nacional realizado por el Comité Técnico de Enfermería- MSP, en el 2003 se estimaba contar con 2.400 profesionales laboralmente activas y 18.000 auxiliares de enfermería habilitados, lo que totaliza aproximadamente 20.400 enfermeros (profesionales y auxiliares). No existen cifras actuales de niveles de ocupación y desocupación.

En un estudio realizado por la IAMC (Instituciones de Asistencia Medicina Colectiva.) en el año 2000, mostró 6.200 cargos de enfermería, sin discriminar, pero

se podría inferir que actualmente con la crisis del sector salud, que trajo como consecuencia cierre de mutualistas, estos números podrían haber decrecido.

En relación con el subsector público, los últimos datos aportados por el Departamento Central de Enfermería de ASSE del año 1997, dan cuenta de 308 cargos de Licenciados y de 2.707 de Auxiliares. Pero se podría deducir que junto con las políticas de reducción del gasto público y de privatización de servicios hospitalarios, pueden haberse provocado una disminución de estas cifras en los últimos siete años.

“El Hospital de Clínicas, que es el Hospital Universitario, por lo que requiere una consideración especial, ya que constituye un Centro de referencia, tiene servicios desprovistos de profesionales y auxiliares, lo que afectaría de manera significativa la calidad de la formación de los recursos humanos en el área salud”, en lo que se coincide con la autora mencionada. Datos aportados por la División Enfermería del mismo, de un relevamiento realizado en 1999, para un informe para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), podría considerarse alarmante el hallazgo de 80 puestos vacantes de licenciados en enfermería en el Hospital Universitario y “una tendencia quinquenal descendente, relacionada con las condiciones de trabajo y los bajos salarios”.

“En lo referido a la formación de recursos humanos en enfermería, existen actores privados en el nivel terciario, lo que ha generado heterogeneidad en las exigencias de calidad de los egresados” expuso la autora.

Este tema señalaría un incumplimiento del Ministerio de Educación y Cultura (MEC) en lo que respecta al control de los requisitos de habilitación de los centros educativos de carácter terciarios del sector privado. Se agrega como factor negativo el papel asignado a la Universidad de la República (UDELAR) en su función no valorada de asesor académico calificado, a nivel del Consejo Consultivo del MEC.

Se debería tener en cuenta la propuesta realizada por un grupo de licenciadas como trabajadoras de la salud a nivel del PIT-CNT (Plenario Intersindical de Trabajadores) referida al incremento necesario de personal de enfermería, lo cual se considera una línea de acción imprescindible, de acuerdo con las recomendaciones internacionales y la formación calificada del recurso de enfermería profesional, como el imprescindible fortalecimiento del primer nivel de atención.

A través del Equipo de Enfermería Comunitaria, al presentar el nuevo perfil de competencias del mismo, a las autoridades ministeriales, el Comité Técnico de Enfermería expresó la necesidad de alcanzar la meta de 1.860 puestos de licenciados, junto con igual número de auxiliares e internos de enfermería (Convenio MSP- ASSE - UDELAR- F. de E.) para atender la actividad en Centros de Salud del Primer Nivel de Atención Se tomó como parámetro establecido por el MSP para los Médicos de Familia, de un profesional cada 1.800 habitantes.

“Si se realizara un ejercicio de simulación, que considerara la relación enfermero/ cama hospitalaria en el segundo nivel de atención, sin incluir los servicios especializados, las áreas de cuidados intermedios e intensivos, sin estimar los cargos de nivel jefatura, supervisión ni dirección de servicios, trabajando con el nivel operativo solamente; según los estándares pautados por el Departamento Central de Enfermería del MSP y posteriormente avalados por la Comisión Nacional de Calidad y Acreditación de Servicios de Enfermería CO.NA.SE., correspondería estimar un Licenciado operativo cada 15 camas de internación en cuidados generales”, plantea el documento.

Si se realizara una aproximación de acuerdo a la capacidad instalada de 12.910 camas en todo el país, según cifras del MSP del año 1999 y una disponibilidad de cargos profesionales en todo el país, de 1.500 puestos de trabajo (Censo Nacional de Enfermería Profesional-1993) sería necesario como mínimo duplicar los mismos. En este sentido y solamente para cubrir la demanda asistencial de profesionales a nivel operativo, en los servicios de internación generales se necesitarían 3.443 puestos de trabajo. Si se aplicara un indicador más general vinculado al equipo de enfermería, con los dos niveles existentes en el país, profesional/auxiliar correspondiente a 20% y 80% respectivamente, siempre para el área general de internación, se necesitarían 2.582 cargos de licenciados y 10.328 auxiliares (UDELAR-INDE Cátedra de Administración 2003).

“Estos análisis comparativos dan cuenta de la necesidad de crear a muy corto plazo, puestos de trabajo de nivel profesional y auxiliar para el primer nivel de atención. En segunda instancia, conformar un plan a mediano y largo plazo que contemple dentro de sus estrategias cuadruplicar el número de enfermeros activos en todo el país”.

Respecto a la cobertura, según el Censo de Población y Vivienda de 1996, el 88% de la población del país declaró tener cobertura formal de salud, mientras que el 12% declaró no tener ningún tipo de cobertura. Este grupo se considera potencialmente cubierto por los servicios dependientes de MSP- ASSE. La cobertura formal del subsector público alcanza al 40% en todo el país, predominando en el interior. La cobertura de MSP- ASSE es de 34% en todo el país, 21% en Montevideo y 43% en el interior.

2. Contexto de Enfermería en Salto

Los datos del 1er Censo Nacional de Enfermería ⁷⁹ realizado en 1993, INDE, UDELAR., Uruguay, especificaba solamente la cuantificación de enfermeros profesionales por Departamento, pero luego para todos los demás datos de caracterización profesional lo hacía en dos grandes divisiones: Montevideo e interior del país.

En Salto, ciudad ubicada en la zona litoral oeste, con una población de 117.600 habitantes (VII Censo Nacional de población. 1996), que posee numerosos servicios de atención a la salud, públicos (MSP/ASSE) y privados (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva IAMC), de los tres niveles de atención, contaba en 1993 (1er Censo Nacional de Enfermería Profesional) con 61 Licenciadas. En una relación enfermera profesional / número de habitantes de 1/1778 y un médico cada 748 habitantes. (Relación médico / E.P. 2,4). Estos datos están relacionados con el número de habitantes según el VI Censo Nacional de población de 1986, ya que no estaban publicados los datos del VII Censo Nacional de Población de 1996, en el momento de la realización de la investigación.

El número aproximado en los años 2002-2003 era de 80 licenciadas y alrededor de 250 auxiliares de enfermería; con este estudio se estaría abarcando un 32,5% aproximadamente de las Licenciadas en Enfermería de Salto con inserción laboral.

El número de Licenciados se ha incrementado, fundamentalmente a partir de graduaciones de la Facultad de Enfermería, en la región, desde el año 1993, Plan de estudios 1971, con una oferta parcial del mismo. Se han constatado la creación de 14 nuevos puestos de trabajo, públicos y privados, para enfermeros profesionales, desde

1993 a 1997 (Fuente: Registros Programa INDE – RNSS – UDELAR). Se comienza con el dictado completo de la Licenciatura en el año 1997.

Si se consideraran las recomendaciones internacionales de OPS/OMS para los recursos humanos en salud se constata el déficit, ya que con los datos aproximados de 80 licenciadas en el 2003, se estaría en una relación 6,8 licenciado cada 10.000 habitantes, distribuidas casi exclusivamente en el 2º nivel, de lo cual se podría inferir la influencia sobre la calidad de atención para la promoción y prevención de la salud. La institución pública donde se realizó el estudio fue el Hospital Regional Salto, ya que concentraba laboralmente el mayor número de licenciadas activas del departamento. Se realizan la mayor parte de las actividades prácticas del Programa de Licenciatura de la Facultad de Enfermería. En el relacionamiento docencia – asistencia – investigación se había identificado la necesidad de conocer la relación trabajo – salud de enfermería profesional.

El sector del MSP- ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) del departamento, se organiza en una Unidad Ejecutora, el Hospital Regional Salto. ASSE clasificó por modelo de gestión a sus Unidades Ejecutoras, teniendo en cuenta el desempeño esperado y los niveles de atención, lo que determina el grado de complejidad del mismo. Al desempeño lo definió como la medición cuantitativa del grado de cumplimiento de las obligaciones correspondientes, para satisfacer la demanda estimada de su población usuaria. La complejidad se determinó por el número de procedimientos de atención diferenciados y el grado de desarrollo alcanzado por los mismos; necesarios para satisfacer las demandas asistenciales de una determinada población. El grado de complejidad condiciona el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la Unidad Asistencial, sus servicios y su organización.

Según este modelo de clasificación de las Unidades Asistenciales de ASSE, lo ubica al HRS en el nivel 6 de Gestión, orientado a dar respuesta a necesidades de atención (en general por patología) provenientes de la población de su área de influencia y para satisfacerlas, requieren de un mayor nivel de complejidad, en este caso de alta complejidad. Se conciben como un escalón de mayor capacidad de resolución. Se aspira que resuelva complementariamente hasta el 98% de las necesidades de atención de su área. Fuente: Planificación de la Red Asistencial de ASSE, MSP – ASSE Uruguay, abril 2002.

Brinda asistencia a un Área, Secciones o Segmentos Censales, que geográficamente se encuentran vinculadas, en los tres niveles de atención a usuarios del Departamento y área de influencia, que corresponde al área urbana, según Sección Censal y en las áreas rurales Localidad y Segmento Censal (según definiciones del Instituto Nacional de Estadística) además de áreas (zona rural y suburbana de Artigas y Paysandú, próximas a los límites geográficos departamentales) Se vincula con la Unidad de menor complejidad que se encuentre más próxima a su área de influencia.

El número de usuarios registrados (Nº de Carné de asistencia, 2002/2003) era de 75.090, debiéndose señalar que los menores de un año, las embarazadas y después de los 6 meses del parto, se atienden sin carné, lo que aumentaría su cobertura poblacional.

En los años 2002/2003 la cobertura de MSP/ASSE era para aproximadamente 80.000 habitantes. La misma se distribuía en: Centro de Salud: 19.043, periferia 35.463 y rurales 34.500, lo cual constituía aproximadamente 89.000 usuarios, que daría la real magnitud de su cobertura, lo que podría estar evidenciando la crisis del subsector salud,

que ha aumentado a la población usuaria del MSP. Año 2003. Fuente: Sección Estadística de HRS.

El hospital cuenta con una capacidad total de 344 camas: 15 para usuarios críticos (adultos y recién nacidos), 239 para agudos y 90 para usuarios crónicos que es el Hogar de Ancianos. Los Servicios de 2º nivel, áreas de internación, se distribuyen de la siguiente manera: Medicina hombres 41 camas y mujeres 44 (34 generales y 10 para psiquiatría.); Cirugía: hombres 29 y mujeres 23; Maternidad y Ginecología: 16 y 8 respectivamente; Otorrinolaringología 9 camas; Pediatría 22; Urología 15, Asistencia Integral (para funcionarios y familiares del MSP) 13; Psiquiatría hombres 14, Área de recién nacidos 5. Las de 3er nivel, críticos, adultos 6, niños CE.RE NAP (Centro Recién Nacidos Problema) 9 y el Hogar de Ancianos 90. Las camas se complementan en momentos de mayor afluencia de usuarios para internación con camas supernumerarias, no se obtuvieron datos discriminados de las mismas para los años 2002 y 2003 en la Sección Estadística del HRS, fuente de esta información. Respecto al porcentaje de ocupación fue para el año 2002 de 67,54 % y de 59,21 % para el año 2003.

La dotación de licenciadas en enfermería de esta institución abarca una cobertura de 4 horas diarias por servicio, turnos de la mañana y tarde; y una cobertura de supervisión para toda la institución en forma continua semanal. Hay turnos como vespertino y noche que solo cuentan con supervisión de una licenciada para todo el hospital, con turnos de 8 a 12 horas, según criterios de la Jefatura del Departamento de Enfermería. En el Primer Nivel de Atención en Centro de Salud los turnos eran de 4 horas diarias, en la mañana y en la tarde. El total de auxiliares de enfermería era de 159.

Las Licenciadas en Enfermería en el año 2003 eran 30, 27 titulares y contratados y 3 honorarios. A fines del 2003 una licenciada emigró a España, que fue el año que se distribuyeron los diferentes instrumentos para la recolección de datos para el estudio. Fuente Dpto. de Enfermería y Sección Personal del HRS.

Los cargos del Dpto. de Enfermería, así como la distribución por Servicios y turnos se presentan a continuación en los siguientes cuadros:

Nº Licenciadas del Departamento de Enfermería

Cargo	Nº
Jefatura	1
Adjunta a la Jefatura	1
Supervisoras	6
Operativas	18
Centro de Salud	4
Total	30

Fuente: Dpto. de Enfermería HRS

Licenciadas operativas por Turno en los Servicios

Nº Licenciadas	Mañana	Tarde
18	14	4

Fuente: Dpto. de Enfermería HRS

Licenciadas remuneradas y honorarias en los Servicios

Nº Licenciadas	Titular y Contratadas	Honorarias
18	16	2

Fuente: Dpto. de Enfermería HRS

Número de licenciadas por Servicio (Operativas)

Servicio	Número	Turnos*
Cirugía hombres	1	M
Cirugía mujeres	2	M y T
Psiquiatría	1	M
Pediatría	2	M y T
Urología	1	M
Medicina hombres	2	M y T
Medicina mujeres	1	M
Block Quirúrgico	1	M
Centro de Materiales	1	M
Maternidad y Ginecología	1	M
Emergencia	2	M y T
CERENAP	1	M
Hogar de Ancianos	1	M
Policlinica Nutrición	1	M
Total	18	

Fuente: Dpto. de Enfermería HRS. * M: mañana T: tarde

Licenciadas del Centro de Salud

	Titular y Contratadas	Honoraria	Total
Nº Licenciadas	3	1	4

Fuente: Dpto. de Enfermería HRS

Licenciadas en Centro de Salud (por turno)

	Mañana	Tarde	Total
Nº Licenciadas	3	1	4

Fuente: Dpto. de Enfermería HRS

La OPS/OMS establece como normas respecto a la relación de LE/usuario: una Supervisora cada 50 usuarios, una LE cada 15 usuarios y una auxiliar de enfermería cada 8 a 10 usuarios. Así como una relación de 3 a 1 LE/ médico.

Si se tiene en cuenta la distribución de enfermería con una cobertura de 3 profesionales en el Primer Nivel de Atención era totalmente insuficiente para la población aproximada y estimada de usuarios del MSP, de casi 89.000, lo que influiría en la calidad de atención como en la sobrecarga de trabajo en las funciones de promoción y prevención a la salud

La cobertura en el Segundo Nivel de Atención era de 27 licenciadas, de las cuales estaban asignadas al área operativa solamente 18 para una dotación de 344 camas, en turnos de 4 horas y fundamentalmente en la mañana (14) y solamente 4 en la tarde, quedando servicios en los otros turnos a cargo de auxiliares de enfermería, con supervisión de una enfermera profesional para todo el hospital. De acuerdo a las normas internacionales de dotación, y teniendo en cuenta el total de licenciadas para el número de camas (no se relaciona con el Nº de usuarios), se constata el déficit de personal profesional que no solamente tiene sus consecuencias en la sobrecarga de trabajo sino en la calidad de atención de los usuarios.

Las condiciones y medio ambiente de trabajo de enfermería, aunque no comprobadas científicamente y que motivaron este estudio, serían similares a los hallazgos de la investigación del DPTO - ENSAME – INDE – UDELAR sobre CYMAT⁸⁰

La ubicación geográfica del Salto, si bien estratégica en el marco del proceso de integración del MERCOSUR, presenta las dificultades de pertenecer a un país históricamente condicionado por una fuerte centralización metropolitana, Montevideo como puerto, con concentración de recursos y dificultades de integración con los departamentos llamados del “interior” del país.

Respecto a las características de la población de enfermería profesional en Salto predominaba el género femenino, con lo que esto implica en el desempeño de la multiplicidad de roles culturalmente y sociales asignados a la mujer.

Si bien como se decía anteriormente, los datos del Censo de Enfermería Profesional de 1993 los agrupan en Montevideo - Interior, se podría inferir que también el aporte económico de la enfermera/o contribuye al sustento familiar como lo constataba dicho Censo. El ejercicio profesional apunta fundamentalmente al 2do y 3er Nivel de Atención, tanto en instituciones públicas como privadas, por lo que el énfasis en su formación también se habría dado en esas áreas. La atención centrada en la enfermedad y como eje lo biológico – asistencial. Se observaba una fuerte tendencia a una inserción laboral dependiente y fundamentalmente en los niveles operativos, tanto en lo público como en lo privado.

Esta dependencia, escasa valoración social y la débil autonomía profesional refuerzan aún más la inserción en un modelo médico hegemónico, dado que las instituciones prestadoras de servicios son propiedad de médicos (privadas) y las públicas, dirigidas por médicos, no pudiéndose incidir como profesionales en el proceso de toma de decisiones. Esto se vería agravado por condiciones de inestabilidad laboral, dado las dificultades económicas del subsector salud, privado y público. Con situaciones de conflicto y envío de trabajadores de enfermería (licenciadas y auxiliares) al Seguro de Paro, en el sector privado (1 Sanatorio)

Las instituciones tanto públicas como privadas no poseían dotación de personal profesional suficiente, quedando áreas o servicios en algunos turnos a cargo de auxiliares de enfermería, repercutiendo en la calidad de atención y sobrecarga laboral, por el número de usuarios que se atenderían, como se expuso anteriormente.

Se observaba tendencia al individualismo, con dificultades para emprendimientos colectivos profesionales. Existiendo una muy escasa sindicalización, sin participación gremial, lo que a veces dificultaba la percepción del profesional de enfermería de visualizarse como trabajador de la salud.

Respecto a la organización del trabajo también se darían faltas de recursos, sobrecarga horaria y de tareas, frecuente rotación de turnos y servicios, dificultad para obtener días libres por razones de estudio o para participar en eventos científicos y/o de capacitación, lo que contribuiría a la insatisfacción laboral y podrían constituirse como factores estresantes en el ejercicio profesional.

A todo esto se agregaba la muy insuficiente remuneración económica, como se consignaba anteriormente, que ante la débil sindicalización, se veía agravada por intentos de violaciones de derechos de los trabajadores, sobre todo en lo referido a salarios y traslados arbitrarios. Esto agravaría la posibilidad de desarrollo personal y profesional, tanto en la participación en cursos de educación continua, como en eventos

científicos y en desarrollo de investigaciones, lo que se observaba fundamentalmente en lo privado.

Como se constataba en la investigación mencionada⁸¹ se podría inferir una problemática con grados de sufrimiento en el trabajo, inmersos en un contexto laboral complejo y cambiante, con un estado de vulnerabilidad de varias vertientes. Una de ellas sería la característica del vínculo que se establece, en una ciudad relativamente pequeña (118.000 habitantes), con usuarios que no son generalmente desconocidos, sino que pueden ser vecinos, amigos y / o familiares. Esto constituiría más implicancias en lo vivencial, pero fundamentalmente en la subjetividad, recordando que la experiencia laboral es una de las instancias de construcción de la misma.

El concepto de interdependencia entre sujetos y el de necesidades, como fundamento motivacional del vínculo adquiere una gran singularidad en Salto. El mismo, que debería ser profesional y en algunas situaciones tendría implicancias desde lo social, tendría características especiales si están actuando “historias de vínculos” en un espacio y tiempo determinados; en los que el quehacer profesional es atravesado por la vida cotidiana. Podría ser un factor facilitador, protector y/o obstaculizador o de riesgo; así como gratificante o frustrante. Adquiere gran relevancia en la salud mental del trabajador de enfermería profesional.

A partir de entrevistas a informantes claves se refuerza la hipótesis que es una profesión inmersa en una compleja red de relaciones: con sus pares en niveles jerárquicos, con los auxiliares de enfermería, con otros profesionales, que generarían relaciones de conflicto intra e intergrupales y dificultades en la comunicación para abordar dichos conflictos. Considerando a este grupo de trabajadores, desarrollando un trabajo que está cargado de connotaciones, es un emergente y a la vez producto de una situación política, económica, social y cultural. Estos factores podrían ser condicionantes y determinantes de estrés laboral. Se agravaría en enfermería, como grupo social inserto en un sistema de salud en crisis, con sus propias singularidades, de profesión aún hoy con escasa autonomía e inmerso en un intrincado proceso de desiguales relaciones de poder, que favorecería una situación laboral de mayor riesgo o una probable oportunidad de transformación.

En un medio, como Salto, donde las relaciones laborales serían complejas, ya que las instituciones prestadoras de servicios se concentran en pequeños grupos de propietarios que interactúan entre lo público y lo privado, lo que consolidaría las relaciones de dependencia.

Enfermería concebida como el grupo que brinda cuidados, “de la ciencia del cuidar”, conjuga en ese proceso factores que pueden promover o proteger su salud individual y colectiva, pero que en el continuo contacto con el sufrimiento, el dolor, la muerte, en su capacidad de ayuda, la podrían llevar a un padecimiento precoz físico y psicosocial si no cuenta con factores de protección. Estos constituirían algunos de los factores del estrés laboral conjugados con todas las condiciones y medio ambiente de trabajo expuestas. Toda esta problemática de la vida laboral se evidenciarían en síntomas que caracterizarían el grado de estrés laboral que produce la sobre exigencia en el trabajo, pudiendo dar lugar a repercusiones biopsicosociales en el trabajador.

CAPITULO III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer si existe relación entre el contenido del trabajo de enfermería profesional en el Hospital Regional Salto, la presencia de estrés laboral y sus efectos en la salud mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar socio – demográfico, económica, laboral, y profesionalmente a la población objeto de estudio.
2. Identificar signos de estrés laboral en la población estudiada, su frecuencia y magnitud.
3. Identificar qué aspectos del contenido del trabajo en la práctica asistencial producen signos de estrés.
4. Establecer la relación entre el contenido del trabajo con los signos de estrés laboral encontrados y sus efectos en la salud mental.
5. Realizar la devolución de los resultados a la población objeto de estudio.

CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo y cualitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal.

Área de estudio

Hospital Regional Salto MSP – ASSE de Salto, Uruguay.

Población de estudio

Cuando se realizó el estudio el HRS contaba con 30 Licenciadas en Enfermería, de las cuales 27 eran titulares y contratadas y 3 honorarias; teniéndose en cuenta todos los niveles jerárquicos del Departamento de Enfermería y Primer y Segundo nivel de Atención. Se incluyeron las licenciadas del Centro de Salud, por su dependencia de dicho Departamento y su consideración como parte de la dotación del Hospital (Fuente: Dpto. de Enfermería y Sección Personal) A partir de los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron para la muestra 27, pero en el desarrollo del trabajo de campo, una licenciada emigró, por lo que la misma quedó integrada por 26. Constituyendo la unidad de análisis una muestra por conveniencia de 26 Licenciadas en Enfermería.

Criterios de inclusión:

- Todas las LE que dependen funcionalmente del Departamento de Enfermería del HRS-ASSE-MSP, en forma presupuestada y/o contratada, de primer y segundo nivel de atención.
- Todas las LE de niveles de jefatura, supervisión y operativo.
- Todas las LE que tengan más de un año de permanencia en el Servicio
- Todas las LE de las cuales se obtenga el consentimiento informado escrito.

Criterios de exclusión:

- LE en usufructo de licencias reglamentaria y/o médica.
- LE desempeñando funciones en forma honoraria.

Técnica y procedimientos de recolección de datos

Para la obtención de los datos se realizó:

- Una carta de presentación explicando a cada sujeto de estudio, el objetivo del mismo, la persona que lo va a realizar, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información.
- Un formulario de datos, con variables socio–demográficos, económicas, laborales y profesionales. Anexo N° 1 metodológico
- Un cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ) en su versión de 28 ítems, que evalúa el estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales, o sea, la salud autopercebida. Anexo N° 1 Metodológico.

- Un cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), que mide dentro de la ansiedad-estrés: la tendencia general de la persona a responder con ansiedad (rasgo) y la reacción puntual ante situaciones críticas no habituales (estado). Anexo N° 1 metodológico.
- Un cuestionario de identificación de Estresores laborales para personal de enfermería de García Vázquez D. y cols., publicado Enfermería Clínica. (España) 2001; 11 (2):67. Anexo N° 1 metodológico.
- Cuatro preguntas abiertas con varios propósitos: que se pudieran expresar vivencias, sentimientos y percepciones de su trabajo como enfermera profesional; si a través de sus actividades laborales cotidianas, sus cuidados, se sentían identificadas como licenciadas y si las vivencias, sentimientos y percepciones de los usuarios que recibían sus cuidados se expresaban verbalmente, así como el vínculo que se establecía con los mismos, objeto del cuidado, dado que constituye una parte importante del contenido de su trabajo, del proceso vincular con todo su componente afectivo, comunicacional e intersubjetivo que debe caracterizar el cuidado de enfermería. Anexo N°1 Metodológico

Plan de recolección de datos

Obtenido el aval institucional y el consentimiento informado escrito, se proporcionaron los instrumentos organizados de la siguiente forma: datos sociodemográficos, económicos, laborales y profesionales, Cuestionarios propuestos en el orden mencionado anteriormente, y las cuatro preguntas abiertas, todos auto-administrados, en el año 2003.

Se realizó previamente la prueba del instrumento para su validación, a cinco Licenciadas en Enfermería de una Institución privada de segundo nivel de atención. La misma reunía similares características a la que se realizó el estudio, con servicios de atención de todas las especialidades, dotación de licenciadas en enfermería de los diferentes niveles jerárquicos y que ninguna formara parte de la muestra de estudio, efectuándose las correcciones pertinentes.

Cuando se recogió el instrumento se constató que en el Cuestionario de Identificación de Estresores el ítem N° 49 presentaba errores de digitación en su redacción, que cambiaba el significado de la pregunta por lo cual se eliminó.

Plan de procesamiento de datos

Los datos recogidos se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows.

Se realizó una descripción de los datos:

- Univariada: con tablas de frecuencias, estadísticos de resumen (de tendencia central y dispersión) y gráficas.
- Bivariada: con comparación de medias, tablas de contingencia, correlación, ANOVA (Análisis de varianza) y gráficas. Se consideró un nivel de confianza de 95%.

GHQ

- Para el GHQ se tomó como punto de corte o umbral en 5, entre casos sin malestar, probable o con malestar psíquico (puntuaciones umbral comunicadas en 72 estudios de validez de GHQ de 28 ítems, en los que se plantea este punto de corte).

STAI

- Para el STAI se realizaron medidas de resumen (tendencia central, dispersión, r de Pearson) y gráfica de dispersión.
- Comparación de medias (Análisis de varianza) de las puntuaciones de esta escala con variables demográficas y laborales.
 - Se efectuaron tablas de contingencia y chi-cuadrado con variables socio-demográficas y laborales con GHQ, STAI y con los estresores con medias más altas.
- Cruces de los estresores con medias más altas y GHQ (con probable y con malestar psíquico)

Para las Preguntas Abiertas se establecieron categorías para la interpretación y análisis de sus respuestas.

Variables de estudio**Variable Independiente: Enfermería Profesional**

Definición Enfermera Profesional: Persona con titulación universitaria que la capacita legalmente para asumir la responsabilidad de administrar los cuidados de enfermería de una unidad o departamento, cuyo cargo en el hospital depende jerárquica y/o funcionalmente de la Dirección de enfermería. Presupuestado y/ o contratado.

Caracterización de la población estudiada a través de:

Variables sociodemográficos, profesionales, laborales y económicos: edad, sexo, estado civil, integración familiar, hijos, número de hijos, aporte económico al hogar, años de graduado, años de ejercicio profesional, tiempo de permanencia en el servicio en el que trabaja actualmente, cambios de unidad y/o servicio en el último año, cambios de turno en el último año, forma de asignación al servicio, tipo de personal a su cargo, tipo de cargo que figura en su contrato, otro trabajo, tipo de otro trabajo, sistema de descanso semanal, coincidencia de los días libres con otro trabajo, realización de cursos post-básicos, tipo de licencia para realizar cursos post-básicos, motivos para no realizar cursos en los últimos dos años, y título de especialista. La operacionalización de estas variables está contenida en el Anexo N° 1 Metodológico.

Variable independiente: Contenido del trabajo de Enfermería

Definición Trabajo: Es el proceso mediante el cual el hombre entra en contacto con la naturaleza transformándola y transformándose a sí mismo. Carlos Marx

Definición Contenido del trabajo de Enfermería Profesional: Éste tiene que ver con procesos intelectuales, manuales y vinculares, integrados, a través del cual se asume la responsabilidad profesional de cuidar.

Se tomará para el estudio el concepto de Silvina Malvárez: *“Tiene que ver con los niveles de atención, demanda de los usuarios, su intensidad, el control sobre los procesos, pero especialmente las características del objeto de trabajo que son sujetos”*.

Teniendo en cuenta sus cualidades como: la permanencia y la continuidad, la contingencia y la naturaleza del vínculo que establece con los usuarios, familias y grupos.

Se estudiará a través de algunas de las variables socio-demográficas y laborales como: tiempo de permanencia en el servicio, forma de asignación al servicio, cambios de unidad en el último año, cambio de turno en el último año, tipo de cargo, sistema de descanso semanal, otro trabajo, tipo de personal a su cargo. Operacionalizadas en Anexo N° 1 Metodológico.

Un cuestionario de Identificación de Estresores para Enfermería ⁸² y cuatro Preguntas Abiertas.

Variable dependiente: Estrés laboral

Definición Estrés: *“Estrés como descripción del estado orgánico producido por una presión o tensión ambiental, como una respuesta adaptativa del organismo o bien como la presión o tensión ambientales. Hace referencia siempre a un cúmulo de circunstancias provenientes del medio que el organismo necesita procesar y elaborar. Muchas de tales circunstancias despiertan en las personas ansiedad e incluso ésta, es el fermento básico de la reacción ante el estrés o del estrés. Concepto de ansiedad diferente del estrés, como más abarcativo, pero el cual posiblemente engloba dentro de sus componentes la ansiedad”*. Jorge L.Tizón García

Definición Estrés Laboral: *“Estrés laboral, desde una perspectiva integradora, se define como: la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas. El estrés laboral aparece cuando se presenta un desajuste entra la persona, el puesto de trabajo y la propia organización”*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo, Madrid, España, INSHT. 1997.

Se estudiará a través de Cuestionarios como GHQ y de Identificación de estresores para enfermería profesional y Escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI que han sido validados, citados en la bibliografía internacional, española, en estudios de enfermería profesional y en los cuales están contenidas las variables que surgen del marco conceptual y que son pertinentes al estudio. Recomendados para la evaluación del estrés laboral por el Sindicato de Enfermería de España. SATSE.

Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ 28 ítems

El cuestionario diseñado y validado por Goldberg et ⁸³ se refiere a dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones “saludables” normales y la aparición de nuevos fenómenos del tipo de malestar psíquico.

Se utiliza en diferentes grupos ocupacionales, entre los que se destaca enfermería y en distintas culturas.

Ha demostrado ser un instrumento válido para detectar patología de carácter menor.

En la versión en lengua española del GHQ de A. Lobo y P. Muñoz, se considera que es un instrumento sólidamente construido que ha demostrado su utilidad ya que: es un

instrumento autoadministrado, sencillo de valorar e interpretar, aceptable para las personas encuestadas y construido especialmente para la detección de morbilidad psíquica en atención primaria, población general o clínicas médicas. Y en estudios realizados en España por Lobo ha demostrado que la versión de 28 ítems presenta unos índices de validez y un poder discriminativo similares a la versión de 60, utilizando la versión española (del GHQ-28) en profesionales de la salud hospitalarios. Requiere de un tiempo de administración mínimo (3 a 5 minutos) y su punto de corte se establece, dependiendo del proyecto, en una puntuación global de 5 – 6 o bien de 6 – 7.

Se destaca de la adaptación y validación cubana, que señala que estaría midiendo Salud Mental, la presencia de ciertos estados emocionales, así como su aplicación en ámbitos laborales. Y permite evaluar y estudiar la asociación de la salud mental con indicadores de salud objetivos y con otras categorías psicosociales.

“Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. adaptación Cubana”.⁸⁴ Este artículo que es un estudio de validación realizado en Cuba, considera que en realidad lo que mide este cuestionario es Salud Mental, y no el estado de salud general, ya que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física. El GHQ es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales Anexo N° 1 Metodológico.

Cuestionario de Ansiedad – Estado – Rasgo (STAI) Spielberger, CD; Gorsuch, RL; Lushene, RE.

Su utilización se fundamenta por varias razones:

- ser uno de los cuestionarios más citados en la bibliografía internacional en estudios de enfermería profesional.
- Su contenido mide dos aspectos importantes de la ansiedad – estrés: la tendencia general de la persona a responder con ansiedad (ansiedad rasgo) y la reacción puntual ante situaciones críticas no habituales (ansiedad estado)
- Ser de fácil aplicación (aproximadamente unos 10 a 15 minutos)
- Estar validado en una muestra de población Española, aunque no existe validación en Uruguay.
- Consulta con expertos por correo electrónico como la Dra. Joana Fornés

Spielberg y cols. 1970; adaptación castellana, 1977.⁸⁵

Es un cuestionario autoadministrado que mide dos modalidades independientes de la ansiedad: Ansiedad como estado y ansiedad como rasgo. La primera es una condición emocional transitoria, que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del sistema nervioso autónomo; puede variar con el tiempo y la fluctuación en intensidad. La segunda se caracteriza por una propensión ansiosa relativamente estable.

El cuestionario consta de 20 ítems. Que puede ser administrado individual o colectivamente y no tiene tiempo limitado. La duración es de unos 15 minutos. Es aplicable a adolescentes y adultos con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y el enunciado del cuestionario. Las puntuaciones en cada una de las dos sub – escalas pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos.

Los sujetos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento. Las categorías para el STAI estado son: nada, algo, bastante y mucho; para el STAI rasgo son: casi nunca, a veces, a menudo y casi siempre. Se han mezclado los elementos redactados de forma directa con los de forma inversa para evitar el efecto de aquiescencia en las respuestas del sujeto. En caso que se omitan uno o dos elementos, puede prorratearse la puntuación final; si el número de elementos omitidos en una de las partes es 3 o más, es conveniente poner en duda la validez de la aplicación realizada. Las puntuaciones directas se transforman en puntuaciones centiles y decátipos. Las notas altas son indicativas de elevada ansiedad en la modalidad correspondiente.^{61 y 62}

Cuestionario de Identificación de Estresores Daniel García Vázquez y Cols.⁸⁶

Se seleccionó en base a la correspondencia de los ítems contenidos en el Cuestionario, con los factores relacionados al contenido del trabajo de enfermería profesional definidos para este estudio y a la bibliografía consultada, así como las recomendaciones del Sindicato de Enfermería de España, SATSE, para evaluación y medición del estrés en enfermería profesional. Anexo N° 1 Metodológico.

Aspectos ético legales

Se contó con el aval institucional escrito para la realización del estudio: de la Dirección del Establecimientos de Crónicos y Especializados del MSP. De la Dirección y Jefe del Programa de Agudos del Interior, ASSE, MSP. De la Dirección y de la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Regional Salto ASSE MSP. Se realizó una reunión con las Licenciadas que participaron en la investigación para explicarles el objetivo de la misma y obtener su consentimiento informado en forma escrita antes de la recolección de datos, manteniendo el anonimato y confidencialidad de los mismos.

Se realizó una reunión con las licenciadas que formaron parte del estudio para la devolución de los hallazgos antes de su difusión. Anexo N° 2 Ético-Legal

CAPÍTULO V.

8. RESULTADOS Y COMENTARIOS

Se presentan de la siguiente manera: en primer lugar la caracterización socio-demográfica, económica, laboral y profesional de la muestra en su descripción univariada; en segundo y tercer lugar los resultados de las Escalas de medición aplicadas como el GHQ y STAI; en cuarto lugar las descripciones bivariadas de sus respectivos cruces con variables socio-demográficas, profesionales y laborales.

A continuación el Cuestionario de Identificación de Estresores para Enfermería y sus cruces con variables demográficas y laborales; y luego los resultados de las Preguntas Abiertas.

Se presentan algunas Tablas en el Anexo Resultados y otras en este Capítulo V.

Las respuestas de los diferentes instrumentos proporcionados a las Licenciadas en Enfermería que integraron la muestra fueron de un 100%.

Descripción univariada.

Caracterización de la muestra: variables socio-demográficas, económicas, laborales y profesionales.

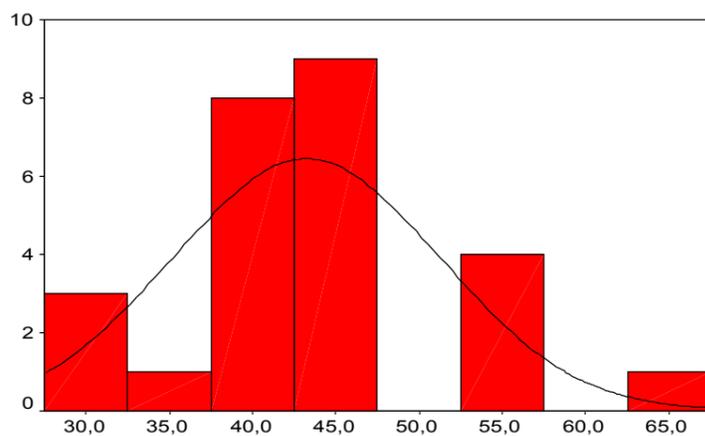
Tabla N° 1. Edad

Grupo etáreo	Frec. absoluta	porcentaje
Adulto joven	3	11,5
Adulto medio	23	88,5
Total	26	100,0

Fuente: Encuesta

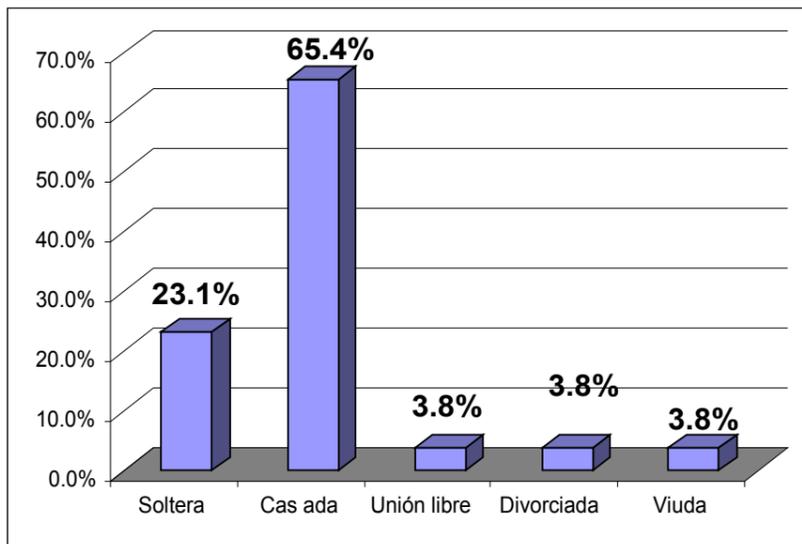
Media = 43,23 años

Gráfica N° 1 Edad



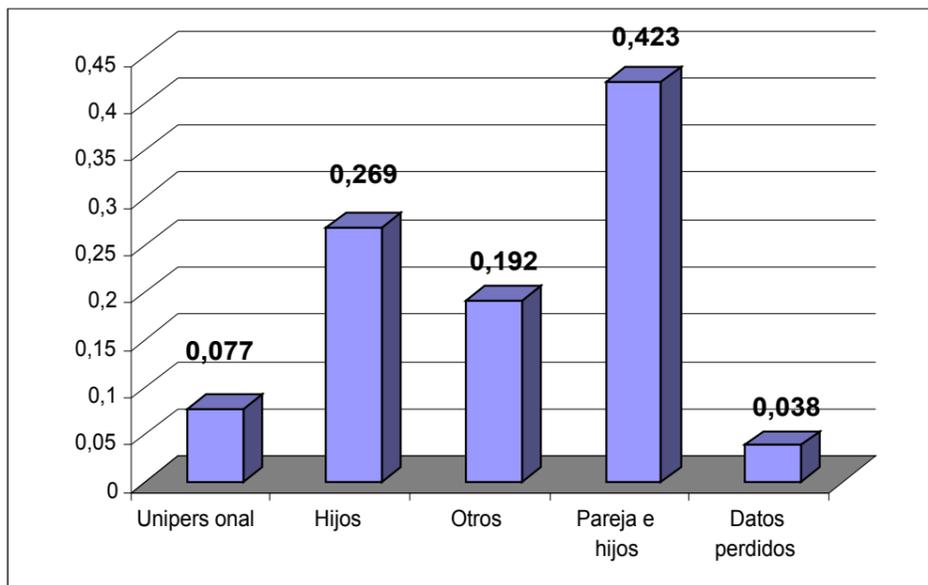
Fuente: Tabla N° 1 Encuesta

Se agruparon por categorías, de adulto joven (20 a 34 años) y adulto medio (35 a 64), siendo un 88,5% de la población adulto medio. Es importante la consideración de la edad de la población, cuya media es de 43.23 años, ya que los años de experiencia laboral tienen la potencialidad de actuar como favorecedores de las situaciones estresantes en el trabajo, pero concomitantemente podrían aumentar el estrés por la sobrecarga acumulada a través de los años, dada las condiciones de trabajo de enfermería profesional en el sector público.

Gráfica N° 2. Estado civil

Fuente: Tabla N° 2 Encuesta

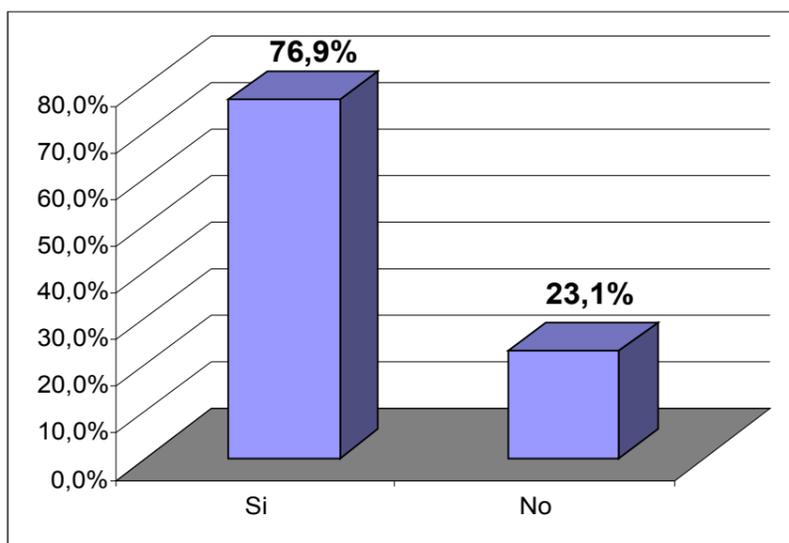
Se destaca que el 69,2 % (18) constituida por casadas y en unión libre, viven en pareja y el 23,1% (6) soltera. Lo que podría estar significando que a la carga de trabajo de enfermería se sumen las obligaciones de los roles familiares y domésticos que culturalmente se asignan al género.

Gráfica N° 3. Integración familiar .

Fuente: Tabla N° 3 Encuesta

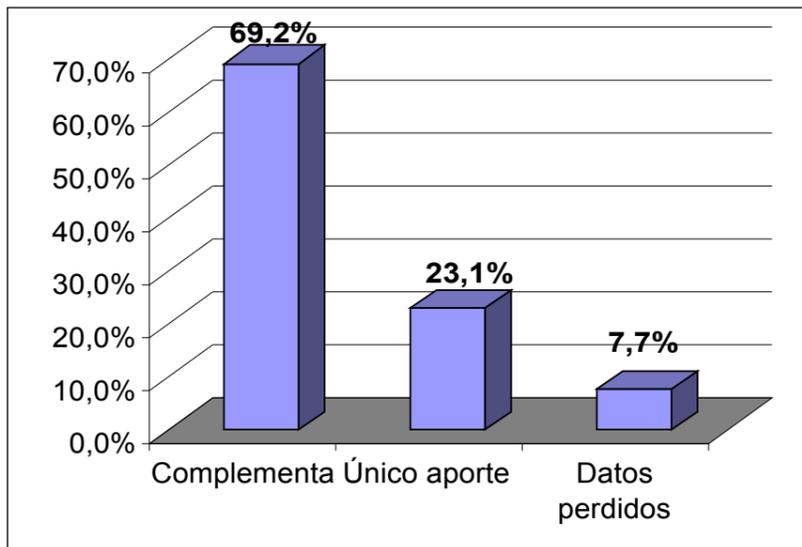
La integración familiar en su mayor porcentaje, 42,3%(11) está constituida por pareja e hijos, lo que tendría la potencialidad de facilitar un soporte social así como también actuar reforzando la carga laboral del trabajo; lo familiar y doméstico, por los roles culturales y sociales de la mujer en nuestra sociedad.

El 26,9 %(7) tiene hijos a su cargo lo que implicaría asumir mayor responsabilidad en la toma de decisiones en el ámbito familiar como jefa de hogar.

Gráfica N° 4. Hijos

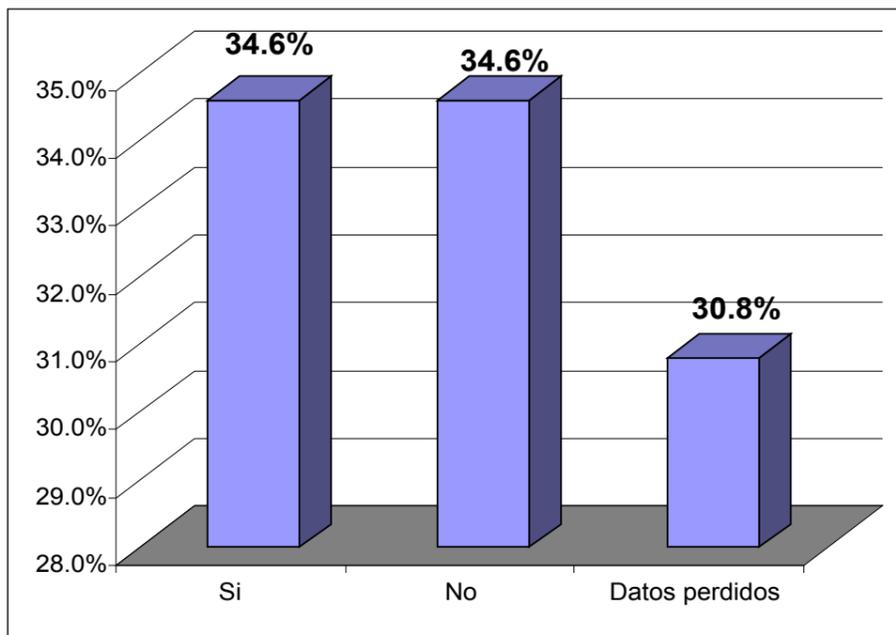
Fuente: Tabla N° 4 Encuesta

Con respecto a los hijos, un 76,9 % (20) los tiene, lo que se podría relacionar con los hallazgos anteriores de las responsabilidades familiares, domésticas y laborales que la sociedad asigna a la mujer, entre las que se pueden encontrar además de las necesidades de subsistencia de los hijos, su responsabilidad en la educación y los cuidados maternos que en algún caso los comparten con la pareja, junto con los cuidados parentales, y en otros no.

Gráfica N° 5. Aporte económico al hogar

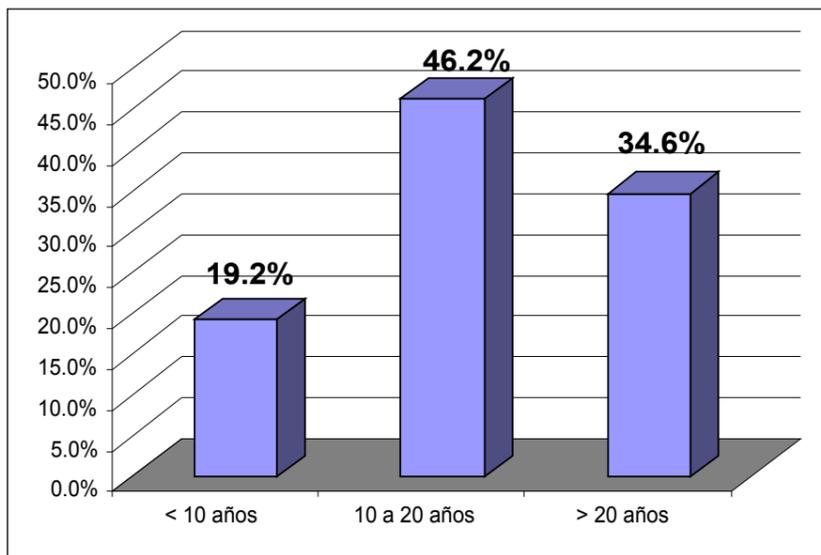
Fuente: Tabla N° 5 Encuesta.

Si bien es alto el porcentaje que complementa el aporte el 69,2%(18), el 23,1%(6) de las licenciadas es el único aporte, constituyendo la única entrada económica al hogar donde se vería potenciada su responsabilidad; además de las laborales, de constituirse como jefas de hogar en todas sus dimensiones con las obligaciones que esto implica. Por otra parte este aporte a las necesidades del hogar, podría ver reducida la inversión para su capacitación profesional (compra de libros, asistencia a cursos y eventos científicos).

Gráfica N° 6. Ingreso mayor al hogar

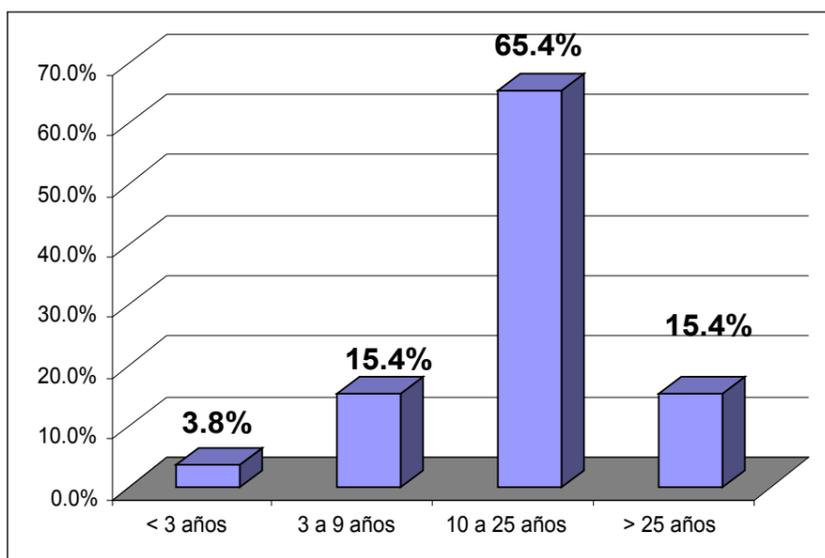
Fuente: Tabla N° 6 Encuesta.

Si bien el 30,8% (8) no contestaron, el 34,6% (9) respondieron que correspondía al mayor ingreso y en igual porcentaje 34,6% (9) manifiestan que no es el mayor ingreso; sería importante destacarlo como la responsabilidad económica que asumirían las licenciadas cuyo ingreso es el principal en el grupo familiar, considerando las remuneraciones insuficientes en el sector público.

Gráfica N° 7. Años de graduado

Fuente: Tabla N° 7 Encuesta.

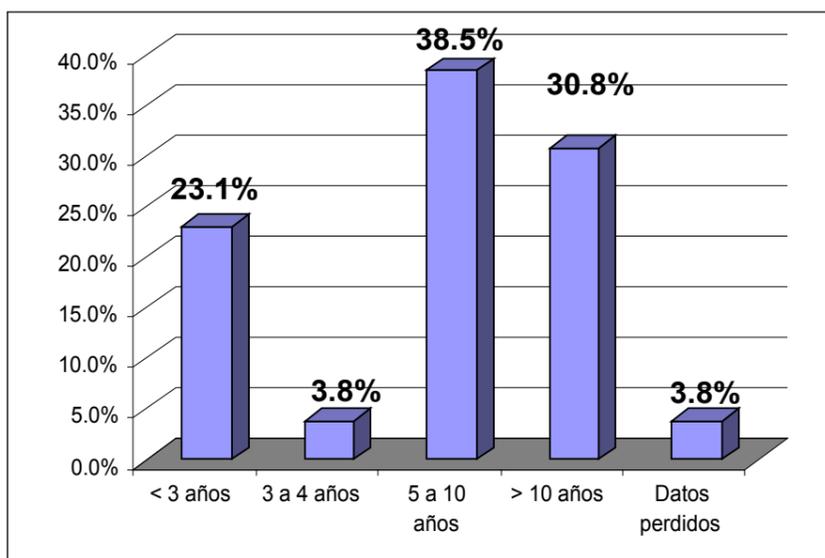
El 46,2%(12) de la población se ubica en el rango entre 10 a 20 años de graduadas y el 34,6%(9) con más de 20 años. El 80,8(21) tiene más de 10 años de graduado por lo que solamente el 19,2%(5) licenciadas poseen menos de diez años, lo que se podría considerar que la experiencia contribuiría al afrontamiento de las situaciones estresantes, pero aumentaría lo que significa la carga laboral como potencial estresante.

Gráfica N° 8. Años de ejercicio profesional

Fuente: Tabla N° 8 Encuesta.

En relación a esta variable solamente un 3,8%(1) tiene menos de 3 años de ejercicio profesional, entre 10 y más de 25 años se encuentra el 80,8% (21) del total, que se corresponde con los datos de la gráfica anterior, habiendo una correspondencia entre años de graduada y años de ejercicio profesional en tanto frecuencias absolutas, pero que podrían no corresponder a las mismas personas. Si bien el mayor porcentaje corresponde entre 10 a 25 años de ejercicio profesional, que se vería favorecido o disminuido como factor potencialmente estresante, como se ha consignado anteriormente, llama la atención el 15,4%(4) con más de 25 años de ejercicio, lo que podría incidir en la sobrecarga de trabajo dada las condiciones laborales en el del sector público, con déficit de personal profesional de enfermería.

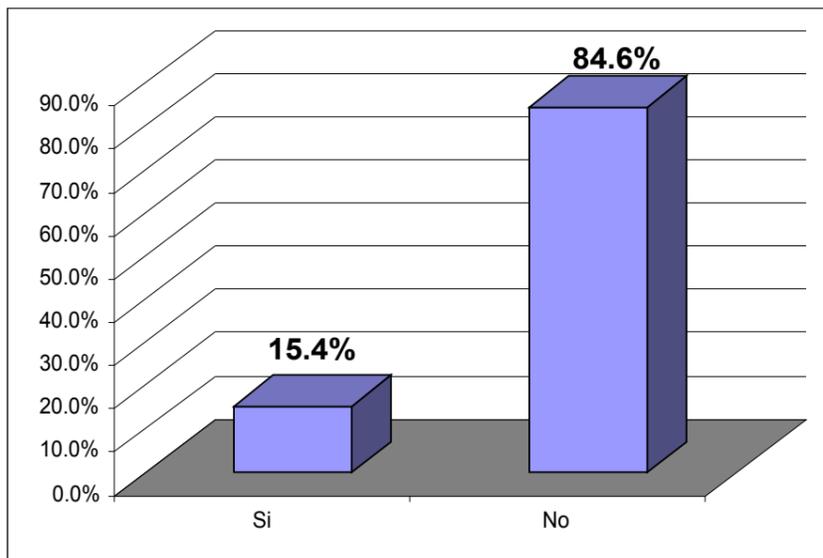
La media corresponde a 16,88% de años de graduados, similar a la media de años de ejercicio profesional, lo que podría estar demostrando que en años anteriores los graduados no tendrían mayores dificultades para su inserción laboral y no como sucede actualmente con la crisis del sector salud público y privado, en que el desempleo se ha incrementado apareciendo nuevas formas de “inserción”, como ser el trabajador “honorario” de enfermería.

Gráfica N° 9. Tiempo de permanencia en el servicio (que trabaja actualmente)

Fuente: Tabla N° 9 Encuesta.

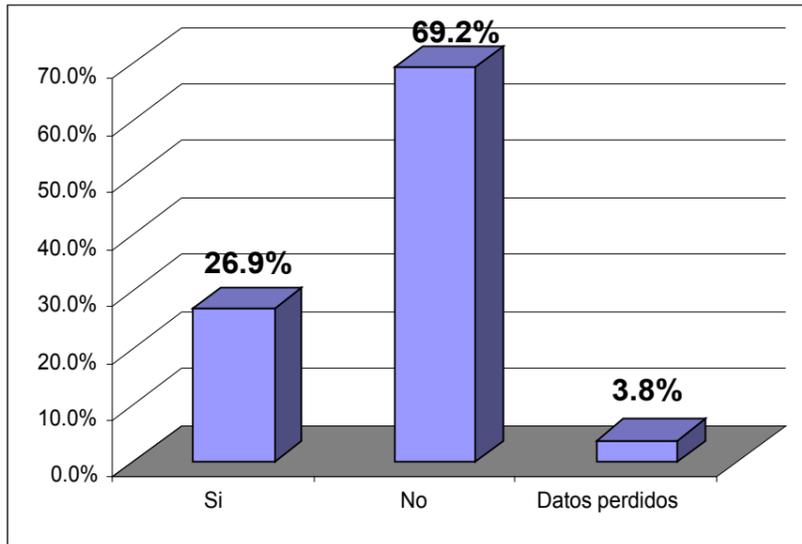
El 69,3% (18) de la población se encuentra entre los rangos de 5 a 10 y más de 10 años de permanencia en el servicio y el 26,9% (7) menor a 4. La media de tiempo de permanencia en el Servicio corresponde a 9,74 años. Aproximadamente la tercera parte de las licenciadas tienen una permanencia en el Servicio que puede considerarse que han desarrollado experiencia, lo que podría contribuir a estar en condiciones para afrontar situaciones estresantes. Pero deberá tener en cuenta como han sido las condiciones de trabajo en relación con su organización y entre las que se podría destacar la dotación de personal, que estaría contribuyendo a la sobrecarga laboral y al mismo tiempo estos años actuarían como potencialmente estresantes.

Respecto a la permanencia menor a 4 años, de más de la cuarta parte de la población, podría considerarse casi como un punto crítico para los factores estresantes, ya que éste se ubicaría en los 3 años en la misma unidad o servicio para que pueda manifestarse el estrés.

Gráfica N° 10. Cambios de servicio en el último año

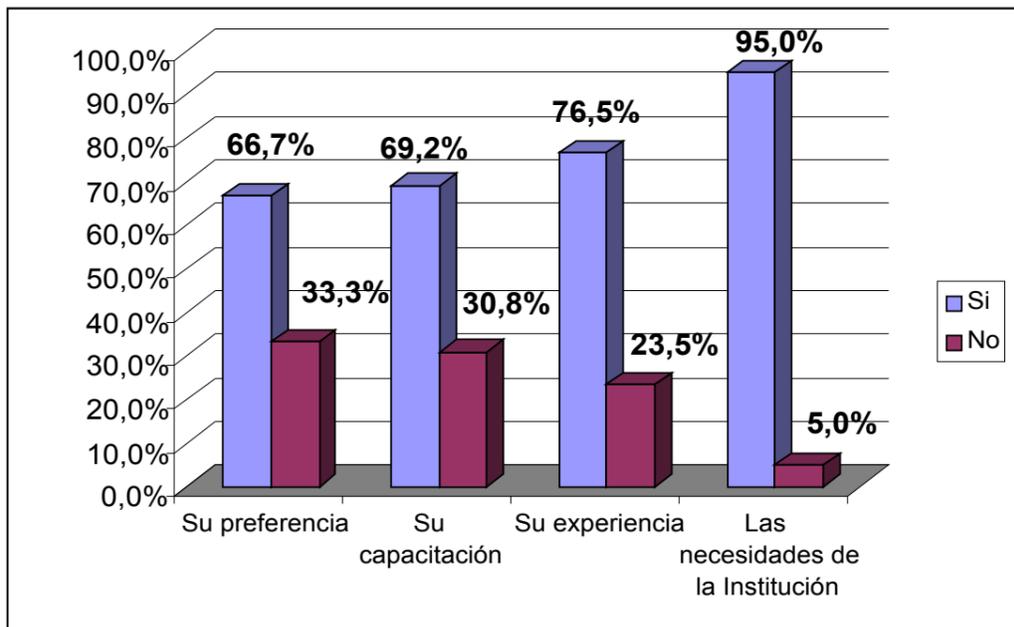
Fuente: Tabla N° 10 Encuesta.

El 84,6% (22) de las licenciadas han permanecido en el último año en el Servicio, lo que contribuiría al logro de estabilidad, relacionado con desarrollo de capacidades y experiencia, que no excluye la posibilidad de situaciones estresantes por la singularidad del contenido del trabajo de enfermería profesional y la carga laboral.

Gráfica N° 11. Cambios de turno

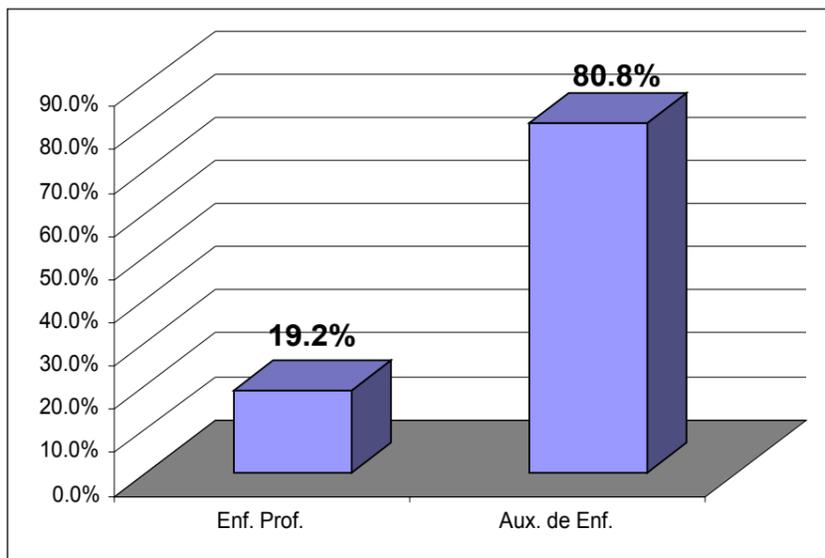
Fuente: Tabla N° 11 Encuesta.

El 69,2%(18) de la población estudiada no ha tenido cambios en sus turnos de trabajo lo que favorecería la compatibilización de su trabajo con sus actividades familiares y sociales, además de poder desarrollar otra actividad laboral dado los exiguos sueldos que se perciben en el sector público. Si bien el 26,9% (7), si cambian, esto podría responder a necesidades de la Institución o de la licenciada.

Gráfica N° 12. Que se tuvo en cuenta para su designación al servicio

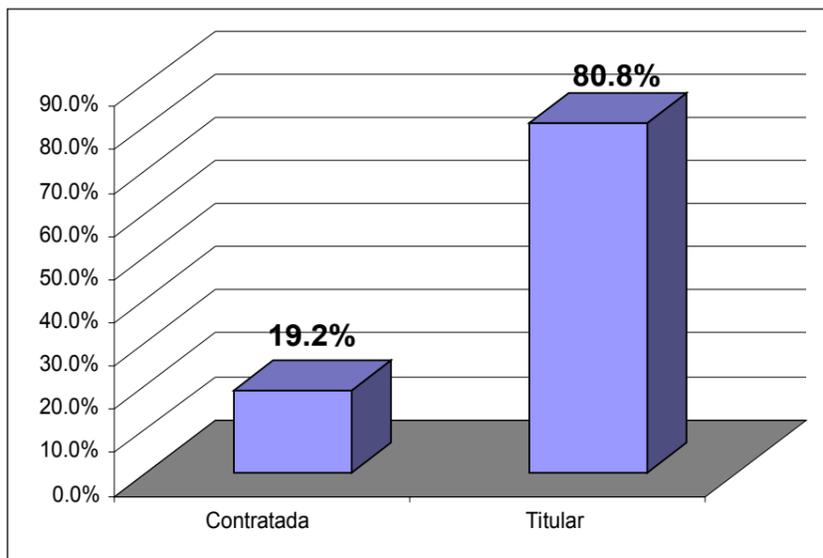
Fuente: Tabla N° 12 Encuesta.

En casi la totalidad de las Licenciadas primó al momento de su designación al Servicio la necesidad de la Institución; si bien contestaron más de una opción; igual permitiría inferir aun cuando se tuvieron en cuenta su experiencia, su capacitación, fue el menor porcentaje su preferencia. Debe destacarse que en más de la tercera parte, el 33,3% (5) no se tuvo en cuenta su preferencia, lo que generaría situaciones de insatisfacción y potencialmente de estrés.

Gráfica N° 13. Tipo de personal a su cargo

Fuente: Tabla N° 13

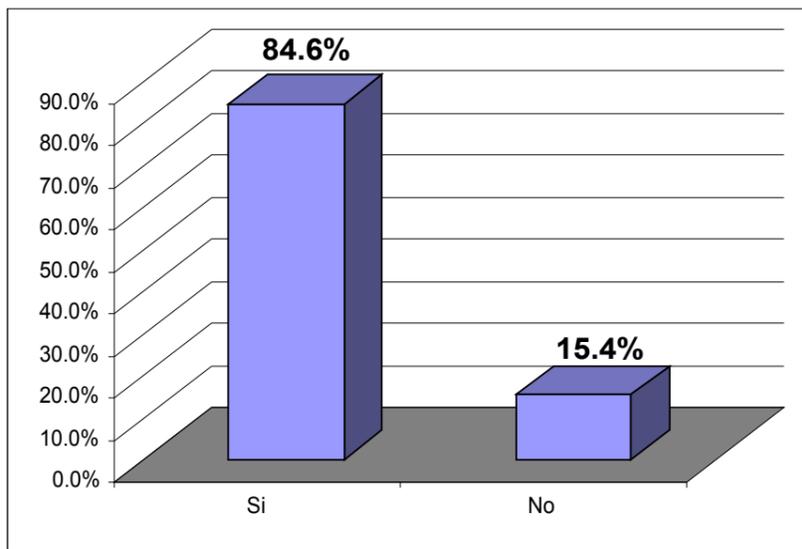
El 80,8% (21) tienen a su cargo personal Auxiliar de Enfermería, serían las licenciadas del área operativa y supervisoras. El 19,2% (5) que entienden que tienen a su cargo solamente licenciadas, estarían excluyendo a la auxiliar de enfermería como integrante natural del equipo de enfermería; no solamente porque el auxiliar de enfermería conforma el Departamento de Enfermería, sino porque además cumple funciones técnicas dentro del proceso de los cuidados enfermeros bajo la conducción de la enfermera profesional.

Gráfica N° 14. Tipo de cargo que figura en su contrato

Fuente: Tabla N° 14

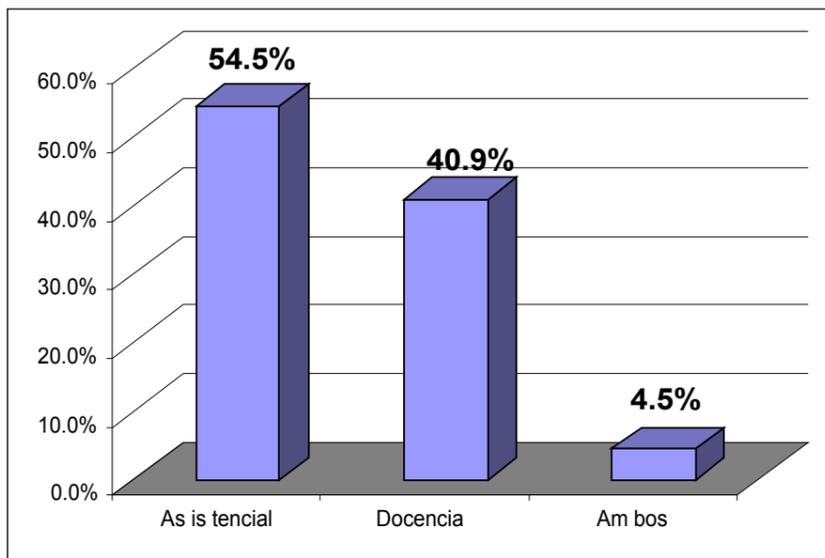
El 80,8% (21) tienen cargo titular, lo que significaría estabilidad laboral, aun más en el subsector público, que podría favorecer el afrontamiento de uno de los factores estresantes, como la seguridad en el puesto de trabajo.

Un 19,2% (5) es contratado lo que aumentaría la incertidumbre en el trabajo conjuntamente con los inequitativos mecanismos de evaluación e “incentivos” que imperan en los hospitales públicos del MSP.

Gráfica N° 15. Otro trabajo

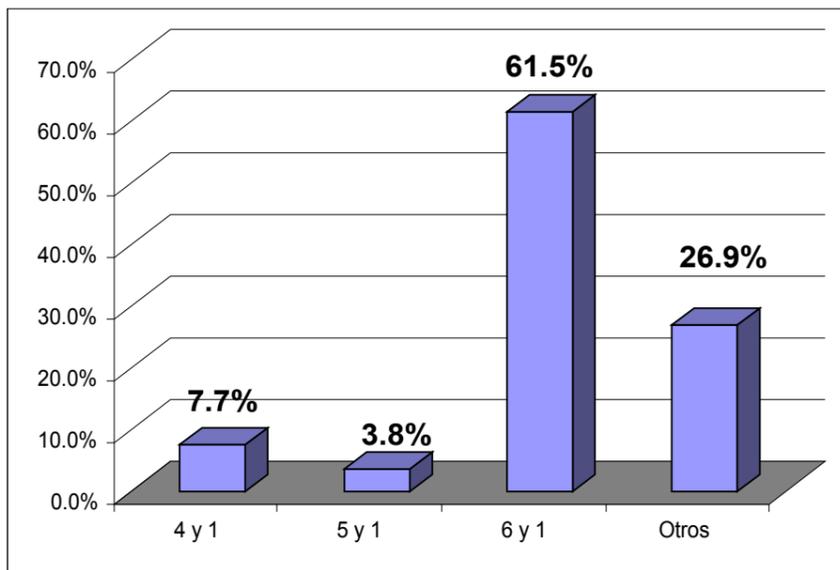
Fuente: Tabla N° 15

Es relevante que casi la mayoría, un 84,6% (22) de la población tienen otro trabajo, que aunque no está discriminado el tipo del mismo, podría considerarse en el marco de la sobrecarga laboral; a lo que se suma que siendo la totalidad de la población del género femenino y lo expuesto en varios comentarios anteriores relacionado con la construcción cultural y social de género y los roles asignados a lo femenino. Así como la necesidad de aumentar los ingresos en una etapa económica muy crítica del país.

Gráfica N° 16. Tipo de otro trabajo

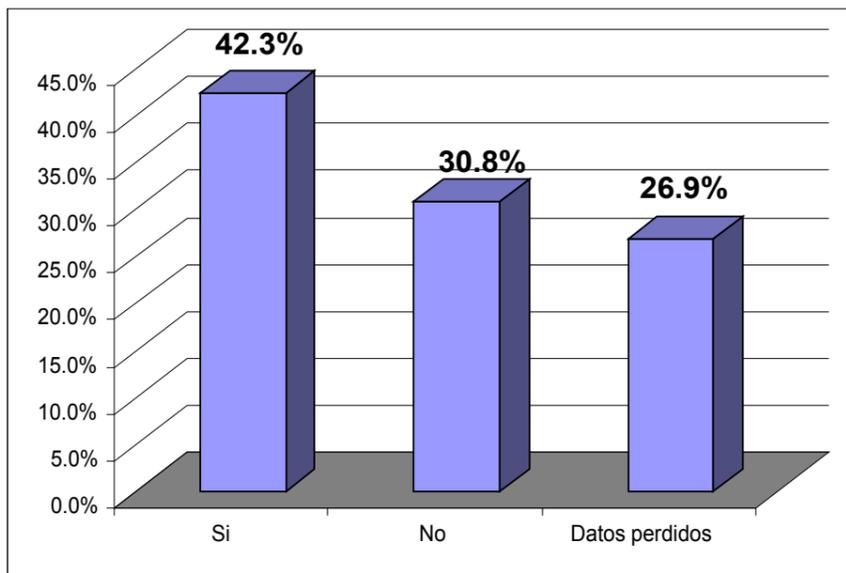
Fuente: Tabla N° 16

Más de la mitad de las licenciadas, 54,5% (12) trabajan en el área asistencial lo que potenciaría las condiciones de trabajo de enfermería y más específicamente su contenido, para ser considerado como factor estresante dadas las características del mismo, así como el contexto laboral y las cualidades expuestas de las CYMAT en Salto. Se destaca que el 40,9% (9) además trabajan en la docencia de la enfermería, que podría ser universitaria, terciaria o de auxiliares de enfermería privada lo que implica también otro tipo de sobrecarga laboral en lo referido a carga horaria, como a sus respectivas condiciones, contenido y ambiente de trabajo. Por otro lado la docencia que implicaría una actualización permanente, así como el acercamiento de las áreas docencia-asistencia podrían constituirse en un factor protector.

Gráfica N° 17. Sistema de descanso semanal

Fuente: Tabla N° 17

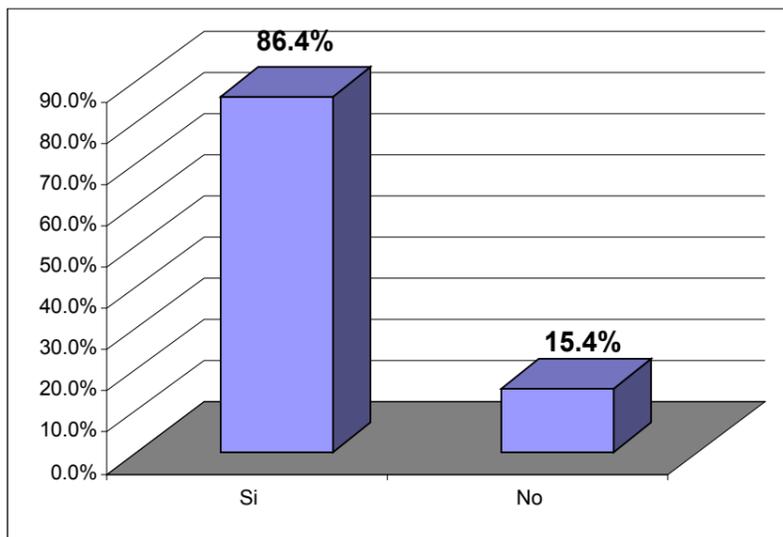
EL 61,5% (16) corresponde a la categoría de libres 6 y 1, lo que en esta Institución donde se realizó el estudio corresponde al día domingo lo que coincidiendo con días libres familiares, permitiría compartir actividades de ocio y recreación, pudiendo actuar como un factor protector. Si bien es de destacar que un 26,9% (7) tiene libre según otro sistema lo que significaría, la posibilidad de hacer arreglos a conveniencia personal.

Gráfica N° 18. Coincidencia de los días libres con otro trabajo.

Fuente: Tabla N° 18

Es importante mencionar que en un 42,3% (11) los días libres coinciden con el otro trabajo, pudiendo actuar como factor protector el descanso y compartir con la familia y/o amigos. Pero que en un 30,8% (8), aproximadamente un tercio de la población, no existe coincidencia lo que generaría una sobrecarga laboral y actuaría como potencial estresor.

Se debe señalar que el 26,9% (7) no contesta la pregunta, de quienes se desconoce en que días tienen sus descansos.

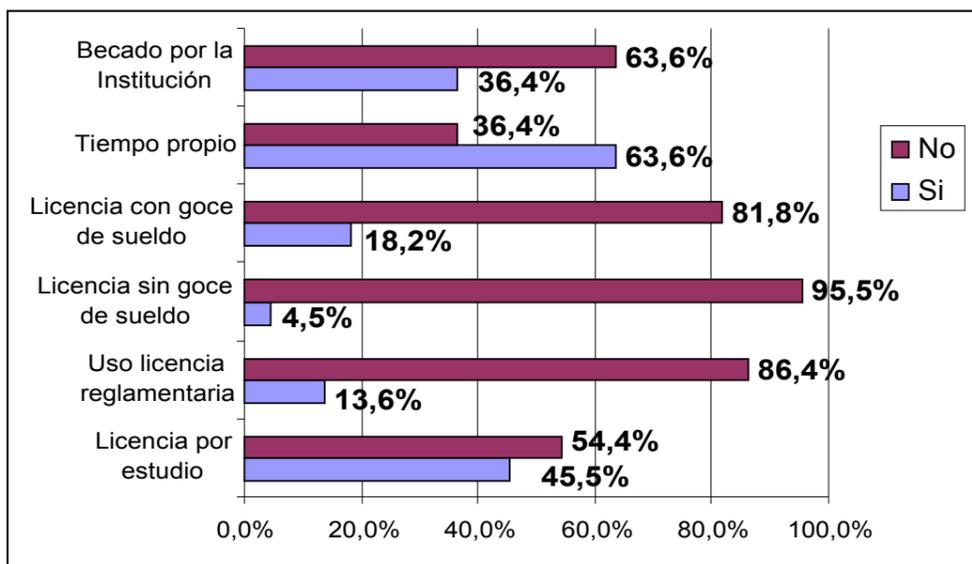
Gráfica N° 19. Realización de cursos posbásicos

Fuente: Tabla N° 19

El 84,6% (22) ha realizado cursos posbásicos lo que demuestra que las licenciadas han continuado su capacitación y mantendrían la actualización de sus conocimientos en su área de competencia, que podría constituir un componente en la superación personal y profesional que actuaría como un satisfactor y por lo tanto como un factor protector.

Tabla N° 20. Tipo de licencia obtenida para realizar cursos posbásicos

Categoría		Si	No	Total
Becado por la Institución	n	8	14	22
	%	36,4	63,6	100,0
Tiempo propio	n	14	8	22
	%	63,6	36,4	100,0
Licencia con goce de sueldo	n	4	18	22
	%	18,2	81,8	100,0
Licencia sin goce de sueldo	n	1	21	22
	%	4,5	95,5	100,0
Uso licencia reglamentaria	n	3	19	22
	%	13,6	86,4	100,0
Licencia por estudio	n	10	12	22
	%	45,5	54,4	100,0

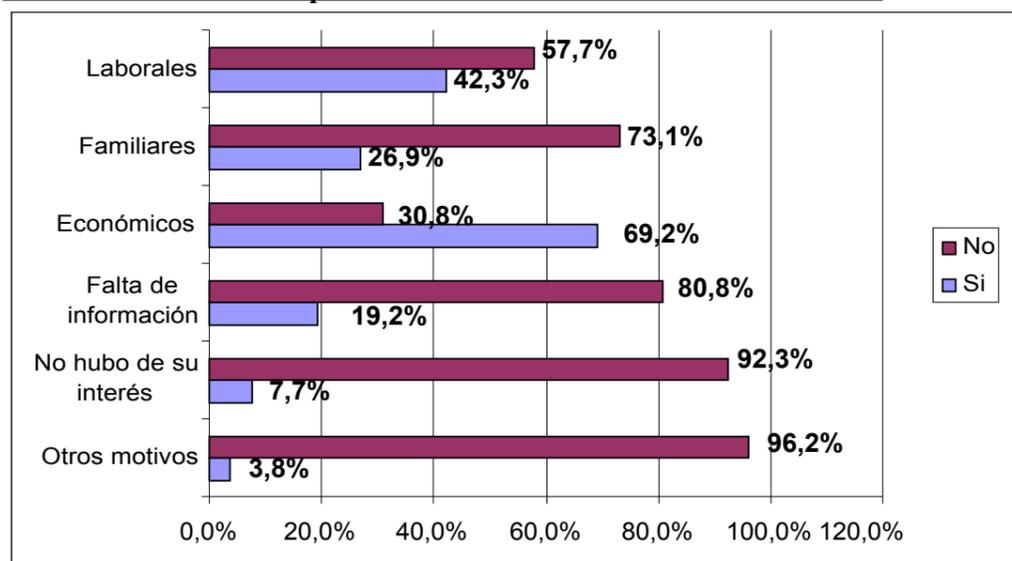
Gráfica N° 20. Tipo de licencia obtenida para realizar cursos posbásicos

Fuente: Tabla N° 20

Se debe destacar que en un 95,5% (21) el tipo de licencia fue sin goce de sueldo, en un 86,4% (19) la licenciada utilizó días de su licencia reglamentaria, así como en un 63,6% (14) uso de tiempo propio y en un 54,4% (12) no obtuvo licencia por estudio lo que implicaría que la institución no promovería la capacitación y formación de enfermería profesional. Por otro lado aparece un 81,8% (18) que pudieron realizarlos con goce de sueldo, en un 63,6% (14) becadas, y en un 45,5% (10) lograron licencia por estudio. Lo que implicaría que las funcionarias han hecho uso de distintos tipos de licencias en diferentes instancias para la realización de cursos posbásicos, al haber contestado más de una opción.

Tabla N° 21. Motivos para no realizar cursos en los últimos 2 años

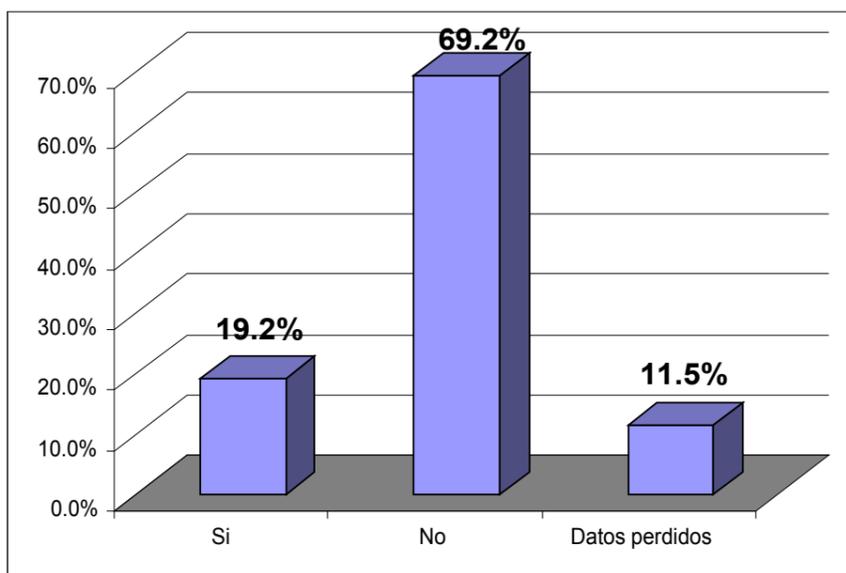
Categoría		Si	No	Total
Laborales	n	11	15	26
	%	42,3	57,7	100,0
Familiares	n	7	19	26
	%	26,9	73,1	100,0
Económicos	n	18	8	26
	%	69,2	30,8	100,0
Falta de información	n	5	21	26
	%	19,2	80,8	100,0
No hubo de su interés	n	2	24	26
	%	7,7	92,3	100,0
Otros motivos	n	1	25	26
	%	3,8	96,2	100,0

Gráfica N° 21. Motivos para no realizar cursos en los últimos 2 años

Fuente: Tabla N° 21

Es muy relevante que la mayoría de las licenciadas 92,3% (24) manifiesten que la oferta de cursos no fueron de su interés lo que podría denotar que no hubiera consulta al grupo profesional para programar los cursos en áreas que motiven su participación. Pero junto a éstos, se encuentra que en un porcentaje mayor, 96,2% (25), casi la totalidad de la muestra señala otros motivos, que desconocemos, ya que cada una de las encuestadas respondió a más de una opción. Así que como el 80,8% (21) alega falta de información que demostraría la escasa difusión de estos cursos.

Parece importante que entre los motivos además aparezcan los familiares en un 73,1% (19) y laborales en un 57,7% (15) como obstáculo, que adquiere trascendencia ya que el estudio se realiza en una institución pública del interior del país, con las características centralizadoras metropolitanas del mismo. Todos estos factores actuantes, sumado a los demás expuestos, contribuiría a no aumentar la capacitación indispensable para el avance de la profesión y por ende de la disciplina, que permitiría una mejor visibilización científica y social de la misma.

Gráfica N° 22. Título de especialista

Fuente: Tabla N° 22

Es relevante que 69,2% (18) no poseen títulos de especialistas que se otorgan por actuación documentada y/o competencia notoria en la Facultad de Enfermería UDELAR, que implica entre sus exigencias la presentación de trabajos científicos correspondientes al área del ejercicio profesional, no solamente la antigüedad en el cargo, que avalen su desarrollo profesional y acrediten la especialidad a través de estudios e investigaciones que impliquen avances disciplinarios. Demostraría que las licenciadas no los han realizado.

No se incluyeron en los resultados las variables Número de Usuarios y Personal a su cargo, ya que para el estudio se tuvieron en cuenta los niveles de jefatura, supervisión y operativas y los dos Niveles de Atención, sin discriminar los mismos, por lo que de sus resultados no se obtuvieron datos pertinentes para su análisis. Así como la variable Carga horaria diaria y Semanal de trabajo, ya que de los mismos se podría inferir que las respuestas correspondieron solamente a la Institución donde se realizó el estudio, si se considera que el 84,6% tiene otro trabajo y la carga horaria que aparece es menor si se sumaran los dos trabajos.

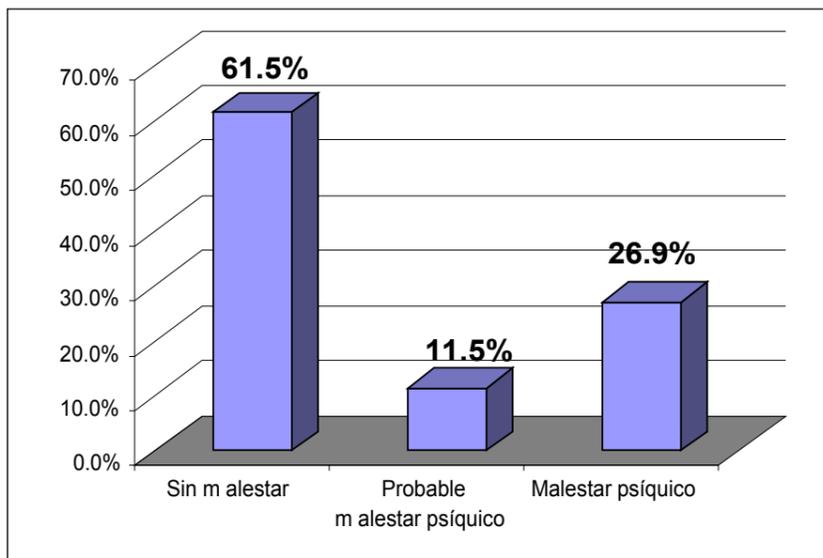
CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL GHQ (General Health Questionnaire)

Tabla N° 23. Cuestionario General de Salud Goldberg (GHQ)

Puntaje GHQ	Frec. absoluta	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	11	42,3	42,3
1	3	11,5	53,8
2	2	7,7	61,5
4	1	3,8	65,4
5	2	7,7	73,1
6	1	3,8	76,9
8	1	3,8	80,8
11	2	7,7	88,5
12	2	7,7	96,2
15	1	3,8	100,0
Total	26	100,0	

Tabla N° 25. Categorías del GHQ.

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje
Sin malestar	16	61,5
Probable malestar psíquico	3	11,5
Malestar psíquico	7	26,9
Total	26	100,0

Gráfica N° 23. Categorías del GHQ

Fuentes: Tabla N° 25

El 61,5% (16) de la población obtuvo valores menores a 3 en la Cuestionario utilizado, y teniendo en cuenta el punto de corte en 5, que correspondería a sin malestar psíquico, lo que implica que esta parte de las licenciadas desarrollan su actividad laboral sin manifestaciones evidentes de malestar autopercibido que pudieran estar repercutiendo en su salud mental.

Si consideramos malestar psíquico en puntuación igual o mayor a 6, se constata que un 27% (7) se encuentran dentro de esta categoría, mientras que en la categoría de malestar probable se encuentra un 11,5%(3) de la población. Por lo tanto el 38,5%(10) de las encuestadas presentaron elementos de sufrimiento psíquico, lo que se considera elevado de acuerdo a consultas realizada con expertos y bibliografía. Considerando que aproximadamente un 40% de las enfermeras profesionales del Hospital Regional Salto evidencian factores de malestar psíquico, podría corresponderse a los factores estresantes actuantes en sus condiciones de trabajo.

Tabla N° 26. Cruces de variables demográficas y laborales con GHQ.

Variables	GHQ	
	Chi cuadrado	p
Edad	2,119	0,346
Otro trabajo	7,435	0,024
Tipo de cargo	4,922	0,085
Años de graduado	2,615	0,624
Años de ejercicio profesional	2,615	0,624
Tiempo de permanencia en el servicio	6,556	0,766
Cambio de unidad	4,635	0,098
Coinciden días libres	1,454	0,483

Fuente: Encuesta y GHQ

La única relación significativa encontrada en los siguientes cruces, es con la variable Otro trabajo. Se observa una tendencia al valor significativo estadísticamente con la variable tipo de cargo.

Tabla N° 27. GHQ (con probable malestar y con malestar psíquico) y variables demográficas y laborales

Variables	GHQ	
	Chi cuadrado	p
Edad ¹		
Otro trabajo	5,833	0,015
Tipo de cargo	2,743	0,097
Años de graduado	1,269	0,529
Años de ejercicio profesional	1,269	0,529
Tiempo de permanencia en el servicio	3,000	0,391
Cambio de unidad	0,079	0,778
Coincidencia de días libres	1,200	0,273

Fuente: Encuesta

¹ La edad no se pudo calcular porque todos los casos con probable malestar y malestar psíquico son adultos medio (entre 35 y 64 años).

Se destaca que tener otro trabajo tiene relación significativa, mientras que la variable tipo de cargo (que figura en el contrato de trabajo) es la única que se acerca al valor significativo estadísticamente.

Los cruces realizados en las tablas N° 26 y 27 demuestran que la sobrecarga laboral podría ser un elemento estresante.

Comparación de medias**GHQ y Años de ejercicio**

General	16.8846	26
Sin malestar psíquico	19.0625	16
Probable malestar psíquico	11.6667	3
Malestar psíquico	14.1429	7

Total de casos = 26

GHQ y Años de graduada

General	17.3462	26
Sin malestar psíquico	19.4375	16
Probable malestar psíquico	12.3333	3
Malestar psíquico	14.7143	7

Total de casos = 26

Aquellas encuestadas que corresponden a la clasificación GHQ sin malestar psíquico presentan una media más alta en relación con los años de ejercicio y años de graduada, lo que confirmaría que la experiencia laboral podría actuar atenuando los factores estresantes y constituirse en un factor de protección.

GHQ y Número de hijos

General	1.6154	26
Sin sufrimiento	1.4375	16
Probable sufrimiento	2.3333	3
Sufrimiento psíquico	1.7143	7

Total Casos = 26

Se destaca una relación mayor entre el probable sufrimiento psíquico y el número de hijos lo que podría considerarse relacionado con las responsabilidades familiares y sociales asignadas culturalmente al género.

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO / RASGO STAI.

Tabla N° 28. Estadísticos de tendencia central para las puntuaciones del STAI

Puntaje	Ansiedad / estado	Ansiedad / rasgo
Media	4,788	4,135
Mediana	5,250	4,000
Moda	4,0; 6,0	5,0

La misma demuestra un valor superior para la ansiedad estado lo que podría significar que serían las situaciones del ámbito laboral que actuarían como uno de los factores englobados dentro del estrés.

STAI Ansiedad/Estado

Tabla N° 29. Ansiedad / Estado

Puntaje	Frec. absoluta	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1,0	1	3,8	3,8
2,0	3	11,5	15,4
3,0	3	11,5	26,9
4,0	5	19,2	46,2
5,0	1	3,8	50,0
5,5	2	7,7	57,7
6,0	5	19,2	76,9
6,5	3	11,5	88,5
7,0	2	7,7	96,2
9,0	1	3,8	100,0
Total	26	100,0	

Fuente: Cuestionario STAI.

La aplicación del STAI ansiedad / estado mostró que el 50% (13) de la población presenta valores por debajo de 5 en la escala, que se podrían considerar “normales” tomando como referencia los decapito para este estudio, entre 5,5 y 6,5 corresponde a un 38,5% (10) licenciadas; mientras que un 11,5 % (3) se encuentran con valores mayores a 7, lo que se consideraría los valores con mayor ansiedad ante las diferentes situaciones laborales.

STAI Ansiedad/Rasgo**Tabla N° 30. Ansiedad / Rasgo**

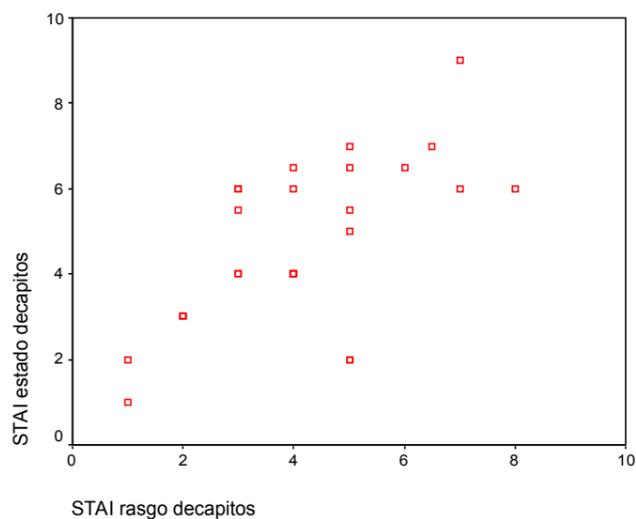
Puntaje	Frec. absoluta	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1,0	2	7,7	7,7
2,0	3	11,5	19,2
3,0	5	19,2	38,5
4,0	5	19,2	57,7
5,0	6	23,1	80,8
6,0	1	3,8	84,6
6,5	1	3,8	88,5
7,0	2	7,7	96,2
8,0	1	3,8	100,0
Total	26	100,0	

Fuente: Cuestionario STAI

En la aplicación del STAI ansiedad / rasgo mostró que el 57,7% (15) de la población obtuvo valores menores a 5 que de acuerdo a los decapito estarían dentro de lo que se consideraría "normal". El 11,5% (3) obtuvo valores iguales y mayor a 7 que podrían significar un rasgo de ansiedad previo que podría aumentar ante las situaciones laborales generadoras de estrés.

Correlación entre ansiedad/estado y ansiedad/rasgo
r de Pearson = 0,649

Gráfica N° 24: Diagrama de dispersión entre ansiedad/estado y ansiedad/rasgo



En la gráfica de dispersión encontramos una relación débilmente positiva entre ansiedad estado y rasgo. Las personas que obtienen mayor puntaje en el estado también lo tienen en el rasgo.

Cruce de variables demográficas y socio-laborales con Ansiedad Estado/Rasgo.

Si bien en la tabla N° 31 Anexo Resultados, no existe una relación significativa entre las variables, es pertinente para el presente estudio considerar las mismas ya que las características socio-demográficas y laborales han sido consideradas para valorar su posible incidencia en los factores estresantes del contenido del trabajo de enfermería profesional. A pesar de ello tienden a ser más significativos estadísticamente los resultados de la variable cambio de servicio en ansiedad/estado y la designación al servicio en la ansiedad/rasgo.

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTRESORES PARA ENFERMERÍA Vázquez Daniel

Ya que la Tabla N° 32 que muestra los resultados de la aplicación de este Cuestionario es dificultosa para su lectura, se expresa el texto sobre la misma y dicha tabla se presenta en el Anexo Resultados.

Los resultados muestran los diferentes estresores en función del grado de tensión que provoca cada uno de los supuestos.

Al considerar los estresores con bastante y mucha tensión, los siguientes son los que presentaron valores más altos: en relación con el área del cuidar, en lo referido a la muerte o el sufrimiento, en un 88% las consecuencias de errores, en el mismo porcentaje ver morir a un paciente especial, en un 80% el sufrimiento de los pacientes, un 75% los errores de otros enfermeros que afectan a los pacientes y en un 64% asistir a un caso urgente.

Con respecto a factores de organización del trabajo y carga laboral, encontramos que en un 84,7% no participar en la toma de decisiones y cambios, y tratar con gente agresiva; en un 80% no poder localizar al médico, en un 76,9% la falta de apoyo por parte de los superiores, en un 73,1% respectivamente la escasez de personal, el sueldo no acorde y no ver los frutos del trabajo. En ellos se constató la existencia de bastante y mucha tensión.

Si se consideran a los estresores sin tensión y tensión moderada: en relación al área de los cuidados, es importante mencionar que en un 80% el tratar con los familiares del paciente, en un 72% en lo referido a pacientes que no cooperan, en el mismo porcentaje los pacientes crónicos y los exigentes, en un 60% las amenazas de denuncias, en un 56% los pacientes graves y en un 52% la muerte de un paciente.

En el área de factores personales y desarrollo profesional se constata que en un 80,8% el tener pocas perspectivas de ascenso o promoción, en un 68% llevarse los problemas del trabajo a la casa, en un 56% la insatisfacción laboral y en el mismo porcentaje lo referido a la falta de formación continua.

En lo referido a los estresores que tienen relación con las cuestiones organizativas, se observa que en un 96% de las licenciadas aparecen niveles de sin tensión a moderada al asignar tareas al personal auxiliar, en un 88,5% en la modalidad de los turnos, en un 69,2% el excesivo papeleo, en un 53,8% a las condiciones físicas de trabajo inadecuadas.

Tabla N° 33. Estresores con medias más altas (con bastante y mucha tensión)

	Estresores	Media
1	Consecuencias de mis errores para el enfermo	3,44
2	Ver a morir a un paciente especial	3,36
3	Ver sufrir a los pacientes	3,32
4	No localizar al médico cuando se necesita	3,24
5	Tratar con gente agresiva	3,23
6	Decisiones y cambios que me afectan se toman sin contar conmigo	3,19
7	Recibir sueldo no acorde	3,19
8	Escasez de personal	3,15
9	Asistir a un caso urgente	3,00
10	Errores de otros enfermeros que afectan mis pacientes	3,00
11	Falta de apoyo de los superiores	3,00
12	No ver los frutos de mi trabajo	3,00

Fuente: Cuestionario Estesores

En este cuadro se presentan ordenados de mayor a menor los 12 estresores que presentan las medias más altas. Los cinco primeros, están relacionados a la atención directa a los pacientes y por otro lado lo que atañe a:

- la responsabilidad ante sus errores que pudieran implicar sentimientos de culpabilidad;
- no sentirse capacitada para abordar al paciente ante la muerte y el sufrimiento
- sentir la soledad en cuanto al equipo, en momentos críticos y de toma de decisiones
- sentir la falta de capacidad para abordar los aspectos agresivos en el proceso de trabajo.

También es de destacar otros factores como la carga del trabajo dada por falta de apoyo y/o errores de otros profesionales, escasez de personal y sus consecuencias en el usuario; así como la falta de participación y capacidad de decisión.

Quedaría en evidencia la ausencia de trabajo en equipo y un modelo de gestión poco participativo. Estaríamos ante una profesional que trabajaría en soledad, que se sentiría poco valorada en su actuación y sin las necesarias redes de apoyo.

Cruce de los estresores (con medias más altas) con variables demográficas y laborales

La Tabla N° 34 que corresponde a este texto se presenta en el Anexo Resultados.

De la misma surgió que:

- Edad: existe relación significativa con los siguientes estresores: decisiones y cambios que me afectan se toman sin contar conmigo, falta de apoyo de los superiores y no ver los frutos de mi trabajo.
- Otro trabajo: se encontró relación con no ver frutos de mi trabajo.
- Tipo de cargo y tiempo de permanencia en el servicio: surge la relación con el estresor decisiones y cambios que me afectan se toman sin contar conmigo.
- Cambio de unidad: se relaciona con la falta de apoyo de los superiores
- Año de graduado, año de ejercicio y coincidencia de días libres no se encontraron relaciones significativas.

Si se consideran los cruces que tuvieron relación significativa se podría reafirmar que sería una licenciada inmersa en un modelo de gestión autocrático, muy poco valorada como persona y profesional, ya que no podría promover cambios que pudieran implicar transformaciones para mejorar sus condiciones de trabajo y no sentiría un soporte en su propia organización así como en lo institucional.

Además de la sobrecarga laboral como elemento estresante, y que nos mostraría la realidad de un país que además del desempleo, en este caso, aún teniéndolo, la persona necesita de otro trabajo para subsistir, que la afectaría en su calidad de vida y en su salud como trabajador.

Tabla N° 35. CRUCE DE LOS DOCE ESTRESORES CON MEDIAS MÁS ALTAS Y GHQ (con probable malestar y malestar psíquico).

Estresores		GHQ	
		Chi ²	p
1	Consecuencias de mis errores para el enfermo	0,563	0,453
2	Ver a morir a un paciente especial	1,286	0,526
3	Ver sufrir a los pacientes	2,250	0,134
4	No localizar al médico cuando se necesita	0,563	0,453
5	Tratar con gente agresiva	2,619	0,270
6	Decisiones y cambios que me afectan se toman sin contar conmigo	0,079	0,778
7	Recibir sueldo no acorde	0,816	0,665
8	Escasez de personal	3,016	0,221
9	Asistir a un caso urgente	1,350	0,509
10	Errores de otros enfermeros que afectan mis pacientes	2,250	0,522
11	Falta de apoyo de los superiores	1,429	0,490
12	No ver los frutos de mi trabajo	4,286	0,038

Fuente: Cuestionario estresores y GHQ

Al relacionar los doce estresores con medias más altas (con bastante y mucha tensión) y el GHQ (con probable malestar y malestar psíquico), surge una relación significativa estadísticamente con no ver los frutos de su trabajo.

Si se tiene en cuenta la población con probable y con malestar psíquico y su cruce con los estresores con medias más altas se podría demostrar la calidad de vida de este trabajador de la salud, enfermería, con sus extensas jornadas laborales y las cualidades del contenido del mismo que la podría llevar a repercusiones en su salud mental.

Variables Cualitativas: Preguntas Abiertas

Los comentarios correspondientes a las Preguntas Abiertas Tabla N° 36 Anexo Resultados, las que se estudiaron con relación al Contenido de Trabajo y en la dimensión Naturaleza del Vínculo se encuentran incluidas en los aspectos cualitativos de la Discusión.

DISCUSIÓN

La respuesta obtenida en el estudio del 100% de la muestra, podría deberse a varios factores: el interés que el tema del estrés laboral profesional suscitó en la población objeto; el hecho de que los cuestionarios fueran entregados personalmente a los interesados (garantizándole el anonimato y confidencialidad) y explicitando a cada una de las participantes el propósito del mismo, el que fuera auto-administrado, lo que optimizó el tiempo para el investigador y para el encuestado, y la posible convicción de los profesionales de enfermería de que el estrés profesional no solo la afectaría a ella como enfermera, sino a aquellos a quienes van dirigidos sus cuidados.

El perfil del sujeto de estudio es mujer en un 100%, con un mayor porcentaje en la categoría de adulto medio, con una media en años de 43,23; con pareja e hijos en un mayor porcentaje.

Respecto a que la totalidad de la población es de género femenino, podría promover la tendencia a reproducir en los vínculos laborales los roles asignados social y culturalmente al género, como menciona de los aspectos más relevantes el trabajo de CYMAT realizado por el Departamento de ENSAME INDE-UDELAR (1996/1998). En el estudio del personal de enfermería en el Hospital de Clínicas de la UDELAR de Aguirre R. y Cols. 1997 refiere que para este grupo profesional, se agrega la problemática de género que contribuye a generar una identidad contradictoria, mujer-trabajadora, que crea ambigüedades en la calificación y vocación.

En lo referido al aporte económico al hogar, el 69,2% lo complementa, aunque se destaca que en el 23,1% es el único aporte y en la tercera parte de la población corresponde al mayor ingreso. Se encuentran similitudes en el perfil de la población con el trabajo anteriormente mencionado de CYMAT ENSAME ex – INDE UDELAR. (1996/1998), donde casi la cuarta parte en el mismo, asumen responsabilidades como jefe de hogar.

Respecto a los años de graduado casi la mitad de la población tiene entre 10 a 20 años y la tercera parte más de 20 años de graduado. En cuanto a los años de ejercicio profesional, el mayor porcentaje se ubica entre 10 y 25 años y es muy bajo el porcentaje con menos de 3. Fornés J. y Cols. en una revisión bibliográfica constata relación entre los años de trabajo y la respuesta personal de estrés, y que llevar muchos años de ejercicio profesional han sido considerados potencialmente estresantes.

El tiempo de permanencia en el Servicio en su mayoría supera los cinco años, en relación a ello Fornés y cols. 2001 plantean que tiene su punto crítico en los 3 años para que aparezcan algunas manifestaciones relacionadas con el estrés; la mayor parte de la población estudiada no ha tenido cambios de Servicio como tampoco de turno. Sin embargo se señala que el 23,1% (6) tienen 3 años de permanencia y estarían dentro del período crítico para que aparezca el mismo.

Referido a la designación al servicio, casi la mitad fue realizada por los superiores y un mínimo porcentaje por elección propia. Primaron las necesidades de la Institución y la experiencia frente a la capacitación. Según Fornés y Cols. en el trabajo anteriormente citado, encontrarse a gusto en el puesto de trabajo (por haberlo elegido o de acuerdo a su capacitación) es uno de los mejores factores amortiguadores del estrés, pudiendo incluso neutralizar los efectos negativos de la edad, los años de ejercicio o el tiempo en

el servicio. Plantea que encontrarse a gusto en un servicio influiría no solo en la ansiedad frente a situaciones concretas, sino también en la predisposición general a responder con niveles más bajos de estrés. Esto podría incidir no solo en la producción laboral sino además en el bienestar físico y mental. Silvina Malvárez plantea que la asignación al servicio no por elección constituye uno de los factores ansiógenos y estresantes relacionados al contenido del trabajo. Meseguer F. y Cols. (1996) entre los resultados en estrés, encontró que las puntuaciones más elevadas en la escala de agotamiento laboral, corresponden a los profesionales asignados al servicio de manera forzosa.

El mayor porcentaje posee cargo titular, aunque existe un 19,2% contratado. Citando nuevamente el trabajo de Fornés y Cols. que refieren no haber encontrado estudios que reflejen la intervención de esta variable, que tiene que ver con la condición laboral sobre el estrés profesional, plantearon que la incertidumbre e impredecibilidad puede ser percibida como un estresor importante en el ámbito de trabajo. En sus conclusiones afirman que es quizás la variable que menos valor tenga en la predicción del estrés en España, dado la constante demanda de profesionales de enfermería. Por el contrario en Uruguay podría ser diferente, de acuerdo a lo que plantea Cabrera (2001) donde identificó como problemas el multiempleo y la desocupación. Desempleo que es novedoso en los últimos 5 años, debido a la sobre oferta de auxiliares de enfermería y a la crisis del sector salud, que se menciona. Si bien el multiempleo no está debidamente estudiado, en enfermería hay una percepción general que el mismo influye perjudicando la calidad de vida personal, familiar y social. Se lo valora como negativo, como falta de tiempo real, cansancio y desmotivación para incrementar el desarrollo científico de la profesión.

Otra característica importante de la población en estudio es que el 84,6% tienen otro trabajo y dentro de ese grupo de población, más de la mitad es en el área asistencial, 54,5% (12). Como menciona Cabrera que constató diferencias sustantivas en los salarios del sector público y privado, siendo éstos “insuficientes”, que se acentúa en el sector público; podría constituir un factor ansiógeno y estresante, si se tiene en cuenta las responsabilidades y competencias necesarias para el desempeño de cargos profesionales. Carrasco y Cols. (1996/1998) constataron que variables como multiempleo y remuneración insuficiente, entre otras, se percibían como factores de riesgo laboral psico-social. En el marco del mismo estudio, en un taller realizado en la ciudad de Salto en el año 1997, se identificó el doble empleo como factor que aumenta la incidencia de riesgo en la salud del trabajador. Esto podría constituir un doble elemento ansiógeno y estresante dado que estarían expuestos a una doble jornada laboral y con un mismo contenido de trabajo, con sus especificidades y lo que esto implica como sobrecarga laboral.

Al considerar el sistema de descanso se comprueba que el 61,5% tiene libre el día domingo en la Institución donde se realizó el estudio. En el grupo que tiene más de un trabajo, se encontró que en una tercera parte no tienen coincidencia los días libres. En este contexto adquiriría aun más relevancia el contenido del trabajo, y se relacionaría con la posibilidad de contribuir al estrés laboral, en el desarrollo de sus prácticas, constituyendo un posible factor de riesgo para la salud bio-psíquica del trabajador. Y como refiere el estudio antes mencionado, podrían perturbar el biorritmo y la calidad de vida personal, familiar y social.

Con respecto a la realización de cursos posbásicos, casi la totalidad de las encuestadas los ha realizado, esto podría interpretarse como una preocupación por su desarrollo profesional, pero a su vez no constituirían garantía de ser elementos favorecedores que mejoren la calidad laboral. Parece importante relacionar la realización de los mismos con utilización de tiempo propio, coincidiendo con los hallazgos del trabajo de CYMAT ENSAME- ex INDE- UDELAR. (1996/1998) que constató dificultad para la obtención de días libres para participar en eventos científicos y/o de capacitación, lo que contribuiría a la insatisfacción laboral y podrían constituirse como agentes estresantes en el ejercicio profesional. Esto agravaría la posibilidad de desarrollo personal y profesional, tanto en la participación en cursos de educación continua, como en eventos científicos y en desarrollo de investigaciones. Aún así, se constata apoyo Institucional en un 45,5% de becas para la realización de los mismos. Se considera de gran importancia que casi la totalidad del grupo estudiado, en los últimos dos años, no los realizó por motivos económicos y laborales y no fue por falta de interés. Esto tendría relación con la insuficiente remuneración económica y la carencia de políticas institucionales orientadas a promover la capacitación de sus recursos humanos.

Considerando los títulos de especialistas que se otorgaron por actuación documentada y/o competencia notoria en la Facultad de Enfermería, y que casi un 70% de la población estudiada no los tiene, reflejaría la falta de realización de trabajos científicos vinculados al área de trabajo, cuyos motivos serían complejos y multicausales. La no realización de investigaciones podría comprometer el cuerpo de conocimientos de enfermería tan importante para su desarrollo en tanto profesión y disciplina, así como para el reconocimiento y visibilidad social y científica de la misma.

En relación con los hallazgos del Cuestionario de salud de Golberg GHQ si bien hay un 61,5% con valores menores a 3 o sea sin malestar psíquico, es relevante que entre el probable y con malestar psíquico el hallazgo es de un 38,5%, con puntuación igual o mayor a 6. Consultas realizadas con expertos en el tema, como la Prof. Agda. Laura Schwartzman de la Cátedra de Psicología Médica de la Facultad de Medicina, UDELAR, con vasta experiencia de aplicación del GHQ en otras poblaciones, consideró importante el hallazgo dado el porcentaje elevado de población afectada. No se encuentran trabajos en el Uruguay para poder contrastar estos resultados realizados con profesionales de enfermería, que parecen estar mostrando una comprobación de valores importantes en la salud autopercebida, que podría afectar su salud mental. Escribá y Cols.(2000) al valorar el bienestar psicológico del personal de enfermería hospitalario a través del cuestionario de salud general de Goldberg GHQ, 28 ítems, constataron que el 20,9% de los profesionales de enfermería incluidos en la muestra se presentaron como “caso probable” de “distrés psicológico”, en este estudio el 11,5% se presentó con probable malestar psíquico. Comparando con estudios seleccionados y realizados en distintos grupos ocupacionales según la versión española de Lobo A. y Muñoz P. E., con poblaciones como enfermeras (unidad de cuidados paliativos) 1978; estudiantes de enfermería 1980, trabajadores sociales 1986 y maestros 1984 consignaron que en el primer grupo mencionado, el 56% tenía altas puntuaciones en el GHQ- 30. Los estudiantes de enfermería en un 22% puntuaron mayor a 12 en el GHQ-28. En un trabajo sobre Salud mental y estilo de vida de los estudiantes de enfermería de la Universidad Pública de Navarra, España, 1996, de Aguinaga E. Guillén F y Cols. en el que aplicaron la versión GHQ-30, un 52% de los estudiantes obtuvo más de 5 puntos en el cuestionario, pudiendo considerarse afectado, teniendo en cuenta que el mismo se distribuyó a comienzos del curso, en un período de menor estrés. Estas puntuaciones

son similares a las encontradas por Benítez y Cols 1989 (citado por estos autores), en grupos de estudiantes de medicina y de otras carreras, en los que la puntuación media fue de 7; pero con una diferencia fundamental, ya que este estudio se realizó en períodos de exámenes finales, que serían de máximo estrés.

Considerando el cruce de GHQ sin clasificación y con clasificación (con probable malestar y malestar psíquico) y las variables socio-demográficas y laborales, son similares los hallazgos, dado que la única asociación estadísticamente significativa fue con poseer otro trabajo (en ambos casos). También dicha asociación mostró una tendencia a ser significativa con la variable tipo de cargo en los dos cruces realizados. A pesar que en la bibliografía consultada no surgen estudios con los cuales poder analizar estos resultados; cuando se los relaciona con el contenido del trabajo de enfermería (de similares características: rutinario, desmotivador, agotador y con poco reconocimiento), la sobrecarga laboral, atención constante, falta de autonomía, ritmo acelerado y trabajo femenino (doble o triple jornada) parecería ratificar el hallazgo estadístico.

Con relación a la variable tipo de cargo, aunque no alcanza significación estadística se aprecia una tendencia ($p:0,085$). Por el contrario a lo que plantea en su estudio Escibá V. y Cols.2000, donde no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico del personal de enfermería hospitalario y sus características socio-demográficas y laborales.

Respecto a la variable edad, si bien no se pudo calcular la p, se observó que todos los casos con probable malestar y malestar psíquico, corresponden a la categoría adultos medios. En el estudio realizado por Reig A. y Cols 1986 citado por Romá Ferri MT y Cols. (1993) en el que se comparaban las enfermeras menores de 30 años con las mayores de 30, se constataba en las primeras un mayor nivel de estrés, lo cual no coincide con los hallazgos de este trabajo.

Al comparar las medias entre el GHQ con algunas de las variables demográficas y laborales, de las encuestadas sin malestar psíquico, presentan una media más alta en relación con los años de ejercicio profesional y años de graduada. A pesar de que el estudio de Escibá V. y Cols. (2000) relacionó estas variables con los estresores laborales, encontraron resultados similares, con mayor años de ejercicio profesional y de graduado, y mayor edad, perciben una menor frecuencia de estresores laborales. Si bien estaríamos relacionando la salud autopercebida con las variables mencionadas, el perfil de la población estudiada coincide con las medias encontradas en la clasificación sin malestar psíquico.

La relación de medias del GHQ y el número de hijos comprobó que a mayor número de hijos se encuentran en la clasificación de malestar psíquico y probable malestar respectivamente. Como se mencionaba anteriormente esto podría reflejar la realidad del personal profesional de enfermería que se ve exigida en su vida cotidiana a cumplir con sus múltiples roles sociales y culturales de género, así como su dedicación, que sobrepasa en muchas ocasiones las capacidades reales de éstas, y en consecuencia podrían incidir en su salud autopercebida.

Con respecto a los hallazgos a partir de la aplicación del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger et al. (1988), se considera en primer término Ansiedad/Estado cuya mediana demuestra un valor superior frente a la Ansiedad/Rasgo. A través de la gráfica de dispersión de STAI Estado/Rasgo se determinó que las personas con mayor puntaje en el estado también lo tienen en el rasgo. No se encontró en la bibliografía consultada trabajos con un diseño similar como para poder establecer comparaciones. Consultada la Dra. Fornés plantea que si se toma como punto de referencia los decapitos se pueden entender como “normales” las puntuaciones que se hallen por debajo del decapito 5, que correspondería aproximadamente al 50% de la población en Ansiedad/Estado

En relación a la comparación de medias del STAI con variables socio-demográficas y laborales, la variable edad, se comprobó que en la Ansiedad/ Estado, la media es superior en el grupo adulto medio frente al joven. Resultado éste que coincide con la investigación de Fornés y Cols.(2001) donde la edad actuaba como un importante disuasor del estrés laboral. Se comporta de manera similar en la Ansiedad/Rasgo. La comparación de las medias no aporta tampoco diferencias significativamente estadísticas para confirmar que la edad influye en la predisposición a responder con ansiedad ante situaciones de tensión laboral.

Los años de ejercicio profesional comparando las medias de los grupos de estudio, aparecen niveles más bajos (<de 3 años $x=3,000$; >de 25 años $x=4,750$) en personas que llevan pocos o muchos años trabajando. A pesar que en el presente estudio no existe ni tendencia ni relación estadísticamente significativa, otros estudios anteriores ya mencionados demuestran que los años de ejercicio profesional tienen un peso específico en la ansiedad que puede experimentar el personal de enfermería en momentos o diferentes situaciones.

Al relacionar el tiempo en el servicio con Ansiedad/Estado y Rasgo se destacan las medias más altas entre 3 y 4 años; no encontrándose relación estadísticamente significativa. Si bien se corresponden las medias con los años considerados críticos por el estudio de Fornés anteriormente mencionado, no se encuentra significación estadística.

A pesar de no haber encontrado estudios que reflejen la intervención de la condición laboral contratado y titular sobre el estrés profesional, se cree que la incertidumbre es percibida como un estresor importante. Las expectativas de continuidad, podrían proporcionar un grado de seguridad personal con repercusión indirecta sobre los trabajadores, pudiendo reducir los niveles de ansiedad. Sin embargo los resultados demuestran lo contrario. Los cambios de servicio provocan tanto en la Ansiedad Estado como Rasgo medias más altas, comprobándose una tendencia a la significación estadística del 0,07 en ambos casos.

En relación a la aplicación del Cuestionario de Identificación de Estresores de García Vázquez y Cols. (2001), los más frecuentes identificados en este estudio independientemente del área y nivel de trabajo de las encuestadas, están relacionados con el sufrimiento y la muerte de los usuarios como un punto importante y muy complejo. En este estudio, en correspondencia con los resultados de esta investigación anteriormente consignada, identificaron como principales agentes los siguientes: ver morir un paciente especial, sobrecarga de trabajo y recibir un sueldo no acorde.

Investigadores sobre el tema del estrés laboral y/o profesional como Fornés. J. (1994) plantea que enfermería es una profesión objeto de grados elevados de estrés por la especificidad de sus tareas y el trabajo con personas. Destaca además otros factores como la carga de trabajo dada por la falta de apoyo y/o errores de otros profesionales, escasez de personal y sus repercusiones en el usuario; así como la falta de participación y capacidad de decisión. Acerca de estos resultados se pone de relieve que los estresores identificados por la población objeto de estudio son similares a los obtenidos en varios de los estudios consultados.

Burguette Ramos M.O y Velazco L.J, (1996) explicitaron que los resultados más importantes fueron como estresores profesionales: los errores con los enfermos, problemas organizacionales, situaciones conflictivas con los usuarios, situaciones límites, (muerte de un paciente), y sobrecarga de trabajo como escasez de personal y falta de apoyo de los superiores. Parece importante destacar que entre los estresores ocupacionales con medias más altas, coincide el que ocupa el primer lugar en este estudio y en el realizado en el Hospital Regional Salto 2003/2004.

Meseguer F. y Cols. (1996) corroboran otros resultados encontrados en estudios con personal de enfermería: sentimientos de falta de apoyo en la labor y falta de autonomía en la toma de decisiones, así como poco reconocimiento a nivel personal coincidiendo con estresores con medias más altas, como no localizar al médico cuando se lo necesita, decisiones que se toman sin su participación, no ver los frutos del trabajo, así como falta de apoyo de los superiores. Wolfgang en EEUU (1988) comparó el estrés entre médicos, farmacéuticos y enfermeras, siendo significativamente mayor en éstas últimas, fundamentalmente por sobrecarga de trabajo y las necesidades de los enfermos, lo que se evidencia también en este estudio reflejado en los doce estresores identificados.

Fornés J. (1994) establece un claro predominio de la sobrecarga de trabajo como causa líder y determinante del estrés, creándole un sentimiento desagradable de insatisfacción y falta de realización personal. Si bien utiliza otra escala de medición de estresores, hay ítems que se corresponden con los utilizados en esta investigación como: muerte de los pacientes, miedo a cometer errores, escasez de personal, tomar decisiones urgentes y falta de reconocimiento profesional.

Romá Ferri M. T. y Cols. (1993) hallaron la media para los estresores con mayores fuentes de tensión del personal de enfermería en área infantil y profesionales que no cuidan niños, que coinciden con los encontrados en la presente investigación. Estos son, por orden de frecuencia: “las consecuencias de mis errores para los enfermos”, “ver morir a un paciente especial”, “ver sufrir a los pacientes”, “tratar con gente agresiva”, “los errores de otros compañeros de enfermería que afectan a mis pacientes”, “que las decisiones y cambios que me afectan se tomen desde arriba sin mi conocimiento ni participación”.

Mallet. K y et al.(1991) refieren la importancia de la exposición a estresores ocupacionales como la exposición al sufrimiento, la enfermedad y la muerte.

Carrasco A y cols. (1974) en una investigación realizada en el Hospital Universitario encontraron que aparece la “*sobrecarga de trabajo*” no solamente referida a recursos humanos, materiales y financieros, sino la angustia relacionada con las características del trabajo de enfermería: contacto con la muerte, sufrimiento y el dolor.

El contacto frecuente con el sufrimiento y la angustia de los usuarios y familias pondría a prueba los aspectos emocionales del personal de enfermería. Constatando además un rol de subordinación y no participación en la toma de decisiones.

En la investigación realizada por Carrasco A. y Cols. (1996/1998) se constató en un 30% de la población de estudio recarga física relacionada con la escasez de recursos

humanos y sobrecarga de tareas, que coincide con algunos de los estresores identificados como: escasez de personal y falta de apoyo de los superiores.

Tonneau en 1991, citado por Miranda de Siqueira y otros autores, señalaba características de los trabajadores hospitalarios, como la carga psíquica vinculada con las condiciones de riesgo de los pacientes y la confrontación con el sufrimiento.

A los estresores con medias más altas se los analiza considerando las conceptualizaciones del contenido del trabajo, sus cualidades y especificidades como factores ansiógenos y estresantes.

Referido a la permanencia y continuidad que determina una “doble situación ansiógena”: situaciones de sufrimiento, carencias y “un ser para otros”, entre otras, vinculados a estresores constatados como: las consecuencias de los errores para el enfermo, muerte y sufrimiento de pacientes, errores de otros enfermeros que afectan a los pacientes; no localizar al médico, escasez de personal, falta de apoyo de los superiores y decisiones y cambios que se toman sin contar con la enfermera.

Respecto a la contingencia en cuanto a estar presente, intervenir en situaciones de crisis de los usuarios y familiares y estar alerta e intervenir con urgencia; es una doble contingencia con los usuarios y el equipo de salud. Tendrían relación con estresores como no localizar al médico, tratar con gente agresiva, y asistencia a casos urgentes. Desde la naturaleza del vínculo encontraríamos correspondencia entre el contacto cotidiano con la muerte, la enfermedad, el dolor y las carencias.

Se estudió la relación entre estresores laborales y las características sociodemográficas y profesionales de la población, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre la edad y estresores como: la falta de participación en decisiones y apoyo de superiores, y no ver los frutos del trabajo. Este efecto podría ser debido entre otras cosas a las expectativas de logros o a la seguridad en las propias capacidades y experiencias adquiridas en años de ejercicio profesional, es decir la falta de construcción del quehacer enfermero a partir del análisis crítico de la práctica.

El estresor decisiones y cambios que se toman sin tener en cuenta al trabajador también tiene relación significativa con la variable tipo de cargo y tiempo de permanencia en el servicio. Estos hallazgos no se pudieron contrastar dado que no tuvieron correspondencia con estudios previos, al no encontrarse un diseño similar. A pesar de ello se podría mencionar que el paso del tiempo puede convertir al trabajo en desmotivador y rutinario, lo que disminuiría el interés por el mismo, no constituyendo un elemento de creatividad y de identidad personal y profesional. A pesar de no haber encontrado estudios que reflejen la intervención de la variable que tiene que ver con la condición laboral sobre el estrés, la incertidumbre e impredecibilidad del futuro es percibida como un estresor importante en el ámbito de trabajo. Las expectativas garantizadas de continuidad, podrían proporcionar un grado de seguridad personal, con repercusión indirecta sobre el estado de ánimo de los trabajadores pudiendo reducir los niveles de ansiedad y estrés.

No se encontraron resultados similares en las investigaciones consultadas entre la variable otro trabajo y no ver los frutos de éste, que en este estudio tiene relación significativa estadísticamente. Carrasco A. y Cols. (1996/1998) estudiaron las variables como multiempleo y remuneración insuficiente, entre otras, que se percibían como factores de riesgo laboral psico-social. Esto podría constituir un doble factor ansiógeno y estresante dado que estarían expuestos a una doble jornada laboral y con un mismo contenido de trabajo, dado sus cualidades. Es significativo no ver los frutos del trabajo, ya que podría implicar un desgaste físico y psíquico, al considerar al proceso del trabajo

como uno de los condicionantes principales del proceso salud-enfermedad de los grupos humanos, ubicándolo en el contexto de la salud laboral. El trabajo implica personas que se construyen continuamente en su relación social, como sujeto colectivo, donde trabaja, se reproduce: en la familia y en el conjunto de sus relaciones y creencias. En un proceso que involucra a la persona en su totalidad, en el cual “se produce el propio trabajador”, no solamente bienes materiales, culturales y/o servicios. Analizar no solamente la posible afectación bio-psíquica, brusca o lenta, sino también los obstáculos al desarrollo de las potencialidades.

Este concepto de desgaste no sería irreversible ya que existiría la posibilidad de recuperar capacidades y desarrollar potencialidades, modificando las condiciones que lo determinan.

Por último, la relación significativa entre la variable cambios de servicio y el sentimiento de falta de apoyo de los superiores podría deberse a la subestimación de las propias capacidades y experiencia del trabajador que reforzarían un trabajo rutinario, desmotivador y desvalorizado; lo que implicaría la posibilidad de inhibir la capacidad de cambio y el afrontamiento del estrés.

Con respecto al cruce de los doce estresores con medias más altas dentro de las categorías de bastante y mucha tensión, con el GHQ en la clasificación de probable y malestar psíquico, Escrivá Aguir V, Más Pons R y Cols. (2000) en sus resultados ponen en evidencia que a mayor nivel de exposición a estresores laborales disminuye el bienestar psicológico del personal de enfermería medido por el GHQ-28 coincidiendo los hallazgos de este estudio.

Si se tiene en cuenta como aborda CIE el estrés en el trabajo, considerándolo una amenaza a la salud del trabajador, los hallazgos obtenidos incluyen muchos de los factores que son reconocidos por el personal de enfermería como acontecimientos que encuentra en su trabajo cotidiano.

Además de lo que consigna el CIE, deberíamos tener en cuenta los 26 convenios elaborados por la OIT; específicamente el Convenio 149 de 1977, que señala en sus considerandos: la escasez de personal calificado, utilización inadecuada del personal existente, que también se corresponden con los principales estresores identificados. Son recomendaciones internacionales que deberían normatizar las condiciones de trabajo, como la 157 sobre el Empleo y Condiciones de Trabajo y de Vida del Personal de Enfermería, elaboradas conjuntamente con la OMS, que garantizarían un ambiente de trabajo sano y seguro para favorecer la salud física y mental de los trabajadores de enfermería.

Análisis de las preguntas abiertas

En primer lugar se establecieron categorías para la interpretación y análisis de sus respuestas en el marco del contenido del trabajo de enfermería, seleccionando de esta variable, la dimensión de la naturaleza del vínculo que se establece con el usuario. Se estudió dentro de las categorías establecidas: la comunicación verbal y no verbal, escucha habilitante, la relación empática y aspectos relacionados con la identidad profesional.

Con respecto a lo no verbal, aparece en una sola respuesta lo del contacto a través del tacto: *“apretón de manos, caricias”*, lo que reflejaría la falta de incorporación de estos elementos con relación al vínculo en el proceso del cuidar de enfermería profesional. Llama la atención en contraposición a lo anterior, tan valioso y trascendente para el vínculo enfermera-usuario en toda la prestación de los cuidados, la utilización de un *“buzón de sugerencias”*, que estaría significando un distanciamiento afectivo, serías dificultades y problemas en la comunicación.

Enfermería inmersa en el modelo médico-hegemónico (Menéndez) cuyos rasgos estructurales son ser: biologicista, positivista, ahistórico, asocial, individualista, pragmático, mercantilista, curativo, la enfermedad como diferencia; orientado a la eliminación del síntoma, con relaciones asimétricas, considerando al paciente sumiso e ignorante; se sostendría en un modelo vincular autoritario de sumisión y en asimetría jerárquica.

Se coincide con Collière en que: *“...los cuidados se convirtieron de esta forma en actos aislados, estereotipados. Esto traería repercusiones en los usuarios y en los que prestan cuidados, pudiendo ser éstos últimos que se implicarían cada vez menos en el proceso de relación”*, pero es más pertinente hablar de proceso vincular.

Hay varias respuestas que parecieran permitieran una escucha habilitante, con participación del usuario en el proceso de atención enfermería, con una tendencia a una relación más simétrica, cuando mencionan *“aciertos y errores que los usuarios te hacen ver”* *“necesitaba decirle y saber”*, *“sentirse bien al ser escuchado y poder expresar los miedos”*. En una relación empática que debería caracterizar este vínculo, de interrelación y confianza, al cuidar en un proceso interpersonal y terapéutico; en el cual se debería promover y generar un saber que restituya lo afectivo y considere la singularidad en los procesos cotidianos, surgen respuestas como que se valoran los sentimientos del usuario, *“atención humana y personalizada”*, *“ser empático”*, *“gratificación por la relación madre hijo”* y la percepción desde los usuarios de *“falta de escucha en ausencia de la L.E”*.

En cuanto a la categoría de identidad profesional hay licenciadas que respondieron que es importante *“el resultado y evaluación de los cuidados”*, *“aplicar conocimientos”*, *“sienten realización profesional”*, *“realizar trabajos de investigación”* así como *“desde la emoción se dan cuenta de la función que cumplen”*. Habría aspectos identificatorios con la disciplina en tanto considerarían la importancia del proceso de atención de enfermería, el desarrollo de investigaciones como aportes disciplinares, además de elementos gratificantes en el desempeño de la función y los aspectos emocionales del cuidado.

En la otra categoría establecida desde la L.E, usuario y/o familia, se tiene en cuenta el concepto de interdependencia, participación en el proceso de atención de enfermería del usuario y la familia y la identidad profesional. Considerarlo como un fenómeno de dependencia e interdependencia. La separación de razón y emoción como plantea Restrepo, desconoce la dinámica de estos procesos singulares. Se debería interactuar con los sujetos, con el entorno, atendiendo a su singularidad, en una apertura al conocimiento afectivo del contexto y a la diferencia. La diferencia como fuente de mutuo aprendizaje. Surgen en las respuestas aspectos desde la continentación: *“tener en cuenta deseos y necesidades, sentimientos, experiencias de vida, esperanzas y frustraciones”*. *“Necesitaba decirle y saber”*. Aparecen componentes de *“la relación interpersonal”*, cuando se menciona *“la educación, la entrevista y la visita de enfermería”*. Podría también interpretarse la gratificación con los cuidados en el marco del concepto de vínculo, así como la satisfacción y seguridad del usuario con la atención, y sentimientos de abandono el día que no concurre la licenciada, como lo de *“relación de ayuda”*, *“brindar lo mejor de mí a esa persona que se necesita”*, *“conocer a cada uno como persona”* y *“reconocer la potencialidad del usuario”*. Sin embargo se menciona el diálogo *“cuando hay tiempo”*, lo que reflejaría una no priorización del mismo en el proceso de atención de enfermería, lo que parecería indispensable para el establecimiento de un vínculo terapéutico en los cuidados enfermeros. Porque éstos, se deberían desarrollar en un contexto vincular abordando aspectos epistemológicos del cuidado. Considerando al vínculo como una estructura compleja, en cuya complejidad estructural hay interdependencia, ya que los sujetos interactúan, en sus dos dimensiones: intersubjetiva e intrasubjetiva. Los vínculos nos constituyen y en ellos se van transformando los modos de relacionarse. En los servicios donde enfermería cuida, prevalece la organización de tareas despojada del componente afectivo, ético y estético.

Se debería destacar que aparece la omnipotencia en varias de las respuestas como *“gracias a Ud, estoy bien”*, *“reconocer mi poder”*, *“mejorar el estado nutricional para que tengan un desarrollo normal”*, y desde la supervisión: *“resuelve los problemas de los usuarios”*.

Según Collière *“cuidar es actuar sobre el poder de existir”* y éste podrá ser liberalizador, permitiendo que algo se desarrolle, se movilice o transforme, o al contrario que se limite y reduzca. La omnipotencia podría llevar a que los cuidados fueran autoritarios, reductores de capacidades, dominadores, rutinarios, cuando se amparan en un status jerárquico sin una reflexión crítica sobre las prácticas y saberes. No permitiendo el desarrollo y transformación de las capacidades de vivir, en el que recibe cuidados y en el que cuida. Podría constituir una relación jerárquica asimétrica, donde las personas no sean tenidas en cuenta o jerarquizadas en el proceso asistencial. No considerarían a las personas maduras y como sujetos activos de su situación de salud – enfermedad, que podría llevar a comportamientos regresivos, dependientes, negándole una historia personal y su participación en la recuperación de su salud.

Dentro de la categoría desde la participación del usuario y familia en el proceso de atención de enfermería aparece ésta, identificada con la *“educación usuario/familia”*, *“la planificación para el alta integrando a la familia ((siempre que es posible))”*, pero se destacan respuestas como: *“Importancia de la participación del usuario y familia en el restablecimiento o mejoría de su enfermedad”* y *“participación de la madre en el PAE”*.

Se podría pensar que sus funciones tienden a movilizar y desarrollar las capacidades de las personas, de la familia para hacer frente a la situación de enfermedad, resolver la dificultad y que puedan disponer de los recursos, soportes, redes afectivas, psíquicas, sociales y económicas que poseen. Podrían estar desarrollando actividades de protección, poniendo en juego los factores de protección.

Respecto a la identidad profesional se presentaron respuestas como: *“asistencia directa”, “conductora de los cuidados”, “hasta su gente la necesitó” “si Ud. no viene no saben que hacer”, “planificación de los cuidados en las 24 horas”, “organización, resolución de problemas, supervisión de cuidados oportunos”, “abordaje integral y rol terapéutico”* donde podría decirse que habría una identificación de algunos aspectos importantes de la identidad profesional. Entendida ésta, *“como la prestación de cuidados profesionalizados”*, citando a Rosamaría Alberdi. Se los debería consignar en el proceso en que se desenvuelve el ejercicio de la enfermería hospitalaria, lo que implica lo de asistir- cuidar, impregnados de una *“cultura hospitalaria”*.

El ámbito donde se desarrolla este cuidar, entendido como proceso construido colectivamente al interior de las acciones de salud, que posiciona cara a cara al profesional con el usuario y familia, en una interacción interpersonal, pero en un espacio institucional como el hospital, con sus características singulares; como rígidos esquemas organizacionales, pautados para el grupo controlado (pacientes) como para el grupo que cuida (enfermeras).

En este contexto estaría enfermería, que podría ver deteriorada su imagen profesional, con una práctica vinculada a procedimientos, inmersa en un modelo biologicista y médico hegemónico, dependiente, con una disociación pensamiento – acción.

Todo esto dependerá tanto de como el sistema a través de su organización actúe *“eficazmente”*, y de las capacidades de las personas de reaccionar y de oponer resistencias.

En las respuestas mencionadas anteriormente parecería que las propias enfermeras en su desempeño, tienden a mantener una identidad profesional, desde una concepción de enfermería de fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia y/o grupo poblacional) promoviendo la potencialidad de lucha para enfrentarse al medio, con poder transformador. Como dice Alberdi: *“...es socialmente valorado recordar la tecnología y la ciencia que se nos aplicó... pero no lo es recordar quién nos sustituyó cuando éramos dependientes, cuando no podíamos valerlos por nosotros mismos.....¿ a quién le apetece recordar cuando ya ha pasado el mal momento, quién nos lavó, consoló, medicó y ayudó, en suma a recuperar nuestra autonomía?”* Si bien es cierto que se trabaja en la parte menos visible de la atención sanitaria, no es menos cierto que constituye una parte esencial.

Aparece también falta de identidad expresada en confusión de roles: *“explicaciones iguales al médico”, “realización de procedimientos”, “atención de enfermería para el control”, “Lo administrativo y coordinaciones te impiden la asistencia directa y hay que delegar”*, así como confusión de identidad, como ejecutora y receptora de *“procedimientos difíciles, quejas, exámenes especiales”*. Aquí aparecería un profesional desdibujado en su área de competencia, priorizando *“lo administrativo”*, ¿qué sería el papeleo?, porque no se debería ver la gestión de un Servicio descentrada y no focalizada en el usuario, ya que los procesos administrativos tienen como propósito la asistencia en su integralidad, el proceso de atención de enfermería centrada en el usuario y su familia y como se gestionan los recursos para mejorar la calidad del cuidado.

Lo de receptora de quejas ¿tendrá que ver con la forma en que las estructuras jerárquicas operarían en los procesos mentales de las enfermeras? Con funciones adaptadas a directrices institucionales, utilizadas para la legitimación de la jerarquía del poder y para el control de los pacientes y sus familias.

La enfermera como ejecutora de procedimientos difíciles ¿pero será por su conocimiento y capacidad profesional? O por refugiarse en un tecnicismo que las alejaría del usuario-persona, como un distanciamiento desde lo afectivo, como estrategia defensiva, de fragmentación de las relaciones, como importante mecanismo contra la ansiedad. Aunque estos procesos pueden generar rigidez, mayor ansiedad y utilización de mecanismos repetitivos.; que inhibirían la capacidad de cambio, de pensamiento creativo, de comprensión de las situaciones, de posibilidad de actuación consciente y transformadora, como forma de superar un desempeño despersonalizado, fragmentado, uniformizado en la atención y refugiado en la técnica.

Otra categoría desde el grupo de trabajo en la atención, que no lo llamaríamos equipo de salud, ya que si bien es la acepción más difundida, este concepto hace referencia más a una aspiración o anhelo de integración de profesionales de la salud, que a una realidad, como consigna Silvina Malvárez. Además de que podría ser una aspiración o anhelo aparente, pero que en realidad habría poca disposición a una integración interdisciplinaria para un análisis, discusión y prácticas participativas, que implicarían renuncias y capacidad de escucha. Se vería reflejado este anhelo en palabras como: *“trabajo en equipo”* y *“positivamente”*, considerarlo desde *“el equipo de salud”*, *“compartir con otros profesionales experiencias con los pacientes”*. Pero respondería a un modelo de atención, relacionado con el poder médico, además de una forma singular de concebir y valorar el saber asociado al problema del poder. Al no existir como grupo integrado, sin disciplinas tutelares y tuteladas, interpersonal y dinámico, llevaría a reforzar la fragmentación, ya que no solamente implicaría los saberes teóricos y prácticos, sino los aspectos afectivos, pudiendo constituirse como uno más, y de gran relevancia, de los factores estresantes en la vida institucional.

Se evidenciarían nuevamente conflictos en la identidad profesional: *“atención en forma indiferente por L.E, el médico y/o nutricionista”*, lo que desdibujaría la visibilidad social, frente al usuario, y como disciplina, al no poder delimitar el área de competencia, para el abordaje desde enfermería de los problemas nutricionales, que posibilitarían un tratamiento integral. Ya que no es la mera presencia de diferentes profesionales lo que la viabiliza, sino el trabajo complementario para el logro de un modelo de atención integrador.

CONCLUSIONES

El gran compromiso de la población estudiada evidenciado por la totalidad de la participación en la investigación, refleja la necesidad sentida por este grupo de profesionales ante el estudio del tema.

La posibilidad de trabajar con personas es una característica intrínseca positiva del trabajo, pero los profesionales que tratan con personas, son los que se presentan dentro de las ocupaciones universitarias estudiadas, un mayor estrés laboral, destacándose el personal de enfermería.

La población en su totalidad femenina se enmarca dentro de la problemática de género que contribuye a generar una identidad contradictoria, mujer – trabajadora que la lleva a cumplir diferentes roles laborales, familiares y sociales, en el ámbito público y privado.

El 95% de las Licenciadas en enfermería consideró que para su designación al servicio se tuvieron en cuenta las necesidades de la Institución y la experiencia frente a la capacitación, constituyendo un factor de riesgo psicosocial, ansiógeno y estresante relacionado al contenido del trabajo.

El multiempleo constatado en un 84,6%, constituye una sobrecarga laboral importante; y de este grupo, la mitad, 54,5%, corresponde al área asistencial, reforzando la singularidad del contenido del trabajo de enfermería, que incide en la calidad de los cuidados y en la salud de este trabajador.

Un hallazgo a destacar se refiere al Cuestionario de Salud de Goldberg GHQ, donde surgió que el 38,5% de la población estudiada presentó probable malestar y malestar psíquico, que pone en evidencia los factores de riesgo del contenido del trabajo de enfermería.

De las cargas psíquicas se destacan las relacionadas a la atención de los usuarios que tienen que ver con el contacto con el dolor, el sufrimiento y la muerte; vinculados a aspectos organizativos del trabajo como la falta de autonomía y creatividad, no participación en la toma de decisiones; trabajo fragmentado, monótono y repetitivo, comunicaciones dificultosas, trabajo femenino (doble o triple jornada), desarticulación de defensas colectivas, tensión y estrés. Estas condiciones del contenido del trabajo de enfermería reflejan la necesidad de transformación de esta realidad.

Se destaca que los estresores en los cuales se comprobó relación estadísticamente significativa al relacionarlos con las variables sociodemográficas y laborales, también presentaron esta relación significativa estadísticamente cuando se cruzaron con el GHQ (con probable y malestar psíquico), lo que demuestra la relevancia de éstos, en la predicción del estrés laboral y la morbilidad psíquica.

Entre las variables sociodemográficas y laborales, interesa señalar la relación de la edad con los estresores que tienen que ver con decisiones y cambios que no involucran al trabajador, así como la falta de apoyo de los superiores y la falta de visibilidad del producto de su trabajo. El tiempo de permanencia en un servicio y el multiempleo con aspectos relacionados a la autonomía profesional. Condiciones de trabajo desmotivadoras, desvalorizantes, no creativas y obstaculizadoras de potencialidades, afectan la identidad personal y profesional del trabajador de la salud, así como el avance científico de la disciplina.

La problemática de la vida laboral se evidencia en los hallazgos que caracterizan el grado de estrés laboral que produce la sobre exigencia, pudiendo dar lugar a repercusiones biopsico - sociales en el trabajador.

El trabajo de enfermería centrado en el eje enfermedad-muerte-hospital, generador de ansiedad y estrés, con sus consecuentes mecanismos de defensa, convierten al desempeño profesional en un riesgo para la salud mental y la calidad de los cuidados.

De la revisión bibliográfica surge que en países con diferentes sistemas económicos y sociales, con CYMAT muy disímiles, aparece significativamente el estrés laboral en el personal de enfermería con más frecuencia que en otros profesionales. Esto reafirma la hipótesis de que la singularidad del contenido del trabajo, sus características y cualidades, podrían ser factores condicionantes y determinantes para que se produzca el mismo.

Las cargas de trabajo excesivas, las condiciones de trabajo inseguras y el apoyo inadecuado pueden considerarse formas de violencia incompatibles con un ejercicio profesional que promueva, proteja, recupere y rehabilite la salud del trabajador de la salud.

La vulnerabilidad y un alto grado de sufrimiento en el trabajo por la asunción de roles que sobrepasan sus competencias, en un contexto laboral complejo, dinámico y de relaciones de poder, exponen a este personal a factores psicosociales que pueden transformarse en riesgos potenciales.

Se reafirma la importancia que adquiere el proceso de trabajo en la génesis de la salud, en la calidad de vida y en la propia construcción científica y humana de la enfermería.

RECOMENDACIONES

Las consecuencias de la ansiedad y el estrés inciden de manera considerable sobre el trabajador, sobre el usuario, sobre la profesión que desempeña y la calidad de sus cuidados y la Institución en la que trabaja. Continuar estudiando y comprender esta problemática es pertinente y de relevancia principal.

Se plantea la necesidad de continuar el trabajo iniciado, con el propósito de que el establecimiento de las posibles causas de los problemas observados pueda llevar a sugerir soluciones, que de otra manera serían meramente intuitivas.

Se debería profundizar en el estudio de los estresores (sin tensión y tensión moderada) constatados, dada la importancia de ellos para el trabajo y el desarrollo de enfermería profesional.

Es esencial que los cuidados de enfermería sean administrados por un personal motivado, valorado, creativo, en constante superación y preocupado por su desarrollo disciplinario para poder brindar cuidados de calidad.

El trabajo hospitalario implica un desgaste emocional que puede controlarse de diversas formas, como potenciando los recursos personales y grupales de afrontamiento y con estrategias organizativas colectivas. Para ello es fundamental la formación y el apoyo del colectivo profesional.

El personal de enfermería hospitalario está expuesto cotidianamente a un gran número de estresores relacionados al contenido del trabajo y con la organización del mismo. La salud y el bienestar psicológico de estas profesionales pueden verse afectados negativamente por estos factores de riesgo del área psicosocial, lo que debería tenerse en cuenta para planificar intervenciones dirigidas a una mejoría global de las condiciones de trabajo en el medio hospitalario.

Sería importante definir estrategias con el propio grupo de enfermería involucrado, que posibiliten el enfrentamiento de las situaciones laborales generadoras de estrés, para promover el mejoramiento de las condiciones y ambiente de trabajo y la calidad de vida de los trabajadores de la salud.

El contenido del trabajo de enfermería que posee relevancia principal como factor estructurante y condicionante de su proceso laboral y es un factor de riesgo en su salud mental, tiene la potencialidad de transformarse, dada su dialéctica esencia, en capacidades y fortalezas, por la propia singularidad que posee.

Establecer una legislación específica para el personal de enfermería exigiendo su aplicación, para garantizar mejores condiciones de trabajo, orientadas a promover la calidad de vida del trabajador de la salud.

Jerarquizar el tema de las condiciones y proceso de trabajo; de la salud laboral y de la calidad de los cuidados enfermeros sería una importante contribución al cambio del modelo de atención, con la imprescindible participación de enfermería en los más altos niveles de decisión para las definiciones de las políticas sanitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Cocco C, Fascioli L, Meliá S, Pérez, R, Sanabia C, Servillo A.
“*La situación de Salud Mental en adultos y ancianos uruguayos una aproximación diagnóstica*”(Monografía Maestría Salud Mental).
Montevideo: INDE – UDELAR; 2000. (Sin publicar)
- 2) Cocco C, Fascioli L, Meliá S, Pérez, R, Sanabia C, Servillo A.
Op. cit.
- 3) Weinstein L, “*Salud y Autogestión*” Montevideo, Uruguay: Nordan;
1989.p.24
- 4) Weinstein L. Op.cit.
- 5) Canguilhem G. “*Lo normal y lo patológico*”. México: Siglo XXI;
1978
- 6) Pichon Rivière E. *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Bs. Aires: Nueva Visión;1977
- 7) Barrán J.P. “El poder de curar” Montevideo Uruguay; I Banda Oriental
1992. (“Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900: 1)
- 8) Weinstein L. Op.cit.
- 9) De Infante B. y Álvarez N. “*Los procesos de trabajo y de salud mental: Una relación dialéctica*”. EDUCACIÓN, MEDICINA, SALUD,
Universidad del Valle, Calí, (Colombia) 1987; 21 (2): 92-102.
- 10) Galli V. *Salud Mental: Definiciones y problemas*: Bs. Aires.
Argentina.:
Dirección Nacional de Salud Mental, Secretaría de Salud; 1986 p.5
- 11) Max Neef, M. “*Desarrollo a escala humana*” Santiago de
Chile: CEPAL; 1986.
- 12) Rodríguez López. Cap. 40, “*Burn out, trabajo en unidades de alto riesgo*”.En: Gestal Otero, J.J. “Riesgos del trabajo del personal sanitario”, Mc- Graw Hill Interamericana 2da Ed. Madrid; 1993.
- 13) Laurell A.C. Coord. “*Para la investigación sobre la salud del trabajador*” Cap 1, serie Paltex Salud y Sociedad, N°3, Washington
OPS/OMS 2000
- 14) Marx, C. “*El Capital*” México: Siglo XXI; 1975. v 1
- 15) De Infante B. y Álvarez N. Op.cit.

- 16) Chamorro Romero J. *Prevención y salud en el trabajo*. Revista digital saluddelamujer.com 2005. (14/04/2005)
- 17) Giorgi V. “*Crisis, trabajo y subjetividad en la actualidad*” Rev. APORTES (Argentina) 1996; 24 – 25.
- 18) Max Neef, M. Op.cit.
- 19) Laurell A. C. Op.cit
- 20) Miranda de Siqueira M. y col. *Desgaste físico y mental de auxiliares de enfermería: un análisis sobre un enfoque gerencial*. Revista Latinoamericana de Enfermagem Ribeirao Preto (Brasil) 1995; 3 (1): p 45-57 .
- 21) Pitta A. “*Hospital: Dor e morte como oficio*”. San Pablo, Brasil: Ucitec;1990.
- 22) INFO JOBS. NET 2001. 28 de septiembre de 2001. Noticias sobre empleo. *Estrés laboral, posible accidente de trabajo?*
- 23) Miranda de Siqueira M. y col. Op. cit.
- 24) Carrasco A. “*Situación laboral de enfermería profesional*” Montevideo. Uruguay; 2004. (Sin publicar)
- 25) Universidad de la República. Facultad de Enfermería. UDELAR. *Plan de estudios 1993*. (Sin publicar)
- 25) Consejo Internacional de Enfermería. CIE. Disponible en <http://www.icn.ch/spanish.htm> (fecha de acceso: 17/03/2002)
- 27) Restrepo Luis C., “*El derecho a la ternura*” Montevideo, Uruguay: Doble Clic; 1998.
- 28) Restrepo Luis C Op.cit. P. 56
- 29) Restrepo Luis C Op.cit. P. 64
- 30) Restrepo Luis C Op.cit. P. 173-174
- 31) Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Departamento de Enfermería en Salud Mental, “*Entre sufrimientos y gratificaciones*” Montevideo, Uruguay: Nordan; 1997.p.40
- 32) Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Departamento de Enfermería en Salud Mental Op.cit. p. 40

- 33) Pichon Rivière E. *Teoría del vínculo*, 19ed.Bs. Aires. Argentina: Nueva Visión; 1998. p. 35.
- 34) Pichon Rivière E. Op. cit. p. 47
- 35) Collière M. F. “*Promover la vida*” Madrid., España: Interamericana; Mc- Graw Hill; 1993.
- 36) Malvárez S. “*Ansiedad en el equipo*” Revista Argentina de Enfermería Argentina;1989; 25.
- 37) Hernández Monsalve L.M. Gervas G.V., *Estrés en los Profesionales sanitarios*. Cap. 39 En: Gestal Otero JJ. *Riesgo del trabajo del personal sanitario*, 2da ed. Interamericana. Mc– Graw Hill; 1993.
- 38) Fornés Vives J. *Respuesta emocional al estrés laboral*. Revista ROL de Enfermería (España) 1994; 186: 31 – 39.
- 39) Tizón García J.L. “Componentes Psicológicos de la práctica Médica” Una perspectiva desde la atención primaria. Barcelona España: DOYMA; 1988. p.107 - 113.
- 40) INFO JOBS. NET 2001. Op. cit.
- 41) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo, Madrid, España, INSHT 1997.
- 42) Consejo Internacional de Enfermería. *El CIE aborda el estrés en el trabajo y la amenaza que supone para la salud del trabajador*. Pág. Informativa HTM Nov.2000. Kingma@uni2a.unige.ch. (fecha de acceso 09/02/2002)
- 43) Organización Internacional del Trabajo. Convenio 149 sobre el empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería, Ginebra: OIT; 1977.
- 44) Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería Departamento de Enfermería en Salud Mental. Uruguay. Op.cit. Parte III
- 45) Mingote Adán J.C. *Síndrome de desgaste Profesional*. (Tesis Doctoral) España. Monografías de Psiquiatría 9 (5) Set/Oct. 1997.
- 46) Mingote, C, Denia F., Jiménez Arriero: *Síndrome de desgaste Profesional en Enfermería*. En Prensa.
- 47) Fornés Vives J. Op. cit.
- 48) López Rodrigo M. *Estrés de los profesionales de enfermería* Revista

ROL de Enfermería (España) 1995; 201: 65 – 68.

- 49) Faura T. Roigé M. y col. *Prevalencia del síndrome de burnout en enfermeras de hospitalización y de atención primaria*. Enfermería Clínica (España) 1995; 5 (3): 105 – 110.
- 50) Burguette Ramos M.O. y Velazco Laiseca J. *Estresores ocupacionales y estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de puerta de urgencia*. Enfermería Clínica (España) 1996; 6 (4): 151 – 157.
- 51) Meseguer Felip A. y col. *Enfermería, Burnout y unidades de alto riesgo*. Enfermería Clínica (España) 1996; 6 (69): 149 – 154.
- 52) Escribá Aguir V. Más Pons R. y col. *Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria*. Revista Rol de Enfermería (España) 2000; 23 (7-8): 26 – 31.
- 53) Ferrer Caro F. *Estrés en profesionales de enfermería de nueva incorporación*. Revista Rol de Enfermería (España) 2001; 24 (3):177-180.
- 54) García Vázquez O. y col. *Identificación de estresores por enfermería de atención especializada*. Enfermería Clínica (España) 2001; 11 (2): 65-71.
- 55) Fornés Vives J. y cols. *Ansiedad-Estrés en enfermería*. Revista Rol de Enfermería (España) 2001; 24 (1): 51-56.
- 56) Wolfgang AP: *Job Stress in Health Professions. A study of physician, nurses and pharmacists*. Behavioral Medicine 1988, 14 (1): 43-47.
- 57) Ullrich A. Fitzgerald P.: *Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward*. Social Sciences Medicine 1990, 31 (9):1013-1022.
- 58) Reilly NP: *Exploring the paradox: Commitment as a moderator of the Stress – burnout relationship*. Journal of Applied Social Psychology. 1994. 24:397 – 414.
- 59) Mallet K., Jurs S.G., Price J.H., Sleuker S.: *Relationships among Burnout death anxiety and social support in hospice and critical care nurses*. Psychological Reports 1991, 68: 1317 – 1359 .
- 60) Van Ypren NW, Buunk BP, Schaufeli WB: *Comunal orientation and The Burnout Síndrome among nurses*. Journal of Applied Social Psychology 1992, 22 (3): 173 –189.
- 61) Espejo de Viñas M.R. y col. *Condiciones de trabajo y salud de las enfermeras/os*. Revista Argentina de Enfermería. Argentina 1993;

- 31: 54 – 60.
- 62) Menzies, I. Jaques, E. *“Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad ”* Buenos Aires: Hormé, S.A.E ; 1969
- 63) Pitta A. Op.cit.
- 64) Kurcgant P. y col *Percepción de los enfermeros sobre las actividades que desarrollan en sus unidades de trabajo.* Revista da Escola de Enfermagem USP (Brasil) 1993; 27 (2): 229 – 245.
- 65) Miranda de Siqueira M. y col. Op. cit
- 66) Lunardi Filho Wilson D. *Placer y sufrimiento en el trabajo: contribuciones a la organización del proceso de trabajo de enfermería.* Revista Brasileira de Enfermagem Brasilia (Brasil) 1997; 50 (1): 77 – 92
- 67) Felli Da Silva V. Kurcgant P. Machado V. *El desgaste del trabajador de enfermería: relación entre el trabajo de enfermería y el trabajador de dicha área.* Revista Brasileira de Enfermagem Brasilia (Brasil)1998; 51 (4) :603 – 614.
- 68) Do Carmo Cruz Robazzi M.L. y Palucci Marziale M.H. *Algunos de los problemas ocupacionales provenientes del trabajo de enfermería en Brasil.* Revista Brasileira de Enfermagem Brasilia (Brasil) 1999; 52 (3): 325 – 488.
- 69) Bestard Ricoy J. Larduet Chacón O. *Salud Mental y su relación con el estrés en las enfermeras de un Hospital Psiquiátrico.* Santiago. (Cuba) MEDISAN 1998;2(2):6-11.
- 70) Carrasco A. *El enfermo, la situación de enfermedad, el hospital y la Enfermera.* Montevideo. Uruguay 1974. (Sin publicar).
- 71) Aguirre R., Espino A., y Batthiany K, *El personal de enfermería del Hospital de Clínicas: Condiciones de vida y trabajo y sus repercusiones en la calidad de los Servicios* Montevideo Uruguay: Universidad de la República. Facultad de de Ciencias Sociales. Dpto. de Sociología. CSIC; 1997.
- 72) Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Departamento de Enfermería en Salud Mental. Uruguay. Op.cit
- 73) Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Departamento de Enfermería en Salud Mental. Uruguay. Op.cit p.43 - 46
- 74) Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Departamento de Enfermería en Salud Mental. Uruguay. Op.cit p.69 - 74

- 75) Carrasco A. Cocco C. Costabel M. Dutra I. *Prevención: normas – usos y costumbres*. En: Carrasco A., Espejo de Viñas R. Salud – Trabajo. Montevideo Uruguay: Nordan,; CSIC UDELAR; 2000.P. 121 – 131.
- 76) Carrasco A. Cocco C. Costabel M. Dutra I. Op. cit. p.126
- 77) Cabrera A. “*Mercado laboral del sector de enfermería*” Revista Uruguaya de Enfermería, INDE. UDELAR. CEDU. (Uruguay) 2001; (1): 33 – 40 y (2) 17-27
- 78) Cabrera A. y cols, “*Plan Nacional de Enfermería. Lineamientos generales. 2004-2009*”. (Sin publicar)
- 79) Meny M. y Generación 89, INDE, UDELAR -. CEDU *Primer Censo Nacional de Enfermería Profesional*. Montevideo. Uruguay; 1993.
- 80) Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería Departamento de Enfermería en Salud Mental. Uruguay. Op.Cit
- 81) Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería Departamento de Enfermería en Salud Mental. Uruguay. Op.Cit
- 82) García Vázquez O. y col. Op. cit.
- 83) Goldberg D., Williams P. *Cuestionario de Salud General GHQ* Lobo A., Muñoz P.E. Versiones en lengua Española validadas. Barcelona: Masson;1996.
- 84) García Viniegras C. R. V. Revista Cubana de Medicina General Integral 1999; 15 (1):88 – 97.
- 85) Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L.;Lushene, R.E. (1988) *CUESTIONARIO DE ANSIEDAD – ESTADO – RASGO (STAI)* Adaptación Española. Madrid España: TEA; 1982.
- 86) García Vázquez O. y col. Op. cit. P. 65 – 71

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Aguinaga, E. Guillén, F. y cols. *“Salud Mental y estilo de vida de los estudiantes de enfermería de la Universidad Pública de Navarra”* España. 1996.
- Alberdi R. *La identidad profesional de la enfermera* Revista ROL de Enfermería (España) 1992; (170): 39-44.
- Ander Egg E. *“Metodología de la investigación social”*. 3ra ed. Buenos Aires: Humanitas; 1993.
- Argimón Pallas J.M., Jiménez Villa J., *Métodos de investigación*. 2da Ed. Madrid, España: Harcourt – Brace; 2000. p.163.
- Carrasco, A. Heredia, A. *“Anteproyecto de investigación binacional Argentina y Uruguay”*. Salud – Trabajo en enfermería profesional ANU – FAE; 1993.
- Carrasco A, Espejo de Viñas R., Salud – Trabajo. Un aporte Argentino – Uruguayo la Enfermería frente al tercer milenio. Fundación Argentina para el progreso de la enfermería. Universidad de la República. INDE. Dpto. ENSAME-Facultad de Derecho. Cátedra del Derecho del Trabajo y Seguridad Social. CSIC Montevideo: Nordan; 2000.
- Castrillón, M.C. *“La dimensión social de la práctica de enfermería”* Medellín, Colombia: Edición Universitaria de Antioquia; 1997.
- Cestau S. *Personas*, Vol.1 4ªed. Montevideo, Uruguay: Fundación de Cultura Universitaria; 1988.
- Fernández, A.M. *“La mujer de la ilusión”*, Buenos Aires, Argentina: Paidós; 1994. p. 218.
- Fortin M.F. *El proceso de la investigación: De la concepción a la realización*. Méjico, Mc Graw Hill Interamericana; 1999.
- Goffman, E. *Manicomios, prisoas e conventos*. San Pablo: Perspectiva; 1974.

Ide, Cilene A.C. “Ser trabalhador de enfermagem” o ser “doente”:
considerações sobre o desempenho de papéis sociais Revista da Escola de
Enfermagem, USP (Brasil) 1991; 25: 103– 112.

Pere A. Soler I, Gascón Borrachina J, Coordinadores. En: RTM II,
Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales
Comité de Consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos
mentales. 2da. Ed Barcelona, España: Masson Salvat; 1999.

Pineda B., Alvarado E., Canales A., “*Metodología de la investigación*”,
Washington, OPS; 1994 (Serie Paltex: 35)

Polit D., Hungler B. “*Investigación científica en ciencias de la salud*”. México:
Interamericana.; 1985.

Romá Ferri, Ma. T. Ribera Domene, D. Cartagena de la Peña, E. Sans
Quintero, I. y Reig Ferrer, A. “*Estrés laboral en enfermería infantil.*
Una comparación con los profesionales que cuidan población no
infantil”. Enfermería Clínica (España) 1993;3(5):173-179

Samaja J. *Epistemología y Metodología*. Buenos Aires, Argentina: EUDEBA;1994
p 201 – 305.

Selltiz J. “*Metodología de la investigación en las relaciones sociales*”. Rialp; 1965.

Uruguay. Código Civil art. 39

ANEXO N° 1 METODOLÓGICO

Investigación INDE - UDELAR
Maestría Salud Mental

N° de formulario:

FORMULARIO ENCUESTA

La contribución que Ud. está realizando al colaborar en esta encuesta redundará en beneficio del colectivo de Enfermería y en el suyo propio. Le agradecemos su atención.

- Edad
- Sexo
- Estado civil (marque con una cruz)
 - Soltera 1
 - Casada 2
 - Unión libre 3
 - Divorciada 4
 - Viuda 5
- Integración familiar (hogar) (Marque con una cruz)
 - Unipersonal 1
 - Pareja 2
 - Hijos 3
 - Otros 4

N° hijos	Edad

- ¿Cómo considera Ud. su aporte económico al hogar?

Complementa al aporte familiar 1

Único aporte 2

Ingreso mayor Si 1

No 2

• Años de graduada/o

• Años de ejercicio de la profesión

• Tiempo de permanencia en el servicio o unidad en la que trabaja actualmente

(expresado en años/meses)

Años Meses

¿Ha tenido cambios de servicio o unidad desde hace 1 año a la fecha?

Si 1

No 2

• ¿En el último año ha tenido cambios de?:

Servicio Si 1

No 2

Cambios de turno Si 1

No 2

• ¿Qué considera que se tuvo en cuenta para su designación al Servicio?:

Su preferencia Si 1 No 2 N/C 3

Su capacitación Si 1 No 2 N/C 3

Su experiencia Si 1 No 2 N/C 3

Las necesidades de la Institución Si 1 No 2 N/C 3

• En el servicio en que Ud. trabaja:

Tipo de personal que tiene a su cargo: Enfermería profesional 1

Auxiliar de enfermería 2

Auxiliar de servicio 3

Otros 4

• ¿Qué tipo de cargo figura en su contrato de trabajo?

Contratado 1

Titular 2

Empresa unipersonal 3

• ¿Tiene otro trabajo?

Si 1

No 2

Asistencial 1

Docencia 2

Ambos 3

¿Cuál es la frecuencia de los días libres?

4 y 1 1

5 y 1 2

6 y 1 3

Otros 4

Si tiene más de un trabajo, coinciden los libres Si 1 No 2

• ¿Luego de graduada ha realizado cursos post - básicos? Si 1 No 2

• En relación a su trabajo, ¿cómo ha sido la licencia obtenida para realizar

estos cursos?

Becado por la institución 1

Tiempo propio 2

Licencia con goce de sueldo 3

Licencia sin goce de sueldo 4

Uso de licencia reglamentaria 5

Licencia por estudio 6

• ¿Cuáles han sido los motivos para no realizar cursos en los últimos 2 años?

Laborales 1

Familiares 2

Económicos 3

Falta de información 4

No hubo de su interés 5

No le interesó 6

Otros 7

• ¿Tiene título especialista por actuación documentada otorgado por INDE –

UDELAR? SI 1

No 2

Preguntas Abiertas:

- 1) ¿Qué es lo que más te gusta de tu trabajo con los usuarios de tu Servicio?

- 2) ¿A través de qué actividades crees que los usuarios identifican tus cuidados como enfermera profesional?

- 3) ¿Podrías mencionar algunas palabras que hayan expresado los usuarios de tu Servicio,
que estén indicando cómo se están sintiendo el recibir tus cuidados de enfermería?

- 4) Luego de tu libre (y/o licencia) ¿los usuarios de tu Servicio expresan algo que indique
que sintieron en tu ausencia?

Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ 28 ítems.

El cuestionario diseñado y validado por Goldberg et Al⁵⁹, se refiere a dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones “saludables” normales y la aparición de nuevos fenómenos del tipo de malestar psíquico.

Se utiliza el GHQ en distintos grupos ocupacionales como: estudiantes de enfermería, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, médicos, farmacéuticos, periodistas, ejecutivos, y en distintas culturas, como instrumento de screening. Su primera versión consta de 60 ítems. habiéndose desarrollado con posterioridad versiones más reducidas que incluyen 30, 28, 20 y 12 ítems. Ha demostrado ser un instrumento válido para detectar patología de carácter menor. Además de la valoración global, contiene 4 sub escalas para valorar síntomas somáticos de origen psicológico, angustia/ansiedad, disfunción social y depresión.

En la versión en lengua española del GHQ de A. Lobo y P. Muñoz, se considera que es un instrumento sólidamente construido que ha demostrado su utilidad ya que: es un instrumento autoadministrado, sencillo de valorar e interpretar, aceptable para las personas encuestadas y construido especialmente para la detección de morbilidad psíquica en atención primaria, población general o clínicas médicas. Y en estudios realizados en España por Lobo ha demostrado que la versión de 28 ítems presenta unos índices de validez y un poder discriminativo similares a la versión de 60, utilizando la versión española (del GHQ-28) en profesionales de la salud hospitalarios. Requiere de un tiempo de administración mínimo (3 a 5 minutos) y su punto de corte se establece, dependiendo del proyecto, en una puntuación global de 5 – 6 o bien de 6 – 7.

El sujeto entrevistado debe contestar todas las preguntas subrayándolas o redondeándolas con un círculo. La interpretación es sencilla; en cada una de las sub – escalas se cuentan el número de respuestas en cualquiera de las dos columnas de la derecha, desechando las de la izquierda, y se suman para dar una puntuación total.

“Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg. adaptación Cubana”⁶⁰. Este artículo que es un estudio de validación realizado en Cuba, considera que en realidad lo que mide este cuestionario es Salud Mental, y no el estado de salud general, ya que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física. El GHQ es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Ha sido empleado para evaluar la asociación de la Salud Mental con algunos elementos psicosociales en la mujer y en la familia, la migración, el apoyo social, el status socioeconómico, las condiciones sociopolíticas adversas, y las situaciones sociales y ambientales especiales. Muy interesante ha sido la aplicación del GHQ en los estudios acerca del desempleo y otras situaciones del ámbito laboral en su repercusión sobre la salud y el bienestar humanos. Nos permite evaluar niveles de salud mental (autopercebida en individuos o grupos de riesgo), evaluar la efectividad de medidas de promoción de salud o protección de enfermedades y estudiar

la asociación de la salud mental con indicadores de salud objetivos y con otras categorías psicosociales.

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTRESORES

Está formado por 50 ítems con cuatro posibles respuestas en función del grado de tensión que provoca cada uno de los supuestos: 1) sin tensión, 2) tensión moderada, 3) bastante tensión, 4) mucha tensión.⁵⁷

ITEMS:

- 1) Falta de tiempo para hacer las cosas
- 2) Sobrecarga de trabajo
- 3) Realizar tareas que no son de mi competencia
- 4) Afrontar situaciones nuevas
- 5) Pocas perspectivas de ascenso o promoción
- 6) La muerte de un paciente
- 7) Ver morir a un paciente especial
- 8) Escasez de personal
- 9) Condiciones físicas de trabajo inadecuadas (ruidos, poca luz...)
- 10) Falta de apoyo de los superiores
- 11) Excesivo papeleo
- 12) Modalidad de los turnos
- 13) Pacientes graves
- 14) Pacientes que no cooperan
- 15) Tratar con los familiares del paciente
- 16) Consolar a la familia cuando muere el paciente
- 17) Insatisfacción laboral
- 18) Llevarme los problemas del trabajo a casa
- 19) Que me requieran de varios sitios a la vez
- 20) No trabajar en base a una planificación coherente
- 21) Que decisiones y cambios que me afectan se toman sin contar conmigo
- 22) Recibir sueldo no acorde
- 23) Tratar con gente agresiva
- 24) Trabajo rutinario sin nuevos aprendizajes
- 25) Pacientes crónicos
- 26) Falta de formación continuada
- 27) No poder localizar al médico cuando se necesita
- 28) Asignar tareas al personal auxiliar
- 29) Pacientes exigentes
- 30) Consecuencias de mis errores para el enfermo
- 31) Trabajo físicamente agotador
- 32) Falta de libertad y autonomía en mi trabajo
- 33) No poder resolver problemas

- 34) Errores de otros enfermeros que afecten mis pacientes
- 35) No ver los frutos de mi trabajo
- 36) Tener que aparentar seguridad cuando no la tengo
- 37) Excesiva responsabilidad
- 38) Tener que dar malas noticias
- 39) Que amenacen con denunciarme
- 40) Que sólo me digan lo que hago mal
- 41) Tomarme demasiado en serio mi trabajo
- 42) Asistir a un caso urgente
- 43) Conflictos con los superiores
- 44) Conflictos con los compañeros
- 45) Asumir responsabilidades que no me corresponden
- 46) Cuidar pacientes con patología distinta a la tratada en mi unidad
- 47) Que no estén claramente establecidas mis funciones
- 48) Tener un superior incompetente
- 49) Falta de tiempo para algunos pacientes que lo necesiten
- 50) Ver sufrir a los pacientes.

ANEXO N° 2. ÉTICO-LEGAL

ANEXO N° 3. RESULTADOS**Tabla N° 2. Estado civil**

Categoría	Frec. absoluta	porcentaje
Soltera	6	23,1
Casada	17	65,4
Unión libre	1	3,8
Divorciada	1	3,8
Viuda	1	3,8
Total	26	100,0

Tabla N° 3. Integración familiar

Categoría	Frec. absoluta	porcentaje	Porcentaje válido
Unipersonal	2	7,7	8,0
Hijos	7	26,9	28,0
Otros	5	19,2	20,0
Pareja e hijos	11	42,3	44,0
Total	25	96,2	100,0
Perdidos	1	3,8	
Total	26	100,0	

Tabla N°4. Hijos

Categoría	Frec. absoluta	porcentaje
No	6	23,1
Si	20	76,9
Total	26	100,0

Tabla N°5. Aporte económico al hogar

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje	Porcentaje valido
Complementa	18	69,2	75,0
Único aporte	6	23,1	25,0
Total	24	92,3	100,0
Perdido	2	7,7	
Total	26	100,0	

Tabla N° 6. Ingreso mayor al hogar

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje	Porcentaje valido
Si	9	34,6	50,0
No	9	34,6	50,0
Total	18	69,2	100,0
Perdido	8	30,8	
Total	26	100,0	

Tabla N° 7. Años de graduado

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje
< 10 años	5	19,2
10 a 20 años	12	46,2
> 20 años	9	34,6
Total	26	100,0

Media = 17,35

Mínimo = 4

Máximo = 42

Tabla N° 8. Años de ejercicio profesional

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje
< 3 años	1	3,8
3 a 9 años	4	15,4
10 a 25 años	17	65,4
> 25 años	4	15,4
Total	26	100,0

Media = 16,88

Mínimo = 2

Máximo = 42

Tabla N° 9. Tiempo de permanencia en el servicio (que trabaja actualmente)

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje	Porcentaje valido
< 3 años	6	23,1	24,0
3 a 4 años	1	3,8	4,0
5 a 10 años	10	38,5	40,0
> 10 años	8	30,8	32,0
Total	25	96,2	100,0
Perdido	1	3,8	
Total	26	100,0	

Media = 9,74

Mínimo = 1

Máximo = 37

Tabla N° 10. Cambios de servicio en el último año

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje
Si	4	15,4
No	22	84,6
Total	26	100,0

Tabla N° 11. Cambios de turno

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje	Porcentaje valido
Si	7	26,9	28,0
No	18	69,2	72,0
Total	25	96,2	100,0
Perdido	1	3,8	
Total	26	100,0	

Tabla N° 12. Que se tuvo en cuenta para su designación al servicio

Categoría		Si	No	Total
Su preferencia	n	10	5	15
	%	66,7	33,3	100,0
Su capacitación	n	9	4	13
	%	69,2	30,8	100,0
Su experiencia	n	13	4	17
	%	76,5	23,5	100,0
Las necesidades de la Institución	n	19	1	20
	%	95,0	5,0	100,0

Tabla N° 13. Tipo de personal a su cargo

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje
Enf. Prof.	5	19,2
Aux. de Enf.	21	80,8
Total	26	100,0

Tabla N° 14. Tipo de cargo que figura en su contrato

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje
Contratado	5	19,2
Titular	21	80,8
Total	26	100,0

Tabla N° 15. Otro trabajo

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje
Si	22	84,6
No	4	15,4
Total	26	100,0

Tabla N° 16. Tipo de otro trabajo

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje
Asistencial	12	54,5
Docencia	9	40,9
Ambos	1	4,5
Total	22	100,0

Tabla N° 17. Sistema de descanso semanal

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje
4 y 1	2	7,7
5 y 1	1	3,8
6 y 1	16	61,5
Otros	7	26,9
Total	26	100,0

Tabla N° 18. Coincidencia de los días libres con otro trabajo.

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje	Porcentaje valido
Si	11	42,3	57,9
No	8	30,8	42,1
Perdido	7	26,9	
Total	26	100,0	

Tabla N° 19. Realización de cursos posbásicos

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje
Si	22	84,6
No	4	15,4
Total	26	100,0

Tabla N° 22. Título de especialista

	Frec. absoluta	Porcentaje	Porcentaje valido
Si	5	19,2	21,7
no	18	69,2	78,3
Total	23	88,5	100,0
Perdido	3	11,5	
Total	26	100,0	

Tabla N° 24. GHQ (puntuación Likert modificado)

Puntaje	Frec. absoluta	porcentaje	Porcentaje acumulado
0	11	42,3	42,3
1	3	11,5	53,8
2	2	7,7	61,5
4	1	3,8	65,4
5	2	7,7	73,1
6	1	3,8	76,9
8	1	3,8	80,8
11	1	3,8	84,6
14	1	3,8	88,5
15	1	3,8	92,3
16	1	3,8	96,2
19	1	3,8	100,0
Total	26	100,0	

A pesar de utilizar la puntuación de Likert modificado los resultados no variaron.

Tabla N° 31. Cruce de variables demográficas y socio-laborales con Ansiedad Estado/Rasgo.

Variables socio – laborales	Ansiedad Estado			Ansiedad Rasgo		
	Media (STAI = 4,788)	Valor F	Prob.	Media (STAI = 4,135)	Valor F	Prob.
Edad (n = 26) Adulto joven Adulto medio	3,333 4,978	1,960	0,174	2,667 4,326	2,264	0,174
AEP (n = 26) Años de ejercicio Profesional. < 3 años 3 a 9 años 10 a 25 años > 25 años	3,000 5,125 4,824 4,750	0,295	0,828	2,000 3,750 4,618 3,000	1,483	0,247
TSER (n = 25) Tiempo en el Servicio < 3 años 3 a 4 años 5 a 10 años > 10 años	4,417 7,000 4,450 4,688	0,620	0,610	3,333 5,000 4,100 4,313	0,443	0,725
Tipo contrato (n = 26) Contratado Titular	4,000 4,976	1,012	0,324	3,600 4,262	0,512	0,481
Otro trabajo (n = 26) Si No	5,023 3,500	2,159	0,155	4,295 3,250	1,095	0,306
Tipo trabajo (n = 22) Asistencial Docencia Ambos	5,167 4,778 5,500	0,132	0,877	4,875 3,667 3,000	1,724	0,205
Cambio de servicio (n = 25) Si No	6,375 4,500	3,433	0,076	5,625 3,864	3,393	0,078
Designación (n = 26) Elección propia Designación de superiores Ambas	5,000 5,182 4,423	0,443	0,647	5,000 4,955 3,308	3,052	0,067

Fuente: Cuestionario STAI y resultados socio-demográficos y laborales de la encuesta.

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTRESORES ENFERMERÍA

Tabla N° 32. Cuestionario de identificación de estresores para Enfermería.

Estresores	Sin tensión	Tensión moderada	Bastante tensión	Mucha tensión	Total
Falta de tiempo para hacer las cosas	2 7,7%	9 34,6%	10 38,5%	5 19,2%	26
Sobrecarga de trabajo	1 3,8%	6 23,1%	12 46,2%	7 26,9%	26
Realizar tareas que no son de mi competencia	3 11,5%	5 19,2%	11 42,3%	7 26,9%	26
Afrontar situaciones nuevas	2 7,7%	10 38,5%	10 38,5%	4 15,4%	26
Pocas perspectivas de ascenso o promoción	8 30,8%	13 50,0%	2 7,7%	3 11,5%	26
La muerte de un paciente	1 4,0%	12 48,0%	5 20,0%	7 28,0%	25
Ver morir a un paciente especial	0 0,0%	3 12,0%	10 40,0%	12 48,0%	25
Escasez de personal	0 0,0%	7 26,9%	8 30,8%	11 42,3%	26
Condiciones físicas de trabajo inadecuadas	3 11,5%	11 42,3%	7 26,9%	5 19,2%	26
Falta de apoyo de los superiores	1 3,8%	5 19,2%	13 50,0%	7 26,9%	26
Excesivo papeleo	4 15,4%	14 53,8%	4 15,4%	4 15,4%	26
Modalidad de los turnos	14 53,85	9 34,6%	2 7,7%	1 3,8%	26
Pacientes graves	2 8,0%	12 48,0%	9 36,0%	2 8,0%	25
Pacientes que no cooperan	2 8,0%	16 64,0%	5 20,0%	2 8,0%	25
Tratar con los familiares del paciente	4 16,0%	16 64,0%	5 20,0%	0 0,0%	25
Consolar a la familia cuando muere el paciente	0 0,0%	9 36,0%	9 36,0%	7 28,0%	25
Insatisfacción laboral	4 16,0%	10 40,0%	7 28,0%	4 16,0%	25
Llevarme los problemas del trabajo a casa	7 28,0%	10 40,0%	5 20,0%	3 12,0%	25
Que me requieran de varios sitios a la vez	1 3,8%	7 26,9%	12 46,2%	6 23,1%	26
No trabajar en base a una planificación coherente	2 7,7%	6 23,1%	13 50,0%	5 19,2%	26
Que decisiones y cambios que me afectan se toman sin contar conmigo	1 3,8%	3 11,5%	12 46,2%	10 38,5%	26

**Tabla N° 32. Cuestionario de identificación de estresores para Enfermería
(continuación)**

Estresores	Sin tensión	Tensión moderada	Bastante tensión	Mucha tensión	Total
Recibir sueldo no acorde	0 0,0%	7 26,9%	7 26,9%	12 46,2%	26
Tratar con gente agresiva	0 0,0%	4 15,4%	12 46,2%	10 38,5%	26
Trabajo rutinario	3 11,5%	9 36,4%	11 42,3%	3 11,5%	26
Pacientes crónicos	3 12,0%	15 60,0%	6 24,0%	1 4,0	25
Falta de formación continuada	3 12,0%	11 44,0%	10 40,0%	1 4,0%	25
No poder localizar al medico cuando se necesita	3 12,0%	2 8,0%	6 24,0%	14 56,0%	25
Asignar tareas al personal auxiliar	15 60,0%	9 36,0%	1 4,0%	0 0,0%	25
Pacientes exigentes	2 8,0%	16 64,0%	7 28,0%	0 0,0%	25
Consecuencia de mis errores para el enfermo	1 4,0%	2 8,0%	7 28,0%	15 60,0%	25
Trabajo físicamente agotador	6 23,1%	9 34,6%	6 23,1%	5 19,2%	26
Falta de libertad y autonomía	4 15,4%	8 30,8%	10 38,5%	4 15,4%	26
No poder resolver los problemas	4 16,0%	3 12,0%	10 40,0%	8 32,0%	25
Errores de otros enfermeros que afectan mis pacientes	3 12,5%	3 12,5%	9 37,5%	9 37,5%	24
No ver los frutos de mi trabajo	1 3,8%	6 23,1%	11 42,3%	8 30,8%	26
Tener que aparentar seguridad cuando no la tengo	4 16,0%	7 28,0%	8 32,0%	6 24,0%	25
Excesiva responsabilidad	2 8,0%	4 16,0%	12 48,0%	7 28,0%	25
Tener que dar malas noticias	2 8,0%	5 20,0%	11 44,0%	7 28,0%	25
Que amenacen con denunciarme	6 24,0%	9 36,0%	7 28,0%	3 12,0%	25
Que solo me digan lo que hago mal	3 12,0	6 24,0%	10 40,0%	6 24,0%	25
Tomarme demasiado en serio mi trabajo	4 15,4%	8 30,8%	7 26,9%	7 26,9%	26
Asistir a un caso urgente	0 0,0%	9 36,0%	7 28,0%	9 36,0%	25

**Tabla N° 32. Cuestionario de identificación de estresores para Enfermería
(continuación)**

Estresores	Sin tensión	Tensión moderada	Bastante tensión	Mucha tensión	Total
Conflicto con los superiores	2 7,7%	8 30,8%	10 38,5%	6 23,1%	26
Conflicto con los compañeros	4 15,4%	5 19,2%	10 38,5%	7 26,9%	26
Asumir responsabilidades que no me correspondan	1 4,0%	9 36,0%	8 32,0%	7 28,0%	25
Cuidar a pacientes con patología distinta a la tratada en mi unidad	2 8,3%	13 54,2%	8 33,3%	1 4,2%	24
Que no estén claramente definidas mis funciones	3 12,0%	9 36,0%	7 28,0%	6 24,0%	25
Tener un superior incompetente	2 8,0%	7 28,0%	9 36,0%	7 28,0%	25
Ver sufrir los pacientes	0 0,0%	5 20,0%	7 28,0%	13 52,0%	25

Tabla N° 34: Cruce de los estresores (con medias más altas) con variables demográficas y laborales

Estresores	Edad		Otro trab.		Tipo cargo		Años graduado		Años ejercicio		T. permanencia		Cambio unidad		Días libres	
	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P
Consecuencias de mis errores para el enfermo	3,310	0,346	2,005	0,571	1,517	0,678	3,422	0,754	3,422	0,754	22,554	0,094	3,174	0,365	3,137	0,370
Ver a morir a un paciente especial	0,694	0,707	0,942	0,624	2,708	0,258	6,368	0,173	6,368	0,173	12,495	0,253	0,694	0,706	4,414	0,110
Ver sufrir a los pacientes	2,731	0,255	0,078	0,961	2,335	0,311	5,082	0,279	5,082	0,279	7,760	0,652	1,452	0,483	2,180	0,336
No localizar al médico cuando se necesita	6,061	0,109	3,564	0,312	2,976	0,395	3,676	0,720	3,676	0,720	12,762	0,621	3,741	0,290	1,583	0,663
Tratar con gente agresiva	3,957	0,138	0,521	0,770	3,037	0,218	1,014	0,908	1,014	0,908	9,635	0,473	0,140	0,932	0,116	0,943
Decisiones y cambios que me afectan se toman sin contar conmigo	10,651	0,014	1,542	0,671	8,187	0,042	7,730	0,259	7,730	0,259	31,314	0,008	1,749	0,625	1,972	0,578
Recibir sueldo no acorde	3,607	0,165	0,028	0,986	0,477	0,787	3,358	0,500	3,358	0,500	8,013	0,628	0,477	0,787	1,360	0,506
Escasez de personal	3,432	0,180	0,909	0,634	0,634	0,728	2,587	0,629	2,587	0,629	4,175	0,939	0,801	0,669	0,403	0,817
Asistir a un caso urgente	3,054	0,217	0,434	0,804	0,793	0,672	4,497	0,343	4,497	0,343	10,875	0,367	3,505	0,173	0,344	0,841
Errores de otros enfermeros que afectan mis pacientes	3,683	0,298	1,600	0,659	2,442	0,485	6,527	0,367	6,527	0,367	10,222	0,806	1,600	0,659	4,474	0,214
Falta de apoyo de los superiores	9,420	0,024	0,270	0,965	5,624	0,131	10,927	0,091	10,927	0,091	18,797	0,223	9,812	0,020	1,679	0,641
No ver los frutos de mi trabajo	11,304	0,010	8,075	0,044	1,905	0,592	6,089	0,413	6,089	0,413	15,745	0,399	3,393	0,334	5,052	0,079

		-identidad profesional	<ul style="list-style-type: none">-Falta de escucha en la ausencia de la L.E.-Gratificación por la relación madre-hijo. -Resultado y evaluación de los cuidados-Abordaje desde las patologías.-Aplicar conocimientos.-Realización profesional. Trabajos de investigación.-Desde la emoción “se da cuenta de la función”.
--	--	------------------------	--

Contenido del trabajo	Naturaleza del vínculo que establece con el usuario:	Desde la L.E-usuario/flia: -interdependencia: relación simétrica y asimétrica	<ul style="list-style-type: none"> -Continentación (deseos y necesidades. Sentimientos, experiencias de vida, esperanzas y frustraciones). -“Necesitaba decirle y saber”. -Relación interpersonal(educación, entrevista, visita de enfermería) -Gratificación con los cuidados. -“Ausencia” desde lo afectivo” -Seguridad. -Diálogo (cuando hay tiempo) -Sentimientos de abandono del usuario. -Agradecimiento y regalos. “Otro vínculo ptes oncológicos”
------------------------------	---	---	---

			<ul style="list-style-type: none">- Gratificación por la relación madre-hijo.-Satisfacción con la atención.-Omnipotencia: (gracias a Ud. estoy bien). “Reconocer mi poder...” “Mejorar el estado nutricional para que tengan un desarrollo normal”Desde la supervisión: “resuelve los problemas de los usuarios”.-Relación de ayuda. “Brindar lo mejor de mí a esa persona que me necesita”.-“Conocer cada uno como persona”.-Reconocer la potencialidad del usuario
--	--	--	---

		<p>-participación usuario/flia en el Proceso de Atención de Enfermería.</p> <p>-identidad profesional</p>	<p>-Educación usuario/flia. Planificación al alta, integrando a la familia (siempre que es posible)</p> <p>-Importancia de la participación usuario/flia en el restablecimiento o mejoría de su enfermedad.</p> <p>-Participación de la madre en el PAE.</p> <p>-Asistencia directa.</p> <p>-Conductora de sus cuidados: hasta “su gente la necesitó”. “Si Ud. no viene no saben que hacer”.</p> <p>-Planificación cuidados 24 horas.</p> <p>-Organización.</p> <p>-Resolución de los problemas.</p> <p>-Supervisión de cuidados oportunos.</p>
--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none">-Falta de identidad expresada a través de confusión de roles y “explicaciones iguales al médico”-Abordaje integral y rol terapéutico.-Realización de procedimientos”-Atención de enfermería para el control.-“Recuerdan consejos”.-“Lo administrativo y coordinaciones le impiden asistencia directa y debe delegar”.-Confusión de identidad:”procedimientos difíciles, quejas, exámenes especiales”.
--	--	--	---

Contenido del trabajo	Naturaleza del vínculo que establece con el usuario:	Desde el grupo de trabajo en la atención: -trabajo en equipo -centrado en el usuario	-Atención en forma indiferente por L.E, médico o nutricionista” -“Trabajo en equipo”y “positivamente” -Considerarlo desde “el equipo de salud” -Compartir con otros profesionales experiencias con los pacientes.
------------------------------	---	---	--

Nº de usuarios a su cargo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 a 29 usuarios	7	26,9	35,0	35,0
	30 a 60 usuarios	6	23,1	30,0	65,0
	61 a 100 usuarios	2	7,7	10,0	75,0
	101 a 200 usuarios	3	11,5	15,0	90,0
	201 y más	2	7,7	10,0	100,0
	Total	20	76,9	100,0	
Perdidos	Sistema	6	23,1		
Total		26	100,0		

Personal a su cargo

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje	Porcentaje valido
0 a 9	6	23,1	27,3
10 a 19	10	38,5	45,5
20 a 50	2	7,7	9,1
51 a 100	1	3,8	4,5
> 100	3	11,5	13,6
Total	22	84,6	100,0
Perdido	4	15,4	
Total	26	100,0	

Carga horaria diaria de trabajo

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje	Porcentaje valido
4	15	57,7	71,4
5	4	15,4	19,0
6	2	7,7	9,5
Total	21	80,8	100,0
Perdido	5	19,2	
Total	26	100,0	

Carga horaria semanal de trabajo

Categoría	Frec. absoluta	Porcentaje	Porcentaje valido
20	1	3,8	4,8
24	20	76,9	95,2
Total	21	80,8	100,0
Perdido	5	19,2	
Total	26	100,0	