

Rev. Latino-Am. Enfermagem
nov.-dic. 2013;21(6):1282-9
DOI: 10.1590/0104-1169.2742.2365
www.eerp.usp.br/rlae

Artículo Original

Riesgos psicosociales en el trabajo: estrés y estrategias de *coping* en enfermeros en oncología

Sandra da Fonte Sousa Gomes¹
Margarida Maria Magalhães Cabugueira Custódio dos Santos²
Elisabete Teresa da Mata Almeida Carolino³

Objetivo: identificar fuentes de estrés y estrategias de *coping* en enfermeros que ejercen funciones en tres Servicios de Oncología de Cirugía Cabeza y Cuello, de tres hospitales centrales de Portugal. **Método:** estudio transversal, de carácter descriptivo y exploratorio, cuya muestra fue constituida por los 96 enfermeros de los tres servicios. En la recolección de datos fueron utilizados: Cuestionario Socio-demográfico; Cuestionario de Salud General-12; Inventario de estresores Ocupacionales; Brief COPE. **Resultados:** se verificaron niveles razonables de salud general. Los estresores más referidos fueron: sobrecarga de trabajo; baja remuneración salarial; espacio físico donde se desarrolla la profesión; situaciones emocionalmente perturbadoras y falta de reconocimiento de la profesión. Las estrategias de *coping* más utilizadas fueron: planificación; *coping* activo; aceptación y auto-distracción. **Conclusión:** los estresores identificados se relacionan principalmente con aspectos de organización y condiciones de trabajo, y las estrategias de *coping* escogidas están dirigidas para la resolución de problemas y la mejoría del bienestar de los enfermeros. Un porcentaje expresivo de enfermeros presentó niveles elevados de presión y emociones de depresión. Los resultados presentados corroboran estudios anteriores que alertan para la importancia del desarrollo de estrategias de prevención de los niveles de estrés.

Descriptores: Enfermería; Oncología Médica; Agotamiento Profesional; Adaptación Psicológica.

¹ MSc, Enfermera, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Lisboa, Portugal.

² PhD, Profesor Coordinador, Departamento de Ciências Sociais e Humanas, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa, Portugal. Profesor Doctor, Núcleo de Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia de Lisboa, Lisboa, Portugal.

³ MSc, Profesor Adjunto, Departamento das Ciências Naturais e Exatas, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Correspondencia:

Sandra da Fonte Sousa Gomes
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil E.P.E.
Praceta D. João II, 4, Complemento 3 A
CEP: 2660-453, Santo António dos Cavaleiros, Portugal
E-mail: meixidinha@hotmail.com

Copyright © 2013 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

En las últimas décadas, la constatación de las implicaciones y de las consecuencias de las transformaciones del contexto laboral, han llamado la atención para la relevancia del estudio de los riesgos psicosociales en el trabajo. Estos, se definen como los aspectos relativos al diseño, administración y organización del trabajo, así como a los contextos sociales y ambientales, que tienen potencial para causar daños del tipo físico, social o psicológico, y que pueden ser experimentados a través del estrés ocupacional⁽¹⁾. Datos recientes del Observatorio Europeo de Riesgos indican que entre 50% y 60% de los días de trabajo perdidos están relacionados con el fenómeno del estrés⁽²⁾. El *National Institute for Occupational Safety and Health* define el estrés ocupacional o estrés en el trabajo, como las reacciones físicas y emocionales nefastas que ocurren cuando las exigencias de la función no coinciden con las capacidades, recursos o necesidades del trabajador⁽³⁾. Según un conjunto extenso de estudios, el estrés es responsable por la disminución de la calidad del desempeño profesional, por la disminución de la satisfacción y el bienestar del individuo, por la estagnación del desarrollo personal y por el absentismo laboral⁽⁴⁾. Los factores individuales y los recursos sociales pueden moderar la reacción a las causas de estrés ocupacional⁽³⁾. En las instituciones de salud el estrés profesional es referido en la literatura como determinante en la disminución de la calidad de los servicios prestados, en el aumento del número de errores y en los elevados costos financieros⁽³⁾.

En el área de la salud, los profesionales de enfermería están diariamente sujetos a numerosas situaciones que desgastan, sea por la proximidad con los usuarios y por la naturaleza específica de las tareas desempeñadas o por las características propias del ambiente de trabajo y su organización⁽⁴⁾. Esta clase profesional, que en los últimos años ha sido objeto de diversos estudios, está particularmente expuesta a elevados niveles de presión y estrés⁽⁴⁻⁸⁾. De este modo el interés por el estudio del estrés en enfermería es justificado por la naturaleza de los servicios prestados, una vez que la calidad y eficacia de su trabajo pueden tener un impacto decisivo en la calidad de los cuidados prestados a los usuarios^(4,8). La prestación de cuidados en la área específica de la oncología se reviste de gran complejidad y exigencia, debido a las características que le son inherentes, a saber: tratamientos prolongados y agresivos con efectos colaterales, cirugías mutiladoras, sufrimiento y sentimientos de miedo, desesperación y pánico de los enfermos, y, la muerte – han sido evidenciados como factores de estrés y están asociados

al sufrimiento psíquico del profesional de enfermería en oncología⁽⁹⁻¹⁰⁾.

La experiencia de estrés viene acompañada por el proceso de *coping*⁽¹¹⁾. El *coping* presupone la movilización de recursos, a través de los cuales el individuo irá a emprender esfuerzos cognitivos y comportamentales para administrar las exigencias internas o externas que resultan de la interacción con el medio ambiente, que son evaluadas como amenaza y exceden las capacidades individuales de enfrentamiento⁽¹¹⁾. Según estudios anteriores para lidiar con el estrés ocupacional los enfermeros en oncología utilizan estrategias de *coping*, de tipo preservación⁽¹²⁾ (demarkación de límites delante de situaciones causadoras de estrés), reconstrucción⁽¹²⁾ (acciones que permiten la reconstrucción de identidad equilibrada) y reevaluación^(9,12-13) (reanálisis de situaciones en términos de significado y de alternativas de resolución).

Cuidar del enfermo oncológico de la Cirugía de Cabeza y Cuello amenaza especialmente el equilibrio del enfermero. Los tumores de cabeza y cuello causan deficiencias en varios niveles, pudiendo comprometer la integridad funcional de la masticación, de la voz, del habla, de la deglución y de la articulación, provocar daños psicológicos y estéticos, y conducir a perturbaciones ocupacionales en el estilo de vida del enfermo⁽¹⁴⁾. A esto se adiciona que las cirugías de cabeza y cuello ocasionan inevitables secuelas, veces más mutiladoras que la enfermedad en su etapa inicial, provocando sufrimiento moral y físico⁽¹⁵⁾. A pesar de la constatación empírica del potencial de estrés, en estos profesionales, no fueron encontradas, en la revisión de literatura que precedió a este estudio, investigaciones sobre estrés ocupacional en enfermeros de oncología que ejercen funciones en el área de Cirugía de Cabeza y Cuello. Con la intención de subsanar esa falta se definió como objetivo general de esta investigación: identificar las fuentes de estrés y las estrategias de *coping* utilizadas por los enfermeros en oncología, en el servicio de Cirugía Cabeza y Cuello.

Método

Se trata de un estudio transversal, de carácter descriptivo y exploratorio, realizado con enfermeros del servicio de Cirugía Cabeza y Cuello, de tres servicios oncológicos de Cirugía Cabeza y Cuello, de tres Hospitales Centrales en Portugal. Se definió como población objeto del estudio todos los enfermeros que cumplían con los siguientes criterios: 1) ejercicio de funciones en la prestación directa de cuidados al enfermo; 2) desempeño de funciones fuera del período de integración; y 3) participación voluntaria en el estudio. La muestra fue

constituida por 96 enfermeros, que corresponden al total de individuos de la población.

El proceso de recolección de datos tuvo inicio con un pedido por escrito al Consejo de Administración y Dirección de Enfermería de las tres instituciones de salud, en el cual se presentaba información sobre los objetivos del estudio y los cuestionarios a ser utilizados, garantizando la confidencialidad de los resultados y el anonimato de los indagados. El estudio fue oficialmente autorizado por esos Consejos que, teniendo en consideración la población objeto y el tipo de estudio, desestimaron el parecer de las Comisiones de Ética. La recolección de los cuestionarios transcurrió entre los meses de enero y abril de 2011.

En la recolección de datos fueron utilizados: I) Cuestionario Socio-demográfico; II) Cuestionario de Salud General-12 (validado para la población portuguesa)⁽¹⁶⁾; III) Inventario de Estresores Ocupacionales⁽¹⁷⁾; y IV) *Brief COPE*(18) (adaptado para la población portuguesa)⁽¹⁹⁾.

El Cuestionario de Salud General-12 es una versión reducida del instrumento original, el *General Health Questionnaire*, y permite evaluar la percepción general del individuo acerca de su salud⁽¹⁶⁾. Este cuestionario validado para la población portuguesa⁽¹⁶⁾, es constituido por 12 ítems, cada ítem es evaluado en una escala de tipo Likert con 4 puntos: para los ítems negativos la opción de respuesta varía de "1-No, absolutamente" a "4-Mucho más que habitualmente"; para los ítems positivos la opción de respuesta varía de "1-Mejor que habitualmente" a "4-Mucho menos que habitualmente". En el presente estudio se consideró solamente la evaluación global de los 12 ítems, habiéndose obtenido un valor de Alfa de Cronbach igual a 0,829.

El Inventario de Estresores Profesionales está compuesto por 23 ítems y le permite al indagado evaluar en una escala de tipo Likert de 4 puntos ("1-Nada Estresante" a "4-Muy Estresante") un conjunto de situaciones posibles de desencadenar estrés⁽¹⁷⁾. Este cuestionario fue recientemente utilizado en un estudio sobre estrés ocupacional y estrategias de *coping* en Fisioterapeutas⁽¹⁷⁾. El Inventario de Estresores Profesionales integra dos dimensiones relacionadas con el estrés ocupacional: la dimensión Funcional y la dimensión Socio-Emocional⁽¹⁷⁾. La dimensión Funcional se refiere a estresores asociados a aspectos intrínsecos de las tareas de los profesionales de la salud, y la Dimensión Socio-Emocional se refiere a estresores asociados a aspectos emocionales y socio-emocionales relativos a las tareas desempeñadas por los profesionales de la salud⁽¹⁷⁾. En este estudio la dimensión Funcional presentó un valor del Alfa de Cronbach de 0,824, y la dimensión Socio-Emocional presentó un Alfa de Cronbach de 0,698.

El *Brief-COPE*⁽¹⁸⁾ (adaptado para la población portuguesa)⁽¹⁹⁾, fue utilizado para identificar las estrategias de *coping* utilizadas por el individuo cuando se encuentra con situaciones potencialmente generadoras de estrés. El *Brief-COPE* constituyó una versión abreviada del *COPE Inventory*, y es constituido por 14 dimensiones, con dos ítems cada una: *coping* activo; planificación; reinterpretación positiva; aceptación; humor; apoyo en la religión; uso de soporte emocional; uso de soporte instrumental; auto-distracción; negación; expresión de emociones; uso de sustancias; desconexión conductual y culpabilización⁽¹⁸⁾. Cada ítem contiene una escala de respuestas de 4 puntos de tipo Likert: "1 – No lo he hecho del todo" a "4 – Lo he hecho bastante", en la cual el sujeto debe evaluar la opción que mejor describe sus acciones⁽¹⁸⁾. En este estudio el *Brief-COPE* obtuvo un valor de Alfa de Cronbach de 0,872.

Los datos obtenidos fueron procesados en el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 18.0. Así, para la sistematización de la información obtenida a través de los datos cuantitativos se utilizaron las técnicas de la estadística descriptiva (frecuencias absolutas (n) y relativas (%), medidas de tendencia central). En relación a las variables en estudio, se procedió a un análisis bivariado de los datos. En el cruzamiento de los factores socio-demográficos con el Cuestionario de Salud General-12 y con el *Brief-COPE*, fue utilizado el test no paramétrico Mann-Whitney U ($p > 0,05$); y en el cruzamiento de estas variables con el Inventario de Estresores Profesionales, fue utilizado el test *t* para muestras independientes ($p < 0,05$). Posteriormente, se procedió al análisis correlacional entre los factores socio-demográficos con los instrumentos de recolección de datos utilizados. En todos los análisis de inferencia estadística fue utilizado un nivel de significancia de 5%.

Resultados

De los 96 enfermeros que constituyeron la muestra la mayoría era del sexo femenino ($n=79$, 82,29%), con promedio de edad de aproximadamente 31 años, edad mínima de 22 años y la edad máxima de 53 años, solteros ($n=51$, 53,1%), y sin hijos ($n=66$, 68,8%). El tiempo promedio de ejercicio de funciones en el área de oncología fue de 7 años y 8 meses, con tiempo mínimo de actuación de 5 meses y tiempo máximo de 31 años. En lo que se refiere al tiempo de permanencia en el servicio de Cirugía Cabeza y Cuello, los enfermeros ejercían su actividad en promedio desde hace 6 años y 6 meses, con tiempo mínimo de ejercicio de actividad en el servicio de 5 meses y tiempo máximo de 30 años. La mayoría de los

enfermeros (n=78, 80,65%) no tenía formación específica en oncología, sin embargo entre los enfermeros con formación específica en oncología, el Curso de Enfermería Oncológica fue el más realizado (n=12, 70,6%).

Para la evaluación de la percepción de la salud general de la globalidad de los indagados (puntaje general) se procedió a la suma de los puntajes de todos los ítems

que constituyen el Cuestionario de Salud General-12. El puntaje general varía entre 12 (12x1) y 48 (12x4), siendo el punto promedio de 30 ((48+12)/2). Valores más elevados revelan menor calidad de salud general. En la Tabla 1 se observa que el valor de Salud General de la muestra está abajo del punto de corte, indicando valores razonables de salud general.

Tabla 1 - Evaluación del puntaje general del Cuestionario de Salud General-12. Porto, Coimbra, Lisboa, Portugal, 2011

	Estadística Descriptiva (N=96)				
	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación Estándar	Mediana
Puntaje Cuestionario de Salud General-12	5	36	23,30	4,843	30

Con base en el análisis de la estadística descriptiva de las dimensiones del Cuestionario de Salud General-12, se verificó que 30,2% (n=29) de los indagados refirieron sentirse "tristes y deprimidos" y "constantemente bajo presión". Considerando las variables "género" y "estado civil", se constató que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de la calidad de salud general, entre los dos géneros (test Mann-Whitney U (p=0,563)) y entre el grupo de los casados y de los solteros (test Mann-Whitney U (p=0,938)).

En el análisis descriptivo del Inventario de Estresores Profesionales se verificó que la mayoría de las respuestas obtenidas varió entre la opción "2-Poco Estresante" y "3-Estresante". Las situaciones consideradas "2-Poco Estresante" son: la "Interdependencia de responsabilidad" (58,3%, n=56), la "Falta de recursos materiales en los servicios" (52,1%, n=50) y los "Conflictos interpersonales con auxiliares" (52,1%, n=50). Como "3-Estresante" el mayor porcentaje de individuos consideró: la "Sobrecarga de trabajo" (52,1%, n=50), el "Espacio físico en donde se desarrolla la profesión" (46,9%, n=45) y las "Situaciones de muerte y/o enfermedad con carácter emocionalmente negativo" (46,9%, n=45). Los indagados consideraron como "4-Muy Estresante": la "Falta de reconocimiento social de la profesión" (44,8%, n=43) y la "Baja remuneración salarial" (51%, n=49). Considerando la variable "género" se verificó que existen diferencias estadísticamente significativas en la Dimensión Funcional y en la Dimensión Socio-Emocional relacionadas al género, presentando los individuos del sexo femenino valores significativamente superiores, esto es, los profesionales de enfermería del género femenino atribuyen mayor grado de estrés a los estresores ocupacionales de ambas Dimensiones (test t para muestras independientes (p=0,049 y p=0,020)). En relación a la variable "estado civil", se constató que no existen diferencias estadísticamente significativas para la Dimensión Funcional y para la Dimensión Socio-

Emocional relativa al grupo de los casados y al grupo de los solteros (separados/divorciados) (test t para muestras independientes (p=0,715 y p=0,564)).

Para la evaluación de las estrategias de *coping* más utilizadas, se recurrió a la construcción de puntajes para las 14 dimensiones del *Brief-COPE*. El punto promedio es el mismo para todas las dimensiones, por lo que los valores más próximos o más elevados que 5, demuestran mayor frecuencia de utilización de cada una de las dimensiones – Estrategias de *Coping* (Tabla 2).

Así, las estrategias de *coping* más utilizadas por los indagados fueron: la Planificación, el *Coping* Activo, la Aceptación, la Auto-Distracción y la Reinterpretación Positiva. En el análisis descriptivo del *Brief-COPE* se destaca la opción "Lo tengo hecho, en promedio" que obtuvo porcentajes de respuesta más elevadas en lo que concierne al *Coping Activo* (Ítem 2 – "Tengo dirigido mis esfuerzos para hacer algo para resolver la situación que me causa estrés" – 56,3%, n=54; Ítem 7 – "Desarrollado acciones para mejorar la situación estresante" – 45,8%, n=44), la *Planificación* (Ítem 14 – "Tengo tratado de encontrar una estrategia sobre qué hacer" – 47,9%, n=46; Ítem 25 – "Tengo reflexionado mucho sobre los pasos a dar" – 40,6%, n=39), la *Aceptación* (Ítem 20 – "Tengo llegado a aceptar la realidad del hecho de que esta situación suceda" – 49%, n=47; Ítem 24 – "Tengo aprendido a vivir con esto" – 39,6%, n=38), la *Reinterpretación Positiva* (Ítem 12 – "Tengo tratado de ver la situación estresante desde una perspectiva diferente, para hacerla parecer más positiva" – 33,3%, n=32; Ítem 17 – "Tengo tratado de encontrar algo de bueno en lo que está sucediendo" – 42,7%, n=41) y la *Auto-Distracción* (Ítem 1 – "Tengo utilizado el trabajo u otras actividades para alejar mi mente de los asuntos que me causan estrés" – 39,6%, n=38; Ítem 19 – "Tengo hecho otras cosas para pensar menos en la situación estresante, tal como ir al cine, ver televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras" – 35,4%, n=34). Considerando la variable "género" se

verificó que existen apenas diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso de sustancias, presentando el grupo masculino valores más elevados (Mann-Whitney U ($p=0,011$)). En lo relacionado a la variable "estado civil", se constató que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los solteros y de los casados (Mann-Whitney U ($p>0,05$, para cualquier una de las estrategias de *coping*)).

En cuanto a las correlaciones entre estrategias de *coping* y las variables salud general y datos socio-demográficos, se verificó que los resultados del Cuestionario de Salud General-12 se correlacionan positiva y débilmente con las estrategias de *coping* Auto-Distracción, Negación y Desconexión Conductual (Tabla 3), esto es, se constata la existencia de una relación entre peores niveles de salud general y el recurso a estas estrategias de *coping*.

Tabla 2 - Evaluación de los puntajes del *Brief-COPE*. Porto, Coimbra, Lisboa, Portugal, 2011

Score	Estadística Descriptiva (N=96)				
	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación Estándar	Mediana
<i>Coping</i> Activo	2	8	5,41	1,426	5
Planificación	2	8	5,55	1,608	5
Reinterpretación Positiva	2	8	4,93	1,489	5
Aceptación	2	8	5,06	1,375	5
Humor	2	8	4,11	1,666	5
Apoyo en la Religión	2	8	3,61	1,707	5
Uso de Soporte Emocional	2	8	4,47	1,479	5
Uso de Soporte Instrumental	2	8	4,58	1,513	5
Auto-distracción	2	8	4,94	1,588	5
Negación	2	8	3,04	1,313	5
Expresión de Emociones	2	8	4,54	1,399	5
Uso de Sustancias	2	6	2,14	,535	5
Desconexión Conductual	2	6	2,79	1,075	5
Culpabilización	2	8	3,85	1,444	5

Tabla 3 - Correlaciones entre el Cuestionario de Salud General-12 y el *Brief-COPE*: coeficiente de correlación de Pearson (r) y nivel de significancia (p). Porto, Coimbra, Lisboa, Portugal, 2011

	Auto-Distracción	Negación	Desconexión Conductual
Cuestionario de Salud General-12	r 0,205	0,342	0,382
	p 0,045	0,001	0,000

Discusión

Con este estudio se pretendió evaluar la percepción general de salud e identificar fuentes de estrés y estrategias de *coping* en una muestra de 96 enfermeros de oncología – Servicio de Cirugía Cabeza y Cuello.

Se verificó que la población en estudio presenta valores razonables de salud general. Se destaca, sin embargo que un porcentaje expresivo de enfermeros refiere haberse sentido más triste o deprimido que habitualmente, y también haber sentido más presión que habitualmente. Estos resultados confirman estudios anteriores que refieren que a pesar de una evaluación general positiva en cuanto a su salud los enfermeros presentan frecuentemente valores elevados relativos a estados de depresión o de ansiedad⁽²⁰⁾.

En relación a las fuentes de estrés identificadas en este estudio, se destacan, reforzando investigaciones

anteriores, las relacionadas con la baja remuneración salarial y la falta de reconocimiento social de la profesión⁽⁶⁻⁸⁾. La falta de reconocimiento social de la profesión es en realidad uno de los problemas más referidos por un conjunto de profesionales de la salud (Enfermería y profesionales Técnicos de Diagnóstico y Terapéutica) cuya formación académica solo recientemente fue certificada atribuyéndoles el grado de licenciado. Sin embargo este reconocimiento académico no siempre ha sido acompañado por efectivos cambios en el estatuto de estos profesionales que, en muchos casos, continúan sintiendo obstáculos al pleno desarrollo de sus potencialidades profesionales. Fueron además considerados como estresantes por un número muy elevado de los sujetos situaciones relacionados con aspectos funcionales y de organización como el espacio físico en donde se desarrolla la actividad, la sobrecarga de trabajo, y situaciones relacionadas con aspectos emocionales como el enfrentamiento con enfermedad, la

muerte u otras situaciones de carácter emocional negativo. Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios con muestras semejantes^(5-6,9). Las situaciones de muerte y/o enfermedad con carácter emocional negativo constituyen uno de los estresores más evidenciados por los investigadores en las más diversas áreas de la enfermería, sin embargo asumen principal destaque en los estudios con enfermeros en la área de oncología^(6,9,21). En un estudio⁽²¹⁾ con enfermeros de diferentes instituciones oncológicas en Suecia, se constató que los niveles de estrés variaban de bajos a severos, y las principales fuentes de estrés identificadas fueron el cuidar de enfermos oncológicos jóvenes, el lidiar con las situaciones de muerte y la poca eficacia en el alivio del sufrimiento del enfermo. La valorización de la sobrecarga de trabajo como factor de estrés puede constatare con el tipo de cuidados prestados al enfermo oncológico (normalmente cuidados complejos), con el número insuficiente de enfermeros en la prestación de cuidados, y con el hecho de que los enfermeros desempeñan funciones fuera de su ámbito de trabajo (por ejemplo: funciones administrativas o funciones de orden social). En relación a los espacios físicos en las instituciones de salud, estos tienden a ser poco ergonómicos, esto es, poco adaptados a las necesidades de los profesionales de salud, pero también poco adecuados a las necesidades de los usuarios, lo que interfiere con la dinámica de trabajo de los profesionales de enfermería. De forma similar, en un estudio⁽²²⁾ realizado con enfermeros portugueses de la Unidad de Cuidados Intensivos, se verificó que las condiciones físicas no adecuadas y la sobrecarga de trabajo constituyen fuente de estrés. En cuanto a las fuentes de estrés, se constató además, que los profesionales de enfermería del sexo femenino atribuyen mayor grado de estrés a los estresores ocupacionales que los profesionales de enfermería del sexo masculino. Esta evidencia puede ser atribuida al hecho de que los profesionales de enfermería del sexo femenino desarrollan, además de las actividades laborales, múltiples funciones⁽²³⁾ relacionadas con aspectos de la vida familiar y doméstica. En ese sentido apunta un estudio⁽⁴⁾ realizado con enfermeros de cinco hospitales públicos universitarios brasileños, cuyos resultados evidenciaron que los profesionales de enfermería del género femenino experimentan sentimientos de culpabilidad por la falta de atención dada a los hijos en detrimento del trabajo, desencadenando síntomas psicossomáticos que comprometen la calidad de vida general de los individuos y de los familiares próximos.

En lo que se refiere al tipo de estrategias de *coping*, las más utilizadas por los enfermeros fueron la Planificación, el *Coping* Activo, la Aceptación, la Auto-Distracción y la Reinterpretación Positiva. La estrategia menos utilizada por

los enfermeros fue el Uso de Substancias. La Planificación y el *Coping* Activo son estrategias de *coping* que objetivan esencialmente resolver el acontecimiento/situación estresante. También en un estudio⁽⁶⁾ realizado en cinco hospitales Oncológicos de Turquía, se verificó que las estrategias de *coping* más utilizadas por los enfermeros en oncología recayeron en acciones de reevaluación del potencial de causar estrés y en la elaboración de formas de resolución. La utilización preferencial de este tipo de estrategias puede estar relacionada con la orientación pragmática de planificación y resolución de problemas, que tradicionalmente es seguida en la formación académica de estos profesionales, pero también podría estar relacionado con la existencia de un buen soporte social. Los resultados de un estudio⁽¹³⁾ con enfermeros brasileños en una unidad de quemados y en un servicio de dolor crónico y cuidados paliativos apuntan en ese sentido, ya que se constató que las exigencias psicológicas y las condiciones adversas del contexto de trabajo son mitigadas cuando los profesionales presentan niveles elevados de interacción social positiva. La Aceptación, la Auto-Distracción y la Reinterpretación Positiva, son estrategias de *coping* enfocadas en la emoción. El individuo utiliza este tipo de *coping*, cuando concentra esfuerzos en sí mismo, con el objetivo de alterar su comprensión sobre el factor de estrés y reducir el malestar provocado. En cuanto a la estrategia de *coping* Aceptación, representa un patrón de respuesta esencialmente caracterizado por una aceptación resignada de la situación estresante, disminuyendo su importancia. Este resultado es contrario al encontrado en un estudio⁽⁵⁾ con enfermeros portugueses, en el cual la Aceptación constituye una de las estrategias menos utilizadas. El recurso de la Auto-Distracción es frecuentemente expresado en la participación de actividades con el objetivo de evitar el factor de estrés. A pesar de que puede tener un carácter positivo, la utilización sistemática y exclusiva de esta estrategia puede alejar al enfermero de la realidad que él tiene que enfrentar en su actividad cotidiana y no permitir estrategias más activas de resolución. La Reinterpretación Positiva, que se encuentra relacionada con el intento del individuo de reestructurar el acontecimiento causante de estrés, teniendo por objetivo encontrar aspectos más favorables que permitan su crecimiento personal o profesional, fue también, identificada en un estudio⁽⁹⁾ con enfermeros en oncología, como la estrategia más utilizada de *coping* enfocada en la emoción. Resultados semejantes fueron encontrados en otro estudio⁽²⁴⁾ sobre sufrimiento psíquico con enfermeros de oncología, en el cual se comprobó que los indagados refieren "no se involucrar" con el enfermo oncológico, familia y/o compañero de trabajo, con el objetivo de no establecer lazos afectivos.

Yendo al encuentro de resultados de investigaciones anteriores⁽²⁵⁾, en el presente estudio se verificó una correlación significativa negativa entre salud general y estrategias de *coping* de evitación o aplazamiento como la Auto-distracción, Negación y Desconexión Conductual. Este resultado viene a reforzar la idea de que estrategias centradas en el alejamiento del individuo de la fuente de estrés, pueden ser protectoras en situaciones puntuales de crisis o de imposibilidad de resolución, pero que no son promotoras de equilibrio físico y emocional en situaciones que son prolongadas en el tiempo y que requieren la participación activa del individuo.

En lo relacionado a las limitaciones del estudio, estas están relacionadas con la pequeña dimensión de la muestra en estudio, que no permite su generalización. Sin embargo, se destaca que la muestra utilizada comprendió la totalidad de los enfermeros de los servicios en donde se realizó el estudio.

Conclusión e implicaciones prácticas

Se considera que los resultados obtenidos podrán constituir una contribución importante para la comprensión de los factores de estrés ocupacional en enfermería oncológica, para el desarrollo de acciones que prevengan reacciones adversas en la salud y bienestar de los profesionales de enfermería, y consecuentemente promuevan la calidad de los servicios prestados al usuario. En este contexto de prevención, es esencial la implementación de estrategias que objetiven: (1) mejorar la organización del trabajo y la distribución de funciones, de forma que sean respetadas y efectivamente aprovechadas las capacidades, y los recursos personales y colectivos de los enfermeros; (2) mejorar los canales de comunicación (mayor adecuación de transmisión de información entre equipos), tornando más efectiva esa comunicación; (3) posibilitar el desarrollo y crecimiento profesional (valorización de las competencias y de la profesión de enfermería); (4) crear programas de formación continua (formación en servicio o promoción de formación en cursos que confieran competencias transversales o específicas); y (5) desarrollar programas de apoyo y prevención de estrés (grupos de discusión y grupos de soporte/apoyo psicosocial para la ayuda en la monitorización del estrés y resolución de situaciones problemáticas).

Referencias

1. Cox T, Griffiths AJ, Rial-González E. El estrés relacionado con el trabajo. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en Trabajo [Internet] 2005; [acceso 23 maio 2011] Disponível em <http://osha.europa.eu/es/publications/reports/203>.

2. Observatório Europeu dos Riscos. Aumenta o número de pessoas que enfrentam riscos psicossociais no trabalho [Internet] 2008; [acesso 20 maio 2011] Disponível em http://osha.europa.eu/pt/press/press-releases/news_article.2008-01-30_stress.

3. National Institute for Occupational Safety and Health (USA). Exposure to Stress: Occupational Hazards in Hospitals [Internet] 2008; Publication n. 136. [acesso 8 nov 2010] Disponível em <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/>.

4. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VE. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of brazilian university hospitals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(2):340-7.

5. McIntyre T, McIntyre S, Silvério J. Respostas de stress e recursos de *coping* nos enfermeiros. Anal Psicol. 1999;17:513-27.

6. Isikhan V, Gomes T, Danis Z. Job stress and *coping* strategies in health care professionals working with cancer patients. Eur J Oncol Nurs. 2004;8:234-44.

7. Glazer S, Gyurak A. Sources of occupational stress among nurses in five countries. Int J Intercult Relations. 2008;32:49-66.

8. Gomes RA, Cruz JF, Cabanelas S. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros Portugueses. Psicol Teoria Pesqui. 2009;25(3):307-18.

9. Rodrigues AB, Chaves EC. Stressing factors and *coping* strategies used by oncology nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(1):24-8.

10. Faria DAP, Maia EMC. Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology. Rev. Latino-Am. Enfermagem. nov-dez 2007;15(6):1131-7.

11. Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal and *coping*. New York: Springer; 1984.

12. Ekedahl M, Wengstrom Y. Nurses in cancer care- *Coping* strategies when encountering existential issues. Eur J Oncol Nurs. 2006;10:128-39.

13. Negromonte MRO, Araujo TCCF. Impact of the clinical management of pain: evaluation of stress and *coping* among health professionals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(2):238-44.

14. Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. Epidemiologic evaluation of head and neck patients in a university hospital of Northwestern São Paulo State. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008;74(1):68-73.

15. Vasconcellos-Silva PR, Nolasco PTL. Dialética da autonomia dos equilíbrios nos conflitos entre pacientes e cirurgiões Oncológicos. Rev Saúde Pública. 2009;43(5):839-45.

16. Laranjeira CA. General health questionnaire-12 items: adaptation study to the Portuguese population. Epidemiol Psichiatr Soc. 2008;17(2):148-51.

17. Santos MC, Barros L, Carolino E. Occupational stress and *coping* resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals. *Physiotherapy*. 2010;96:303-10.
18. Carver CS. You Want to Measure *Coping* But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4(1):92-100.
19. Sabino A, Santos M, Carvalhais J, Carolino E. Factores de risco de stress relacionado com o trabalho e níveis de stress percebido no corpo académico: estudo numa instituição de ensino superior politécnico. Portugal: Segurança e higiene ocupacionais – SHO; 2011. p. 564-9.
20. Moore K, McLaughlin D. Depression: the challenge for all healthcare professionals. *Nurs Stand*. 2003;12-18;17(26):45-52.
21. Ekedahl M, Wengstrom Y. Nurses in cancer care-stress when encountering existential issues. *Eur J Oncol Nurs*. 2007;11:228-37.
22. Rodrigues VMCP, Ferreira ASS. Stressors in nurses working in Intensive Care Units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(4):1025-32.
23. Guerrer FJL, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):355-62.
24. Avellar LZ, Iglesias A, Valverde PF. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicol Estudo*. 2007;12(3):475-81.
25. Coelho JAPM, Albuquerque FJB, Martins CR, D'Albuquerque HB, Neves MTS. *Coping* em Jovens frente à Expectativa de Inserção Ocupacional e Indicadores de Depressão. *Psicol Teoria Pesqui*. 2008;24(4):527-34.