

Emergencia pública: impactos psicosociales en el dominio físico de la calidad de vida de profesionales de enfermería

Moisés Kogien¹

José Juliano Cedaro²

Objetivos: determinar los principales factores psicosociales del trabajo relacionados a factores que causan perjuicios en el dominio físico de calidad de vida de los profesionales de enfermería en una emergencia pública. Métodos: estudio transversal, descriptivo, con la participación de 189 profesionales de enfermería. Se utilizó la versión abreviada del instrumento Job Stress Scale, de la Organización Mundial de la Salud, para evaluar la calidad de vida y el Modelo Demanda-Control de Robert Karasek como marco teórico para analizar la configuración psicosocial. Se calculó el riesgo para el apareamiento de perjuicios; el intervalo de confiabilidad fue de 95%. Resultados: en relación al ambiente psicosocial, la mayor proporción de trabajadores presentó existencia de bajas demandas psicológicas (66,1%) y bajo soporte social (52,4%), además 60,9% de los profesionales fueron categorizados como experimentando situaciones de trabajo con mayor potencial de causar enfermedades: trabajo de alta exigencia (22,8%) y trabajo pasivo (38,1%). Conclusiones: el bajo discernimiento intelectual, el bajo soporte social y el experimentar un trabajo de alta exigencia o trabajo pasivo, fueron los principales factores de riesgo para causar perjuicios en el dominio físico de la calidad de vida.

Descriptores: Calidad de Vida; Impacto Psicosocial; Enfermería; Servicios Médicos de Urgencia.

¹ MSc, Enfermero, Hospital Estadual de Pronto Socorro João Paulo II, Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Psicología, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil.

Correspondencia:

Moisés Kogien
Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia
Hospital Estadual de Pronto Socorro João Paulo II
Av. Campos Sales, 536
Bairro: Floresta
CEP: 78914-230, Porto Velho, RO, Brasil
E-mail: mkogien@yahoo.com.br

Copyright © 2014 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

A partir de las importantes contribuciones de Christopher Dejours y de la psicodinámica del trabajo, una nueva vertiente de estudios sobre la salud del trabajador ha destacado la inexistencia de relaciones de neutralidad entre el trabajo y el proceso salud-enfermedad, reforzando la concepción de que toda actividad productiva posee potencial para promover la salud o producir enfermedad dependiendo de la manera como se configuran los elementos de la organización y del proceso de trabajo y del modo como éstos se articulan con las características subjetivas del trabajador⁽¹⁾.

De un modo general, el ambiente psicosocial del trabajo comprende la interacción de una serie de determinantes de naturaleza psicosociológica (factores psicosociales) que se relacionan estrechamente con características específicas del trabajo como, por ejemplo, el proceso de trabajo, el modo de organización, la estructuración y la dinámica de las relaciones interpersonales existentes⁽²⁻³⁾.

El ambiente y los factores psicosociales que lo constituyen dialogan dicotómicamente con la salud del trabajador y en esa relación paradójica es posible diferenciar los factores psicosociales por medio de sus repercusiones en la vida del profesional, tomando como base dos referenciales principales: los aspectos psicosociales (dependiendo de las circunstancias como ocurren, son benéficos y actúan de forma saludable genéticamente, protegiendo la salud del trabajador) y aquellos que ejercen un significativo papel en la manifestación de enfermedades⁽³⁾.

Los aspectos psicosociales perjudiciales que se encuentran en el ambiente laboral son numerosos y de naturaleza diversa, interactúan entre sí y repercuten sobre el clima psicosocial de la institución y principalmente sobre la calidad de vida y la salud física y mental de los trabajadores⁽⁴⁾. En las unidades de urgencia o emergencia del sistema público brasileño, el proceso y la organización del trabajo son acentuadamente marcados por esas relaciones psicosociales paradójicas⁽⁵⁾ y con potencial para causar perjuicios a la salud del trabajador.

Se destaca que los elementos psicosociales del ambiente de trabajo poseen potencial para comprometer cualquier ámbito de la salud y la calidad de vida del individuo. En este estudio se abordó el potencial para los perjuicios a la dimensión física de la salud humana, ya que este tipo de comprometimiento contribuye directamente para el aumento del ausentismo en el trabajo, licencias o necesidad de readaptación de funciones, disminución de la productividad y posible pérdida de la calidad de los servicios prestados.

Con base, sobre todo, en la constatación del potencial patogénico que el ambiente psicosocial del trabajo puede contener y en la vivencia cotidiana de una emergencia pública, se cuestiona en esta investigación cómo se configura la organización psicosocial del trabajo de los profesionales de enfermería en este ambiente y cuáles son los elementos psicosociales que se caracterizarían como factores de riesgo, estadísticamente significativos, para ocasionar posibles perjuicios al dominio físico de la calidad de vida de estos profesionales.

Siendo el ambiente psicosocial constituido por múltiples y variados elementos que engloban las dimensiones psíquica y social del trabajo, para dirigir este estudio se optó por analizar la configuración psicosocial adoptando como marco teórico metodológico que contiene las tres dimensiones básicas evaluadas por el Modelo Demanda Control (MDC), propuesto por Robert Karasek: control sobre el proceso de trabajo, demandas psicológicas y soporte social⁽⁶⁻⁷⁾.

De esa manera, este estudio tiene por objetivo determinar los principales factores relacionados a perjuicios en el dominio físico de la calidad de vida de profesionales de enfermería en un emergencia pública, considerando que entre los profesionales de la salud, son los profesionales de enfermería los que pasan más tiempo en la asistencia directa al paciente y, conforme apuntan algunos estudios, esos profesionales están altamente sujetos a riesgos de desgaste físico y a contraer enfermedades, consecuencia del modo cómo el trabajo en el ambiente hospitalario se organiza⁽⁸⁻⁹⁾.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal, con profesionales de enfermería de una emergencia pública estatal localizada en el estado de Rondonia, en Brasil. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigaciones con Seres Humanos de la Universidad Federal de Rondonia (CEP/UNIR) en diciembre de 2.010 (CAAE: 6563.0.000.047-10); fueron observadas todas las recomendaciones de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, manteniendo los procedimientos necesarios para asegurar la confidencialidad y la privacidad de los sujetos.

La muestra fue compuesta por 189 profesionales de enfermería, siendo 36 enfermeros y 153 técnicos de enfermería; se consideró un nivel de significancia de 5%, con error de muestreo de 4,7% y proporción estimada de 50%. El estudio presentó una muestra no probabilística intencional, definida por la disponibilidad y la aceptación del profesional en participar de la investigación. Fueron

considerados potenciales participantes de este estudio todos los profesionales asignados en la institución investigada, que ejercían actividades asistenciales durante el período de recolección de datos y que aceptaron libremente participar de la investigación, mediante lectura, conocimiento y firma del Término de Consentimiento Libre e Informado.

La recolección de datos fue realizada por medio de un instrumento autoaplicable y el llenado se hizo de forma autónoma por el propio entrevistado, a pesar de que, en caso necesario, podría recurrir al auxilio de los investigadores. Un bloque conteniendo tres instrumentos fue entregado a los sujetos, él que consistía de un cuestionario sociodemográfico y laboral, elaborado por los autores: el cuestionario para evaluación de la calidad de vida propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), conocido como WHOQOL-bref⁽¹⁰⁾, y una versión abreviada y traducida para el idioma portugués del *Job Content Questionnaire*, que permite la evaluación de aspectos psicosociales del ambiente de trabajo (*Job Stress Scale*)^(6-7,11).

Análisis estadística de los datos

Después del análisis individual de cada instrumento, usando los elementos de la estadística descriptiva recomendados por los autores, los resultados obtenidos fueron tratados de manera asociativa, verificándose cuales elementos psicosociales se asociaban de manera estadísticamente significativa con las variables relacionadas a la evaluación de la calidad de vida. Para esto, se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson (o la prueba exacta de Fisher, cuando pertinente) para las variables categóricas y la prueba t de Student para las variables continuas. A continuación, fue realizado un análisis multivariado, utilizando la Regresión Logística, obteniéndose así los *odds ratios* (OR). Entraron en el modelo de regresión logística todas las variables psicosociales o laborales que previamente presentaron asociaciones con un nivel de significancia $\leq 0,05$.

Para el análisis del dominio físico de la calidad de vida fueron consideradas apenas las siete preguntas del WHOQOL-BREF que evalúan este dominio, además del indicador general obtenido por medio del cálculo del promedio aritmético de la suma de los puntajes atribuidos a cada una de las siete preguntas que lo evalúan, en el cual a cada respuesta dada por los sujetos de la investigación se le atribuye un valor entre uno y cinco. El resultado promedio del dominio fue multiplicado por cuatro, de forma a posibilitar la comparación entre los valores utilizados en el instrumento WHOQOL-100, para finalmente ser convertidos en una escala numérica

que varía de 0 a 100 – en la cual el “cero” representa el nivel más bajo de la calidad de vida y “100” el mejor (o máximo) nivel⁽¹²⁾.

Después del cálculo del puntaje general del dominio, esta variable fue dicotomizada utilizando como referencia la mediana de los resultados obtenidos. Los profesionales que presentaron puntajes iguales o inferiores al punto de corte fueron considerados como presentando baja calidad de vida en el dominio físico y aquellos con puntajes superiores a la mediana fueron considerados con alta calidad de vida. Se repitieron esos pasos para cada una de las preguntas del dominio. Se destaca que las preguntas 03 y 04 tuvieron sus puntajes invertidos de modo a estandarizar el sentido de gradación de todas las respuestas del instrumento, siendo el aumento gradual de la respuesta equivalente, en la misma proporción, al aumento positivo del resultado del aspecto⁽¹⁰⁾.

La *Job Stress Scale* (JSS) es constituida por 17 preguntas y reúne las tres dimensiones básicas propuestas por el MDC: demanda psicológica, control del trabajo y soporte social. De la totalidad de preguntas, cinco evalúan los niveles de demanda psicológica abordando aspectos cuantitativos del trabajo como el tiempo, la exigencia y la velocidad en la ejecución de las tareas y, también, el conflicto entre las diferentes demandas del trabajo. Seis preguntas evalúan el grado de control sobre el proceso de trabajo por parte del trabajador y seis evalúan el soporte social, abordando las relaciones con compañeros y jefes. Se destaca que la dimensión “control” puede ser dividida en dos subescalas que evalúan el discernimiento intelectual del trabajador (compuesta por cuatro preguntas) y la autoridad sobre decisiones (compuesta por dos preguntas)^(11,13).

El cálculo de los puntajes de cada una de las dimensiones psicosociales se hizo sumando los puntajes atribuidos por los profesionales a las preguntas que evalúan el respectivo asunto en la JSS, en la cual a cada respuesta dada por los sujetos de la investigación se le atribuyo un valor entre 1 (menos frecuente) y 4 (más frecuente). Algunas preguntas de este instrumento, también, poseen puntaje reverso y la inversión de los valores fue realizada antes de la suma de los ítems, para que la intensidad de todas las respuestas permanezcan en el mismo sentido^(11,13).

El modelo teórico adoptado para la evaluación psicosocial predice que la interacción entre diferentes niveles de demandas (alta o baja) con diferentes niveles de control (alto o bajo) resultan en experiencias ocupacionales distintas de acuerdo con el grado de exposición a factores de estrés ocupacionales^(11,13). Para la identificación de estos grupos que experimentan en

diferentes grados de intensidad los aspectos psicosociales del trabajo se utilizó como punto de corte las medianas de las referidas dimensiones^(11,13).

El programa utilizado para la construcción del banco de datos en este estudio fue el *Microsoft Office Excel* para Windows, versión 2010. Para la realización de los cálculos estadísticos fue utilizado el software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versión 20.

Resultados

En relación a los principales aspectos sociodemográficos y laborales investigados (tabla 1), la muestra se caracterizó por la prevalencia del género femenino (76,2%), edad promedio de 32,79 años (de = ±8,06) y fue mayoritariamente compuesta por técnicos de enfermería (81%).

De la totalidad de profesionales de enfermería que actúan en el emergencia estudiada 53,4% viven con un(a) compañero(a), 44,5% trabajan en la institución hace más de cinco años y 60,73% cumplen una carga horaria semanal de trabajo igual o inferior a 40 horas.

Tabla 1 - Caracterización sociodemográfica y laboral de la muestra del estudio (N=189), 2012, Porto Velho, RO, Brasil

Variables	n	%
Categoría Profesional		
Enfermeros	36	19,00
Técnicos de Enfermería	153	81,00
Género		
Masculino	45	23,80
Femenino	144	76,20
Carga Horaria Semanal		
≤ 40 horas semanales*	116	61,70
> 40 horas semanales	72	38,30
Tiempo de Servicio en la Institución		
≤ 1 año	35	18,50
1-5 años	70	37,00
> 5 años	84	44,50
Nivel de Calidad de Vida		
Alta CV dominio físico	91	48,10
Baja CV dominio físico	98	51,90
Nivel de Soporte Social		
Alto Soporte Social	90	47,60

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

Variables	n	%
Bajo Soporte Social	99	52,40
Nivel de Demandas Psicológicas		
Alta Demanda Psicológica	64	33,90
Baja Demanda Psicológica	125	66,10
Categorías Interactivas del Modelo Demanda-Control (MDC)		
Trabajo activo	21	11,10
Trabajo pasivo	72	38,10
Alta exigencia	43	22,80
Baja exigencia	53	28,00

*01 participante no respondió

En cuanto a los aspectos relacionados al dominio físico de la calidad de vida de estos profesionales la muestra se caracterizó por la prevalencia de bajos puntajes para la calidad de vida (51,9%) (Tabla 1).

A respecto de la situación de trabajo evaluada por la *Job Stress Scale*, se verificó que 60,9% de la muestra se encuadra en uno de los dos perfiles con más potencialmente de causar enfermedades de acuerdo con el MDC: trabajo de alta exigencia (22,8%) y trabajo pasivo (38,1%). A partir de las categorías interactivas fue posible determinar que en la mayor proporción de la muestra de profesionales de enfermería se percibe bajas demandas psicológicas (66,1%) (Tabla 1).

Además de eso, a partir del análisis del ambiente psicosocial del trabajo fue posible determinar que el soporte social, el discernimiento intelectual y los perfiles de trabajo del MDC se comportaron como factores de riesgo estadísticamente significativos para causar perjuicios en la calidad de vida de los profesionales de enfermería. Entre las variables socio laborales, apenas el "número de vínculos de empleo" se caracterizó como factor de riesgo para comprometimiento de la satisfacción con el sueño y reposo de los trabajadores (Tabla 2).

Se destaca que los aspectos dolor/incomodidad, dependencia de medicamentos y capacidad para el trabajo, a pesar de ser elementos integrantes de la evaluación del dominio físico de calidad de vida, no fueron acrecentados en la Tabla 2, ya que no presentaron asociaciones estadísticamente significativas con ninguna de las variables psicosociales o laborales estudiadas con esta muestra de profesionales.

Tabla 2 - Factores psicosociales y socio laborales asociados a bajos puntajes/perjuicios en el dominio físico de la calidad de vida y sus respectivas aspectos, 2012, Porto Velho, RO, Brasil

	OR ajustado*	IC 95%	p
Dominio físico de la calidad de vida – puntaje general			
Alto soporte social	1		
Bajo soporte social	2,81	1,43-5,53	< 0,01

(continúa...)

Tabla 2 - continuación

	OR ajustado*	IC 95%	p
Alto discernimiento intelectual	1		
Bajo discernimiento intelectual	2,94	1,34-6,41	< 0,01
Trabajo de baja exigencia	1		
Trabajo de alta exigencia	2,34	1,06-5,58	0,04
Aspecto energía y fatiga			
Alto discernimiento intelectual	1		
Bajo discernimiento intelectual	2,62	1,21-5,68	0,01
Trabajo de baja exigencia	1		
Trabajo de alta exigencia	3,34	1,28-8,72	0,01
Trabajo pasivo	2,15	0,99-4,65	0,05
Aspecto locomoción			
Alto soporte social	1		
Bajo soporte social	2,29	1,12-4,67	0,02
Alto discernimiento intelectual	1		
Bajo discernimiento intelectual	3,89	1,77-8,56	< 0,01
Aspecto sueño y reposo			
Alto soporte social	1		
Bajo soporte social	2,95	1,46-5,94	< 0,01
Apenas un vínculo de empleo	1		
2 o más vínculos	3,36	1,62-6,96	< 0,01
Trabajo de baja exigencia	1		
Trabajo de alta exigencia	2,40	0,91-6,30	0,05
Aspecto actividades de la vida cotidiana			
Alto discernimiento intelectual	1		
Bajo discernimiento intelectual	2,63	1,22-5,67	0,01
Trabajo de baja exigencia	1		
Trabajo de alta exigencia	2,63	1,07-6,46	0,03
Trabajo pasivo	2,64	1,21-5,77	0,01

*OR ajustado para variables sociodemográficas

Discusión

De manera general, la organización del trabajo en las emergencias públicas brasileñas es compleja e impregnada por situaciones laborales perjudiciales, ambiguas y paradójicas, sobre todo en lo que se refiere a la mantención de la salud física y psíquica del trabajador. Numerosos factores contribuyen para esa configuración negativa e insalubre de este ambiente laboral y las causas pasan por cuestiones sociales y político-organizacionales, además de la propia esencia de este tipo de servicio⁽¹⁴⁾.

Los servicios de urgencia y emergencia públicos deberían caracterizarse por su capacidad para mantener la vida humana y poseer métodos de diagnóstico y de terapéutica eficientes para la reducción de la mortalidad, morbilidad y de secuelas. Sin embargo, tienden a ser reconocidos por otras características que manchan negativamente esas instituciones, tales como: hacinamiento, condiciones precarias de atención, escasez de recursos, sobre carga y ritmo acelerado de trabajo para los profesionales asistenciales. Son algunas de estas características que, en la actualidad, están arraigadas con la imagen de una emergencia pública^(4-5,14).

Además de eso, se suma la carga psíquica negativa inherente de unidades críticas, en las cuales la potencialidad de haber muertes es una constante. Así, dolor, sufrimiento, impotencia, angustia, miedo, desesperación, sensación de desamparo y pérdida impregnan las unidades de emergencia y se constituyen en demandas psicológicas con posible efecto perjudicial para la salud y calidad de vida del trabajador⁽⁴⁻⁵⁾. Así, la forma como el trabajo en las emergencias públicas se organiza, más la configuración del ambiente psicosocial laboral, poseen importante y significativa asociación con la génesis del estrés laboral^(5,14).

El estrés es una situación psicofisiológica distinta, compleja y que impacta directamente en las dimensiones física, psicológica y social de la vida humana. Este fenómeno, de acuerdo con su modo e intensidad de manifestación, interfiere en menor o mayor grado en algunos aspectos que integran el concepto de calidad de vida⁽⁶⁾.

Múltiples corrientes teóricas tratan de comprender la manifestación del estrés laboral y sus impactos en la vida humana, siendo en una de esas vertientes el origen

del MDC de Robert Karasek. Este modelo, ampliamente utilizado en estudios en los últimos años, se ha mostrado un instrumento útil en la evaluación del ambiente psicosocial y en la comprensión de sus relaciones con la génesis del estrés laboral y sus repercusiones en la salud del trabajador⁽⁶⁻⁷⁾. Permite la evaluación aislada y las interacciones entre los niveles de demandas psicológicas, control sobre el proceso de trabajo y soporte social que son experimentados por los trabajadores en sus espacios ocupacionales⁽⁶⁻⁷⁾.

En relación al análisis de las interacciones entre las variables del MDC, las principales y más conocidas son las combinaciones entre los niveles de demandas psicológicas y de control. Esas interacciones generan cuatro experiencias laborales que caracterizan experiencias bien delineadas, específicas y distintas en los ambientes laborales^(6-7,15), con extremos marcados por la potencialidad de causar enfermedades al trabajador (trabajo de alta exigencia) o por la motivación de éste en desarrollar y aplicar nuevos patrones comportamentales en su ambiente ocupacional (trabajo activo). Las situaciones intermedias pueden conducir a la reducción de la capacidad productiva del trabajador con el declino de su actividad global o a la inercia motivacional en relación a su trabajo (trabajo pasivo)^(6-7,15-16).

De acuerdo con el MDC, el trabajo de "alta exigencia" es considerado como el perfil potencialmente "más causador de enfermedades" por caracterizarse por la presencia de altas demandas asociadas a bajos niveles de control sobre la actividad laboral⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Cuando los trabajadores experimentan una sobrecarga de trabajo y presentan poco control sobre como ejecutarlas, a lo largo del tiempo, experimentan un elevado nivel de excitación fisiológica y un aumento de la tensión sobre los sistemas nervioso y cardiovascular. Si ese cuadro persiste por un período muy largo y el individuo no consigue reducir las demandas laborales, su organismo inicia un proceso de desgaste y pérdida de la homeostasis interna^(6-7,15-16).

El segundo perfil con mayor potencial de causar daño a la calidad de vida del trabajador es el denominado "trabajo pasivo". En este encuadramiento los trabajadores pueden presentar reducción gradual de la capacidad de resolución de problemas generales presentes en su ambiente de trabajo. Experimentan niveles más altos de tedio y de insatisfacción relacionados a la repetición de tareas y a la disminución de la capacidad para desafíos intelectuales provenientes de esta situación⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. En el perfil "trabajo activo", a pesar de experimentar altas demandas, los trabajadores presentan mayores niveles de satisfacción en el trabajo y menores niveles de estrés, ya que poseen control sobre sus actividades y perciben

las demandas como oportunidades para aumentar su competencia, auto-eficacia, crecimiento personal y desarrollo o perfeccionamiento de sus habilidades⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Sobre el trabajo de "baja exigencia", el MDC lo considera como siendo aquel con menor potencial de efectos perjudiciales a la salud del trabajador, pero mismo con altos niveles de control, no demuestra el potencial para el desarrollo de nuevas habilidades y crecimiento personal como el perfil de "trabajo activo"^(6-7,15-16).

Los hallazgos de este estudio son consonantes a los presupuestos de la teoría de Robert Karasek. Los dos perfiles con potencial de causar enfermedades fueron aquellos que presentaron riesgos estadísticamente significativos para perjuicios generados por el estrés laboral a la dimensión física de la calidad de vida y sus aspectos correlatos.

Los profesionales de enfermería que se encuadraron en el perfil de trabajo de "alta exigencia" presentaron riesgos significativos para bajo puntaje general del dominio físico de calidad de vida ($OR=2,34$; $p=0,04$), para percepción de cansancio y fatiga en el día a día ($OR=3,34$, $p=0,01$), para insatisfacción con el sueño ($OR=2,40$, $p=0,05$) y para insatisfacción con la capacidad para realización de actividades cotidianas ($OR=2,63$, $p=0,03$) cuando comparados a los profesionales encuadrados en el perfil de "baja exigencia" (Tabla 2).

Se encontró, también, que percibirse con bajas demandas y bajo control sobre el proceso de trabajo (trabajo pasivo) fue factor de riesgo estadísticamente significativo para cansancio y fatiga ($OR=2,15$, $p=0,05$) e insatisfacción con la capacidad para realización de actividades cotidianas ($OR=2,64$, $p=0,01$) (Tabla 2).

En cuanto esas dos experiencias laborales divergen en relación a la percepción de los trabajadores sobre los niveles de demandas psicológicas experimentadas, la principal similitud entre ellas se centra en la vivencia de bajos niveles de control sobre el proceso de trabajo. Esa constatación lleva a la reflexión del modo como cada uno de estos elementos psicosociales dialoga con la salud y calidad de vida del trabajador.

Las demandas son presiones de orden psicológica a las cuales los trabajadores están sometidos en el ambiente de trabajo y pueden originarse de la cantidad de labor a ser ejecutado en un determinado tiempo o del desencuentro entre las capacidades del trabajador y la actividad a ser ejecutada⁽¹⁵⁾. Evidencias en la literatura resaltan que, por más que las demandas sean comúnmente caracterizadas por ejercer efectos negativos a la salud del trabajador, no toda la situación de exigencia es perjudicial al individuo. En el escenario laboral, por ejemplo, cuando las demandas exceden las habilidades y conocimientos del trabajador, se abre una ventana de oportunidad para movilizar fuerzas y

energía de adaptación⁽¹⁵⁾. En relación al control, diversos estudios defienden que condiciones laborales favorables al desarrollo de este elemento por parte del trabajador y que propician la utilización e incremento de sus habilidades han sido identificadas como requisitos importantes para que el trabajo actúe como un componente saludable en la vida de las personas propiciando bienestar, placer y salud⁽⁶⁻⁷⁾.

Cuando el nivel de control es bajo, los niveles de estrés acumulados a lo largo de un dado período de tiempo disminuyen las capacidades de aprendizaje y asimilación de nuevas estrategias de *coping*⁽⁶⁾. Consecuentemente, pueden llevar al trabajador al agotamiento físico y emocional, así como al desamparo y al ausentismo. De esa forma, el adecuado control del trabajo es un importante medio de protección de los trabajadores contra los efectos insalubres de los trabajos contemporáneos y es un modo importante para la conquista del bienestar, salud física y calidad de vida en el ambiente laboral⁽⁶⁻⁷⁾.

En el MDC, la dimensión control es evaluada a partir de la integración de dos subcomponentes distintos: discernimiento intelectual y autoridad para tomar decisiones. En relación al discernimiento intelectual, epistemológicamente se puede tratar de comprender la esencia de este componente a partir de la dialéctica marxista entre trabajo y su potencial transformador. Durante el proceso laboral, en cuanto el hombre modifica la naturaleza, concomitantemente se modifica a sí propio en la medida en que sus potencialidades latentes son estimuladas o desarrolladas. Son situaciones que permiten al trabajador el desarrollo de sus habilidades, sea en el perfeccionamiento de aquellas que posee o en la adquisición de nuevas, que componen el cimiento de la dimensión "discernimiento intelectual"^(6-7,15-16).

En esta perspectiva podemos entender el discernimiento intelectual como una variable con potencial transformador. En el sentido de que cuanto más frecuentes son las oportunidades de aprendizaje y asimilación de nuevas prácticas, habilidades y conocimientos, más frecuentes también son las oportunidades para realizar cambios de comportamientos y hábitos. Esos nuevos aprendizajes pueden ser convertidos para la promoción de hábitos saludables y para minimizar comportamientos/prácticas de riesgo a la salud, preparando al trabajador para enfrentar de manera satisfactoria los agentes que causan estrés en el ambiente laboral y, consecuentemente, mejorando la percepción de su calidad de vida.

A su vez, el soporte social, como característica psicológica del trabajo en el contexto del MDC, incluye componentes de naturaleza colectiva que son capaces de alterar las dimensiones de orden individual de la relación demanda-control y salud. Se refiere a los niveles globales

de interacción social, útiles y cooperantes con el ambiente de trabajo – englobando las relaciones entre iguales y superiores jerárquicos en la organización^(6-7,17).

El soporte social es apuntado como importante variable en la manutención de la salud. Percibirse con niveles bajos de este elemento psicosocial puede estar asociado a manifestaciones perjudiciales y efectos negativos a la salud. Varios estudios con distintas categorías profesionales evidenciaron que no percibirse apoyado en el ambiente laboral torna al trabajador más propenso a sufrir disturbios cardiovasculares, estrés y agotamiento físico y emocional^(6-7,17-18).

En Brasil existen pocos estudios que evaluaron la relación entre bajo soporte social y perjuicios a aspectos físicos de la salud/calidad de vida de profesionales de enfermería. Comúnmente, los estudios que utilizan el referencial teórico del MDC, se enfocan apenas en el papel desempeñado por las demandas psicológicas y por el control en el trabajo, así como, sus interacciones. Sin embargo, algunos estudios europeos realizados en la última década, con muestras de trabajadores variadas, han evidenciado importantes asociaciones entre la ausencia o niveles bajos de soporte social en el trabajo y perjuicios a la salud de los trabajadores. Muchas de estas evidencias son condecenas con las relaciones encontradas en esta muestra de profesionales de enfermería.

Además de las evidencias del deterioro del estado general de la salud y de la calidad de vida, los bajos niveles de soporte social han sido asociados a la presencia de disturbios del sueño, problemas gastrointestinales, aumento del riesgo de apareamiento de enfermedades cardiovasculares, apareamiento y complicaciones provenientes de dolores musculares-esqueléticas, fatiga y cansancio excesivos, disminución de la capacidad funcional y aumento del ausentismo⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Los mecanismos por los cuales el soporte social en el ambiente laboral afecta a la salud, bienestar y calidad de vida son varios. Pueden actuar como mecanismo atenuante de los efectos perjudiciales de los factores de estrés psicosociales del trabajo, potenciando el desarrollo de nuevas habilidades o comportamientos y estimulando la adquisición/perfeccionamiento de estrategias de *coping*. Por otro lado, no habiendo ninguna de estas situaciones de apoyo social al trabajador, los efectos negativos a la salud muchas veces son registrados^(6,17-18).

Consideraciones finales

El trabajo en la emergencia puede ser considerado un elemento negativamente determinante de los niveles de calidad de vida de los profesionales que ejercen sus

funciones laborales en ese tipo de espacio, ya que esas instituciones acostumbran a tener un ritmo de demandas urgentes y emergentes, muchas veces frustrantes, que son potencialmente fuentes de sufrimiento y de desgaste emocional. Sobrecarga de trabajo, hacinamiento, condiciones precarias, recursos humanos/materiales insuficientes e inadecuados y la calidad de las relaciones interpersonales, son factores que pueden contribuir para una baja calidad de vida.

Se debe destacar que la presencia de altas demandas psicológicas, que es una característica del trabajo en emergencia/urgencia, desempeña un papel relativo en la génesis del estrés laboral y en el apareamiento de perjuicios a la calidad de vida, tornándose prejudicial cuando asociada con la ausencia de control sobre el proceso de trabajo y baja percepción de soporte social. Altos niveles de soporte social pueden ser asociados directamente con mejores niveles de salud física, una vez que proporcionan al individuo una mejor adaptación de los efectos perjudiciales de eventos que causan estrés reduciendo las consecuencias negativas sobre el organismo y propiciando el bienestar, la predisposición a la salud y a mejores indicadores de calidad de vida.

Referencias

1. Dejours C. Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2010. 145 p.
2. Villalobos F, Gloria H. Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales: aproximación conceptual y valorativa. Cienc Trab. 2004;6(14):197-201.
3. Cassel EJ. The contribution on the social environment to host resistance. Am J Epidemiol. 1976;104:107-23.
4. Urbaneto JS, Silva PC, Hoffmeister E, Negri BS, Costa BEP, Figueiredo CEP. Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(5):1122-31.
5. Dal Pai D, Lautert L. Work under urgency and emergency and its relation with the health of nursing professionals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(3):439-44.
6. Karasek RA, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. Nova Iorque: Basic Books; 1990. 381 p.
7. Karasek RA. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Adm. Sci. Q. 1979; 24: 285-308.
8. Kirchhof ALC, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, et al. Condições de trabalho e características sociodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. Texto Contexto-Enferm. 2009; 18(2):215-23.
9. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Guido LA. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(3); 991-1003.
10. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Programme on Mental Health. Geneva; 1996.
11. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneckd GL. Versão resumida da "Job Stress Scale" adaptação para o português. Rev Saúde Pública. 2004;38(2):164-71.
12. Pedroso B, Pilatti LA, Frasson AC, Scandelari L, Santos CB. Qualidade de vida: uma ferramenta para o cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100. 28º Encontro Nacional de Engenharia de Produção; 13 a 16 de outubro de 2008; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Engenharia de Produção; 2008.
13. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Werneckd GL, Lopes CS, Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. Rev Saúde Pública. 2009;43(5):893-6.
14. Awada SB, Rezende WW. Serviços de emergência: problema de saúde pública. In: Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB. Pronto-Socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Barueri: Manole; 2007.
15. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. Cienc Saúde Coletiva. 2003;8(4):991-1003.
16. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem Rev Saúde Pública. 2003;37(4):424-33.
17. Giovanetti RM. Saúde e apoio social no trabalho: estudo de caso de professores da educação básica pública [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006. 141 p.
18. Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Sleep problems and social support: Frailty in a Brazilian Elderly Multicenter Study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(4):920-7.

Recibido: 8.3.2013
Aceptado: 23.9.2013