

MODULADORES INDIVIDUALES DEL ESTRÉS ASISTENCIAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD

INDIVIDUAL MODULATORS OF BURNOUT IN HEALTH PROFESSIONALS

Jorge Juan Román Hernández¹

Mabel Bertot González²

Cecilia Pacheco Díaz³

Colaboradores:

Celia Fernández Rodríguez y Adriana Vergara Barrenechea⁴

RESUMEN

Introducción: Los modelos psicosociales de Personalidad resistente, de S. Kobasa, y de Sentido de coherencia, de A. Antonovsky, sugieren condiciones individuales moduladoras del estrés asistencial (*burnout*) y sus consecuencias negativas para los profesionales de la salud. **Objetivos:** Identificar moduladores psicosociales individuales del estrés asistencial en profesionales de la salud. **Método:** Se administraron anónimamente los cuestionarios MBI-HSS, de Christine Maslach; el de Puntos de vista personales, de Kobasa, y el de Orientación ante la vida, de Antonovsky, a 370 profesionales de la salud (médicos y enfermeros) del primer nivel de atención. Se calcularon *odds ratios*, pruebas *t* para diferencias de medias y coeficientes de correlación de Pearson. **Resultados:** La falta de realización personal resultó la única dimensión con valores altos. El agotamiento emocional y la despersonalización se encuentran en valores medios, según normas aplicadas. Las mujeres mostraron respuestas inferiores a los hombres en las variables *falta de realización personal* (*burnout*) y en *control* (Personalidad resistente). Los médicos tuvieron valores superiores a los enfermeros en *agotamiento emocional* y en *falta de realización personal*. Las variables moduladoras se asociaron a una atenuación de las magnitudes de las variables del estrés asistencial. **Conclusiones:** El estrés asistencial se encontró en valores promedio, con excepción de la *falta de realización personal*. Los médicos experimentaron niveles superiores de *agotamiento emocional*. En sentido general, las variables moduladoras son independientes del sexo, la profesión y el tiempo de experiencia en el trabajo actual. El papel modulador de los modelos de Personalidad resistente y de Sentido de coherencia respecto del estrés asistencial, fue fundamentado. Los resultados aportan a la prevención del estrés asistencial en los profesionales de la salud.

Palabras clave: estrés laboral, burnout, profesionales de la salud, personalidad resistente, sentido de coherencia

ABSTRACT

Background: Susan Kobasa's and Aaron Antonovsky's psychosocial models named Hardiness and Sense of Coherence, respectively, suggest individual characteristics that can modulate burnout and its

negative consequences for health professionals. **Problem:** Test modulating effect of psychosocial variables upon burnout in health professionals. **Method:** Christine Maslach's MBI-HSS, Susan Kobasa's Personal Point of Views and Aaron Antonovsky's Orientation to Life questionnaires were anonymously administered to 370 health professionals (physicians and nurses) from the first health care level. Odds ratios, *t* test for means differences and Pearson correlation coefficients were calculated. **Results:** Lack of personal accomplishment was the only burnout variable that showed high values. Exhaustion and depersonalization showed medium values according to national norms. Women had lower values than men in lack of personal accomplishment (*burnout*) and control (*hardiness*) variables. Physicians showed higher values than nurses in burnout variables, exhaustion and lack of personal accomplishment. Modulating variables were associated with lower values of burnout variables. **Conclusions:** Exhaustion and depersonalization had medium level values in surveyed health professionals, but lacks of personal accomplishment values were higher. Physicians' levels of exhaustion were higher than nurses' values. In general terms, modulating variables selected were statistically independent from participants' sex, profession and time of work experience. The modulating role upon burnout of Hardiness and Sense of Coherence psychosocial models was supported by the results obtained. These results are of particular significance for the prevention of burnout in health professionals.

Keywords: work stress, burnout, hardiness, sense of coherence, health professionals

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, ciertos factores psicosociales de riesgo para la salud de los trabajadores vienen llamando la atención de los investigadores y profesionales del estudio del comportamiento organizacional, como consecuencia de la mayor intensificación del trabajo y el elevado crecimen-

¹ Licenciado en Psicología, Doctor en Ciencias Psicológicas, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigador Titular, Profesor Titular. Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

² Médico especialista de 1º grado en Psiquiatría. Centro Comunitario de Salud Mental, Municipio Playa, la Habana, Cuba

³ Médico. Universidad Médica de La Habana, La Habana, Cuba

⁴ Técnicas del Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

Correspondencia:

DrC Jorge Juan Román Hernández
Calzada de Bejuca km 7½, N° 3035, entre Heredia y 1ª, La Esperanza, Arroyo Naranjo,
La Habana, CP 10200, Cuba
Tel.: (537) 643 4179
E-mail: roman@infomed.sld.cu

to del sector laboral de servicios. Por ello han sido denominados *riesgos psicosociales emergentes*. Nos referimos fundamentalmente al estrés laboral asistencial, también conocido como desgaste profesional, o por su denominación original en lengua inglesa, *burnout*¹⁻³.

Según el modelo expuesto por Maslach y que ha perdurado en el quehacer profesional hasta nuestros días, el *burnout* o estrés asistencial se encuentra constituido por tres componentes fundamentales, que constituyen un síndrome. Estos son el agotamiento emocional, la despersonalización y los sentimientos de disminución o de falta de realización profesional. En años posteriores, modificó las denominaciones de los dos últimos componentes por cinismo e ineficacia, respectivamente.

El *agotamiento emocional* es la primera reacción al estrés causado por las demandas laborales; se refiere a la sensación de estar emocionalmente extenuado y carente de recursos de respuesta. La *despersonalización*, en este contexto, es una actitud de distancia y frialdad hacia el trabajo y hacia las personas en el trabajo, minimizando el compromiso como un modo de protegerse a sí mismo del agotamiento y la decepción. La *falta de realización personal* constituye un sentido de inadecuación, de incapacidad para trabajar con efectividad y lograr las metas, con pérdida de la estima personal⁴.

El estrés asistencial no solo es responsable de lesiones al bienestar psicológico y a la llamada a la salud física^{5,6}, sino también causa daños al clima psicosocial de los grupos laborales humanos, así como a la calidad y productividad del trabajo. Sus efectos, pues, se manifiestan a los niveles del individuo, de los grupos humanos y de las instituciones laborales.

En Cuba, diversas investigaciones han reflejado la prevalencia del desgaste profesional en grupos laborales específicos, particularmente en los trabajadores de la salud⁷⁻⁹.

Las estrategias de prevención de estos factores de riesgo son, básicamente, las mismas que en otras intervenciones psicosociales: actuar sobre las condiciones de trabajo y actuar sobre los individuos mismos. Las fuentes de estos factores de riesgo se hallan tanto en unas como en los otros¹⁰, y de modo particular se han identificado en los profesionales de la salud^{11,12}.

Maslach y Leiter han identificado seis fuentes del *burnout* sobre las cuales debieran operar las acciones de prevención: la sobrecarga de trabajo, la falta de control sobre el trabajo que se realiza, la falta de recompensa, la falta de comunidad o adecuada interacción con las personas con que se trabaja, la falta de imparcialidad en la consideración del trabajador, los conflictos de valores (Ob. cit. 4. p. 38-60).

Las acciones de prevención al nivel de las condiciones de trabajo son relativamente más obvias, dado que las personas suelen identificar con facilidad aquellas que le ocasionan más agotamiento emocional, aparte que por propia experiencia acumulada sobre estos factores de riesgo, ellas son bastante conocidas en líneas generales.

Respecto a las condiciones individuales, la literatura ha sido menos prolija, y las acciones han ido más dirigidas a atenuar los daños sobre el bienestar subjetivo.

Sin embargo, es posible identificar particularidades individuales que con valor atenuador de las lesiones al bienestar subjetivo y por su intermedio al comportamiento y a la salud física de las condiciones psicosociales laborales nocivas antes mencionadas.

De valor para identificar esas particularidades son los modelos salutogénicos, que han surgido de la más reciente orientación de la investigación en Psicología Organizacional y de la Psicología de la Salud Ocupacional de prestar atención no ya a los elementos que identifican la falta de un adecuado ajuste entre las personas y sus trabajos, como el estrés asistencial, por ejemplo; sino aquellos que promueven un sano y eficiente ajuste.

Diversos conceptos han aparecido en la literatura científica o se han retomado en correspondencia con este enfoque. Entre ellos, el de compromiso (*engagement*) (Ob. cit. 4. p. 122-7), el *fluir* (*flow*), propuesto por Csikszentmihaly¹³, y los modelos de Personalidad Resistente de Susan Kobasa¹⁴ y el del Sentido de Coherencia, de Aaron Antonovsky¹⁵⁻¹⁷. Estos modelos pueden aportar orientaciones para la prevención del estrés psicosocial y las consecuencias de la acción de otros factores de riesgo psicosociales¹⁷. De hecho, A. Shirom ha afirmado que en futuras intervenciones sobre el burnout, los recursos personales de afrontamiento pudieran incrementar su importancia, y entre otros, menciona la resistencia.

La Personalidad Resistente, según el concepto desarrollado por Kobasa entre los años 70-80 como producto de sus estudios de ejecutivos empresariales, es un estilo de resistencia al estrés exhibido por personas con determinados rasgos de la personalidad. Estas características pueden desarrollarse de modo natural en el transcurso de la vida de la persona o pueden ser propositivamente entrenados. Además, la posesión de estas características no hace inmune a la persona de la acción de estímulos estresantes; pero les permiten un mejor enfrentamiento de los mismos.

Esas características que componen la Personalidad Resistente se resumen en las siguientes:

1. *Implicación*: Medida en que el individuo se involucra en las situaciones.
2. *Reto*: Medida en que el individuo percibe que las situaciones complicadas son una oportunidad para crecer.
3. *Control*: Medida en que el individuo está convencido de poder intervenir en el curso de los acontecimientos.

Adicionalmente, la autora propone un indicador global que se obtiene mediante la adición de los valores de cada una de las variables anteriores en el instrumento elaborado para su evaluación (*Points of Views Survey*), la que denomina *hardiness* (resistencia).

Por su parte, Antonovsky propone el modelo de Sentido de Coherencia, en la década de los años 80 y define este

concepto del siguiente modo: “una percepción afectivo-cognoscitiva generalizada por parte del individuo respecto de los estímulos que lo bombardean, en la mayor o menor medida en que los controla. Los estímulos se consideran inteligibles, manejables y significativos; informativos más que inquietantes. Si los factores de estrés se consideran entrópicos e inherentes a la existencia humana, entonces el Sentido de Coherencia, con sus tres componentes inextricablemente entrelazados, representa las fuerzas de la entropía negativa” (Ob. cit. 15, p. 153-4).

Los componentes del Sentido de Coherencia son los siguientes:

1. *Comprensibilidad*: Se refiere a la amplitud con que un individuo percibe con sentido cognoscitivo los estímulos que recibe, siendo la información previsible (ordenada, congruente, clara y estructurada) o imprevisible (inquietante, caótica, desordenada, aleatoria o accidental).
2. *Manejabilidad*: Señala hasta qué punto el individuo percibe que los recursos de que dispone son adecuados para responder a las demandas de los estímulos y se encuentran bajo su control personal o bajo el legítimo control de otros significativos.
3. *Significatividad*: Indica el punto hasta el cual el individuo considera que la vida tiene sentido y que la inversión en recursos para responder a las exigencias y problemas no son cargas, sino desafíos.

Se advertirá que ambos modelos tienen puntos de contacto conceptuales. Estos modelos han sido empleados productivamente en la prevención del estrés en general y en la promoción de la salud psicológica y la calidad de vida. En una investigación con enfermeros de hospitales oncológicos cubanos, comprueban el papel modulador del Sentido de Coherencia y la Personalidad Resistente sobre el estrés asistencial o *burnout*¹⁹.

Es propósito del presente trabajo comprobar y valorar el potencial modulador de los mismos y sus elementos constituyentes para moderar la magnitud de los componentes del estrés asistencial, de modo particular en profesionales de la salud, médicos y enfermeros.

La posibilidad de identificar moduladores de la respuesta de estrés asistencial en ciertas particularidades de la respuesta individual al mismo y a sus condicionantes, ha de tener una repercusión, además, sobre el desempeño laboral y la calidad de los servicios que se prestan.

A los efectos del presente trabajo, de enfoque cuantitativo, se considerará fundamentada la presencia de un modulador cuando:

- Las medias de las variables de estrés asistencial resulten significativamente menores en participantes con valores de los moduladores superiores al promedio grupal.
- Las correlaciones de las variables de estrés asistencial y de las condiciones de carga del trabajo con las variables moduladoras resulten no estadísticamente significativas o negativas.
- Las correlaciones de las condiciones de carga con el estrés asistencial resultan más bajas en participantes con valores de los moduladores superiores al promedio grupal.
- Los valores *odds ratios* (OR) de los moduladores respecto al estrés asistencial resultan significativos e inferiores a la unidad (carácter protector).
- Los valores *odds ratios* (OR) de las condiciones de carga respecto al estrés asistencial significativos y superiores a la unidad, adquieren valores no significativos o más bajos en participantes con valores de los moduladores superiores al promedio grupal.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Tomaron parte en la investigación 370 profesionales de la salud que laboraban en instituciones de salud de primer (21 %) y segundo niveles de atención de La Habana, médicos y enfermeros, de ambos sexos. Del total, el 59 % eran enfermeros y el 72 % eran mujeres. La selección de los participantes solo obedeció a la disposición voluntaria de los mismos al ser visitada la institución por la encuestadora.

La tabla 1 ofrece datos que caracterizan la edad y experiencia laboral de los participantes, en total y por sexos.

Tabla 1
Características de los participantes

Variables (en años)	Hombres		Mujeres		Total	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Edad promedio	38,6	10,9	39,0	10,3	38,9	10,5
Experiencia laboral en la profesión	15,0	9,5	17,3	9,8	16,6	9,8
Experiencia laboral en puesto de trabajo actual	7,7	6,8	9,7	8,1	9,2	7,8

DE Desviación estándar

Características del trabajo

El promedio de pacientes que atienden al día es de 22,1. La exposición a la atención a pacientes fue estimada como superior al 80 % de la jornada laboral por el 59,2 % de los médicos; entre un 60 y 40 % por el 26,2 % de los participantes; entre un 40 y un 20 % por el 6,2 %, e inferior al 20 % un 8,4 % de los participantes. El promedio de horas de trabajo semanal fue estimado en 52,2 horas. En relación con las guardias médicas, el promedio mensual se estimó en 3,1.

Estas tres variables, pacientes atendidos, horas de trabajo semanales y guardias médicas, se tomaron como condiciones de carga en los análisis realizados. Sus valores promedio no difirieron significativamente entre los participantes, con valores superiores o inferiores a la media de las variables moduladoras de los modelos psicológicos examinados, salvo en las variables *comprensibilidad* y *hardiness* del modelo de Resistencia, aunque ello no enmascara su potencial valor modulador, pues los promedios de pacientes atendidos fueron superiores en los participantes con valores altos en los moduladores.

Instrumentos

- Inventario de Burnout de Maslach para servicios humanos (*Maslach Burnout Inventory Human Services*

Survey, MBI-HSS, 1981), de Christine Maslach y Susan Jackson, versión de J. Román, 1999.

- Cuestionario Puntos de vista personales (*Personal Views Survey, PVS, 1982*) de Susan Kobasa.
- Cuestionario de Orientación ante la vida (*Orientation to Life Questionnaire, OLQ, 1987*), de Aaron Antonovsky.

Procedimiento

Los participantes seleccionados fueron informados de los propósitos del estudio y se les solicitó su voluntario consentimiento a tomar parte en el mismo. Un equipo de cuatro entrevistadores, previamente entrenados, entregó los instrumentos, que fueron llenados de modo autónomo y anónimamente por los participantes. Se concedieron y observaron todas las normas de confidencialidad de la información, desde la administración de los instrumentos hasta el procesamiento de datos.

Se estableció como error aceptable de las pruebas estadísticas efectuadas el de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se exponen a continuación los valores de estadígrafos descriptivos de los instrumentos empleados (tabla 2).

Tabla 2
Estadísticas descriptivas

VARIABLES	Media	DE	Percentil 33	Percentil 66	α Cronbach
MBI-AE	34,88	13,73	28	40	0,87
MBI-DP	10,45	5,69	6	11	0,53
MBI-FRP	46,57	7,84	44	51	0,65
PVP-Ret	0,48	0,13	0,41	0,53	0,67
PVP-Com	0,61	0,12	0,56	0,67	0,72
PVP-Ctr	0,67	0,14	0,61	0,75	0,62
PVP-HARD	59,28	10,07	56,05	64,50	0,84
SC-Com	3,98	0,88	3,64	4,27	0,65
SC-Man	4,16	0,86	3,80	4,60	0,53
SC-Sig	4,56	0,91	4,13	5,00	0,59

MBI-AE: Estrés asistencial - Agotamiento emocional; MBI-DP: Estrés asistencial - Despersonalización; MBI-FRP: Estrés asistencial - Falta de realización personal; PVP-Ret: Resistencia - Reto; PVP-Com: Resistencia - Compromiso; PVP-Ctr: Resistencia - Control; PVP-HARD: Resistencia; SC-Com: Sentido de coherencia - Comprensibilidad; SC-Man: Sentido de coherencia - Manejabilidad; SC-Sig: Sentido de coherencia - Significatividad; DE Desviación estándar

Los resultados de la variable de Falta de realización personal del MBI debe ser interpretada en sentido inverso, dado el contenido positivo respecto a la realización personal de sus ítemes. Esto es particularmente impor-

tante en los baremos, que en los casos de los tertiles 33 % y 66 % para la interpretación de los resultados de la escala debieran ser interpretados como “altos” y “bajos”,

respectivamente, respecto a la falta de realización personal.

De los valores anteriores se seleccionarán los tres iniciales del síndrome de estrés asistencial, a fin de compararlos con valores de referencia obtenidos de investigaciones anteriores sobre la población cubana (ver anexo 2). Los otros dos instrumentos aplicados carecen de valores de referencia poblacionales conocidos por los autores.

En relación con las posibles diferencias en las variables fundamentales de la investigación asociadas al sexo, edad, experiencia profesional y experiencia en el puesto de trabajo que ocupaban los participantes en el momento de la administración de los instrumentos, los hallazgos de las pruebas t de diferencias de medias fueron los siguientes: Las mujeres mostraron respuestas inferiores como promedio en los sentimientos de falta de realización personal (mujeres 46,0; hombres 48,0; $p=0,02$) e igualmente en Personalidad Resistente-Control (mujeres 0,66; hombres 0,70; $p=0,03$). No se hallaron otras diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Si este último resultado se interpreta a la luz de las afirmaciones realizadas por Chacón y Grau en su investigación con enfermeras oncológicas, cabría esperar que en los casos más intensamente afectados por el estrés asistencial el control ofrecería ventajas a las mujeres en su enfrentamiento (Ob. cit. 19, p. 74).

En cuanto a la profesión desempeñada, los médicos sufrirían mayor agotamiento emocional que los enfermeros (médicos 37,97; enfermeros 32,74; $p=0,0003$); pero experimentarían en menor medida la falta de realización personal (médicos 47,75; enfermeros 45,76; $p=0,02$).

Las variables cronológicas fueron analizadas según los subgrupos de participantes formados por valores superiores e inferiores a las medias respectivas. Así, los más jóvenes (con edades inferiores al promedio grupal) mostraron valores de Control en Personalidad Resistente superiores (bajos 0,69; altos 0,66; $p=0,02$). Los profesionales con mayor experiencia en el ejercicio de la profesión de salud presentaron menores recursos de manejabilidad, según el modelo de Sentido de Coherencia (altos 4,07; bajos 4,25; $p=0,04$). En este sentido, estas dos variables moduladoras que reflejan el dominio sobre el comportamiento propio se comportan de modo similar, desfavoreciendo a los profesionales de edad y experiencia mayores. La experiencia en el puesto de trabajo actual no exhibió diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables.

La edad y la experiencia laboral constituyen condiciones objetivas que pudieran comportar un valor modulador sobre la respuesta de estrés asistencial, según se ha expuesto. Sin embargo, en cuanto a los niveles de estrés asistencial, pudo comprobarse la no existencia de diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los

componentes del síndrome entre los participantes de diversas edades o antigüedad en el sector salud, o en su puesto laboral.

Seguidamente, se someterán a examen los criterios de validación propuestos de la condición moduladora de los modelos de Kobasa y Antonovsky.

Se inicia este análisis con la propuesta de que las medias de las variables de estrés asistencial resulten significativamente menores en participantes con valores de los moduladores superiores al promedio grupal (tabla 3).

Según puede observarse, solamente en la variable Reto del modelo de Personalidad resistente no se obtiene una diferencia entre las medias de "altos" y "bajos", por lo que el valor de p (en cursivas) no alcanza significación estadística. No obstante ello, puede considerarse en sentido general que el supuesto de partida se cumple.

La segunda propuesta indica que las correlaciones de las variables de estrés asistencial y de las condiciones de carga del trabajo con las variables moduladoras resulten no estadísticamente significativas o negativas (tabla 4).

Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en su totalidad son negativos y significativos, o positivos pero no significativos estadísticamente, por lo que debe considerarse fundamentada la propuesta que generó este análisis.

Debe observarse que de las variables de carga de trabajo, solamente la cantidad de pacientes atendidos, más directamente relacionada con la exposición al servicio a personas, se asoció de modo significativo a algunas de las variables moduladoras, en particular pertenecientes al modelo de Personalidad resistente. Las variables del síndrome de estrés asistencial estuvieron fuertemente asociadas en sentido opuesto (valores negativos y significativos en su casi totalidad) con las variables moduladoras.

La tercera afirmación planteada en el presente trabajo refiere que las correlaciones de las condiciones de carga con el estrés asistencial resultan más bajas en participantes con valores de los moduladores superiores al promedio grupal.

Para su demostración se compararon las correlaciones de las variables de carga de trabajo y de estrés asistencial entre sujetos con valores superiores e inferiores al promedio grupal en cada variable moduladora.

En la tabla 5 se aprecia que la cantidad de pacientes atendidos es la condición de carga de trabajo más fuertemente asociada con los componentes del síndrome de estrés asistencial, dado que todos los coeficientes de correlación son estadísticamente significativos. La cantidad de horas trabajadas en la semana no mostró correlación significativa alguna y la cantidad de guardias al mes solo con el componente de agotamiento emocional.

Tabla 3
Diferencias de medias de estrés asistencial en altos y bajos en moduladores

VARIABLES	ESTADÍGRAFOS	MBI-AE	MBI-DP	MBI-FRP
PVP-Ret	Media bajos	36,63	11,06	46,5
	Media altos	33,19	9,90	46,6
	Valor t	2,42	1,96	0,12
	p	0,02	0,05	0,90
PVP-Com	Media bajos	38,42	12,18	44,26
	Media altos	31,38	8,77	48,71
	Valor t	5,09	6,07	5,66
	p	0,00	0,00	0,00
PVP-Ctr	Media bajos	38,92	12,61	44,33
	Media altos	30,84	8,44	48,80
	Valor t	5,90	7,50	5,72
	p	0,00	0,00	0,00
PVP-HARD	Media bajos	38,02	12,06	44,62
	Media altos	31,41	8,81	48,59
	Valor t	4,77	5,72	5,02
	p	0,00	0,00	0,00
SC-Com	Media bajos	37,08	11,54	45,35
	Media altos	32,60	9,32	47,85
	Valor t	3,17	3,81	3,09
	p	0,00	0,00	0,00
SC-Man	Media bajos	37,83	12,16	45,26
	Media altos	31,95	8,76	47,88
	Valor t	4,21	6,00	3,25
	p	0,00	0,00	0,00
SC-Sig	Media bajos	38,84	12,10	45,16
	Media altos	31,27	8,89	47,78
	Valor t	5,51	5,76	3,24
	p	0,00	0,00	0,00

MBI-AE: Estrés asistencial - Agotamiento emocional; MBI-DP: Estrés asistencial - Despersonalización; MBI-FRP: Estrés asistencial - Falta de realización personal; PVP-Ret: Resistencia - Reto; PVP-Com: Resistencia - Compromiso; PVP-Ctr: Resistencia - Control; PVP-HARD: Resistencia; SC-Com: Sentido de coherencia - Comprensibilidad; SC-Man: Sentido de coherencia - Manejabilidad; SC-Sig: Sentido de coherencia - Significatividad.

Tabla 4
Correlaciones de variables de carga de trabajo y estrés asistencial con moduladores

VARIABLES	PVP-Ret	PVP-Com	PVP-Ctr	PVP-HARD	SC-Com	SC-Man	SC-Sig
Pacientes	<i>0,02</i>	-0,19	-0,11	-0,13	<i>-0,03</i>	<i>-0,10</i>	<i>-0,10</i>
Horas semana	<i>0,02</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,01</i>	<i>0,04</i>	<i>-0,56</i>	<i>-0,04</i>
MBI-AE	-0,22	-0,27	-0,35	-0,36	-0,23	-0,35	-0,34
MBI-DP	-0,12	-0,34	-0,45	-0,39	-0,21	-0,37	-0,32
MBI-FRP	<i>-0,01</i>	0,32	0,37	0,30	0,14	0,26	0,18

Pacientes: Cantidad de pacientes atendidos como promedio diariamente; Horas semana: Horas trabajadas habitualmente cada semana; Guardias mes: MBI-AE: Estrés asistencial - Agotamiento emocional; MBI-DP: Estrés asistencial - Despersonalización; MBI-FRP: Estrés asistencial - Falta de realización personal; PVP-Ret: Resistencia - Reto; PVP-Com: Resistencia - Compromiso; PVP-Ctr: Resistencia - Control; PVP-HARD: Resistencia; SC-Com: Sentido de coherencia - Comprensibilidad; SC-Man: Sentido de coherencia - Manejabilidad; SC-Sig: Sentido de coherencia - Significatividad

Nota: Valores no significativos estadísticamente ($p \leq 0,05$) aparecen en cursivas

Tabla 5
Correlaciones de variables de carga de trabajo y estrés asistencial

Variables	MBI-AE	MBI-DP	MBI-FRP
Pacientes	0,19	0,19	-0,16
Horas semana	-0,00	-0,03	-0,01
Guardias mes	0,18	0,09	0,05

Pacientes: Cantidad de pacientes atendidos como promedio diariamente; Horas semana: Horas trabajadas habitualmente cada semana; Guardias mes: Cantidad de guardias médicas realizadas comúnmente cada mes; MBI-AE: Estrés asistencial - Agotamiento emocional; MBI-DP: Estrés asistencial - Despersonalización; MBI-FRP: Estrés asistencial - Falta de realización personal.

Nota: Valores no significativos estadísticamente ($p \leq 0,05$) aparecen en cursivas

A los fines de demostrar el supuesto de que las asociaciones anteriores se modifican al contrastar sus valores en los participantes con valores superiores o inferiores al promedio en las variables moduladoras, se calcularon los coeficientes de correlación en los subgrupos “altos” y “bajos”, respectivamente, con valores superiores o inferiores a la media de cada variable moduladora. En total se calcularon 84 coeficientes Pearson de correlación (2 variables de carga de trabajo x 3 variables de estrés asistencial x 7 variables moduladoras x 2 grupos de participantes). Se excluyó la variable *horas semana* por no mostrar asociaciones significativas con el estrés asistencial.

Del total de coeficientes calculados en ambos grupos, solo 7 fueron superiores en el grupo de participantes con valores bajo el promedio en las variables moduladoras, ninguno de los cuales alcanzó significación estadística. Se calcularon las diferencias entre “bajos” y “altos” entre los coeficientes de correlación de las variables de carga de trabajo con las de estrés asistencial.

De un total de 42 diferencias calculadas, 10 fueron significativamente superiores en el grupo “bajo” y no se obtuvo ninguna con similar nivel en el grupo “altos”. A continuación se presentan entre paréntesis los coeficientes de correlación en “bajos” vs. “altos”. En Personalidad resistente: Compromiso, Pacientes-Agotamiento (0,22 vs. 0,01); Pacientes-Falta de realización personal (0,24 vs. 0,08); Control, Pacientes-Agotamiento (0,29 vs. -0,02); Hardiness, Pacientes-Agotamiento (0,25 vs. 0,02). En Sentido de coherencia: Manejabilidad (0,28 vs. 0,03), Pacientes-Despersonalización (0,25 vs. 0,04); Significatividad, Pacientes-Agotamiento (0,28 vs. 0,05), Pacientes-Despersonalización (0,27 vs. 0,01), Pacientes-Falta de realización personal (0,26 vs. 0,04), Guardias-Agotamiento (0,27 vs. 0,09).

Los resultados anteriormente expuestos apoyan la tesis del valor modulador que fue propuesta.

La siguiente propuesta para fundamentar el papel modulador de las variables de los modelos de Personalidad resistente y del Sentido de coherencia expresa que los valores *odds ratios* (OR) de los moduladores respecto al estrés asistencial resultan significativos e inferiores a la unidad (carácter protector).

En la tabla 6 se constata que solo en tres variables moduladoras no se comprobó su condición protectora respecto de los

componentes del estrés asistencial. Estos resultados avalan el presupuesto de la condición moduladora de las variables de los modelos de Personalidad resistente y del Sentido de coherencia.

La quinta y última propuesta para fundamentar el carácter modulador de las variables de Personalidad resistente y Sentido de coherencia propone que los valores *odds ratios* (OR) de las condiciones de carga respecto al estrés asistencial significativos y superiores a la unidad, adquieren valores no significativos o más bajos en participantes con valores de los moduladores superiores al promedio grupal.

Para examinar este supuesto se tomó la exposición a pacientes como condición de carga de trabajo en calidad de potencial riesgo de estrés asistencial en sus tres variables componentes.

Como consideración inicial se exponen los OR de la variable cantidad de pacientes atendidos sobre las variables de estrés asistencial. En todas ellas se comporta como un factor de riesgo. Para dicotomizar las distribuciones de las variables se tomaron como referencias sus respectivas medias. Se exponen los valores OR obtenidos y entre paréntesis sus límites de confianza inferior y superior: Agotamiento 1,82 (1,16-2,85), Despersonalización 1,60 (1,02-2,51), Falta de realización personal 1,99 (1,26-3,13).

Similares determinaciones fueron realizadas en los grupos formados por los participantes que obtuvieron valores en las variables moduladoras superiores a la media grupal.

Solamente cuatro razones OR fueron significativas en los grupos controlados por las variables moduladoras. Estas fueron, de Personalidad resistente, Reto en la relación Pacientes-Despersonalización OR=2,13 (1,10 – 2,29) y en la relación Pacientes-Falta de realización personal OR=2,52 (1,31-4,86); de Sentido de coherencia, Comprensibilidad en la relación Pacientes-Falta de realización personal OR=2,19 (1,11-4,33) y Manejabilidad en la relación Pacientes-Falta de realización personal OR=2,13 (1,08-3,11).

Las restantes 17 razones OR controladas por las variables moduladoras despojaron a la variable de carga de trabajo (cantidad de pacientes atendidos) de su condición de riesgo de estrés asistencial.

Con las salvedades apuntadas anteriormente, puede considerarse fundamentada la propuesta analizada.

Tabla 6
Valores OR de las variables moduladoras

Variables		OR	Límites de confianza
PVP Reto	Agotamiento emocional	0,62	0,40 – 0,96
	Despersonalización	0,61	0,39 – 0,94
	Falta de realización personal	NS	
PVP Compromiso	Agotamiento emocional	0,39	0,25 – 0,61
	Despersonalización	0,41	0,26 – 0,64
	Falta de realización personal	0,27	0,17 – 0,42
PVP Control	Agotamiento emocional	0,47	0,30 – 0,73
	Despersonalización	0,26	0,16 – 0,41
	Falta de realización personal	0,32	0,20 – 0,50
PVP Hardiness	Agotamiento emocional	0,42	0,27 – 0,66
	Despersonalización	0,41	0,26 – 0,64
	Falta de realización personal	0,34	0,21 – 0,53
SC Comprensibilidad	Agotamiento emocional	NS	
	Despersonalización	0,64	0,42 – 1,00
	Falta de realización personal	NS	
SC Manejabilidad	Agotamiento emocional	0,56	0,36 – 0,86
	Despersonalización	0,38	0,24 – 0,59
	Falta de realización personal	0,50	0,32 – 0,78
SC Significatividad	Agotamiento emocional	0,48	0,31 – 0,74
	Despersonalización	0,37	0,23 – 0,57
	Falta de realización personal	0,50	0,32 – 0,77

NS: No significativo $p \leq 0,05$

En síntesis, el estrés asistencial se encuentra en valores promedio entre los participantes estudiados, con excepción del componente de la percepción de falta de realización personal el que puede traducirse en sentimientos de incapacidad para trabajar con efectividad y obtener los resultados esperados. Esto resulta más notorio entre las mujeres médicas. En cuanto a la profesión, los médicos experimentan niveles superiores de agotamiento emocional que los enfermeros.

En sentido general, las variables moduladoras son independientes de las diferencias por sexo, la profesión y la experiencia en el desempeño del puesto de trabajo actual. Sin embargo, la tendencia al control interno del comportamiento resulta mayor en los profesionales más jóvenes.

El papel modulador de los modelos de Personalidad resistente y de Sentido de coherencia respecto del estrés asistencial en los componentes de este síndrome según Maslach (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) ha sido fundamentado en los análisis efectuados.

El carácter modulador de las variables de los modelos salutogénicos antes mencionados se manifiesta en la disminución de los valores promedio de los componentes del estrés asistencial; en valores bajos o negativos de las asociaciones entre esos modelo y las condiciones

objetivas de carga o las de estrés asistencial; en la disminución de la magnitud de las asociaciones entre las condiciones objetivas de trabajo generadoras de carga y el estrés asistencial; en el carácter protector de sus variables respecto a los componentes del estrés asistencial; y finalmente, en la regulación o desaparición del carácter riesgoso de la exposición a condiciones objetivas de carga respecto del estrés asistencial.

Con excepciones siempre minoritarias, los datos obtenidos en la investigación han servido de confirmación de los supuestos anteriores.

Estos resultados apuntan hacia una vía de prevención del estrés asistencial en los profesionales de la salud y de promoción de su bienestar en el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Research Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1981.
2. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981;2:99-113.
3. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1996.

4. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout. San Francisco: Jossey Bass Publishers; 1997.
5. Honkonen T, Ahola K. The association between burnout and physical illness in the general population. Results from the Finish Health 2000 Study. *J. Psychosom Res.* 2006;61(1):59-66.
6. Román J. Burnout o síndrome del estrés asistencial. *Protección y Seguridad (P&S).* 2001;47(276):7-14.
7. Román J. Estrés y burnout en profesionales de la salud de niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2003;29(2):103-10.
8. Román J. Burnout en médicos. En: Carrión MA, López F, Tous J, eds. Evaluación e intervención psicosocial. Colección Psicosociología de la Salud Ocupacional. Barcelona: AEPa; 2007. p. 33-59.
9. Chacón M, Grau J, Hernández L, Hernández E, Román J. El desgaste profesional o burnout como problema de la Psicología de la Salud: su control en los equipos de salud. En: Hernández E, Grau J, eds. La Psicología de la Salud: fundamentos, metodología, aplicaciones. Guadalajara: CUCS; 2005. p. 645-77.
10. Kalimo R, El Batawi M, Cooper C, eds. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1988.
11. Benevides AMT. El síndrome de burnout en Brasil y su expresión en el ámbito médico. En: Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B (Coordinadores). El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide; 2007. p. 187-201.
12. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: A social psychological analysis. En: Sanders G, Suls J, eds. Social Psychology of Health and illness. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum; 1982.
13. Csikszentmihalyi, M. Flow: The psychology of optimal experience. New York: Harper; 1990.
14. Peñacoba C, Moreno B. El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología.* 1998;58:61-96.
15. Antonovsky A. Factores saludables en el trabajo: el sentido de coherencia. En: Kalimo R, El Batawi M, Cooper C, eds. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1988. p. 151-65.
16. Albertsen K, Nielsen M, Borg V. The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: the main, mediating and moderating role of sense of coherence. *Work & Stress.* 2001;15(3):241-53.
17. Söderfeldt M, Söderfeldt B. The impact of sense of coherence and high-demand-low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work & Stress.* 2000;14(1):1-15.
18. Shirom A. Employee burnout and health. Current knowledge and future research paths. En: J Houdmont, S Leka, eds. Contemporary occupational health psychology. Global perspectives on research and practice. V. 1. Chapter 4. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010. p. 59-76.
19. Chacón M, Grau JA. Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud.* 2004;14(1):67-78.

Recibido: 20 de octubre de 2011 **Aprobado:** 8 de agosto de 2012