

ESTRÉS LABORAL, TRABAJO EMOCIONAL Y SALUD EN PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA REHABILITACIÓN

OCCUPATIONAL STRESS, EMOTIONAL WORK AND HEALTH IN PROFESSIONALS OF REHABILITATION SERVICES

Gisela Blanco Gómez¹

RESUMEN

Introducción: Los profesionales de la salud, entre ellos los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, tienen múltiples exigencias laborales. Este estudio trata de aportar datos sobre algunos de los efectos que sobre la salud de estos trabajadores, pueden producir los riesgos ocupacionales a los cuales están expuestos, en especial la tensión en el trabajo y las exigencias emocionales, riesgos que han sido reportados en otros profesionales de la salud, como en el caso de enfermeros y médicos. Se trata de cuidar la salud de quienes se encargan del bienestar de otros: ¿quién cuida al cuidador? **Objetivo:** determinar la influencia del estrés laboral (bajo el modelo de equilibrio esfuerzo-recompensa ERI) y el trabajo emocional sobre la salud auto percibida en un grupo laboral muy poco estudiado en Venezuela como son los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. **Material y método:** La muestra estuvo conformada por 339 profesionales -222 fisioterapeutas y 117 terapeutas ocupacionales-, a quienes se les aplicaron los cuestionarios sobre estrés laboral (ERI), trabajo emocional (TREMO), salud auto percibida y autoestima. **Resultados:** El grupo estudiado presentó altos niveles de recompensa en su trabajo y niveles promedio de esfuerzo e implicación. A través del modelo de regresión lineal, se observó que la dimensión recompensa contribuye de forma significativa a explicar algunas dimensiones de la salud auto-percibida y la autoestima. En cuanto al trabajo emocional, variable de la cual no se han encontrado reportadas experiencias en el país, casi todas sus dimensiones logran predecir la salud; evidenciándose que las exigencias emocionales del trabajo tienen un impacto negativo sobre la salud de este grupo de trabajadores.

Palabras clave: estrés laboral, trabajo emocional, salud autopercebida

ABSTRACT

Introduction: Health professionals, included occupational therapists and physiotherapists, have multiple demands of work. This study intends to provide data on some of the health effects of workers that can be caused by exposure to occupational hazards, particularly work tension and emotional exigencies, reported in other professionals such as nurses and physicians. **Objective:** To determine the influence of work stress and emotional work on self-perceived health in a little studied labor group in Venezuela, such as occupational therapists and physiotherapists. **Material and method:** The sample consisted of 339 professionals: 222 physiotherapists and 117 occupational therapists, to

whom questionnaires on work stress, emotional work self-perceived health, and self-esteem were applied. **Results:** The studied group presented high levels of reward in its work and average levels of effort and implication. Through the model of linear regression, it was observed that the dimension *reward* contributes significantly to explain some dimensions of the self-perceived health and the self-esteem. As far as the emotional work, almost all its dimensions can predict the health status, demonstrating itself that the emotional exigencies of the work have a negative impact on the health of this group of workers.

Keywords: labor stress, emotional labor, self-perceived health

INTRODUCCIÓN

El mundo del trabajo es una parte esencial del ser humano que influye en su salud y en su calidad de vida, tanto de forma positiva como negativa. El trabajo puede proveer objetivos y sentido a la vida, dar estructura y contenido a la cotidianidad, ofrecer respeto, reconocimiento, soporte social y recompensa económica¹.

Los ambientes de trabajo saludables han sido caracterizados de diversas maneras; sin embargo, existen características generales, como por ejemplo, que las demandas laborales sean óptimas (y no máximas), que los trabajadores cuenten con un grado razonable de autonomía y que el ambiente de trabajo sea amigable y acogedor. En cambio, cuando las condiciones son las opuestas, y en especial si se mantienen crónicamente, las probabilidades de desencadenar o acelerar el curso de enfermedades preexistentes son muy altas^{1,2}.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) hoy en día reconoce que el entorno laboral puede ser un agente capaz de deteriorar la salud de las personas durante el desempeño de su trabajo, y que puede llegar a producir estrés³.

En general, la mayoría de las personas en algún momento experimentan estrés que se relaciona con sus ocupa-

¹ Profesora Asociada. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela

Correspondencia:

Gisela Blanco Gómez
Complejo hospitalario José Ignacio Baldo, Escuela de Salud Pública El Algodonal,
Antimano, Caracas, Venezuela
E-mail: giblanco5@yahoo.com

Agradecimiento:

Al Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la Universidad Central de Venezuela, por el financiamiento del proyecto de investigación.

ciones. Para algunas, estas situaciones estresantes son menores y de corta duración, y por tanto, tienen poco impacto sobre su salud y bienestar. Pero para muchos otros, el estrés es continuo y por períodos largos de tiempo. Estos últimos son los que presentan mayores riesgos de experimentar efectos negativos sobre su salud y bienestar.

Existen diversos modelos que intentan explicar las variables que influyen en la aparición del estrés laboral; uno de ellos es el modelo denominado Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (effort-reward imbalance model ERI), propuesto por el alemán Johannes Siegrist^{25, 26} en el año 1996, el cual tiene un enfoque ocupacional y sociológico. Es un modelo construido sobre la noción de reciprocidad social, un principio fundamental de la conducta interpersonal y del intercambio social.⁴

Este modelo describe dos dimensiones, esfuerzo y recompensa, como variables fundamentales, combinando información sobre las demandas y las recompensas en el trabajo (componente extrínseco), con información acerca de las características personales de cómo afrontar esas demandas y desafíos en el trabajo (componente intrínseco), y están determinadas por un elevado compromiso con el trabajo y una alta necesidad de aprobación. La combinación de la información que aportan ambos componentes proporciona una estimación más exacta de la tensión total atribuible a la vida laboral, que la consideración de una sola de ellas, bien sea la personal o la del contexto laboral.⁵

Por otra parte, el modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa señala que algunos trabajadores muestran un patrón de afrontamiento denominado 'sobrecompromiso', 'sobreimplicación' o implicación (*overcommitment*) ante las demandas de trabajo. Este patrón de afrontamiento define un conjunto de actitudes, comportamientos y emociones que reflejan un excesivo esfuerzo en combinación con un fuerte deseo de ser aprobado y estimado. Es común que las personas con características de sobrecompromiso tiendan a exagerar sus esfuerzos. El esfuerzo excesivo, según muestran las evidencias, es el resultado de una distorsión perceptual (se subestima el reto, por ejemplo) a la que le subyace la motivación de experimentar estima y aprobación.⁶

El modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa ha sido utilizado en diversas investigaciones que han intentado relacionar el impacto del modelo y su relación con la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, la aparición de problemas gastrointestinales y alteraciones psíquicas.⁷

Las consecuencias individuales más frecuentes son las que afectan la salud del y la trabajador/a, que pueden ir desde enfermedades cardiovasculares, desajustes emocionales, problemas músculoesqueléticos y digestivos, entre otros, y las que afectan a las organizaciones como son el absentismo, la propensión al abandono del puesto, la disminución del compromiso e interés en las actividades laborales, aumento de conflictos institucionales y disminución en la calidad de la atención.⁸

Para los profesionales asistenciales, las causas de estrés laboral pueden ser múltiples: el contacto directo con el sufrimiento, la cercanía de la muerte, la sobrecarga por el volumen de pacientes a atender conjuntamente con sus propias demandas o por no contar con los recursos necesarios, el trabajo por turno, la incertidumbre en la evolución de los tratamientos, la gran variedad de tareas que el mismo empleado tiene que realizar, son solo algunas de las múltiples variables derivadas de la organización, sin contar con las numerosas variables extralaborales.⁹

Por otra parte, en las últimas dos décadas se han producido avances sustanciales para entender la estructura y el funcionamiento de las emociones y la afectividad sobre la conducta humana y su impacto en el ambiente laboral¹⁰⁻¹³. Por mucho tiempo las emociones fueron ignoradas dentro de este contexto bajo la premisa de que el ambiente de trabajo era visto como 'un ambiente racional y frío', donde las emociones no tenían cabida.⁴ Esta visión se ha ido desvaneciendo poco a poco a medida que más investigaciones han ido demostrando cómo las emociones en el trabajo pueden ayudar a explicar importantes fenómenos tanto individuales como organizacionales.¹² Específicamente en el ámbito laboral, las emociones han demostrado jugar un rol fundamental en aspectos tales como la satisfacción laboral, el funcionamiento grupal, el liderazgo, la violencia y el acoso, y más recientemente el denominado trabajo emocional como característica intrínseca del puesto de trabajo y su influencia en la organización.^{10,13}

El trabajo emocional en la actualidad se entiende como los requerimientos profesionales que implican mostrar las emociones apropiadas para dar una imagen determinada en el ámbito profesional, y también el esfuerzo, planificación y control necesarios para expresar en la organización las emociones deseadas en las relaciones interpersonales propias del intercambio en la atención y/o prestación de servicios.¹⁴

Los trabajos de prestación de servicios se caracterizan porque requieren un contacto directo con el cliente, paciente o usuario, la mayor parte de la jornada laboral; como por ejemplo, médicos, enfermeras, docentes, policías, mesoneros, cajeros y teleoperadores, entre otros. Este tipo de trabajadores se diferencia del resto porque en su jornada laboral no solo debe realizar tareas físicas o mentales, si no que también debe expresar emociones durante las interacciones que realiza cara a cara con sus receptores del servicio. En las interacciones sociales las personas intentan crear ciertas impresiones mostrando las emociones adecuadas para la situación, o para que su imagen no se vea amenazada.¹⁶

Las organizaciones del área de la salud tienen el compromiso de atender y cuidar a los que acuden en búsqueda de los diferentes servicios; el personal encargado de asistirlos se organiza en grupos funcionales según las tareas que desempeñan; de esta manera tenemos los grupos de médicos, enfermeras, personal técnico, auxiliares y administradores, entre otros. Dada la complejidad en el funcionamiento de un centro de salud, son múltiples los desajustes que

pueden ocurrir, desde las fuerzas externas hasta la dificultad personal para adaptarse a los cambios diarios; cuando estos ajustes son inadecuados y la persona percibe que no dispone de recursos suficientes para afrontarlos o neutralizarlos, puede surgir el estrés^{17,18}.

El trabajo emocional pareciera ser un requisito indispensable para desempeñar puestos de trabajo que supongan relación interpersonal, es por ello que cada día cobra más importancia y es un factor a tomar en cuenta para la prevención de posibles consecuencias negativas sobre la salud de los trabajadores. El hecho de que las exigencias emocionales formen parte de las demandas del puesto de trabajo, hace que se preste especial atención a esta variable en un sector como es la asistencia en salud, que requiere de un despliegue de emociones variadas, complejas y en ocasiones disonantes. Es por ello que resultará esclarecedor conocer cómo se expresan en el grupo de trabajadores de la rehabilitación estos profesionales que están permanentemente en contacto directo con pacientes o usuarios, lo que implica que tengan que manejar tanto la regulación como el control de sus emociones, un riesgo más al cual podrían estar expuestos.

MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo principal de esta investigación fue determinar la influencia del estrés laboral (esfuerzo-recompensa-implicación) y el trabajo emocional sobre la salud autopercibida en un grupo particular y poco estudiado en Venezue-

la como es el de los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas.

Diseño

Se trata de un estudio de tipo no experimental, explicativo; con un diseño de investigación transversal.

Muestra

La muestra es no probabilística de tipo intencional, siendo los criterios de inclusión los siguientes:

1. Tener el título de terapeuta ocupacional o de fisioterapeuta.
2. Ser titulares de cargo con por lo menos un año de experiencia en el mismo.
3. Que se desempeñaran en cualquier turno (mañana o tarde) o en ambos dentro de la actividad asistencial en el Distrito Capital.

La muestra final estuvo conformada por 339 participantes, de ellos 222 fueron fisioterapeutas y 117 terapeutas ocupacionales; siendo la mayoría mujeres.

Con respecto a la edad, el promedio fue de 34 años, siendo la menor edad 20 y la mayor 70 años. En cuanto al desempeño de funciones de supervisión, la mayor parte del grupo no realizaba estas funciones (69,3 %) (tabla 1).

Tabla 1
Descripción de las variables sociodemográficas

Variables		N	%
Ocupación	Fisioterapeutas	222	65,48
	Terapeutas ocupacionales	117	34,51
Sexo	Femenino	263	77,58
	Masculino	76	22,41
Funciones de supervisión	Sí	104	30,67
	No	235	69,32

N = 339

Instrumentos

1. Estrés laboral (esfuerzo-recompensa-implicación): Versión española del cuestionario del Modelo de Esfuerzo-Recompensa-Implicación (ERI), elaborado por Siegrist en 1990 y adaptado por Macías et al⁵. El cuestionario consta de dos partes y 23 ítems en total. La primera parte comprende 17 ítems y registra información sobre la apreciación del trabajador en relación a su situación laboral en lo referente al esfuerzo extrínseco y a la recompensa profesional (componente extrínseco). La segunda parte comprende 6 ítems y evalúa el grado

de implicación vivido por el trabajador en su puesto de trabajo (componente intrínseco). Los 23 ítems tienen una escala tipo Likert. Para la primera parte que evalúa las dimensiones de esfuerzo extrínseco y "recompensa, se utilizan dos escalas respectivamente de 5 puntos cada una, donde 1 significa que 'no me afecta', hasta 5, 'sí me afecta muchísimo'. La puntuación total de la escala de esfuerzo extrínseco resulta de la suma de todos los ítems. Por tanto, el rango de puntuación va entre 5 y 25, donde los puntajes altos indican un esfuerzo extrínseco en el trabajo tal como lo experimenta el sujeto.

La puntuación para la escala de recompensa oscila entre 11 y 55. Una puntuación de cerca de 11 significa, por tanto, una recompensa baja. Para la segunda parte, los ítems tienen una escala tipo Likert de 4 intervalos en lugar de 5. Las respuestas se codifican del 1 al 4, donde 1 significa 'muy en desacuerdo' hasta 4 'muy de acuerdo'. Se obtienen en esta escala valores con un intervalo entre 6 y 24. El ítem 20 tiene un sentido negativo y, por ello, exige una codificación inversa al resto. En esta escala una puntuación alta define una condición de alto riesgo con relación al resto.

La validez de contenido para la escala original se obtuvo una vez realizado el análisis factorial; los resultados fueron de 64 % de varianza explicada para la escala de esfuerzo extrínseco, 56 % para la escala de recompensa y 63,27 % para la escala de implicación. La consistencia interna, según el coeficiente alfa de Cronbach, alcanzó 0,80, excepto para la escala de esfuerzo extrínseco, cuyo alfa de Cronbach fue de 0,63²⁷. Para efectos de esta investigación, fue necesario realizar una prueba piloto para validar este cuestionario, el cual no había sido utilizado en nuestro país. Luego de utilizar un análisis factorial exploratorio, se mantienen las tres dimensiones (esfuerzo, recompensa e implicación) de la estructura factorial del instrumento original. En cuanto a la confiabilidad, para la consistencia interna de las dimensiones esfuerzo y recompensa se obtuvieron valores superiores a 0,80, no así para la dimensión implicación, que dio por debajo de lo esperado (0,57); este hallazgo no se corresponde con la versión española, en que se encontró un alfa de 0,81.

2. Cuestionario sobre trabajo emocional: Se utilizó el cuestionario de Trabajo Emocional (TREMO) de Moreno-Jiménez, Gálvez y Garrosa¹⁹. Consta de 20 ítems a ser respondido mediante una escala likert de cuatro puntos que evalúa la frecuencia con la que se dan determinadas situaciones emocionales en el trabajo. Los autores señalan que han obtenido un alfa de Cronbach de 0,86. Por otra parte, al realizar el análisis factorial han reportado cinco dimensiones: 1) normas organizacionales sobre las emociones (alfa = 0,6475), 2) discriminación emocional (alfa = 0,6011), 3) expresión de las

emociones positivas (alfa = 0,7443), 4) control de emociones negativas (alfa = 0,6379), y 5) disonancia emocional (alfa = 0,6714).

En el estudio piloto realizado para la validación de este cuestionario aquí en nuestro país, encontramos coincidencia en los factores. En cuanto a la fiabilidad, para el total del cuestionario fue de 0,84, utilizando el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, correspondiente a la validación realizada en Venezuela. En relación a la fiabilidad de los factores, se encontraron valores satisfactorios, los cuales oscilan entre 0,81 y 0,63, con excepción de la dimensión denominada *control de las emociones negativas*, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,49.

3. Salud general autopercebida: Cuestionario de salud general desarrollado por Golberg y Williams²⁰. Su objetivo es explorar, por medio de síntomas generales, formas de trastorno psiquiátrico, e identificar individuos con problemas mentales y calidad de vida. Adaptado al español por Molina y Andrade²¹ en una versión abreviada de 28 ítems.
4. Autoestima: se utilizó el instrumento diseñado por Jonson²², el cual está conformado por 7 ítems relacionados con la percepción afectiva de sí mismo y la percepción que tienen los otros, siendo la confiabilidad obtenida en la prueba piloto de 0,90.

RESULTADOS

En cuanto al estrés laboral, en la tabla 2 se puede apreciar que los participantes perciben realizar un esfuerzo promedio, al igual que la percepción subjetiva de implicación. En la dimensión de recompensa se aprecian valores altos, lo que es indicativo de que los participantes perciben altos niveles de recompensa en sus trabajos. En cuanto al análisis de fiabilidad, para la dimensión de recompensa se aprecia el mayor índice, seguida por la dimensión de esfuerzo y luego implicación. En general, se pueden observar valores de fiabilidad satisfactorios.

Tabla 2
Índice de fiabilidad y estadísticos descriptivos de las dimensiones del cuestionario de estrés laboral (esfuerzo-recompensa-implicación)

Variable de estudio	Media	Desviación típica	Valores mínimo y máximo	Alfa de Cronbach
Esfuerzo	14,84	4,25	6-30	0,73
Recompensa	40,41	8,81	11-55	0,84
Implicación	12,94	3,24	6-24	0,62

N = 339

En relación al trabajo emocional, la dimensión disonancia emocional (consiste en la no coincidencia de la experiencia emocional del trabajador con la expresión emocional que es requerida por la situación laboral y es percibida en un nivel medio, al igual que la dimensión referida a las normas organizacionales (existencia de normas, reglas, valores, actitudes implícitas o explícitas; dentro de la organización o institución relacionada con aspectos del manejo de determinadas emociones durante la realización del trabajo). En cuanto a la expresión de emociones positivas (necesidad de expresar emociones positivas como simpatía, buen humor, con la finalidad de cumplir parte de las exigencias laborales), es percibi-

da por los participantes como medio alto. La discriminación emocional (actitud y sensibilidad que requiere el trabajador para atender a las emociones de los clientes, usuarios o pacientes) es percibida con niveles altos, al igual que el control de emociones negativas (referido a controlar u ocultar las emociones negativas tales como molestia, rabia, malestar, etc.), con el fin de cumplir requerimientos laborales.

Con la fiabilidad de los factores se encontraron valores satisfactorios, los cuales oscilan entre 0,80 y 0,65, con excepción de la dimensión denominada control de las emociones negativas, donde se obtuvo un alfa de Cronbach bajo (0,43) (tabla 3).

Tabla 3
Índice de fiabilidad y estadísticos descriptivos de las dimensiones del cuestionario de trabajo emocional

Variable de estudio	Media	Desviación típica	Valores mínimo y máximo	Alfa de Cronbach
Disonancia emocional	12,00	3,25	6-21	0,65
Normas organizacionales	7,87	3,11	4-16	0,74
Expresión de emociones positivas	10,72	2,60	4-16	0,80
Discriminación emocional	9,20	2,18	3-12	0,66
Control de las emociones negativas	8,64	1,97	3-12	0,43

N = 339

En la tabla 4 pueden observarse las cuatro dimensiones del cuestionario sobre salud; los descriptivos indican que los participantes reportan tener en general una buena salud, con excepción de la dimensión de síntomas somáticos, que presenta valores moderadamente altos. En

cuanto a la medida positiva de salud como es la autoestima, la reportan en niveles altos. La fiabilidad arroja altos coeficientes de alfa de Cronbach, lo que indica altos niveles de consistencia interna en todas las dimensiones de la variable salud.

Tabla 4
Índice de fiabilidad y estadísticos descriptivos de las dimensiones del cuestionario de salud

Variable de estudio	Media	Desviación típica	Valores mínimo y máximo	Alfa de Cronbach
Ansiedad e insomnio	8,26	5,79	0-21	0,91
Depresión grave	4,93	6,40	0-21	0,96
Disfunción social	6,67	4,43	0-15	0,85
Síntomas somáticos	17,43	3,42	7-25	0,81
Autoestima	24,08	4,04	7-28	0,98

N = 339

En el análisis de las correlaciones entre las variables estudiadas se pueden observar que en cuanto al tipo de profesión se aprecia que los fisioterapeutas reportan un mayor esfuerzo laboral ($r = 0,166$; $p < 0,01$) y una mayor expresión de emociones positivas en el trabajo ($r = 0,151$; $p < 0,01$). La percepción de altas recompensas en el trabajo se asocia de forma significativa y negativa con ansiedad ($r = -0,120$; $p < 0,05$), disfunción social ($r = -0,115$; $p < 0,05$) y se asocia de forma

positiva con autoestima ($r = 0,138$; $p < 0,05$). A mayor implicación en el trabajo, mayor ansiedad ($r = 0,111$; $p < 0,05$). Los niveles de disonancia emocional altos se asocian con mayor ansiedad ($r = 0,145$; $p < 0,01$), síntomas ($r = 0,451$; $p < 0,01$) y menor autoestima ($r = -0,184$; $p < 0,01$). La presencia de normas organizacionales sobre el manejo de las emociones se asocia con síntomas ($r = 0,584$; $p < 0,01$). A mayor expresión de emociones positivas, mayor la autoestima ($r = 0,112$; $p <$

0,05). A mayor discriminación emocional, menor depresión ($r = -0,148$; $p < 0,01$), mayor auto-percepción de síntomas ($r = 0,654$; $p < 0,01$) y mayor autoestima ($r = 0,112$; $p < 0,05$). El control de las emociones negativas se asocia con síntomas ($r = 0,359$; $p < 0,01$). A mayor recompensa, menor disonancia emocional ($r = 0,290$; $p < 0,01$), menor expresión de emociones positivas ($r = 0,684$; $p < 0,01$), menor discriminación emocional ($r = 0,131$; $p < 0,05$) y mayor presencia de normas organizacionales sobre el manejo de las emociones ($r = -0,119$; $p < 0,05$); a mayor implicación o compromiso, mayor disonancia emocional ($r = 0,187$; $p < 0,01$) y expresión de emociones positivas ($r = 0,435$; $p < 0,01$).

Se realizaron análisis de regresión múltiple a fin de predecir la salud en sus cinco dimensiones (ansiedad, depresión, disfunción social, síntomas y autoestima). Las variables psicosociales predictoras fueron el estrés laboral en sus tres dimensiones (esfuerzo, recompensa e implicación) y el trabajo emocional en sus cinco dimensiones (normas organizacionales sobre las emociones, discriminación emocional, expresión de las emociones positivas, control de emociones negativas, disonancia emocional).

Es importante mencionar que los modelos de regresión lineal analizados en este estudio cumplen con los siguientes supuestos: linealidad, independencia, homocedasticidad y normalidad.

Tal y como se observa en la tabla 5, los síntomas se relacionan de forma altamente significativa con tres de las cinco dimensiones de una de las variables predictoras, el trabajo emocional; logrando explicar el 74 % de la varianza total. La existencia de normas organizacionales, reglas, valores, actitudes implícitas o explícitas relacionadas con aspectos del manejo de determinadas emociones durante la realización del trabajo, se asocian con mayor presencia de síntomas. A mayor discriminación emocional, que es la actitud y sensibilidad que requiere el trabajador para atender a las emociones de los clientes, usuarios o pacientes, mayor reporte de síntomas, al igual que a mayor disonancia emocional (que es la no coincidencia de la experiencia emocional del trabajador con la expresión emocional que es requerida por la situación laboral), está asociado con mayores síntomas.

Tabla 5
Análisis de regresión de las variables psicosociales con síntomas

	Síntomas						
	B	t	P	R ²	R ² ajustado	F	gl
				0,743	0,740	229,713***	322
Control de las emociones negativas	0,001	0,023	0,982				
Normas organizacionales	0,478	16,26	0,000				
Discriminación emocional	0,555	17,87	0,000				
Disonancia emocional	0,214	6,846	0,000				

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En cuanto a la autoestima (tabla 6), explica el 12 % de la varianza total. Una de las dimensiones del estrés laboral, la recompensa, se asocia significativamente con la presencia de autoestima. En la variable trabajo emo-

cional, tres de sus dimensiones resultaron significativas. A mayor expresión de emociones positivas y discriminación emocional y menor disonancia emocional, mayor autoestima.

Tabla 6
Análisis de regresión de las variables psicosociales con autoestima

	Autoestima						
	B	t	P	R ²	R ² ajustado	F	gl
				0,133	0,122	11,999***	316
Recompensa	0,358	4,832	0,000				
Expresión de emociones positivas	0,365	5,053	0,000				
Discriminación emocional	0,150	2,769	0,006				
Disonancia emocional	-0,144	-2,577	0,010				

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

La dimensión de salud denominada disfunción social, logró explicar tan solo el 1 % de la varianza total. La dimensión de recompensa correspondiente a la varia-

ble psicosocial estrés laboral presenta una asociación significativa inversa, es decir, a mayor percepción de recompensa, menor disfunción social (tabla 7).

Tabla 7
Análisis de regresión de las variables psicosociales con disfunción social

	Disfunción social						
	B	t	P	R ²	R ² ajustado	F	gl
Recompensa	-0,115	-2,042	0,000	0,013	0,010	4,171***	315

*p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

DISCUSIÓN

Con respecto a los resultados obtenidos sobre la relación predictora del estrés laboral y la salud autopercibida, la dimensión de recompensa resultó significativa con la autoestima, mostrando que a mayor recompensa en el trabajo mayor reporte de autoestima. Igualmente, se encontró que a mayor recompensa menor disfunción social. Aunque en la ecuación de regresión no resultó significativa, el análisis de correlaciones mostró que altas recompensas se asocian con menor ansiedad.

Los hallazgos obtenidos confirman lo señalado por Calnan, Wainwright y Almond²³, quienes afirman que en el modelo de esfuerzo-recompensa e implicación, si bien la dimensión de esfuerzo es un predictor de problemas de salud mental, la dimensión de recompensa resultó estar asociada a variables positivas de salud mental como autoestima y bienestar psicológico en una muestra de 1 089 médicos generales.

Similares resultados reportan Hasselhorn et al²⁴ en un grupo de enfermeras de varios países europeos, donde encontraron que existen diferencias significativas en la percepción de recompensa. También señalan que los grupos de enfermeras que reportaron altas recompensas, presentaron menor burnout y síntomas físicos. Otras investigaciones realizadas en enfermeras^{25,26} señalan que este grupo ocupacional presenta, por lo general, la combinación de alto esfuerzo y baja recompensa, lo que incide de forma negativa sobre su salud cardiovascular, músculoesquelética y gastrointestinal; sin embargo, en aquellas enfermeras que presentan alto esfuerzo pero también alta recompensa, este último se convierte en factor protector, disminuyendo los síntomas negativos sobre su salud.

Por otro lado, en la presente investigación, la dimensión de esfuerzo no resultó significativa con ninguna de las variables de salud, lo que no es coincidente con lo reportado en la literatura^{24,25,27,28}, especialmente en profesionales de la salud.

Este resultado podría deberse probablemente a que la evaluación a través de los 6 ítems del cuestionario de la dimensión de esfuerzo no reflejan completamente el tipo de trabajo y/o las exigencias a que están expuestos estos profesionales. Las características de las tareas relacionadas con el tipo de atención que realizan no solo se centra en lo rápido que tienen que realizar su trabajo, sino en el proceso de trabajo en rehabilitación, el cual es muy variado y diferente, ya que existe, en la mayoría de los centros, una tendencia de atención a los usuarios en las áreas de rehabilitación más individualizada, lo que pudiera estar influyendo en la percepción del esfuerzo.

En esta misma idea, al revisar investigaciones realizadas con estos profesionales en otros países, los resultados no han sido concluyentes. En un estudio realizado por Lloyd, McKenna y King²⁹, estos evaluaron la experiencia de estrés reportada por 196 terapeutas ocupacionales y 106 trabajadores sociales; los resultados mostraron que los trabajadores sociales reportaron mayores niveles de estrés en comparación con los terapeutas ocupacionales.

En otros estudio realizado con fisioterapeutas, Lindsay et al²⁶ señalan que los fisioterapeutas que participaron en el estudio (N=80) reportaron como principales estresores laborales la cantidad de pacientes, la complejidad de los casos, la sobrecarga de tareas y el tener que cubrir a los compañeros que están de licencia o de vacaciones. Sin embargo, señalan que los resultados no son concluyentes y que son necesarios otros estudios donde se incluyan otras variables como las sociodemográficas y de salud.

Lloyd y King³⁰ afirman que al comparar los resultados obtenidos en cuanto a los reportes de estrés y burnout en terapeutas ocupacionales de Australia, Canadá, Inglaterra, Estados Unidos y Suecia con otros profesionales de la salud (enfermeros, médicos, trabajadores sociales), encontraron dos resultados interesantes: 1) los estresores parecen ser diferentes entre los reportados por los terapeutas ocupacionales (intervenciones o tratamientos prolongados en rehabilitación y dificultades

para manejar algunos comportamientos difíciles de los pacientes o usuarios, entre otros) y los reportados por otros grupos ocupacionales del área de la salud; y 2) los niveles de estrés y burnout son mucho menores en los terapeutas ocupacionales que en el resto de los profesionales de la salud. Estos autores sugieren realizar futuras investigaciones para clarificar la naturaleza de la experiencia de estrés en los terapeutas ocupacionales, así como la identificación de los factores de riesgo y protectores.

En cuanto a las diferencias en las dimensiones de esfuerzo, recompensa e implicación entre terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, solo se observaron diferencias significativas en cuanto al nivel de esfuerzo. Los fisioterapeutas reportaron mayores niveles de esfuerzo que los terapeutas ocupacionales.

Este hallazgo puede analizarse desde la diferencia en el tipo de trabajo que realizan los fisioterapeutas, cuyas tareas terapéuticas se centran, por una parte, en la aplicación de agentes físicos, y por el otro lado en la utilización de manipulaciones de segmentos corporales activas y pasivas y en la prescripción de ejercicios, lo que probablemente implique exigencias físicas importantes, sin ignorar las exigencias cognitivas o mentales propias de la atención en rehabilitación. Aunque algunas de las tareas laborales de los terapeutas ocupacionales se caractericen por generar exigencias físicas, es posible que en número y tipo sean diferentes a las realizadas por los fisioterapeutas, lo que quizás sea uno de los factores que haya incidido en estos resultados.

La identificación de las relaciones trabajo y salud, y más específicamente estrés laboral y su incidencia sobre la salud, permiten desarrollar programas preventivos dentro del sector de los servicios de salud. El desarrollo de estos programas preventivos deben tomar en cuenta factores relacionados con el desarrollo organizativo y del recurso humano, como la estructuración y organización de las tareas, sistemas de participación en los procesos de trabajo y programas de incentivos no solo salariales, entre otros.

Por otra parte, también deben considerarse los factores relacionados con la capacitación y formación de los trabajadores para, por un lado, identificar los factores de riesgo como las altas exigencias, desequilibrio en las horas de trabajo, descanso y recreación, y percepción de pocas recompensas, para así participar en la elaboración de los programas preventivos. Es necesario incorporar en los programas de capacitación el aprendizaje de técnicas para minimizar el impacto del estrés laboral.

El denominado trabajo emocional ha tenido su principal desarrollo teórico y metodológico en los últimos quince años, por lo cual los resultados obtenidos en este estudio formarán parte de la evidencia empírica que se está construyendo alrededor de esta variable. Los resultados obtenidos señalan que muchas de las dimensiones de este constructo logran predecir tanto la auto-

percepción de salud mental como la autoestima. Uno de los resultados muestra que a mayor presencia de normas organizacionales, discriminación emocional y disonancia emocional, mayor presencia de síntomas. Por otra parte, a mayor expresión de emociones positivas, mayor discriminación emocional y menor disonancia emocional, se tienen mayores niveles de autoestima.

Esta investigación muestra que las exigencias emocionales en el trabajo logran predecir una serie de síntomas físicos como cansancio general, problemas de sueño y dolores de cabeza en este grupo de trabajadores estudiados. En este sentido, son diversas las investigaciones que relacionan las respuestas emocionales con la salud física, tal y como los señalan Salovey, Rothman, Detweiler y Steward³¹; los estados emocionales negativos están asociados con patrones de funcionamiento fisiológicos inadecuados, que a su vez alteran la actividad cardiovascular, el sistema inmune y la actividad cerebral de sueño y vigilia, entre otras funciones.

A propósito de estos resultados, en un estudio realizado en un grupo de trabajadores alemanes pertenecientes a diversas áreas de servicio (repcionistas, trabajadores de hostelería, banca y maestras de preescolar)³², los investigadores encontraron que la disonancia emocional y las exigencias emocionales logran predecir síntomas como el cansancio emocional, la fatiga y alteraciones para dormir. Por su parte, Richards y Gross³³ señalan que un excesivo control de las emociones en el trabajo está asociado a sintomatología física, y más específicamente a problemas cardiovasculares.

En la misma línea de relación entre las emociones y la salud, en su disertación Schaubroeck y Jones³⁴ describen que la expresión de emociones positivas y la represión o inhibición de las negativas en el trabajo, se convierten en variables antecedentes que explican síntomas asociados a salud física; a mayor posibilidades de expresar las emociones positivas, menor reporte de síntomas físicos y viceversa.

Otro resultado interesante, aunque no resultó significativo en el modelo de regresión pero sí en las correlaciones, fue que niveles altos de disonancia emocional se encuentran asociados con una mayor ansiedad. Es decir, que cuando se tienen que expresar emociones contrarias a las que se experimentan, por ejemplo, si el trabajador está experimentando rabia y lo que debe expresar es alegría y cordialidad, esta disonancia emocional en este estudio se encontró asociada con la presencia de ansiedad.

Con relación a este hallazgo, Wong et al³⁵ afirman que la represión de emociones negativas y la disonancia emocional están asociadas con altos niveles de ansiedad; sin embargo, señalan que variables de personalidad y los estilos de afrontamiento se comportan como moderadores no solo con la ansiedad, sino también con la depresión y los síntomas cardiovasculares.

Nogareda et al ¹⁶ señalan que tal y como sucede en la sobrecarga física o mental, la exposición a demandas emocionales durante largos periodos de tiempo puede llevar al trabajador a un deterioro de la salud. Al igual que otro tipo de demandas del trabajo, las demandas emocionales propias de puesto de atención en salud, suponen la gestión de las emociones y el aprendizaje de competencias emocionales por parte de los trabajadores, como elementos que podrían minimizar los efectos negativos sobre la salud.

Al analizar algunos de los hallazgos que se han mencionado con anterioridad y que explican la relación entre el trabajo emocional y algunas dimensiones de la salud, a pesar de su abordaje reciente, permiten contribuir a la evidencia que ya existe sobre la importancia que tienen las emociones en el mundo laboral y su impacto en la salud; lo que conlleva a generar estrategias mediante las cuales se puedan reducir las consecuencias negativas del trabajo emocional y fomentar las positivas, favoreciendo la promoción de la salud integral y la calidad de vida laboral de los trabajadores.

Consideraciones metodológicas

Uno de los objetivos específicos planteados en esta investigación fue validar dos instrumentos de los cuales no se tenían reportes de su utilización en el país, por lo que tal y como se señaló en el método, fue necesario realizar un estudio piloto con la finalidad de realizar su adaptación y validación.

El cuanto al cuestionario de esfuerzo-recompensa-implicación basado en el modelo de estrés laboral de Siegrist ⁴, se obtuvieron adecuados niveles de confiabilidad, manteniéndose la misma estructura factorial que el cuestionario original y coincidiendo con lo reportado en otros países como Noruega ³⁶, España ⁵ y Brasil ³⁷.

En cuanto al cuestionario de trabajo emocional, luego de la adaptación realizada al instrumento de Moreno et al ¹⁹, arrojó valores satisfactorios de confiabilidad. Tal y como lo señalan estos autores la relativa novedad de la formulación teórica y metodológica de este constructo trabajo emocional, hace que sean aún escasas las evidencias empíricas que se tienen sobre esta variable, por lo cual los hallazgos encontrados en esta investigación deben ser considerados importantes como aporte al desarrollo del constructo.

Finalmente, esta investigación permitió obtener una mayor comprensión tanto del estrés laboral como del trabajo emocional en la salud de un grupo ocupacional poco estudiado, no solo en nuestro país, sino a nivel mundial. Los resultados proporcionan aportes importantes para diseñar intervenciones en cuanto a la prevención e intervención que permitan minimizar el impacto en la salud de los factores de riesgos psicosocial, así como direccionar próximas investigaciones sobre la base de las recomendaciones que se sugieren más adelante.

A manera de síntesis, dos variables consideradas psicosociales como el estrés laboral y el trabajo emocional, resultaron predecir de forma estadísticamente significativa la salud del grupo de profesionales estudiado.

Las recompensas en el trabajo se asociaron con mayor autoestima y menor disfunción social, evidenciándose que esta dimensión constituye un factor protector para la salud.

El trabajo emocional logró predecir algunas de las dimensiones de la salud autopercibida, específicamente la presencia de síntomas y la autoestima. Cuando los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas tienen que reprimir sus emociones, expresar emociones contrarias a las que están experimentando, o cuando las normas organizacionales sobre el manejo de las emociones exigen la expresión de determinadas emociones, se evidencia un mayor reporte de síntomas y una menor autoestima.

Este estudio muestra la necesidad de abordar otros grupos ocupacionales del sector salud, expuestos quizás a condiciones de trabajo particulares y sometidos a las tensiones y conflictos propios del trabajo de atención a otros. La incorporación de los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas al equipo de salud es relativamente más reciente que otros profesionales, lo que ha podido convertirse en un factor que incida en su invisibilidad en las investigaciones.

Por otra parte, es necesario resaltar la incorporación de una variable como el trabajo emocional como una condición o exigencia presente en aquellos puestos de trabajo que requieren interacción y atención a otros y que permanece invisible o poco resaltado su valor en el impacto que puede tener para la salud y el bienestar de los trabajadores.

Se sugiere continuar profundizando las investigaciones relacionadas con el estrés laboral desde el modelo esfuerzo-recompensa-implicación, al igual que con el constructo trabajo emocional. En cuanto a la evaluación del estrés laboral, se recomienda la utilización de otros instrumentos de evaluación para obtener mayor información y una visión multifactorial de este proceso tan complejo. Deberán abordarse también desde la metodología cualitativa los problemas de salud y trabajo, lo que permita indagar aspectos como la incidencia de los procesos de trabajo y elementos ligados a la subjetividad de los profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartzmann L. Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo? *Ciencia y Trabajo*. 2004;6 (14):174-84.
2. Karasek R, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.

3. Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: OIT; 2001. 97.1-97.81.
4. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996;1:27-41.
5. Macías MD, Fernández-López JA, Hernández-Mejía R, Cueto-Espinar A, Rancaño I, Siegrist J. Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público español. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo "Des-equilibrio-Recompensa". *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2003;120:652-7.
6. De Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social Science and Medicine*. 2000;50:1317-27.
7. Fernández-López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández-Mejía R. El estrés laboral: Un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*. 2003;31:524-6.
8. Martin H, Theorell T, Hammar N, Alfredsson L, Westerholm P. Occupational health care team ratings and self reports of demands and decision latitude. *Stress Research Reports*. 2004;314.
9. Karasek R., Siegrist J, Theorell T. Joint statement on the relationship between the two theoretical models measuring at work: the demand-control model and effort-reward. 1998 [Internet]. [Citado 9 Dic 2009]. Disponible en: <http://www.uni-duesseldorf.de/www/workstress/joinstatement.html>.
10. Hochschild AR. *The manager herat. The commercialization of human feeling*. Los Angeles CA: University of California Press; 1983.
11. Fisher CD, Ashkanasy NM. The emerging roles of emotions in work life: an introduction. *Journal of Organizational Behavior*. 2000;2:123-9.
12. Forgas JP. The role of affect in social cognition. En: Forgas JP, ed. *Feeling and thinking. The role of affect in social cognition*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
13. Briner RB. The neglect and importance of emotion at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1999;8(3):323-46.
14. Best RG, Downey RG, Jones RG. Incumbent perceptions of emotional work requirement. Paper presented at Society for Industrial and Organizational Psychology. St. Louis; 1997
15. Morris JA, Feldman DC. The dimensions, antecedents and consequences of emotional labour. *Academy of Management Review*. 1996;21:986-1010.
16. Nogareda C, Gracia E, Martínez I, Salanova M. El trabajo emocional: concepto y prevención. Informe de investigación para el Ministerio de Ciencia y Tecnología, Universidad de Jaume I. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales); 2004.
17. Blau R, Bolus S, Carolan T, Kramer D, Mahoney E, Jette D, Beal J. The experience of providing physical therapy in a changing health care environment. *Physical Therapy*. 2002;82:7.
18. Gil Monte P, Peiró J. A Study on significant sources of the Burnout Síndrome in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*. 1997;1(1):55-62.
19. Moreno-Jiménez B, Gálvez M, Garrosa E. Cuestionario de trabajo emocional (TREMOS). Informe de investigación: Análisis del desgaste profesional (burnout) en el trabajo de cajeras de la Comunidad de Madrid: Evaluación, diagnóstico y epidemiología. Expediente nº 04-1755-UAM-6. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales); 2004.
20. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979;9:139-145.
21. Molina JD, Andrade-Rosa C, Gonzalez-Parra S, Blasco-Fontecilla H, Real MA, Pintor C. *Eur Psychiatry*. 2002;21(7):478-86.
22. Johnson M. The reliability of the derives factor structure for two escales measuring different aspects of self-esteem to be tested by confirmatory factor analysis [Doctoral dissertation]. Dept. of Psychology, Stocholm University; 1993.
23. Calnan M, Wainwright D, Almond S. Job strain, effort-reward imbalance and mental distress: a study of occupations in general medical practice. *Work and Stress*. 2000;14:297-311.
24. Hasselhorn H, Tackenberg P, Peter R. Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *International Journal Occupational Environment Health*. 2004;10:401-8.
25. Bakker A, Killmer C, Siegrist J, Shaufeli W. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(4):884-91.
26. Lindsay R, Hanson L, Taylor M, Mcburey H. Workplace stressor experienced by physiotherapist working in regional public hospital. *Australian Journal of Rural Health*. 2008;16:194-200.
27. Tsutsumi A, Kawakami N. A review of empirical studies on the model effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Social Science and Medicine*. 2004;59:2335-59.
28. Weyers S, Peter R, Boggild H, Jeppe H, Siegrist J. Psychosocial work stress is associated with poor-self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model. *Scan Journal Caring Science*. 2006;20:26-34.
29. Lloyd K, McKenna J, King R. Sources of stress experienced by occupational therapists and social

- workers in mental health settings. *Occupational Therapy International*. 2006;12: 81-4.
30. Lloyd K, King R. Work related stress and occupational therapy. *Occupational Therapy International*. 2006;8:227-43.
 31. Salovey P, Rothman A, Detweiler J, Steward W. Emotional states and physical health. *American Psychologist*. 2000;55:110-21.
 32. Zapf D, Holz M. On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2006;15 (1):1-28.
 33. Richards J, Gross J. Composure at any cost? The cognitive consequences of emotion suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1999;25: 1033-44.
 34. Schaubroek J, Jones J. Antecedents of workplace emotional labour dimensions and moderators their effects on physical symptoms. *Journal of Organizational Behavior*. 2000;21:163-83.
 35. Wong J, Pituch K, Rochlen A. Men's restrictive emotionally: An investigation of associations with other emotion-related constructs, anxiety and underlying dimensions. *Psychology of Men and Masculinity*. 2006;7:113-26.
 36. Lau B. Effort-reward imbalance and over commitment in employees in a Norwegian municipality. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2008;3-9.
 37. Chor D, Loureiro G, Faerstein E, Guimaraes M, Rotenberg L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cuadernos de Salud Pública de Barsil*. 2008;21:219-24.
-

Recibido: 22 de septiembre de 2010

Aprobado: 12 de abril de 2011