

Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos

Burnout and modulatory personal variables in nurses working in oncological hospitals

Margarita Chacón Roger y Jorge A. Grau Abalo¹

RESUMEN

Se realiza una revisión de los estudios que relacionan algunas características de personalidad y el desarrollo del burnout. Se resalta la importancia de variables inhibitoras o moduladoras en el desarrollo del síndrome, tales como el apoyo social, la autoestima y la autoeficacia, y, particularmente, de los constructos salutogénicos conocidos como “personalidad resistente” y “sentido de coherencia”, como amortiguadores de las consecuencias negativas del estrés. Se describen los resultados obtenidos al investigar la relación entre estas últimas variables personales y los niveles de burnout en 143 enfermeros que trabajaban en tres hospitales oncológicos cubanos, y se resalta la influencia inhibitora de esas variables y de sus componentes en el proceso de desarrollo del burnout. Algunos componentes amortiguadores parecen actuar más tempranamente y otros en etapas más tardías del síndrome. Los resultados pueden tener especial relevancia en el diseño e instrumentación de estrategias de prevención y control del estrés laboral y del burnout en estos profesionales.

Palabras clave: Burnout en enfermería; Estrés ocupacional en salud; Burnout y variables salutogénicas.

ABSTRACT

A survey of the studies that relate some characteristics of the personality and the development of the burnout was carried out. The importance of inhibitory or modulatory variables in the development of the burnout syndrome is underlined, such as the social support, self-esteem, self-efficacy, and particularly, that of the salutogenic constructs known as “hardy personality” and “sense of coherence”, which constitute buffer agents of the stress’ negative consequences. The results from investigating the relationship between these personal variables are described, as well as the levels of the burnout in 143 nurses working in three Cuban oncological hospitals. These results point to the inhibitory influence of these variables and their components in the development process of the burnout. Some components of these buffer agents seem to act out earlier, and others in later strages of the syndrome formation. Such results may have special relevance in the design and implementation of strategies of prevention and control of job stress and burnout in these professionals.

Key words: Burnout in nursing work; Occupational stress in health care; Burnout and salutogenic variables.

¹ Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), 29 y F. Vedado, Municipio Plaza, La Habana, Cuba, C.P. 104 00, tel. (537)55-25-74, fax (537)55-21-93, correos electrónicos: magali.chacon@infomed.sld.cu y psico@infomed.sld.cu. Artículo recibido el 12 de febrero y aceptado el 23 de marzo de 2004.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han llevado a cabo en todo el mundo numerosas investigaciones encaminadas al diagnóstico del desgaste profesional o *burnout* (BO en lo sucesivo), especialmente en maestros, profesionales de la salud y otros trabajadores de servicio. En Cuba, ha tenido un énfasis particular la caracterización del BO en el personal de enfermería dada la importancia que reviste la protección y el cuidado de la salud del trabajador, unidos a la necesidad de mantener y garantizar la calidad de tales servicios. Como se sabe, ésta es una profesión susceptible al desarrollo del estrés ocupacional y a la formación del BO (Arita y Arauz, 1999; Boyle, Grap y Younger, 1991; Carmona, Sanz y Marín, 2001, 2002; Chacón, 1995, 1999; Chacón y Grau, 1997, 2003; García, 1991; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996; Grau y Chacón, 1999a, 1999b; Melchior, Van den Berg, Halfens y cols., 1997; Organización Mundial de la Salud, 1995; Pérez, 2001).

Los principales desencadenantes y facilitadores del BO se han focalizado en la influencia de agentes del entorno social, del marco laboral y las características personales. Algunas variables de carácter demográfico (como sexo, edad, estado civil y número de hijos), tipo de profesión, utilización de recursos técnicos en el trabajo, ambigüedad y conflicto de rol, clima laboral, contenidos del puesto de trabajo y características de personalidad, se han estudiado como antecedentes o facilitadores del síndrome, y con frecuencia los resultados de las investigaciones han mostrado su capacidad predictiva en un porcentaje significativo de su varianza (Grau y Chacón, 1998a, 1998b).

Los modelos transaccionales actuales que involucran el estudio del BO aportan una perspectiva que permite prever la interacción entre las características situacionales y las personales, considerando las primeras como variables desencadenantes y las segundas como factores que cumplen una función facilitadora o inhibidora (Benavides, Gimeno y Benach, 2002; Gil-Monte y Peiró, 1997). Diversos autores han tratado de identificar los desencadenantes ¿ estresores laborales? organizándolos en categorías. Gil-Monte (2001) establece cuatro tipos: *a*) ambiente físico de trabajo y contenidos

del puesto, *b*) estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera, *c*) estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales y *d*) fuentes extraorganizacionales de estrés laboral. Algunos investigadores (Gil-Monte, 2000, 2002; Gil-Monte y Peiró, 1997; Martos, 2000) consideran que esta cuarta categoría (relaciones trabajo-familia) es más una variable facilitadora que desencadenante, y más recientemente califican al BO en general como una “patología moderna”; no debe olvidarse que el BO se debe a una exposición laboral gradual y continuada de por lo menos seis meses a los estresores existentes en el medio que rodea al trabajador (Capilla, 2000).

Las variables facilitadoras pueden ser de carácter demográfico y de personalidad, y también implican determinadas estrategias de afrontamiento. El apoyo social en el trabajo, además de desencadenante, tiene una función moduladora al mediar la influencia de los estresores y las respuestas que elicitán (Attance, 1997; Barreto, 2001; Gil-Monte, 2001; Gil-Monte y Peiró, 1997). Este trabajo estará dirigido fundamentalmente al análisis de la influencia moduladora que se concede a algunas características personales en relación con el BO; se expondrán los resultados encontrados en una investigación multicéntrica realizada en Cuba que estudió la relación entre el BO y el “sentido de coherencia” y la “personalidad resistente”, variables salutogénicas que presumiblemente podrían inhibir o frenar el desgaste profesional en enfermeros que trabajan con pacientes oncológicos (Chacón, 1999).

VARIABLES PERSONALES FACILITADORAS Y MODULADORAS DE BO

Hay consenso en que las personas empáticas, sensibles, humanas, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivas, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás son más proclives al BO. McCranie y Brandma (1988) y Gil-Monte y Peiró (1997) hallaron correlaciones positivas significativas entre escalas del MMPI (depresión = .11; introversión = .15; psicoticismo = .09) y una medida de BO (Tedium Measure/TM) en 440 médicos residentes.

Lemkau, Purdy y Rafferty (1988) reportaron a su vez que los médicos con personalidad anti-social, agresiva, esquizoide y ansiosa tenían más alto el nivel de agotamiento emocional (AE) y falta de realización personal (FRP), dimensiones éstas del Inventario de Burnout de Maslach (MBI). Otras variables de personalidad asociadas significativamente al BO, en especial con el AE, son, a saber: ansiedad-rasgo ($r = .41$), depresión ($r = .33$), desinhibición ($r = .18$), centralidad en el trabajo ($r = -.35$), adicción al trabajo o “*workholism*” ($r = -.32$ con AE y $-.23$ con la despersonalización/DP) (Nagy y Davis, 1985); también se ha reportado la falta de motivación (Gil-Monte, 2001). En un estudio en una muestra de enfermeras ($n = 80$) que trabajaban con enfermos de cáncer, realizado por Chacón, Grau y Martín (1994), se halló que la ira y la hostilidad (medidas por el instrumento conocido como STAXI, elaborado por Spielberger y sus colaboradores) eran los estados emocionales más evocados por dicho personal durante la realización de cuidados de alta complejidad, en los que no tenían autonomía ni entrenamiento suficiente para la toma de decisiones en situaciones críticas.

Entre las estructuras más complejas o patrones funcionales de la personalidad que más se han relacionado con la tendencia o la modulación del BO se hallan el patrón o tipo A, el locus de control, los estilos atribucionales y las variables que se refieren al sí mismo (autoconfianza, autoestima y autoeficacia) (Cherniss, 1993; Haack, 1988; Wilson y Chiwakata, 1989). En los últimos años se confiere especial relevancia a los constructos salutogénicos conocidos como “personalidad resistente” (*hardiness*) y “sentido de coherencia” (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982; Moreno, Alonso y Álvarez, 1997; Peñacoba y Moreno, 1998; Topf, 1989). Por la importancia de estos factores facilitadores/ inhibidores en el contexto del presente trabajo, nos detendremos a analizarlos con mayor detalle.

Como se sabe, el *tipo A de personalidad* ha sido un patrón muy investigado; indica vulnerabilidad a las enfermedades coronarias y cardio vasculares, entre otros padecimientos (Friedman, 1989). Caracterizado tradicionalmente por impaciencia, urgencia temporal, esfuerzo por el logro, competitividad, agresividad y hostilidad y compromiso excesivo por el trabajo, se discute hoy en día intensamente sobre sus principales componentes de

vulnerabilidad. En relación con el BO, Nowack (1986) encontró que este patrón diferenciaba a sujetos con altos y bajos niveles de desgaste, según el MBI. Nagy y Davis (1985) indicaron que se relacionaba más significativamente con AE y DP, mientras que era baja su correlación con FRP en los maestros, relaciones que estaban mediatizadas por sus efectos sobre las redes de apoyo social en el trabajo o por su mayor exposición a estresores (como sobrecarga) y el fuerte compromiso con el trabajo, que reducía las posibilidades de conductas que aumentarían la resistencia al desgaste, como relajación, ejercicios físicos, vacaciones, distracciones y otras.

El *locus de control* alude a la creencia de que los eventos vitales y sus consecuencias son controlados por las propias decisiones y acciones (locus interno) o por fuerzas externas, como otras personas, la suerte o el destino (locus externo). Diferentes estudios señalan que los profesionales con locus de control externo son más propensos al BO, especialmente en la subescala de realización personal del MBI. En relación con el constructo conocido como *estilos de atribución*, similar al locus de control, Haack (1988) halló que las enfermeras que atribuían la causa de su estrés a sus características personales experimentaban significativamente una mayor realización personal en el trabajo; cuando esta causa la ubicaban en el entorno, sólo padecían un mayor agotamiento emocional, pero si la imputaban a sus pacientes, experimentaban más agotamiento emocional y más despersonalización. Los resultados con el locus de control y las creencias atribucionales pueden deberse, según Gil-Monte y Peiró (1997), a que los sujetos con locus interno perciben más control de las situaciones y a que sus expectativas de afrontamiento son más diversas, por lo que buscan mayor información y apoyo social, mientras que los sujetos con locus externo son más propensos al desamparo y al afrontamiento centrado en la emoción. Sobre la despersonalización, el apoyo social facilitaría que la persona evalúe de forma adecuada su entorno social, así como sus actitudes hacia los demás. Esto puede explicar cómo el apoyo social puede desencadenar o facilitar los efectos del síndrome de “quemarse en el trabajo” (Capilla, 2000; Gil-Monte, 2001; Gil-Monte y Peiró, 1997; Manzano y Ramos, 1991; Pando, Bermúdez y Aranda, 2000).

Las variables de personalidad asociadas al sí mismo (autoconfianza, autoestima y autoeficacia) tienen especial relevancia en el desarrollo del proceso de BO.

Es indudable que el modo en que la gente desarrolla actitudes hacia sí misma y cómo esas actitudes influyen en su bienestar personal y su conducta, sus estilos de relación interpersonal, la forma que tiene de manejar los problemas y la expresión y control de sus emociones, deben tener una gran importancia en su desarrollo.

Mientras que la autoconfianza alude a la evaluación de las capacidades generales y la autoeficacia a la evaluación de capacidades específicas, la autoestima se refiere más bien a la valoración del aprecio propio. La distorsión de las primeras sólo afecta a la autoestima cuando se refieren a actividades con un alto valor para el individuo. Cherniss (1993) afirma que cuando los sentimientos de competencia del individuo se frustran, experimenta diversos síntomas de BO, sentimientos de fracaso psicológico y retiro emocional de la situación. Los sujetos con mayor autoeficacia en relación a las formas de afrontar el estrés experimentarán con menor frecuencia el síndrome. Pierce y Molloy (1989) encontraron que la autoconfianza discriminaba significativamente entre alto y bajo desgaste, medido globalmente por el MBI. Lee y Ashforth (1990) y Gil-Monte y Peiró (1997) encontraron en asistentes sociales canadienses y enfermeras profesionales españolas, respectivamente, que las expectativas de eficacia y en particular la autoconfianza se relacionan con las tres dimensiones del BO, especialmente con una mayor realización personal en el trabajo y bajos sentimientos de agotamiento emocional y despersonalización. Schaufeli y Peeters (1990) hallaron resultados similares para la autoestima, aunque se ha visto mayor correlación con el agotamiento emocional y menor con la realización personal; en otras palabras, los individuos con alta autoestima experimentan bajos sentimientos de cansancio emocional, bajas actitudes de despersonalización y altos sentimientos de realización personal en el trabajo. Los resultados obtenidos corroboran el carácter cognitivo-aptitudinal de la realización personal y el carácter afectivo del agotamiento emocional.

Los constructos salutogénicos “personalidad resistente” y “sentido de coherencia”

El constructo de “personalidad resistente” (PR) se ha propuesto como un modulador que reduce la probabilidad de experimentar BO. Planteado inicialmente por Kobasa y cols. (1982), conceptúa al individuo no como un portador de una serie de rasgos internos y estáticos, sino como alguien que de forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de sus acciones. Tres conceptos de trasfondo teórico existencialista han sido especialmente relevantes al proponer este constructo: compromiso, control y desafío. Juntos, describen el estilo de la personalidad resistente ante el estrés, conocida en inglés como “*hardy personality*” o “*hardiness*”. De esta forma, la personalidad resistente constituye una constelación de características de personalidad que actúa como un resguardo ante los acontecimientos estresantes y que se resume en las tres dimensiones citadas. El *compromiso* es opuesto a la alienación, y se refiere a la capacidad para creer en la verdad, en la importancia e interés en el valor de lo que uno es y está haciendo; por tanto, es la tendencia a implicarse en las diferentes situaciones de la vida (trabajo, familia, relaciones interpersonales, instituciones sociales). El *control* alude a la tendencia a creer que uno mismo influye en los eventos y resultados de sus acciones, minimizando así las creencias de indefensión ante los eventos displacenteros, buscando explicaciones sobre el porqué de los hechos, enfatizando la propia responsabilidad y restando importancia a las acciones de los otros, del azar o del destino. El *desafío* se basa en la creencia de que el cambio, más que la estabilidad, es la norma de la vida. Los sujetos con esta característica perciben los cambios como una oportunidad para desarrollarse más que como una amenaza a su seguridad; buscan nuevas experiencias y se aproximan a ellas con flexibilidad cognitiva. La PR lleva consigo el presupuesto de que tiene menores consecuencias negativas ante el estrés, y se ha investigado en diferentes agrupaciones de personas (ejecutivos, inmigrantes, pacientes con artritis reumatoide, damnificados, choferes, médicos y enfermeras, abogados, sacerdotes, estudiantes, militares, asistentes sociales, etc.). Este vivir la vida

a plenitud con un sentimiento de competencia y una orientación productiva protege no sólo de enfermedades, sino que proporciona al individuo salud y bienestar. En casos de enfermedad crónica, incluso enfermedad grave o terminal, los individuos con PR serían más sensibles al uso de medidas heroicas, lucharían contra el daño a la calidad de vida que podría provocar la enfermedad y hasta podrían usar los recursos mentales como un medio para la curación; en caso de fracaso, aceptarían con valor la muerte y dirigirían todos sus esfuerzos para prepararse a sí mismos y a los demás para enfrentarla con optimismo (Kobasa y cols., 1982). Varios estudios realizados por estos autores y por otros más desde finales de los años setenta han demostrado que la PR se asocia a una mejor salud y que la resistencia personal es una variable que modula la relación entre el estrés laboral y sus resultados. Nowack (1986) estudió una muestra de 146 empleados universitarios (docentes y no docentes) y encontró que los niveles más bajos de estrés y mayor personalidad resistente exhibían significativamente menos BO; para ese autor, la PR ejerce un intenso efecto de modulación en la relación estrés-BO. Topf (1989), por su parte, estudió en 100 enfermeras las relaciones entre personalidad resistente y BO, y obtuvo correlaciones significativas del índice global de resistencia con el síndrome de desgaste, estimado a través del instrumento conocido como SBS-HP, y con la escala de realización personal del MBI; la dimensión “compromiso” mostró relaciones significativas con el SBS-HP, con la escala de realización personal y con la dimensión AE del MBI. En el análisis de regresión múltiple jerárquica, halló que la relación estrés-PR fue la única variable que explicó porcentajes significativos de varianza en el síndrome. La autora reconoce el efecto significativo de la PR sobre el BO, pero opina que sus resultados apoyan sólo parcialmente la hipótesis de la función amortiguadora o moduladora de la resistencia personal en la relación estrés-BO. Conclusiones similares habían obtenido McCranie y Brandsma (1988) al estimar el BO con el Tedium Measure en 260 enfermeras. No obtuvieron incrementos significativos de la varianza explicada por la variable interacción en los análisis de regresión múltiple jerárquica, y opinan que tal falta de significación de la acción moduladora se puede deber a

problemas metodológicos, como los efectos recíprocos entre estresores y moduladores en los estudios transversales. En España, Oliver (1993) estudió también la relación entre estas variables con modelos causales en 108 profesores. Como variables de estrés se consideraron la sobrecarga laboral, la ambigüedad de rol, la falta de apoyo social en el trabajo y los problemas en relación con los alumnos. El autor halló que la dimensión ‘compromiso’ presentó los efectos directos significativos más elevados (- .50) sobre el BO estimado por el MBI. Mediante un análisis de regresión, obtuvo que las tres dimensiones de la PR explicaban de manera conjunta el 33 % de la varianza en el total del síndrome. El mayor porcentaje de varianza se produjo en el AE (37.4 %), y el menor en la DP (15.2 %). Solamente dicha dimensión contribuyó en todas las ecuaciones de regresión, tanto en la puntuación total de BO como en sus tres subescalas. Resultados similares fueron obtenidos por Topf (1989) y Boyle y cols. (1991) en enfermeras: sólo la dimensión ‘compromiso’ correlacionó significativamente y de manera más intensa con el BO. En el primero de estos estudios, el compromiso fue la única escala del constructo de PR que explicaba porcentajes significativos de varianza con el BO, estimado a través del SBS-HP (24% de la varianza) y con sus dimensiones (12% en AE, 7% en FRP y no significativa en DP).

Otro de los constructos de carácter salutogénico muy estudiado en los últimos tiempos es el *sentido de coherencia* (SC), desarrollado por Antonovsky (1987, 1990, 1991). El origen de este enfoque se halla en un estudio del autor acerca del porcentaje de mujeres supervivientes de un campo de concentración en el que, a pesar de haber sido expuestas durante años a las experiencias más estresantes, agotadoras y envilecedoras, algunas de ellas fueron encontradas con una razonable salud física y mental. La propuesta de Antonovsky consistió en considerar que su estado se debía a variables personales, específicamente a un conjunto de características que denominó “sentido de coherencia”. Las mujeres con alto SC habrían desarrollado mecanismos eficaces de adaptación. En otras palabras, lo que hizo fue preguntarse qué estaban haciendo bien algunas de las mujeres supervivientes, en vez de buscar relaciones entre estresores y enfermedad.

Antonovsky (1991) considera que el sentido de coherencia no es un rasgo específico de la personalidad ni un estilo particular de afrontamiento; es, más bien, una orientación disposicional generalizada, una habilidad para seleccionar el estilo correcto de afrontamiento en una situación particular. Lo común en las respuestas del sujeto caracterizado por el SC sería la amplitud con la que se percibe que la situación es inteligible, que los recursos para manejarlos están disponibles y que es valioso o importante para la persona el reto que ello supone. Así, el SC no se entiende como una línea de conducta fija y preestablecida? como puede serlo un rasgo de personalidad? , sino como una estrategia general frente a los problemas y dificultades. Antonovsky rechaza identificar el SC con otras variables personales o sociales vinculadas positivamente a la salud, como pueden ser la autoestima o el apoyo social, a los que considera como "recursos de resistencia generalizados". Mientras que el resultado de tales recursos sería proporcionar al sujeto experiencias y situaciones favorables al desarrollo de la salud, el SC sería el componente cognitivo resultante de tal conjunto de experiencias. En este sentido, el modelo propuesto de sentido de coherencia enfatiza claramente los componentes cognitivos del sujeto.

Desde el punto de vista conceptual, Antonovsky (1990, 1991) define el SC como una orientación global que expresa hasta qué punto se tiene la amplia resistencia y dinámica sensación de confianza por las que los estímulos provenientes del entorno (interno o externo) en el curso de la vida son estructurados, predecibles y manejables (comprensibilidad). Los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen esos estímulos (manejabilidad), y tales demandas son desafíos que merecen una inversión y un compromiso (significatividad).

Como se puede observar, el constructo supone tres componentes: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. Se entiende por *comprensibilidad* a la medida en que la estimulación ambiental da una sensación cognitiva ordenada, consistente y clara, en vez de caótica y azarosa. El estímulo no tiene por qué ser placentero; aunque la situación sea estresante, hay la sensación

de entender lo que ocurre. La comprensibilidad es favorecida por experiencias consistentes, por la estabilidad a lo largo de la vida. Por *manejabilidad* se entiende el grado en que se percibe que se cuenta con los recursos disponibles para afrontar las demandas del ambiente, y se ve favorecida por un buen balance de las cargas. Por último, la *significatividad* es el componente principal del SC porque es el elemento motivacional que conduce a la persona a buscar los recursos para afrontar la situación. El individuo puede comprender la demanda (comprensibilidad), puede creer que puede hacerlo (manejabilidad), pero la significatividad da respuesta a la pregunta "¿por qué debería?". Es, pues, el sentimiento de que los estímulos tienen sentido, de que la vida es un reto y que merece la pena un compromiso, una inversión emocional y una conducta orientada.

En apoyo de tales supuestos, diferentes estudios han mostrado la incidencia positiva del SC sobre la salud y el bienestar en general del sujeto. Carmel, Anson y Levenson (1991) encontraron que las puntuaciones altas en el SC predecían un mayor bienestar físico y psicológico, así como una mejor habilidad funcional en las actividades cotidianas. Flannery y Flannery (1990), por su parte, han hallado igualmente que las puntuaciones más altas en SC estaban prospectivamente relacionadas con menores síntomas psicológicos. Trabajos como el de Peñacoba y Moreno (1998) han confirmado la posible acción moderadora del SC sobre una menor sintomatología, tanto física como psicológica; dichos autores obtuvieron similares resultados con la PR y la autoestima, aunque estos últimos en menor escala que el SC. La investigación de la posible acción moduladora del estrés y el BO es, por tanto, una dirección muy prometedora por cuanto permitiría estudiar los nexos de la producción del síndrome con variables de personalidad que no son propiamente conjuntos de rasgos caracterológicos estáticos, sino patrones funcionales interactivos con el entorno del sujeto, y porque sería factible estudiar la acción moduladora desde la perspectiva salutogénica, es decir, valorando a estos constructos como modelos inhibidores en la producción del BO.

El estudio de variables salutogénicas moduladoras del BO en enfermeros cubanos

En Cuba se han realizado varios estudios sobre estrés laboral y BO en enfermeras (Chacón, 1999; Chacón y cols., 1994; Hernández, 1995; Landeros, 1997; Portales, 1997), siguiendo una línea de investigación que trata de poner en claro las variables causales, moduladoras, antecedentes y consecuentes del BO en este tipo de profesionales de la salud (Grau y Chacón, 1999b). Como se ha señalado, existen numerosos reportes en la literatura que intentan establecer el BO en profesionales de la salud que atienden enfermos crónicos, en particular, enfermeras; por ello, el estudio en enfermeras que trabajan con pacientes con cáncer obtiene especial relevancia (Arita y Arauz, 1999; Correal, Posada y Pérez, 2000; Chacón, 1995, 1999; Chacón y cols., 1994; Chacón y Grau, 1997, 2003; Ferro y Coello, 1998; Hernández, 2002; Mallet, Price y Jurs, 1991; Martín, López y Fuentes, 2000; Moreno y Peñacoba, 1999; Paradis, 1987; Schroeder, Martín y Fontanals, 1996; Simoni y Patterson, 1997; Taerk, 1983; Traber, Freidi y Egger, 1995; Vachon, 1995, y muchos otros).

En todos estos trabajos fue posible apreciar la alta variabilidad de los niveles de BO en diferentes personas y poblaciones; esas diferencias no podían ser explicadas solamente por el tipo de afrontamientos o de recursos específicos ante la tarea, por lo que los presentes autores supusieron que existían variables personales no exploradas que podrían explicarlas, al menos en parte.

El conocimiento de algunas enfermeras del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de La Habana los llevó a conjeturar que quienes tenían una orientación productiva hacia la vida y determinadas características personales, no padecían BO. Teniendo como referencia estos estudios, y sabiendo que la tendencia de la incidencia del cáncer es ascendente ¿ por lo que hay una exigencia alta y continua sobre el trabajo profesional de quienes trabajan con estos pacientes? , sería lógico pensar que los enfermeros que laboran en hospitales oncológicos podrían convertirse en una población de alta vulnerabilidad. Lo importante no es sólo insistir en la búsqueda de todos aquellos factores propiciadores de BO, sino identificar moduladores que tengan carácter de inhibidores.

El interés del enfoque salutogénico se centra en los factores que promueven el afrontamiento adaptativo y el bienestar, elementos que acercan al sujeto al polo del bienestar y la salud, y no en los factores de riesgo que llevan a la enfermedad; ello podría ser de vital importancia para la formación de este personal y la prevención del síndrome de desgaste.

Esas razones motivaron a un equipo de investigadores a estudiar la correspondencia entre los niveles del BO presentes en los enfermeros y los niveles de SC y de PR en 143 de ellos que laboraban en tres hospitales oncológicos de Cuba, así como las correlaciones entre la escala de “consecuencias” del Cuestionario Breve de BO (CBB), frecuentemente utilizado en el medio para explorar los niveles del síndrome, y las puntuaciones por dimensiones y el global en instrumentos que identifican la PR y el SC. Sirvió como instrumento de identificación de la personalidad resistente y sus componentes el Inventario de Puntos de Vista Personales (Personal Views Survey, o PVP), elaborado originalmente por Kobasa y cols. (1982); se aplicó su versión española, elaborada a partir de escalas ya existentes, que consta de 50 ítems que evalúan las tres dimensiones: compromiso, control y desafío. Para este estudio, se sometió el cuestionario a un análisis previo de cinco expertos para la adaptación lingüística al país y para su validación de contenido para evitar efectos transculturales.

Para evaluar el sentido de coherencia, se aplicó el instrumento conocido como Orientation to Life Questionnaire (OLQ), elaborado originalmente por Antonovsky (1987), que consta de tres subescalas, una para cada componente: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad; se utilizó la versión española, adaptada de la versión original no reducida del OLQ, que consta de 29 ítems. El rango de la escala tiene siete posibles respuestas (1-7); también se la adaptó lingüísticamente para su utilización en el contexto sociocultural citado, siguiendo procedimientos similares a los utilizados para el PVP. Sirvieron de métodos para el procesamiento de los datos obtenidos una clasificación de los sujetos del estudio en tres grupos: “no afectados”, “moderadamente afectados” y “muy afectados” a través de la formación de *clusters* con las puntuaciones finales del CBB y el MBI, y asimismo el procesamiento de las variables asociadas con

los procedimientos CHAID y técnicas de correlación y análisis multivariado.

En este estudio, se encontró una asociación entre los niveles de BO y el nivel global y por componentes (reto, compromiso y control) de la PR. Se puso en evidencia que el valor promedio del reto y el compromiso se reduce en la medida que crece el nivel de afectación por el BO; en el caso del control, se apreció sobre todo una reducción de la puntuación en los muy afectados respecto de los no afectados y moderadamente afectados, pero entre estos dos últimos niveles se obtuvo poca diferencia. En general, los valores promedio de los componentes de la PR se reducían en la medida que acrecía el nivel de afectación por el BO. El decrecimiento temprano (de los no afectados a los moderadamente afectados) de los componentes 'reto' y 'compromiso' podría estar apuntando a que estas dimensiones actúan como amortiguadores desde los primeros niveles de afectación. En el caso de 'control', la reducción de los valores pudiera señalar que dicho componente actúa modulando, fundamentalmente, el paso a los niveles más altos del BO. En otras palabras, el balance en la puntuación global del PVP tiene una orientación esperada ($146.06 > 143.61 > 119.57$), o sea, en la medida en que aumenta el nivel de afectación de BO, disminuye el nivel global de PR (Chacón, 1999).

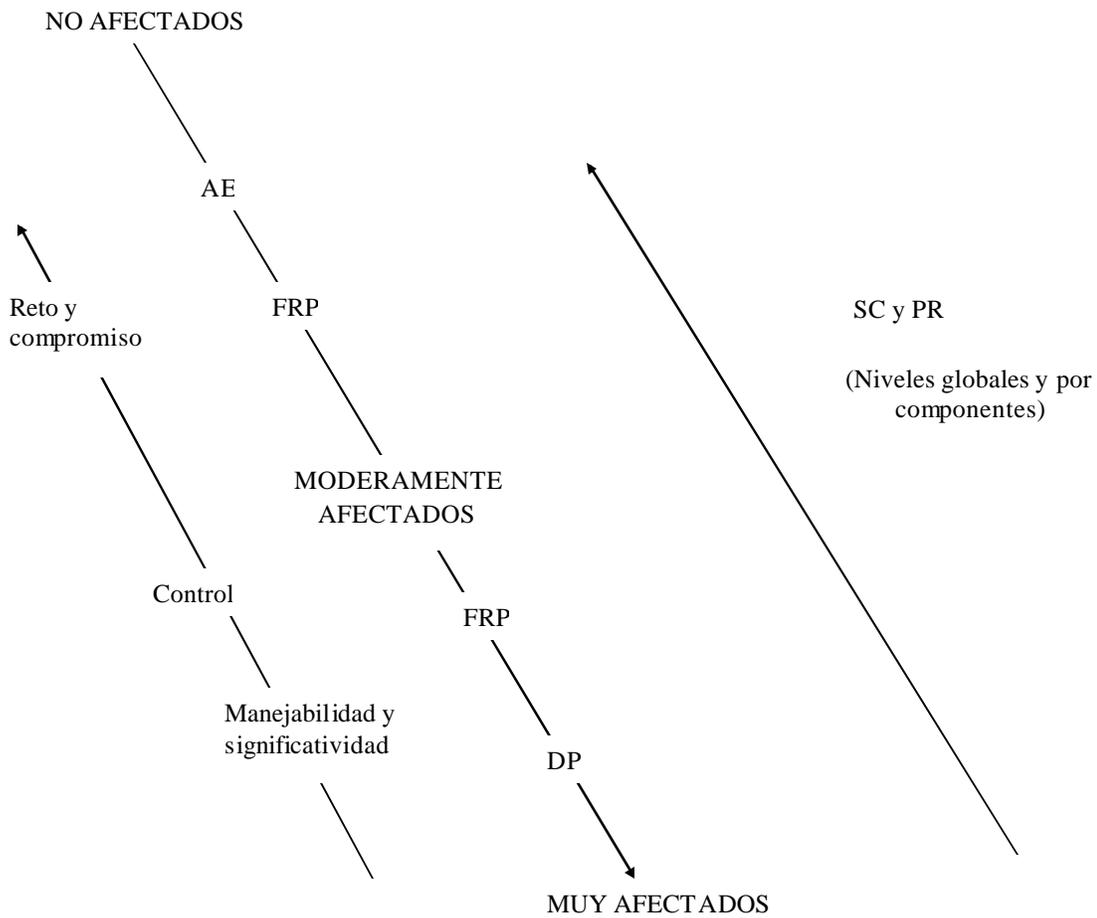
Con relación a los niveles de BO y la diferenciación de las dimensiones y el nivel global del sentido de coherencia, se muestra que los valores promedios del SC decrecen a medida que aumenta el nivel de afectación de BO. Aunque las diferencias encontradas entre los no afectados y los moderadamente afectados no son significativas en ninguno de los componentes por separado (comprensibilidad, manejabilidad, significatividad), son altamente significativas entre los enfermeros moderadamente afectados y muy afectados en todos los componentes. Al tener las puntuaciones totales del OLQ la orientación esperada (a medida que

aumenta el nivel de afectación de BO disminuye el nivel global del sentido de coherencia), se comprueba el papel amortiguador del constructo total y, en especial, de los componentes 'manejabilidad' y 'significatividad' en la producción de altos niveles de BO.

En el caso de las correlaciones realizadas con la escala de 'consecuencias' del CBB, se observó que todas tenían un sentido negativo, como expresión del hecho de que en la medida en que crece la puntuación en esta escala ¿ que mide los efectos del BO? se reducen las puntuaciones de la PR y del SC. Los síntomas más frecuentes en los enfermeros muy afectados por el BO eran los dolores musculares, cefaleas, diarreas y catarros; su presencia se asoció significativamente con altos valores en la escala de 'consecuencias' del CBB y con valores globales muy bajos en los instrumentos que evalúan PR y SC, confirmando así el valor modulador de estos constructos sobre la sintomatología y las manifestaciones psicosociales del BO (Chacón, 1999; Chacón y Grau, 2003; Grau y Chacón, 1999b).

En sentido general, los resultados de esta investigación se comportaron de forma similar a los encontrados en los escasos reportes publicados, lo que fortalece la estructura teórica de los instrumentos usados y apunta a su validez de constructo. Estos resultados subrayan la importancia de las variables de personalidad como factores moduladores en el proceso estrés-BO, en una concepción transaccional que enfatiza su generación como procesos interactuantes con muchas otras variables del individuo y del entorno, y no sólo como conjunto de características estables que están contenidas en su concepción como rasgos de la personalidad o como estados emocionales resultantes. De esta manera, como en el caso de la PR, el SC se muestra como un constructo salutogénico de carácter personal que modula la producción del BO (véanse los resultados fundamentales en la Figura 1).

Figura 1. BO y variables personales moduladoras en una perspectiva procesual: resultados con enfermeros cubanos.



CONCLUSIONES

Los hallazgos en los estudios sobre la relación de variables de personalidad y el desgaste profesional o BO van en dos direcciones fundamentales: la predisposición al BO de algunos rasgos del carácter y cualidades aisladas de las personas, y el papel que juegan determinadas subestructuras, cualidades complejas o patrones funcionales de la personalidad como aceleradores o inhibidores en el desarrollo del proceso de desgaste en el trabajo por efectos directos o indirectos. El sentido de coherencia y la personalidad resistente, como orientaciones globales generalizadas de la personalidad, han sido estudiados en su acción amortiguadora en el proceso de estrés y en el mantenimiento de la sa-

lud y el bienestar, pero existen pocos trabajos acerca de su influencia moduladora en el desarrollo del BO, especialmente en enfermeros.

En esta última dirección, los resultados encontrados en enfermeros oncológicos cubanos apuntan a la influencia moduladora de estas variables predictoras de salud positiva (salutogénicas) en el proceso de desarrollo del BO, encontrándose componentes amortiguadores que actúan más tempranamente y otros que ejercen su acción moduladora en estadios más tardíos de formación del síndrome. Los resultados hallados en ésta y en otras investigaciones precedentes pueden tener especial relevancia para el diseño e instrumentación de estrategias de prevención y control del desgaste en el trabajo de dichos profesionales.

REFERENCIAS

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: testing the sense of coherence model. En H. S. Friedman (Ed.): *Personality and disease*. New York: Wiley & Sons.
- Antonovsky, A. (1991). Personality and health: testing the sense of coherence model. *Soc. Sci. Med.*, 32: 1047-1056.
- Arita, B. y Arauz, J. (1999). Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al síndrome de burnout en enfermeras. *Psicología y Salud*, 14: 87-94.
- Benavides, I.G., Gimeno, D. y Benach, C. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria* (Barcelona), 16(3): 222-229.
- Atance M., J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3): 293-303.
- Barreto S. (2001). "El síndrome de burnout". Red Informativa de Mujeres de Argentina (RIMA). Diario *La Voz del Interior*, Córdoba, Argentina. Disponible en línea: <http://www.emprendedorasenred.com>.
- Boyle, A., Grap, M. y Younger, J. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support, and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16(7): 850-857.
- Capilla, P.R. (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *Revista Fundación* (Facultad de Medicina), 58: 1334.
- Carmel, S., Anson, O. y Levenson, A. (1991). Life events, sense coherence and health gender differences on the kibbutz. *Soc. Sci. Med.*, 32: 1089-1096.
- Carmona, F.J., Sanz, L.J. y Marín, D. (2001). Síndrome de burnout y enfermería: factores modulares. *Interpsiquis*, 2. Disponible en línea: <http://www.intersalud.es>.
- Carmona, F.J., Sanz, L.J. y Marín, D. (2002). Relaciones entre el síndrome de burnout y el clima laboral en profesionales de enfermería. *Interpsiquis*, 1-7. Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com>.
- Correal, M., Posada, M. y Pérez, L. (2000). *El síndrome de burnout: conceptualización, evaluación, prevención*. Monografía para optar por el título de psicólogo. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Chacón, M. (1995). El burnout en personal de enfermería. *Memorias del Congreso Internacional de Dolor y Cuidados Paliativos*. Puerto Vallarta, México.
- Chacón, M. (1999). *Personalidad resistente, sentido de coherencia y burnout en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos*. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Chacón, M. y Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana de Oncología*, 13(2): 118-125.
- Chacón, M. y Grau, J. (2003). Burnout en los equipos de cuidados paliativos: evaluación e intervención. En M. Gómez Sancho (Ed.): *Avances en cuidados paliativos* (cap. 78, t. 3, pp. 213-221). Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS.
- Chacón, M., Grau, J. y Martín, M. (1994). *Estados emocionales generados por situaciones laborales estresantes en enfermeros oncólogos*. Reporte de investigación. La Habana: INOR.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W. Schaufeli, T. Moret y C. Maslach (Eds.): *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Ferro, N. y Coello, G. (1998). Evaluation of burnout in oncology physician and nurses. *Psychooncology*, 7(supp. 4): 115.
- Flannery, R.B. y Flannery, G.J. (1990). Sense of coherence, life stress and psychological distress: a perspective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, 46(4): 415-420.
- García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 7(18): 3-12.
- Gil-Monte, P.R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2): 101-102.
- Gil-Monte, P.R. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Valencia: Departamento de Psicología Social y Organizacional de la Facultad de Psicología. Disponible en línea: <http://www.psicología.com>.
- Gil-Monte, P.R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 44(2): 33-40.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Psicología Social Aplicada*, 6(2): 37-57.

- Grau, J. y Chacón, M. (1998a). *Burnout: una amenaza a los equipos de salud*. Trabajo presentado en el Seminario del Capítulo del Valle del Cauca de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud. Cali, Col.
- Grau, J. y Chacón, M. (1998b). Burnout: una amenaza a los equipos de cuidados paliativos. *Memorias del IV Curso Nacional de Cuidados Paliativos*. México: Instituto Nacional de Cancerología.
- Grau, J. y Chacón, M. (1999a). El desgaste profesional (burnout) en los equipos de cuidados paliativos: ¿mito o realidad? En M. Gómez Sancho (Ed.): *Medicina paliativa en la cultura latina* (cap. 65, pp. 1005-1020). Madrid: Aran
- Grau, J. y Chacón, M. (1999b). *Desgaste profesional en los equipos de salud: la disección de un mito*. Trabajo monográfico inédito en la Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: Facultad de Salud Pública.
- Haack, M.R. (1988). Stress and impairment among nursing students. *Research in Nursing and Health*, 11: 125-34.
- Hernández, L. (1995). *El síndrome de burnout en médicos y enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología*. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: Facultad de Salud Pública.
- Hernández, P. (2002). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en personal de salud del Hospital Militar de Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 7: 71-83.
- Kobasa, S., Maddi, S.R. y Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1): 168-177.
- Landeros, M. (1997). *Estrés y burnout en enfermeras de servicios médicos y quirúrgicos del Hospital General Docente "Calixto García" de la Ciudad de la Habana*. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: Facultad de Salud Pública.
- Lee, R.T. y Ashforth, B.E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75(6): 743-747.
- Lemkau, J.P., Purdy, R.R. y Rafferty, J.P. (1988). Correlates of burnout among family practice residents. *Journal of Medical Education*, 63: 682-691.
- Mallet, K., Price, H. y Jurs, S. (1991). Relationship among burnout, death, anxiety and social support in hospice and critical care nurses. *Psychology Reports*, 68: 1347-1359.
- Manzano, G.G. y Ramos, C.F. (1991). Profesionales con alto riesgo de padecer burnout: enfermeras y secretarias. *Interpsiquis*, 2. Disponible en línea: <http://www.intersalud.es>.
- Martín, C.M., López, R. y Fuentes, C. (2000). Estudio comparativo del síndrome de burnout en profesionales de la oncología: incidencia y gravedad. *Medicina Paliativa*, 7(3).
- Martos, M.J.A. (2000). *Guía para la prevención de estrés*. Sindicato de Enfermería (SATSE). Disponible en línea: <http://enfermeriaourense.galeon.com>.
- McCranie, E.W. y Brandsma, J.M. (1988). Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. *Behavioral Medicine*, 14: 30-36.
- Melchior, M.E.W., Van den Berg, A.A., Halfens, R., Huyer, J., Abu-Saad, H., Philipsen, H. y Gassman, P. (1997). Burnout and the work environment of nurse in psychiatric long-stay care settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32: 158-164.
- Moreno, B., Alonso, M. y Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Psicología de la Salud*, 9(2): 115-138.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. A. Simón (Ed): *Manual de psicología de la salud* (pp. 739-750). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Nagy, S. y Davis, L.G. (1985). Burnout: a comparative analysis of personality and environmental variables. *Psychological Reports*, 57: 1319-1326.
- Nowack, K.M. (1986). Type A, hardiness and psychological distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 9(6): 537-548.
- Oliver, C. (1993). *Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanza media: el burnout como síndrome específico*. Tesis doctoral no publicada. Madrid: Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Salud ocupacional para todos. Estrategia mundial*. Ginebra: Autor.
- Pando, M.M., Bermúdez, D. y Aranda, B.C. (2000). El síndrome del quemado en los trabajadores de la salud. *Salud y Trabajo*, 1: 12-15.
- Paradis, L.F. (Ed.) (1987). *Stress and burnout among providers caring for the terminally ill and their families*. New York: The Hawthorne Press Inc.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58: 61-96.
- Pérez, J.M.I. (2001, marzo). El síndrome de burnout (quemarse en el trabajo) en los profesionales de la salud. *Publicación Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL*. Año II, Num. 5.

- Pierce, C.M. y Molloy, G.N. (1989). The construct validity of the Maslach Burnout Inventory: some data from down under. *Psychological Reports*, 65: 1340-1342.
- Portales, A. (1997). *Niveles de burnout en enfermeras de servicios médicos y quirúrgicos*. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: Facultad de Salud Pública.
- Schaufeli, W.B. y Peeters, M.C. (1990, September). The measurement of burnout. *Report to ENOP Conference on Professional Burnout: Developments in Theory and Research*. Krakow, Poland.
- Schröder, M., Martin, E. y Fontanals, M.D. (1996). Estrés ocupacional en cuidados paliativos de equipos catalanes. *Medicina Paliativa*, 3(4): 170-175.
- Simoni, P.S. y Paterson, J.J. (1997). Hardiness, coping and burnout in the nursing workplace. *Journal of Professional Nurses*, 13(3): 178-185.
- Taerk, G. (1983). Psychological support of oncology nurses: a role for the liaison psychiatrist. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28: 532-535.
- Topf, M. (1989). Personality hardiness, occupational stress and burnout in critical care nurses. *Research in Nursing and Health*, 12(3): 179-186.
- Traber, R., Freidi, W. y Egger, J. (1995). Burnout en asistentes de enfermería geriátrica. *Memorias de la 8a. Conferencia Europea de Psicología de la Salud*. Alicante, España: 832-839.
- Vachon, M.L. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Medicine*, 9(2): 91-122.
- Wilson, D. y Chiwakata, L. (1989). Locus of control and burnout among nurses in Zimbabwe. *Psychological Reports*, 65(1): 426.