

Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería

Francoise Contreras T.¹
Universidad del Rosario Bogotá (Colombia)

Fernando Juárez A.²
Universidad de San Buenaventura Medellín (Colombia)

Elizabeth Murrain K.³
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Hospital San José Bogotá (Colombia)

Recibido: 01/07/08 Aceptado: 27/09/08

Resumen

El propósito de este estudio fue evaluar la influencia del síndrome de Burnout y la calidad de vida, así como las variables socioeconómicas, en los estilos de afrontamiento utilizados por 71 trabajadores de la salud (52,1% enfermeros y 47,9% auxiliares de enfermería). Se aplicó el cuestionario de salud (SF-36), el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) y el Maslach Burnout Inventory (MBI). De acuerdo con los resultados, la presencia de Burnout fue baja (77,5% sin Burnout), la calidad vida estuvo reducida en las dimensiones de vitalidad, dolor corporal y salud general, y las estrategias más utilizadas fueron la focalización en la solución de problemas y la reevaluación positiva. El incremento en la calidad de vida, la reducción en la severidad de los síntomas de Burnout, pertenecer al género feme

Dirección de correspondencia. Emails:

¹ francoise.contreras46@urosario.edu.co

² fernando.juarez@usbmed.edu.co

³ lizmurrak@hotmail.com

nino, tener menor edad y ser enfermera son predictores significativos (regresión cúbica) del incremento en el uso de todas las estrategias de afrontamiento, especialmente la focalización en la solución de problemas y la reevaluación positiva.

Palabras clave: Burnout, calidad de vida, estrategias de afrontamiento

Abstract

The aim of this study was to evaluate the influence of the Burnout syndrome and quality of life, as well as the socioeconomic variables in the coping styles used by 71 health workers (52.1 % nurses and 47.9 % nursing aids). The health questionnaire (SF36), the stress coping questionnaire (CAE) and the Maslach Burnout Inventory (MBI) were applied. According to the results, the presence of Burnout was low (77.5 % without Burnout), the quality of life was reduced in the areas of vitality, corporal pain and general health, and the most used strategies were those of focusing on the solution of problems and positive reappraisal. The increase in the quality of life, the reduction in the severity of Burnout symptoms, being female, young and working as a nurse, are all significant predictors (cubic regression) of the increase in the use of all the coping strategies, especially those focusing on the solution of problems and positive reappraisal.

Key words: Burnout, Quality of Life, Coping Strategies.

Resumo

O propósito deste estudo foi avaliar a influência da síndrome de Burnout e a qualidade de vida, assim como os fatores socioeconômicos, nos estilos de enfrentamento utilizados por 71 trabalhadores da saúde (52,1% enfermeiros e 47,9% auxiliares de enfermagem). Se aplicou o questionário de saúde (SF-36), o questionário de enfrentamento ao stress (CAE) e o Maslach Burnout Inventory (MBI). De acordo com os resultados, a presença de Burnout foi baixa (77,5% sem Burnout), a qualidade de vida esteve reduzida nas dimensões de vitalidade, dor corporal e saúde geral, e as estratégias mais utilizadas foram a focagem na solução de problemas e a reavaliação positiva. O aumento na qualidade de vida, a redução na severidade dos sintomas de Burnout, pertencer ao gênero feminino, ter menor idade e ser enfermeira, são predictores significativos (regressão cúbica) do aumento no uso de todas as estratégias de enfrentamento, especialmente a focagem na solução de problemas e a reavaliação positiva.

Palavras-chave: Burnout, qualidade de vida, Estratégias de enfrentamento

Introducción

El síndrome de Burnout o "quemarse por el trabajo" consiste en una respuesta a una situación permanente de estrés laboral, que se presenta principalmente en personas que trabajan prestando asistencia a otros; dicho síndrome estuvo inicialmente relacionado con la calidad de la atención que brindaban los profesionales sanitarios (Freudenberger, 1974). El Burnout está formado básicamente por tres factores: 1) agotamiento emocional o sensación de desgaste físico y mental, en la que el individuo percibe que carece de energía y que ya ha llegado a su propio límite 2) despersonalización o alteración en las relaciones que se establecen con las personas a quien se asiste, haciendo que el trato se vuelva distante e indiferente, y 3) falta de realización personal o sentimientos de insuficiencia, baja autoestima, fracaso profesional y desmotivación (Maslach y Jackson, 1981).

Chacón y Grau (1997) consideran que la enfermería es la profesión que hace más vulnerable a las personas a adquirir estrés laboral y a que se produzca el síndrome de desgaste profesional, debido a las largas jornadas de trabajo - algunas de ellas nocturnas-, la sobrecarga laboral, la escasa autonomía para la toma de decisiones, la falta de reconocimiento profesional y el contacto cotidiano con el dolor, la enfermedad y la muerte, todos ellos factores altamente estresantes para los cuales estos profesionales no están preparados (Zalon, 1995). Las condiciones laborales anteriormente descritas parecen influir en el deterioro de la calidad de comunicación que este personal sanitario mantiene con el paciente y puede, incluso, afectar los procesos de diagnóstico y tratamiento (Nouvilas, 1999, 2003).

A lo anterior, se suma la carencia o escasez de recompensas intrínsecas para estos

trabajadores, lo cual se ha relacionado con la presencia del Burnout, al igual que la falta de retroalimentación positiva y el estrés percibido, los cuales predicen la despersonalización del trabajador (Carlotto, Gonçalves y Borges, 2005), dándose más esto último en los varones que en las mujeres (Gil-Monte, 2002; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996), debido a que los modelos de socialización consideran a la profesión de enfermería como eminentemente femenina, en cuanto se asume que la mujer es educada para cuidar (Gil-Monte, 2002). Por su parte, el ser más joven se ha relacionado con altos niveles de agotamiento, sobre todo si se está estudiando y se tiene una importante sobrecarga laboral (Mazur y Lynch, 1989).

De acuerdo con varios estudios, se ha observado que el síndrome de Burnout afecta el estado de salud de los profesionales asistenciales, evidenciándose una relación entre la fatiga y las alteraciones, tales como dolor de cabeza tensional, incapacidad para relajarse, problemas gastrointestinales, dolores musculares, alteraciones del sueño, dificultades para concentrarse, trastornos de memoria y estados depresivos (Bellani et al. 1996; Schaufeli y Enzmann, 1998). También se ha encontrado que la fatiga es un fuerte predictor de infecciones y que la despersonalización y baja realización personal contribuyen a su aparición (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002; Mommersteeg, Heijnen, Kavelaars y Van doorneen, 2006), existiendo asociación entre altos puntajes en la subescala de despersonalización con baja actividad de las células NK (Nagase, Yoshida y Ogino, 1999). A su vez, la realización personal ha correlacionado de forma negativa con la ansiedad (Bellani et al., 1996) y la sobrecarga laboral, además de relacionarse con la presencia del síndrome (Zellars, Perrewé y Hochwarter, 2000), ha

resultado ser un predictor significativo de agotamiento emocional y despersonalización (Gil-Monte, 2002; Janssen, Schaufeli y Houkes, 1999).

El síndrome de Burnout, al ser consecuencia del estrés laboral, se ha relacionado con las estrategias de afrontamiento. Estas estrategias son utilizadas por los individuos para manejar las demandas ambientales excesivas (Lazarus y Folkman, 1986) y dependen de la evaluación que se haga de la situación, de la disponibilidad de recursos y de las experiencias previas (Mok y Tam, 2001; Richardson y Poole, 2001); las estrategias de afrontamiento ayudan a reducir el impacto negativo de los estresores sobre el bienestar psicológico (Pearlin y Schooler, 1978) o a tolerar sus efectos de manera menos perjudicial (Matheny, Aycocck, Pugh, Curlette y Silva-Canella, 1986).

Se ha estudiado la relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de Burnout, observándose que, en general, resulta favorable el uso de estrategias directas o activas (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003) en comparación con las indirectas, las cuales son ineficaces (Pines y Kafry, 1981) al implicar una tendencia a perder el control sobre la situación (Brown, Nicassio y Woolston, 1989). De este modo, las estrategias directas correlacionan negativamente con el Burnout, mientras que el uso de estilos paliativos lo hacen de manera positiva (Carmona, Buunk, Peiro, Rodríguez y Bravo, 2006) debido a que los estilos activos incrementan la realización personal e implican control, mientras que los estilos paliativos -en especial la evitación-, se relacionan con la aparición del síndrome (Breux, 1998; Burke y Greenglass, 2000; Ceslowitz, 1999; Leiter, 1991; Verhoeven, Kraaij, Joeke, y Maes, 2003); los estilos activos se asocian con menor despersonalización

y menor probabilidad de desarrollar el síndrome, que aquellos que utilizan estrategias centradas en la emoción (Anderson, 2001; Leiter, 1991) y, a su vez, el afrontamiento dirigido al problema constituye una estrategia favorable, mientras que la evitación no (Arraras et al. 2002; Carrobles et al. 2003); relacionándose esta última con carga emocional, falta de realización personal y despersonalización (Dorz, Novara, Sica y Sanavio, 2003; Thorton, 1992).

Sin embargo, a pesar de los hallazgos anteriormente descritos, aún no es claro el papel que juegan los estilos de afrontamiento en el desarrollo del síndrome (Carmona, et al., 2006); algunos estudios, incluso, no han encontrado que ésta sea una variable predictora del mismo (Hernández, Olmedo e Ibáñez, 2004), y se ha argumentado que el desarrollo del síndrome obedece exclusivamente a factores laborales (Schaufeli y Buunk, 2003). Aunque la inconsistencia en los resultados puede reflejar dificultades metodológicas o la falta de consenso en la definición de Burnout (Carmona, et al., 2006), también es posible que la relación entre estrategias y Burnout sea más compleja, y que la presencia de Burnout influya a su vez en el tipo de estrategia utilizada; esto último se ha demostrado en las relaciones interpersonales poco gratificantes, característica fundamental del Burnout, las cuales pueden influir sobre los estilos de afrontamiento (Carmona, et al., 2006; Ramos, 1999). Por otra parte, es común realizar un estudio comparando la efectividad de las diferentes estrategias utilizadas, sin tener en cuenta el hecho de que la presencia del síndrome puede hacer que se incremente la utilización de unas u otras.

El afrontamiento también influye en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, la cual se refiere al funciona-

miento social, físico y cognitivo en las actividades cotidianas, así como con el bienestar emocional y la percepción general de la salud (Badia y Lizán, 2003), variando a través de los individuos (Porter, 1994). Un afrontamiento optimista, al parecer, la favorece (Gunzerath, Connelly, Albert y Knebel, 2001; Van der Zaag-Loonen, Grootenhuis, Last y Derkx, 2004), mientras que el afrontamiento confrontativo, evasivo y emotivo la afecta negativamente (Lindqvist, Carlsson y Sjöden, 2000). Recientemente, se ha encontrado que el estilo de afrontamiento denominado autofocalización negativa, es decir, el autoconvencimiento negativo, autoculpa, indefensión y sentimientos de incapacidad para resolver la situación, lo que implica una tendencia a perder el control sobre la misma, se asocia con menor calidad de vida (Brown, Nicassio y Woolston, 1989), con menor percepción de salud general, menor vitalidad, función social, rol emocional y salud mental (Griswold, Evans, Spielman y Fishman, 2005). Sin embargo, al igual que el Burnout, la calidad de vida puede tener consecuencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos, aspecto que tampoco es habitualmente estudiado.

Con base en lo anterior, el interés de este trabajo es observar si el síndrome de Burnout, la calidad de vida y las características sociodemográficas influyen en el uso de las estrategias de afrontamiento en un grupo de profesionales y auxiliares de enfermería.

Método

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística compuesta por 71 trabajadores de la salud (52,1% enfermeros y 47,9% auxiliares de enfermería), la mayoría mujeres

(77,5%), con una edad promedio de 33 años ($DE=8,1$), los cuales, previo consentimiento informado, aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Como criterio de selección se tuvo en cuenta que los participantes estuvieran ejerciendo su labor asistencial en instituciones hospitalarias en la ciudad de Bogotá, D. C. (Colombia).

Instrumentos

Se utilizó la versión en español del MBI de Gil-Monte y Peiró (1997). Cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, que indagan acerca de los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Presenta seis alternativas de respuesta desde nunca (0) hasta todos los días (6). Consta de tres subescalas: 1) Realización Personal (sentimientos de autoeficacia y realización personal), 2) Agotamiento Emocional (vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo) y 3) Despersonalización (grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento). El MBI presenta una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9.

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés [CAE]: es una escala de 42 ítem desarrollada y validada por Sandín y Chorot (2003). El instrumento fue diseñado para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: 1) focalizado en la solución del problema, 2) autofocalización negativa, 3) reevaluación positiva, 4) expresión emocional abierta, 5) evitación, 6) búsqueda de apoyo social, y 7) religión. El instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, y obtuvo un coeficiente promedio de fiabilidad de Cronbach de 0,79 para las siete subescalas.

Cuestionario de Salud [SF 36]: la calidad de vida se evaluó mediante este Cuestio-

nario, diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, durante el Medical Outcomes Study (MOS), el cual ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (Iquola). El SF36 es un instrumento psicométricamente sólido de 36 ítems, que evalúa la calidad de vida a través de distintas dimensiones: función física (limitaciones físicas), rol físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), dolor corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), salud general (valoración personal de la salud), vitalidad (sentimiento de energía), función social (interferencia en la vida social habitual), rol emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), salud mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta), y evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás).

Procedimiento

Una vez obtenidos los permisos correspondientes en cada una de las instituciones que participaron en el estudio, se procedió a la aplicación de los instrumentos de manera individualizada. Previamente se informó a los participantes acerca del objetivo de la investigación, solicitándoles su consentimiento informado. Se les aclaró el manejo ético de la información, y que no recibirían remuneración económica por su participación; asimismo, se les recordó que podrían retirarse en cualquier momento de la investigación si así lo consideraran.

Resultados

Tal como se puede apreciar en la Tabla 1, la mayoría de los participantes

eran mujeres (77,5%), tenían una media de edad de 33,5 años y estaban repartidos de manera similar entre auxiliares (47,5%) y enfermera/o (s) (52,1%).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Sexo	f	%	Edad	Categoría	f	%	
			—				
Femenino	55	77,5	X	33,25	Auxiliar	34	47,9
Masculino	16	22,5	DE	8,1	Enfermera	37	52,1
			Min.	20			
			Máx.	52			

En la Tabla 2 se observan las puntuaciones medias obtenidas en los demás instrumentos utilizados. Con respecto a la calidad de vida, evaluada mediante el SF-36, se aprecia que los participantes obtuvieron altas puntuaciones en función física y rol físico con una media de 89,25 y 88,15, respectivamente; mientras que las dimensiones con puntuaciones medias más bajas fueron vitalidad (70,66), dolor corporal (70,63) y salud general (67,04). En el CAE las puntuaciones medias más altas se obtuvieron en las dimensiones de focalización en solución de problemas (13,20) y la reevaluación positiva (12,39), las dimensiones con puntuaciones medias más bajas fueron la auto-focalización negativa (5,79) y la expresión emocional abierta (5,55). En el MBI la puntuación media más alta se obtuvo en realización personal (38,52), y la más baja en despersonalización (6,62). En esta misma tabla, también se encuentra la distribución de los participantes según la presencia y severidad del Burnout, observándose que la mayoría de ellos no presentan dicho síndrome.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del SF-36, el CAE y el MBI en los participantes

Dimensiones de los instrumentos	Mín.	Máx.	\bar{X}	DE
SF-36				
Función física	5	100	89,25	16,48
Rol físico	0	100	88,15	28,75
Dolor corporal	0	100	70,63	23,89
Salud general	25	100	67,04	20,40
Vitalidad	20	100	70,66	17,50
Función social	0	100	84,15	21,95
Rol emocional	0	100	80,05	35,14
Salud mental	32	100	74,21	17,85
CAE				
Autofocalización negativa	0	13	5,79	3,14
Búsqueda de apoyo social	0	18	10,48	4,51
Expresión emocional abierta	0	12	5,55	2,70
Evitación	1	16	8,74	3,01
Focalización en solución de problemas	3	18	13,20	3,11
Reevaluación positiva	7	18	12,39	2,31
Religión	0	18	9,59	4,64
MBI				
Agotamiento emocional	0	44	19,17	11,79
Despersonalización	0	26	6,62	5,40
Realización personal	10	48	38,52	9,91
PRESENCIA DE BURNOUT				
Ausencia de síndrome	55	77,5		
Severidad baja	13	18,3		
Severidad moderada	1	1,4		
Severidad alta	2	2,8		

Las variables sociodemográficas fueron sometidas a un agrupamiento mediante un análisis de conglomerados en dos fases, debido a la presencia de variables categóricas y continuas; en este agrupamiento se obtuvieron cuatro grupos. En la Tabla 3, se muestran los estadísticos descriptivos correspondientes a cada uno de los conglomerados obtenidos, observándose que los hombres se

agrupan en el conglomerado 2, mientras que las mujeres se dividen entre los conglomerados 1, 3 y 4; la edad es superior en el conglomerado 1; los auxiliares se encuentran fundamentalmente en el conglomerado 3 y las enfermeras en el 4; finalmente, el mayor número de años de servicio se encuentra en el conglomerado 1.

Tabla 3. Estadísticas descriptivas de los participantes en los conglomerados sociodemográficos

Conglomerado	Sexo		Edad		Categoría				Años de servicio			
	F		M		Auxiliar		Enfermera/o					
	f	%	f	%	\bar{X}	DE	f	%	f	%	\bar{X}	DE
1 (n=12)	12	21,8	0	0	42,17	5,37	0	0	12	32,4	17,67	4,50
2 (n=16)	0	0	16	100	29,88	6,61	13	38,2	3	8,1	7,31	4,85
3 (n=21)	21	38,2	0	0	34,24	9,56	21	61,8	0	0	9,20	7,19
4 (n=22)	22	40,0	0	0	29,91	4,29	0	0	22	59,5	6,82	3,91

Los participantes también fueron agrupados según las puntuaciones obtenidas en el SF-36 mediante un análisis de conglomerados jerárquicos. Se utilizó un agrupamiento por vinculación intergrupo con la distancia de Cheychev, obteniéndose cuatro conglomerados con una distancia reescalada de 25. En la Tabla 4, se muestran las características descriptivas de estos conglomerados observándose que, en general,

las puntuaciones tienden a incrementarse a medida que se incrementa el conglomerado de pertenencia, aunque se presentan algunas alteraciones de este orden, tal como entre las dimensiones de función física, rol físico, salud general, vitalidad y rol emocional de los conglomerados 1 y 2, y las dimensiones de rol emocional y salud mental de los conglomerados 2 y 3.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del SF-36 según el agrupamiento realizado

SF-36	Grupo 1 n=2		Grupos 2 N=8		Grupo 3 n=10		Grupo 4 n=51	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Función física	75,00	35,36	67,68	28,93	89,38	11,66	93,16	10,74
Rol físico	100,00	0,00	12,50	18,90	94,17	12,45	98,37	6,67
Dolor corporal	25,00	35,36	45,13	6,85	74,70	22,13	75,62	21,52
Salud general	71,63	13,61	46,25	11,88	61,90	21,65	71,12	19,56
Vitalidad	67,50	24,75	47,50	15,81	63,00	15,67	75,92	14,54
Función social	25,00	35,36	56,25	23,15	68,75	15,87	93,87	11,00
Rol emocional	100,00	0,00	47,92	39,28	13,33	17,21	97,39	9,05
Salud mental	54,00	31,11	63,00	13,31	61,60	16,24	79,24	16,14

En la Figura 1, se puede observar cómo varía la suma de las puntuaciones de los participantes en las diferentes dimensiones del CAE según los conglomerados del SF-36, observándose un gradual crecimiento en las mismas. De este modo, a medida que se avanza de un conglomerado a otro del SF-36 se incrementa la suma de puntuaciones del CAE en cada uno de estos conglomerados, lo que es debido a que los sujetos de los diferentes conglomerados tienen puntuaciones cada vez más altas y a que existen cada vez más sujetos en dichos conglomerados. En esta figura se aprecia que las dimensiones más utilizadas por los participantes son la de focalización en solución de problemas y la de reevaluación positiva, las cuales están representadas en las líneas superiores.

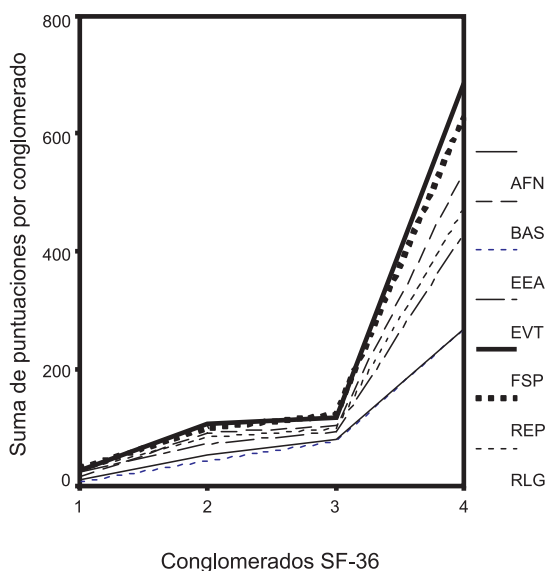


Figura 1. Suma de las puntuaciones en las dimensiones del CAE, obtenidas por el conjunto de los participantes, según los conglomerados del SF-36.

En la Figura 2, se denota la variación en la suma de las puntuaciones en cada dimensión del CAE según el nivel de severidad de las puntuaciones en el MBI. Como se ve,

ocurre lo contrario que en la variación de dichas puntuaciones según los conglomerados del SF-36, ya que, en este caso, dichas puntuaciones siguen una marcada trayectoria descendente a medida que se incrementa el nivel de severidad. Las puntuaciones más elevadas, de nuevo, se obtuvieron para las dimensiones de focalización en solución de problemas y de reevaluación positiva, es decir, las líneas superiores en la figura.

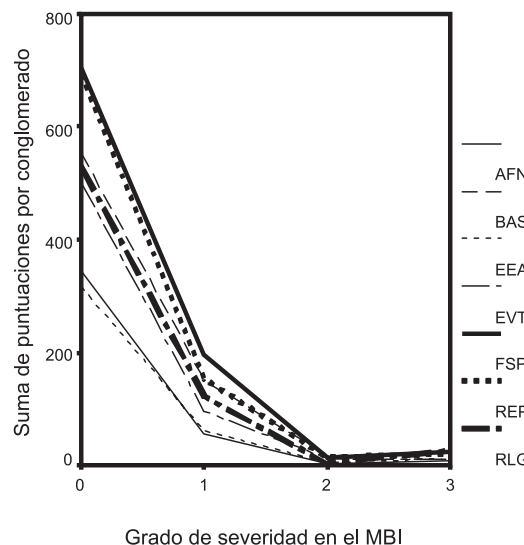


Figura 2. Suma de las puntuaciones en las dimensiones del CAE, obtenidas por el conjunto de los participantes, según el grado de severidad del MBI.

A su vez, en la Figura 3, la variación en la suma de las puntuaciones en cada dimensión del CAE según el conglomerado socioeconómico de pertenencia. En este caso, también observamos que las puntuaciones siguen un patrón ascendente, si bien no tan homogéneo como en las figuras anteriores. Las puntuaciones más elevadas se obtuvieron de nuevo para las dimensiones de focalización en solución de problemas y de reevaluación positiva, las líneas superiores en la Figura 3.

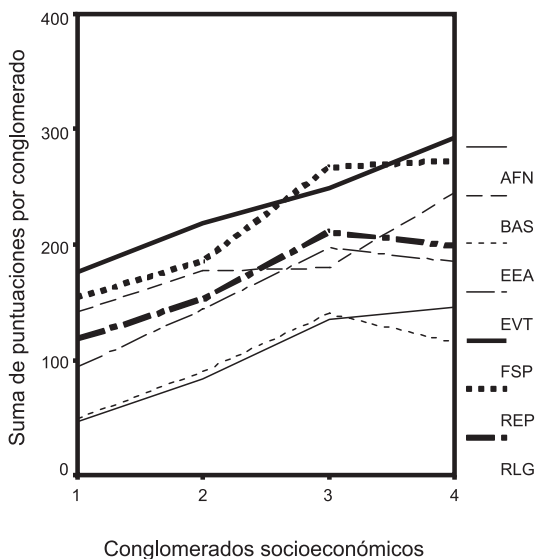


Figura 3. Suma de las puntuaciones en las dimensiones del CAE, obtenidas por el conjunto de los participantes, según los conglomerados de las variables socioeconómicas.

De este modo, se tiene un grupo de cuatro conglomerados para las dimensiones del SF-36, del MBI y también para las variables socioeconómicas. Según estos conglomerados, y si se invierte el orden de los conglomerados del MBI, la suma de las puntuacio-

nes de las dimensiones del CAE para cada uno de ellos sigue un patrón ascendente, si bien tienen diferentes valores para cada grupo de conglomerados, tal como se observa en las gráficas. Ya que todos estos conglomerados ejercen el efecto de incrementar las puntuaciones en las dimensiones del CAE, invirtiendo como se ha dicho el orden de los conglomerados del MBI, se aplicó una regresión cúbica de los conglomerados 1 a 4, sobre la media de la suma de las puntuaciones en cada dimensión del CAE para los tres grupos de conglomerados. En esta regresión no es necesario diferenciar si los conglomerados pertenecen al SF-36, al MBI o a las variables socioeconómicas, ya que todas estas variables tienen el mismo número de conglomerados y todas ejercen el mismo efecto de incrementar las puntuaciones a medida que se incrementa el número de conglomerado. La regresión proporciona una buena explicación de la influencia de estos conglomerados ($R^2 = 0,92$) y resulta significativa ($F=96,97, p=,00$). En la Tabla 5 se observan los coeficientes de dicha regresión; como se puede apreciar, todos estos coeficientes resultaron significativos.

Tabla 5. Coeficientes en la ecuación de regresión cúbica

Tipo de coeficiente	Coeficiente	E.E.	T	P
Unidad	116,212675	51,586547	2,253	,033
Cuadrado	-77,796066	37,228150	-2,090	,047
Cúbico	18,402576	6,339030	2,903	,008

En la Figura 4, el buen ajuste que se mira presenta la curva a los datos; igualmente, en la Figura 5, se aprecia el pronóstico realizado con esta regresión y los intervalos de

confianza en relación con los datos observados. En la distribución de los errores no se observó ningún patrón, agrupándose alrededor de una media de 0.

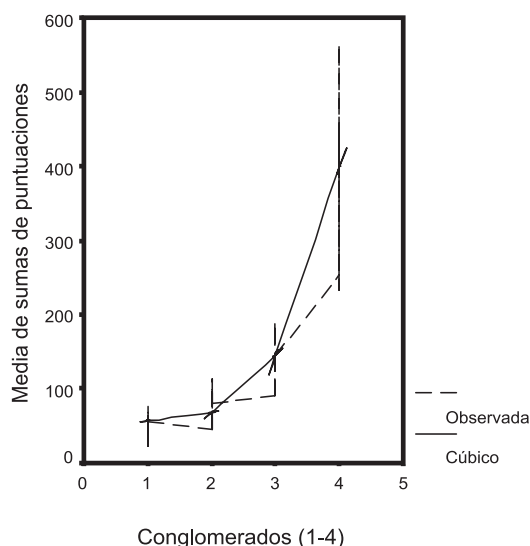


Figura 4. Regresión cúbica sobre los valores medios de las dimensiones del CAE por conglomerado.

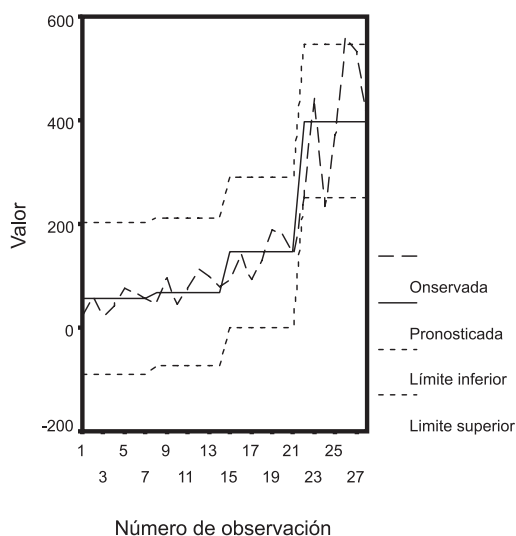


Figura 5. Valores observados, pronosticados por la regresión y límites de confianza.

Discusión

En la muestra estudiada no se evidenció presencia del síndrome de Burnout, a pesar de que dicha muestra estuvo constituida por enfermeros y auxiliares de enfermería, con una media de edad no muy elevada (Tabla

1); lo cual no coincide con lo hallado en otros estudios (cf. Chacón y Grau, 1997; Zalon, 1995), donde se sugiere lo contrario, en función de estas mismas características sociodemográficas. Lo anterior puede deberse a que la mayoría de los participantes en nuestro estudio eran mujeres, y existe evidencia que ciertas dimensiones del Burnout afectan en mayor medida a los hombres (Gil-Monte, 2002; Gil-Monte et al. 1996) y a que es necesario que se alcancen determinadas puntuaciones en las tres dimensiones del instrumento para poder determinar la existencia de este síndrome. Por otra parte, teniendo en cuenta estas variables sociodemográficas, es precisamente un mayor ajuste a las condiciones, en las cuales se tendría que producir Burnout, el que propicia un mayor uso de las estrategias de afrontamiento; esto se pone de manifiesto observando la evolución de dichas estrategias en función de los conglomerados socioeconómicos obtenidos (Figura 3), donde el incremento en el conglomerado de pertenencia, hacia una presencia definitiva de mujeres, con una menor edad y enfermeras (conglomerado 4), hace que se incremente el uso de las estrategias de afrontamiento, con reevaluación positiva y religión como estrategias predominantes. Dichas estrategias se incluyen cada una en diferentes dimensiones de segundo orden del CAE; así la reevaluación positiva pertenece a una dimensión relacionada con el afrontamiento activo o directo; mientras que la segunda, con un peso negativo, pertenece a la dimensión de afrontamiento centrado en la emoción o pasivo (Sandín y Chorot, 2003).

La tendencia al incremento en el uso de las estrategias de afrontamiento es más pronunciada en relación con los conglomerados del SF-36, a pesar de que existen dimensiones de la calidad de vida en salud

que se presentan con niveles reducidos en los participantes, tales como vitalidad, dolor corporal y salud general. Sin embargo, el incremento en la calidad de vida hace que en el último conglomerado (conglomerado 4) se incrementen sustancialmente las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento, siendo la focalización en la solución de problemas y la reevaluación positiva las estrategias predominantes; las puntuaciones así alcanzadas son superiores a las obtenidas en función de los conglomerados socioeconómicos. En cuanto a esto, se ha indicado que las estrategias de afrontamiento están relacionadas con la calidad de vida y parecen influir en la misma (e.g. Gunzerath, Connelly, Albert y Knebel, 2001; Lindqvist et al. 2000; Van der Zaag-Loonen, Grootenhuis, Last y Derkx, 2004), sin embargo, la relación entre una mayor calidad de vida y el uso de las estrategias de afrontamiento no ha sido claramente documentada, ya que se asume que la relación causal es la contraria. En nuestro estudio, esta relación se manifiesta claramente mediante un patrón de incremento para todas las estrategias cuando se incrementa la calidad de vida, siendo este incremento muy fuerte en los niveles de calidad de vida más altos, especialmente para las estrategias indicadas anteriormente, focalización en la solución de problemas y reevaluación positiva, las cuales son estrategias activas.

A su vez, el incremento en los niveles de severidad del Burnout, produce un decremento en el uso de las estrategias de afrontamiento, determinando la ausencia de síntomas un grado alto de utilización de dichas estrategias, con niveles similares a los obtenidos mediante los conglomerados del SF-36 y mostrando puntuaciones más elevadas también para la focalización en la solución de problemas y reevaluación positiva.

De este modo, la distribución de las puntuaciones en las estrategias de afrontamiento, recogidas en el CAE, sigue un patrón ascendente para cada una de las otras variables, ya sean las socioeconómicas, la reducción de la severidad o de los síntomas de Burnout, o bien las dimensiones del SF-36. De acuerdo con esto, todas estas variables ejercen el efecto de incrementar el uso de dichas estrategias, efecto bien recogido en la regresión obtenida, donde el coeficiente más importante es el coeficiente del término unidad, es decir, el componente lineal, seguido por el cuadrático y el cúbico. Ya que no se ha estudiado la interacción entre las diferentes variables independientes, solamente podemos afirmar que todas ellas incrementan el promedio de uso de las estrategias. Sin embargo, este enfoque es diferente al de los estudios reseñados, donde se asume una influencia de las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida y en la presencia de síntomas de Burnout, en nuestro caso, es precisamente la presencia de una buena calidad de vida con una reducción o ausencia de los síntomas de Burnout, lo que propicia un uso mayor de las estrategias de afrontamiento, especialmente de aquellas más eficaces. Además, ya que un uso adecuado de las estrategias de afrontamiento, especialmente la dirigida al problema, tiene efectos positivos (Arraras, Wrigth, Jusue, Tejedor y Calvo, 2002; Carroble, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003), esto puede a su vez redundar en una reducción de los síntomas de Burnout y en un incremento de la calidad de vida.

Referencias

- Anderson, D.G. (2001). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child abuse and neglect*, 24, 839-848.

- Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M. y Calvo, J. I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 181-187.
- Badia, X. y Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martín y J. Cano (Eds.), *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica* (pp. 250-261). Madrid: Elsevier.
- Bellani, M., Furlani, F., Gnechi, M., Pezzotta, P., Trotti, E. y Bellotti, G. (1996). Burnout and related factors among HIV/AIDS health care workers. *AIDS Care*, 8 (2), 207-221.
- Breaux, C. A. (1998). Burnout in mental health caregivers for person with HIV disease: coping strategies, appraised controllability and perceived coping efficacy. *Dissertation Abstracts International*, 58 (9), 5107.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M. y Woolston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 652-657.
- Burke, R.J. y Greenglass, E. (2000). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of coping. *International Journal of Stress Management*, 7, 49-59.
- Carmona, C., Buunk, A. P., Peiró, J.M. Rodríguez, I. y Bravo, M.J. (2006). Do social comparison and coping styles play a role in the development of burnout? Cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79, 85-99.
- Carrobes, J. A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Ceslowitz, S.B. (1999). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 553-558.
- Chacón, R.M. y Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos en Cuba. *Revista Cubana de Oncología*, 13 (2), 118-125.
- Carlotto, M.S., Goncalves, S. y Borges, A. M. (2005). Predictores del síndrome de Burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 1(2), 195-205.
- Dorz, S., Novara, C., Sica, C. y Sanavio, E. (2003). Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology and Health* 18 (5), 677-684.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7 (1), 3-10.
- 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. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6 (2), 43-63.
- Griswold, G., Evans, S., Spielman, L. y Fishman, B. (2005). Coping strategies of HIV patients with peripheral neuropathy. *AIDS Care*, 17, 711-720.
- Gunzerath, L., Connelly, B., Albert, P. y Knebel, A. (2001). Relationship of personality traits and coping strategies to

- quality of life in patients with alpha-1 antitrypsin deficiency. *Psychology, Health & Medicine*, 6, 335-341.
- Janssen, P. P., Schaufeli, W. B. y Houkes, I. (1999). Workrelated and individual determinants of the three burnout dimensions. *Work & Stress*, 13 (1), 74-86.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F. y Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine*, 64, 15-28.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123-144.
- Lindqvist, R., Carlsson, M. y Sjöden, P. (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1398-1408.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 92-113.
- Matheny, K. B., Aycock, D. W., Pugh, J. L., Curlette, W.L. y Silva-Cannella, K. A. (1986). Stress coping: a qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *Counseling Psychologist*, 14, 499-549.
- Mazur, P.J. y Lynch, M.D. (1989). Differential impact of administrative, organizational and personality factors on teachers burnout. *Teaching and Teacher Education*, 5 (4), 337-353.
- Mok, E. y Tam, B. (2001). Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 503-511.
- Mommersteeg, P.M. Heijnen, C.J. Kavelaars, A. y Van Doornen, L. J. (2006). Immune and Endocrine Function in Burnout Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 68, 879-886.
- Nouvilas, E. (1999). Psicología social y salud. En J.F. Morales y C. Huici (Eds.), *Psicología social* (pp. 281-296). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Nouvilas, E. (2003). Atribución del cumplimiento terapéutico: Diferencias entre pacientes y profesionales de la salud. En J.F. Morales y C. Huici (Eds.), *Estudios de psicología social* (pp. 273-280). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pearling, L. I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pines, A. y Kafry, D. (1981). Coping with burnout. En J. Jones (Ed.), *The burnout syndrome* (pp. 391 -410). London: London House Press.
- Porter, G. (1994). Assessing the outcome of rehabilitation in patients with end-stage renal disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 24 (1), 22-27.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de Burnout*. Madrid: UNED-Klinik.
- Richardson, C. y Poole, H. (2001). Chronic pain and coping: a proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 659-667.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Schaufeli, W.B. y Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.

- Schaufeli, W. B., y Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research in theorizing. En M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst y C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 383–425). Wiley, England: Cichester.
- Thorton, P.I. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *Journal of Psychology*, *126*, 261-271.
- Van der Zaag-Loonen, H. J., Grootenhuis, M. A., Last, B. F. y Derkx, H. H. (2004). Coping strategies and quality of life of adolescents with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*, *13*, 1011-1019.
- Verhoeven, C., Kraaij, V., Joeke, K. y Maes, S. (2003). Job conditions and wellness/health outcomes in Dutch secondary school teachers. *Psychology and Health*, *18*, 473–487.
- Zalon, M.L. (1995). Pain management instruction in nursing curricula. *Journal of Nursing Education*, *34*, 2622-2627.
- Zellars, K. L., Perrewé, P. L. y Hochwarter, W. A. (2000). Burnout in health care: The role of the Five Factor of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, *30* (8), 1570-1598.

