

# Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar

## *Coping strategies as promoters of well-being*

Laura Paris<sup>1</sup> y Alicia Omar<sup>2</sup>

### RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar las estrategias empleadas por los profesionales de la salud para afrontar el estrés asistencial y explorar su asociación con el bienestar subjetivo. Se trabajó con una muestra de 196 profesionales argentinos, quienes respondieron las escalas de Afrontamiento Asistencial y de Bienestar Subjetivo. Los análisis descriptivos y correlacionales indicaron que los médicos emplean estrategias focalizadas en la emoción con más frecuencia que los enfermeros; que los profesionales varones privilegian las estrategias emocionales, y que tanto las estrategias de resolución de problemas como las de distanciamiento muestran fuertes asociaciones con el bienestar subjetivo. Esta última evidencia amerita reclasificar las estrategias de distanciamiento e incluirlas entre los recursos salutogénicos, habida cuenta de su significativa contribución al bienestar subjetivo.

**Palabras clave:** Estrés laboral asistencial; Estrategias de distanciamiento; Bienestar subjetivo.

### ABSTRACT

*The aim of this study was to identify the most commonly coping strategies employed to cope with the stress and explore its association with well-being. A sample of 196 Argentinean professionals participated and responded the Care Coping Scale and Subjective Well-being Scale. Descriptive and correlational analysis showed that doctors tend to choose emotional-oriented strategies more often than nurses; that male professionals privilege emotional strategies, and that strategies of problem-solving and distancing have the greatest relationships with subjective well-being. The latter evidence deserves to reclassify the distancing strategies and to include them among the healthy strategies, given their significant contribution to subjective well-being.*

**Key words:** Job stress; Coping strategies; Well-being.

## INTRODUCCIÓN

Todas las profesiones y actividades laborales generan algún grado de estrés, aunque el trabajo vinculado con la atención de la salud se caracteriza por algunos estresores únicos que son el resultado de una actitud de intensa dedicación al cuidado de la vida de los demás. El compromiso por la vida, las relaciones empático-afectivas con el enfermo y las características propias de las instituciones sanitarias, colocan a los trabajadores de la salud en una situación de riesgo permanente a raíz del profundo agotamiento

---

<sup>1</sup> Facultad de Derecho y Ciencias Sociales del Rosario, Universidad Católica Argentina, Sarratea 440 bis (2000), Rosario, Argentina, correo electrónico: laurap\_408@yahoo.com.ar. Artículo recibido el 7 de enero y aceptado el 23 de mayo de 2009.

<sup>2</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario, Argentina, Italia 1365, 1ºA (2000), Rosario, Argentina, correo electrónico: agomar@arnet.com.ar.

emocional que genera aislamiento, depresión, negación de las dificultades, autoprescripción de psicofármacos y una alarmante adicción al alcohol, tanto en mujeres como en varones (Martínez-Lanz, Medina-Mora y Rivera, 2004).

Por lo general, para enfrentar el estrés las personas recurren a respuestas cognitivas y comportamentales (proceso conocido como *afrontamiento*) que mediatizan las relaciones entre la percepción del estrés y la consiguiente adaptación somática y psicológica. La habilidad para manejar situaciones estresantes depende de los recursos de afrontamiento disponibles. Estos recursos desempeñan un rol crucial en la relación estrés-salud-enfermedad y constituyen características estables del individuo y del medio ambiente donde se desenvuelve (Omar, 1995). La perspectiva teórica acerca del proceso de afrontamiento del estrés más frecuentemente adoptada por los especialistas es el modelo fenomenológico-cognitivo propuesto por Lazarus y Folkman (1984), que se focaliza en la interacción entre las demandas estresantes y la evaluación que de ellas hace la persona. El modelo postula que el proceso de afrontamiento se caracteriza por dos clases de evaluaciones de la situación: una primaria, en la que el individuo determina si es relevante o no para su bienestar, y una secundaria, en la que considera las posibles respuestas para hacerle frente.

Lazarus y Folkman (1984) distinguen dos tipos o funciones principales del afrontamiento que generalmente coexisten: el manejo o alteración del suceso que causa el malestar y la regulación de la respuesta emocional que el evento genera. El primero, también llamado afrontamiento de acción directa (Omar, 1995), está dirigido a la definición del problema y su resolución a través de la búsqueda de soluciones alternativas. Este tipo de afrontamiento posiblemente se utilice con más frecuencia cuando se evalúan las condiciones como susceptibles de ser modificadas. El segundo, conocido como afrontamiento paliativo o de acción indirecta (Omar, 1995), está orientado a disminuir el grado de trastorno emocional o modificar la percepción de la situación sin cambiarla objetivamente. Este tipo de afrontamiento posiblemente se utilice como una forma de regular las propias emociones (atenuando la percepción de la amenaza), ya que habitualmente no conduce a la solución del problema. Del aná-

lisis de la bibliografía especializada surge un amplio consenso entre los especialistas en la consideración de estos dos tipos básicos de afrontamiento, conocidos como focalizado en el problema y focalizado en la emoción.

Sin embargo, no hace mucho que Folkman y Moskowitz (2004) señalaron que la distinción entre ambos tipos de estrategias, aunque fue un buen punto de partida, actualmente ya no es suficiente, habida cuenta que estaría enmascarando importantes traslapamientos entre sus categorías. A modo de ejemplo, indican que, así como la estrategia de distanciamiento (la persona reconoce un problema pero hace esfuerzos deliberados por alejarlo de su mente) y la de escape-evitación (reconocido el problema, la persona intenta evadirse a través de conductas socialmente desajustadas) son agrupadas como estrategias enfocadas en la emoción, hay sustanciales diferencias entre ambas, desde el momento que el distanciamiento es una estrategia adaptativa cuando nada puede hacerse, y, en cambio, la evitación (aun ante el mismo tipo de situación) es usualmente desadaptativa. Tales circunstancias han llevado a Folkman y Moskowitz (2004) a recomendar la profundización de estudios orientados a esclarecer la red nomológica correspondiente al afrontamiento focalizado en la emoción.

En lo que respecta al afrontamiento del estrés en el contexto laboral asistencial, si bien se han realizado numerosos estudios con el propósito de examinar las posibles vinculaciones entre el empleo de determinadas estrategias por parte de los profesionales de la salud y sus características sociodemográficas (básicamente género y edad), los hallazgos son contradictorios. En cuanto al género, las mujeres –sean médicas o enfermeras– parecen optar con más frecuencia que sus colegas varones por la búsqueda de apoyo social (incluido el apoyo profesional), pensamientos positivos y relajación (Lert, Chastang y Castano, 2001); sin embargo, otros investigadores (Hays, Mannahan, Cuadres y Wallace, 2006) no han encontrado asociación alguna. Con respecto a la edad, algunos estudios han constatado que entre los médicos y enfermeros mayores prevalece el afrontamiento focalizado en la emoción, en tanto que entre los profesionales más jóvenes pareciera que no predomina un estilo definido (Yayli, Yaman y Yaman, 2003). Otros estudiosos (Hays y cols., 2006; Lert y cols.,

2001) han informado que la edad de los profesionales no aparece como una variable asociada con alguna estrategia de afrontamiento en particular.

Otro importante cuerpo de estudios está referido al análisis de las posibles vinculaciones entre el empleo de estrategias de afrontamiento y su impacto en el bienestar de los profesionales de la salud. En este sentido, se ha informado que el empleo frecuente de estrategias focalizadas en el problema se vincula con una mayor resistencia al estrés (McGowan, Gardner y Fletcher, 2006) y un menor burnout (Carmona, Buunk, Peiró, Rodríguez y Bravo, 2006). Paralelamente, se han comunicado asociaciones entre el empleo de estrategias enfocadas en la emoción y las consecuencias negativas para el bienestar, tales como mayores niveles de estrés (McGowan y cols., 2006) y más depresión (Goodwin, 2006).

Frente a este escenario, los objetivos del presente estudio fueron identificar las estrategias más comúnmente empleadas para afrontar el estrés asistencial y explorar su asociación tanto con variables sociodemográficas como con el bienestar subjetivo.

## MÉTODO

### Sujetos

La verificación empírica se realizó en una muestra por disponibilidad integrada por 196 profesionales (97 médicos y 99 enfermeros) de instituciones sanitarias públicas y privadas de la ciudad de Rosario, Argentina. La elección de dicha muestra se basó en razones de factibilidad y accesibilidad. En ella, 65% fueron mujeres. El promedio de edad de la muestra total fue de 38 años, y el de antigüedad laboral, de 12. A su vez, 33% trabajaba en instituciones públicas (hospitales, centros de salud), 40% pertenecía a entidades privadas (clínicas, atención domiciliaria y similares) y el 27% restante trabajaba en ambos tipos de instituciones.

### Instrumentos

La totalidad de la muestra respondió un cuadernillo integrado por los siguientes instrumentos:

*Escala de Estrategias de Afrontamiento del Estrés Asistencial.* Las estrategias de afrontamiento se evaluaron por medio de la escala desarrollada por Paris (2007), conformada por 24 ítems, con formato Likert de tres puntos (de 1 = nunca, a 3 = siempre). El instrumento explora las siguientes estrategias de afrontamiento del estrés asistencial: estrategias desadaptativas (por ejemplo: “Me evado del problema comiendo, fumando o bebiendo”), estrategias de resolución de problemas (por ejemplo, “Planifico cómo resolver el problema”), estrategias de resignación (por ejemplo, “Espero que las cosas cambien en algún momento”) y estrategias de distanciamiento (por ejemplo, “Pienso en lo que haré en mi tiempo libre”). Los índices de consistencia interna de cada dimensión fueron superiores a 0.70.

*Escala de Bienestar Subjetivo.* El bienestar subjetivo fue medido a través de la adaptación argentina (Paris, 2007) de la escala homónima desarrollada por Nacpal y Shell (1992). La versión validada quedó integrada por 40 ítems, con formato Likert de tres puntos (de 1 = casi nunca, a 3 = casi siempre). A diferencia de la escala original, que explora once factores, la versión validada quedó integrada por diez dimensiones, habida cuenta que los análisis de componentes principales realizados indicaron como mejor solución aquella que integraba en un mismo factor las dos primeras dimensiones del instrumento original (bienestar vinculado a afectos positivos y correspondencia entre expectativas y logros). Por lo tanto, las dimensiones medidas fueron las siguientes: correspondencia entre expectativas y logros (por ejemplo, “¿Piensa que ha logrado el estándar de vida que esperaba?”), confianza en afrontar dificultades (por ejemplo, “¿Siente que puede manejar situaciones inesperadas?”), trascendencia (por ejemplo, “¿Ha tenido alguna vez experiencias de intensa felicidad similar al éxtasis?”), apoyo social (por ejemplo, “¿Siente que sus amigos y parientes lo ayudarían si estuviera necesitado?”), relaciones con el grupo primario (por ejemplo, “¿Cómo se siente respecto a la relación con sus hijos?”), inadecuado manejo mental (por ejemplo, “¿Siente que es fácilmente irritable?”), apoyo del grupo familiar (por ejemplo, “¿Considera que su familia lo ayuda a encontrar soluciones a la mayoría de sus problemas?”), bienestar vinculado a afectos negativos

(por ejemplo, “¿Siente que su vida es inservible?”), contactos sociales deficientes (por ejemplo, “¿Se preocupa a veces por no mantener una vinculación estrecha con alguien?”) y percepción de problemas de salud (por ejemplo, “¿Tiene problemas para dormir?”). La consistencia interna de la totalidad de los factores medidos varió entre 0.72 y 0.87. El puntaje total obtenido constituye un indicador del bienestar general percibido por los profesionales.

*Variables sociodemográficas.* El protocolo de recolección de datos se completó con un conjunto de preguntas orientadas a recabar información acerca de variables sociodemográficas tales como edad, sexo, estado civil, número de hijos, profesión, especialidad (en el caso de los médicos), antigüedad en la profesión, ámbito laboral en que se desempeña, antigüedad laboral, horas de trabajo semanal, intención de renunciar y desempeño en el ámbito de la docencia.

## Procedimiento

El contacto con los profesionales y la aplicación de los reactivos se efectuó en los lugares habituales de trabajo, previa solicitud de autorización a las autoridades organizacionales. La participación fue voluntaria y se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información suministrada. Durante todo el proceso se tomaron en consideración todos los recaudos éticos vinculados con la investigación con seres humanos.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En primer lugar, y con el objetivo de identificar las estrategias más comúnmente empleadas para afrontar el estrés asistencial entre los profesionales de la salud, se calcularon los índices descriptivos (medias y desviaciones típicas) para la muestra total (Tabla 1).

**Tabla 1.** Medias y desvíos típicos correspondientes a las dimensiones de la variable Estrategias de afrontamiento del estrés (muestra total = 196).

VARIABLE	DIMENSIONES*	X	s
Estrategias de afrontamiento	Resolución de problemas	1.49	0.35
	Distanciamiento	1.17	0.35
	Resignación	0.75	0.33
	Estrategias desadaptativas	0.47	0.30

\* Las dimensiones están ordenadas en función del valor de la media.

Como se desprende de la tabla precedente, la resolución de problemas y el distanciamiento de la fuente de estrés son las dos categorías de afrontamiento mayormente empleadas por los profesionales de la salud. Al respecto, es importante señalar que en el instrumento empleado se agrupan ítems referidos tanto a los esfuerzos directos para solucionar la situación estresante como a la búsqueda de apoyo social bajo la denominación “resolución de problemas”. Las diferentes facetas de la búsqueda de apoyo social (tales como hablar con colegas, integrar equipos de trabajo o tratar de llegar a acuerdos) han sido vinculadas con la satisfacción laboral por diversos autores (Archibald, 2006; Cox, Teasley, Zeller y cols., 2006; Luceño, Martín, Jaén y Díaz, 2006; Ter Doest y de Jonge, 2006,

entre otros). Por su parte, los ítems que exploran la estrategia de distanciamiento de la situación aluden, entre otros aspectos, a la planificación del uso del tiempo libre, las actividades placenteras fuera del trabajo y la distancia emocional. El uso frecuente de este tipo de estrategia se ha registrado entre los trabajadores de la salud en culturas tan diversas como China, Japón o Estados Unidos (Lambert, Lambert, Petrini y Zhang, 2007; Roberts, 2005).

Seguidamente, se calcularon las medias y desvíos típicos en forma separada para médicos y enfermeros. Disponer de tales índices descriptivos para ambos subgrupos permitió el cálculo de las correspondientes diferencias de medias (*t* de Student) en función de la profesión (Tabla 2).

**Tabla 2.** Medias, desvíos típicos y pruebas de diferencia de medias (t) entre médicos y enfermeros, correspondientes a las dimensiones de la variable Estrategias de afrontamiento del estrés.

VARIABLE	DIMENSIONES	Médicos (N = 97)		Enfermeros (N = 99)		t
		X	s	X	s	
Estrategias de afrontamiento del estrés	Estrategias desadaptativas	0.52	0.30	0.42	0.30	2.41*
	Resolución de problemas	1.44	0.37	1.55	0.32	-2.11*
	Resignación	0.71	0.34	0.78	0.33	0.33
	Distanciamiento	1.19	0.36	1.15	0.34	0.78

\*p &gt; 0.05

Al analizar las respuestas de médicos y enfermeros por separado, se evidencia que los médicos tienden a elegir estrategias desadaptativas –tales como automedicación, cinismo y evasión del problema a través del tabaco o del alcohol– con más frecuencia que los enfermeros, en tanto que estos últimos utilizan estrategias de resolución de problemas con mayor frecuencia que los médicos. Tales resultados estarían indicando que cuando los enfermeros tienen problemas en su trabajo, intentan resolverlos directamente mediante un afrontamiento activo, mientras que los médicos descar-

gan su tensión en otros o la somatizan (incluso recurriendo a conductas que afectan su salud, tales como automedicación, abuso de sustancias, etc.), tal vez porque tienden a evaluar las situaciones estresantes como inmodificables.

A continuación, y con el propósito de explorar la asociación de las estrategias de afrontamiento con el bienestar subjetivo y los indicadores socio-demográficos, se calcularon las correlaciones entre la totalidad de las variables en estudio, tanto para la muestra total (Tabla 3), como separadamente para médicos y enfermeros (Tabla 4).

**Tabla 3.** Coeficientes de correlaciones entre estrategias de afrontamiento y bienestar general en la muestra total (médicos y enfermeros).

ESTRATEGIAS	1	2	3	4	5
1. Estrategias desadaptativas	-	-0.18*	0.05	-0.08	-0.41**
2. Resolución de problemas		-	-0.11	0.25**	0.27**
3. Resignación			-	0.01	-0.07
4. Distanciamiento				-	0.27**
5. Bienestar subjetivo					-

\* p &gt; 0.05; \*\* p &gt; 0.01

**Tabla 4.** Coeficientes de correlaciones entre variables sociodemográficas, afrontamiento y bienestar general en médicos (triángulo superior derecho) y enfermeros (triángulo inferior izquierdo).

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Sexo	-	0.18	-0.02	-0.15	0.13	-0.05	0.21*	0.09
2. Intención de renunciar	<b>0.14</b>	-	0.45**	0.07	0.24*	-0.19	0.01	-0.07
3. Cantidad de empleos	<b>0.06</b>	0.18	-	0.02	-0.03	0.15	-0.10	-0.17
4. Estrat. desadaptativas	<b>-0.12</b>	-0.17	-0.02	-	0.11	0.11	-0.11	-0.36**
5. Resol. de problemas	<b>0.01</b>	-0.05	<b>0.17</b>	-0.21	-	-0.30**	0.17	0.17
6. Resignación	<b>-0.03</b>	-0.04	<b>0.02</b>	0.02	0.06	-	0.01	-0.12
7. Distanciamiento	<b>0.10</b>	-0.11	<b>0.21</b>	-0.08	0.37	0.01	-	0.23*
8. Bienestar subjetivo	<b>0.14</b>	0.09	<b>0.25*</b>	-0.44**	0.34**	-0.06	0.32**	-

\* p &gt; 0.05; \*\* p &gt; 0.01

Como se advierte, el bienestar subjetivo se asocia negativamente con estrategias desadaptativas y positivamente con estrategias de resolución de problemas y de distanciamiento. Tales resultados estarían indicando que a mayor satisfacción con la po-

sibilidad de desarrollar las habilidades y construir vínculos saludables, menor predominio de estrategias disfuncionales, tales como evadirse a través del alcohol o el tabaco, descargar la tensión en otros, somatizar, responder cínicamente y automedicarse.

Estarían indicando, además, que cuando el sujeto experimenta mayor bienestar subjetivo recurre con mayor frecuencia al afrontamiento de acción directa y de distanciamiento de las fuentes de estrés. Tales hallazgos coinciden con los de Dijkstra, Van Dieendonck y Evers (2005).

Con igual metodología se procedió a calcular los coeficientes de correlación entre la totalidad de las variables en estudio para los subgrupos de los médicos (Tabla 4, triángulo superior derecho) y enfermeros (Tabla 4, triángulo inferior izquierdo).

Al inspeccionar los valores de la tabla precedente, si se focaliza la atención sobre el primer triángulo, se observa que las dos variables sociodemográficas que muestran correlaciones significativas con las variables de afrontamiento son sexo e intención de renunciar. La relación positiva entre la variable sexo y la estrategia de distanciamiento ( $r = 0.21$ ,  $p > 0.05$ ) estaría indicando que frente a un problema laboral los médicos varones optan, con más frecuencia que las mujeres, por pensar en su tiempo libre, planificar actividades placenteras y esforzarse por separar el trabajo de su vida personal. En este sentido, el ocio y el empleo del tiempo libre son aspectos que, utilizados como recursos de afrontamiento, promueven un mayor bienestar (Shanafelt, Novotny, Johnson y cols., 2005). También se advierte que entre los que no tienen intención de renunciar a sus trabajos prevalece el afrontamiento de resolución de problemas ( $r = 0.24$ ,  $p > 0.05$ ), lo que coincide con otras investigaciones llevadas a cabo recientemente en otras culturas (Baker, McDaniel, Fredrickson y Gallegos, 2007; Wilson, 2006). En cuanto a las relaciones entre estrategias de afrontamiento y bienestar, dentro de este subgrupo ocupacional se evidencian las mismas asociaciones observadas en la muestra total. Vale decir que los médicos que se inclinan por el uso de estrategias desadaptativas experimentan menores niveles de bienestar subjetivo ( $r = -0.36$ ,  $p > 0.01$ ), mientras que los que lo hacen por la estrategia de distanciamiento perciben más bienestar subjetivo ( $r = 0.23$ ,  $p > 0.05$ ), aspecto documentado en otros contextos asistenciales, tal como lo demuestran los estudios de McConahy y Caltabiano (2005).

Si se focaliza la atención sobre el triángulo inferior izquierdo (correspondiente a los enferme-

ros), se advierte que la cantidad de empleos es la única variable sociodemográfica que se vincula significativamente con el bienestar, indicando que los enfermeros que tienen más de un trabajo evidencian mayor bienestar subjetivo ( $r = 0.25$ ,  $p > 0.05$ ). En lo que hace a las estrategias de afrontamiento, se observa un patrón similar al detectado entre los médicos. Así, un mayor bienestar subjetivo se asocia con el uso de estrategias de distanciamiento ( $r = 0.32$ ,  $p > 0.01$ ) y de resolución de problemas ( $r = 0.34$ ,  $p > 0.01$ ), en tanto que el malestar lo hace estrechamente con estrategias desadaptativas ( $r = -0.44$ ,  $p > 0.01$ ).

## CONCLUSIONES

La presente investigación se ha desarrollado dentro del marco teórico provisto por la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984). Desde esta perspectiva, la experiencia del estrés es una construcción de naturaleza predominantemente subjetiva desde el momento en que los individuos movilizan tanto factores personales como situacionales para evaluar el potencial amenazante de eventos y circunstancias. De esta manera, cuando el sujeto siente que no dispone de los recursos o estrategias suficientes para afrontar las demandas que percibe como estresantes, experimenta diferentes niveles de estrés que pueden llegar a vulnerar su equilibrio y bienestar psicológicos. Si, además, el estrés es vivenciado en el ámbito laboral, repercute sobre la calidad de su trabajo, el nivel de compromiso organizacional y su grado de satisfacción laboral y con su vida en general.

Con base en tales consideraciones, el presente estudio se orientó a la identificación de las estrategias utilizadas para afrontar los estresores laborales que los profesionales de la salud perciben como amenazantes para su bienestar. Adicionalmente, se analizaron las posibles asociaciones entre afrontamiento, variables sociodemográficas y bienestar subjetivo. Con miras al logro de tales objetivos, se efectuó una verificación empírica sobre una muestra por disponibilidad de profesionales de la salud que desarrollaban su trabajo en la ciudad de Rosario (Argentina), muestra que, por estar integrada por trabajadores de hospitales, clínicas, sanatorios, centros de salud y consultorios

particulares, reproduce elocuentemente la situación laboral de los médicos y enfermeros rosarinos.

Los resultados obtenidos muestran, en primer lugar, que mientras los enfermeros se caracterizan por el empleo de estrategias adaptativas tales como la resolución de problemas, los médicos optan preferentemente por estrategias disfuncionales. Este patrón comportamental permitiría presuponer que cuando los enfermeros tienen problemas en su trabajo, tienden a resolverlos generando equipos, tratando de llegar a acuerdos o buscando apoyo social, en tanto que los médicos serían más proclives a automedicarse, evadirse del problema comiendo, fumando o bebiendo, respondiendo con cinismo o descargando la tensión en los demás. Desde esta perspectiva, los enfermeros conformarían un subgrupo más salutífero que sus colegas médicos. No obstante, si se toma en consideración el género, los médicos varones también conformarían un subsistema relativamente más salutífero que sus colegas femeninas, ya que utilizan con mayor frecuencia estrategias de distanciamiento que incluyen cogniciones relativas al ocio y al empleo del tiempo libre, aspectos que, utilizados como recursos de afrontamiento, promueven un mayor bienestar, tal como ha sido señalado recientemente por Shanafelt y cols. (2005).

En segundo lugar, al analizar la relación entre afrontamiento y bienestar, se observan algunas asociaciones interesantes entre ambas variables, habida cuenta que los profesionales que utilizan estrategias de resolución de problemas y de distanciamiento manifiestan mayor bienestar subjetivo que quienes emplean estrategias más desadaptativas, tales como automedicarse o evadirse de las fuentes de estrés. Tales evidencias permitirían inferir que ciertas estrategias de afrontamiento se desempeñan como moderadoras del estrés, confirmando su "eficacia" frente al estrés laboral asistencial, pues tanto las que entrañan resolución de problemas (que en el presente estudio incluyen la búsqueda de apoyo social) como las de distanciamiento emergen como potenciadoras de bienestar y satisfacción. Los resultados están en sintonía con los comunicados recientemente por Dolbier, Smith y Steinhardt (2007), aunque obtenidos con muestras pertenecientes a otros grupos ocupacionales. Frente a tales evidencias, el distanciamiento –tradicionalmente considerado una estrategia desadaptativa por

implicar la evasión de la fuente de estrés– adquiriría el estatus de estrategia adaptativa por incluir cogniciones referidas a la planificación de actividades recreativas y placenteras durante el tiempo de ocio, cogniciones que han sido consideradas promotoras de la salud mental (Edwards, 2006) y que se hallan asociadas con mejoras en el bienestar a largo plazo (Iwasaki, 2006). Este hallazgo se alinearía a las postulaciones de Folkman y Moskowitz (2004) al aportar evidencias para encarar una reclasificación de las estrategias focalizadas en la emoción, dentro de las que se inscribe la de distanciamiento, toda vez que éste, en lugar de surgir como una estrategia desadaptativa, estaría funcionando como generadora de bienestar, al menos entre los trabajadores de la salud.

Como toda investigación empírica, el presente trabajo se caracteriza por ciertas fortalezas y debilidades. Entre las debilidades hay que subrayar la composición de la muestra bajo estudio, ya que por estar integrada por disponibilidad impide la generalización de los resultados a toda la población de profesionales de la salud de la ciudad de Rosario. No obstante, como estuvieron representadas las más diversas instituciones asistenciales del medio, y en sintonía con lo puntualizado por un gran número de investigadores en el área (Salmond y Ropis, 2005; Skytt, Ljunggren, y Carlsson, 2007; Yayli y cols., 2003, entre muchos otros), en el sentido de que a mayor heterogeneidad de la muestra mayor representatividad, los resultados obtenidos podrían considerarse un fiel reflejo de la situación asistencial local. Otra limitación del estudio es el carácter autodescriptivo de los instrumentos empleados para la recolección de los datos, aspecto que podría haber generado sesgos derivados de la varianza del método común y una mayor tendencia a la deseabilidad social; sin embargo, previendo tales contingencias, se tomaron todas las precauciones necesarias para garantizar el carácter anónimo del protocolo y del proceso de devolución de los formularios completados, evitando que jefes y supervisores pudieran tener acceso a la información suministrada por sus subalternos.

Entre las fortalezas, cabe destacar, en primer lugar, que esta investigación constituye una contribución genuina al conocimiento de la sinergia afrontamiento del estrés laboral-bienestar subjetivo al alertar sobre la eficacia de algunas estrategias

de afrontamiento en función de su impacto sobre el bienestar. En segundo lugar, y en consonancia con las sugerencias más actualizadas de los especialistas internacionales, no sólo se ha incluido el análisis de las variables sociodemográficas (McNelly, 2005; Novoa, Nieto, Forero y cols., 2005), sino que también se ha profundizado en el rol de la estrategia de resolución de problemas y en el esclarecimiento de los diversos aspectos del afrontamiento focalizado en la emoción (distanciamiento) y sus repercusiones sobre el bienestar (Folkman y Moskowitz, 2004). En tercer lugar, el empleo de un instrumento de naturaleza émica, al estar desarrollado con base en las vivencias de la población objetivo, permitió evaluaciones muy fidedignas de las estrategias empleadas por médicos y enferme-

ros para afrontar el estrés asistencial. Esta circunstancia lo transforma en un instrumento valioso para futuras exploraciones, en reemplazo a los utilizados hasta el momento, provenientes de contextos laborales foráneos (Roberts, 2005; Salmond y Ropis, 2005).

Como corolario del trabajo realizado, y a la luz de las relaciones observadas entre afrontamiento y bienestar, se sugiere la conveniencia de incorporar la evaluación del estatus de salud de sus miembros como una práctica frecuente en cada servicio, anticipándose a la aparición de trastornos sociopsicológicos que provocan severas consecuencias en la salud y erosionan la calidad de vida personal y laboral de cada profesional.

## REFERENCIAS

- Archibald, C. (2006). Job satisfaction among neonatal nurses. *Pediatric Nursing*, 32(2), 176-179.
- Baker, C., McDaniel, A., Fredrickson, K. y Gallegos, E. (2007). Empowerment among Latin nurses in Mexico, New York, and Indiana. *International Nursing Review*, 54, 124-129.
- Carmona, C., Buunk, A., Peiró, J., Rodríguez, I. y Bravo, 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.
- Cox, K., Teasley, S., Zeller, R., Lacey, S., Parsons, L., Carroll, C. y Ward-Smith, P. (2006). Know staff's "intent to stay". *Nursing Management*, 37, 13-15.
- Dijkstra, M., Van Dierendonck, D. y Evers, A. (2005). Responding to conflict at work and individual well-being: the mediating role of flight behaviour and feelings of helplessness. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(2), 119-135.
- Dolbier, C., Smith, S. y Steinhardt, M. (2007). Relationships of protective factors to stress and symptoms of illness. *American Journal of Health Behavior*, 31(4), 423-433.
- Edwards, S. (2006). Physical exercise and psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 36(2), 357-373.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Goodwin, R. (2006). Association between coping with anger and feelings of depression among youths. *American Journal of Public Health*, 96(4), 664-669.
- Hays, M., Mannahan, C., Cuaderes, E. y Wallace, D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(4), 185-193.
- Iwasaki, Y. (2006). Counteracting stress through leisure coping: a prospective health study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 209-220.
- Lambert, V., Lambert, C., Petrini, M. y Zhang, Y. (2007). Predictors of physical and mental health in hospital nurses within the people's Republic of China. *International Nursing Review*, 54, 85-91.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lert, F., Chastang, J. y Castano, I. (2001). Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *AIDS Care*, 13(6), 763-778.
- Luceño M., L., Martín G., J., Jaén D., M. y Díaz R., E. (2006). Psycho-social risks and trait anxiety as predictors of stress and job satisfaction. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 89-97.
- Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M. y Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental*, 27(6), 17-27.
- McConaghy, R. y Caltabiano, M. (2005). Caring for person with dementia: Exploring relationship between perceived burden, depression, coping, and well-being. *Nursing and Health Sciences*, 7, 81-91.



- McGowan, J., Gardner, D. y Fletcher, R. (2006). Positive and negative affective outcomes of occupational stress. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(2), 92-98.
- McNeely, E. (2005). The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up. *Nursing Outlook*, 53, 291-299.
- Nacpal, A. y Shell, B. (1992). *Subjective Well-being Inventory*. Nueva Delhi: OMS.
- Novoa G., M., Nieto D., C., Forero A., C., Caycedo, C., Palma R.s, M., Montealegre M., M., Bayona M., M. y Sánchez D., C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas Psychologica*, 4(1), 63-75.
- Omar, A. (1995). *Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires: Lumen.
- Paris, L. (2007). *Estrés laboral asistencial, recursos de coping y satisfacción laboral en trabajadores de la salud de la ciudad de Rosario*. Tesis Doctoral en Psicología. Rosario (Argentina): Universidad Nacional de Rosario.
- Roberts P., T. (2005). The certified registered nurse anesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 73(5), 351-356.
- Salmond, S. y Ropis, P. (2005). Job stress and general well-being: a comparative study of medical-surgical and home care nurses. *Medical Surgical Nursing*, 14(5), 301-309.
- Shanafelt, T., Novotny, P., Johnson, M., Zhao, X., Steensma, D., Lacy, M., Rubin, J. y Sloan, J. (2005). The well-being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the North Central Cancer Treatment Group. *Oncology*, 68, 23-32.
- Skytt, B., Ljunggren, B. y Carlsson, M. (2007). Reasons to leave: the motives of first-line nurse managers' to leaving their posts. *Journal of Nursing Management*, 15, 294-302.
- Ter Doest, L. y de Jonge, J. (2006). Testing causal models of job characteristics and employee well-being: a replication study using cross-lagged structural equation modeling. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79, 499-507.
- Wilson, C. (2006). Why stay in nursing? *Nursing Management*, 12(9), 24-32.
- Yayli, G., Yaman, H. y Yaman, A. (2003). Stress and work-life in a university hospital in Turkey: evaluation of the Brief Symptom Inventory and Ways of Coping Inventory in hospital staff. *Social Behavior and Personality*, 31(1), 91-100.