

ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA 16 (1): 149-157, 2013

SALUD, OPTIMISMO Y AFRONTAMIENTO EN TRABAJADORES PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN CONTEXTOS ALTAMENTE ESTRESANTES

MÓNICA ROJAS RODRÍGUEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
NADIA RAMOS ALVARADO*
UNIVERSIDAD DE TALCA, TALCA, CHILE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Recibido, agosto 17 /2012

Concepto evaluación, septiembre 10/2012

Aceptado, junio 24/2013

Resumen

El objetivo de la presente investigación es identificar la relación entre salud, optimismo disposicional y estilos de afrontamiento en trabajadores, profesionales y no profesionales que trabajan en contextos altamente estresantes, en la ciudad de Talca, Chile. Se evaluaron 119 trabajadores de diversas instituciones dedicadas a la atención de personas vulnerables socialmente, con los siguientes instrumentos: el *General Health Questionnaire* (GHQ-28), el *Life Orientation Test-Revised* (LOT-R), y la Escala de Evaluación de Técnicas de Afrontamiento (COPE). Los resultados indican que un 18% de la muestra presenta una alteración en su funcionamiento emocional normal, siendo la mayoría trabajadoras no profesionales. No se encontró relación entre estado de salud reportada y optimismo disposicional; sin embargo, sí se observaron correlaciones entre estas variables y algunos estilos de afrontamiento. En el caso de la sintomatología de salud reportada, se observaron correlaciones negativas con algunos estilos que conforman el afrontamiento centrado en el problema, y correlaciones positivas con algunos estilos que conforman el afrontamiento de evitación. Por su parte, el optimismo disposicional presenta una correlación positiva con algunos estilos del factor de afrontamiento centrado en el problema, y una correlación negativa con la desconexión conductual. Estos resultados muestran que existen estilos favorecedores de la salud, como la reinterpretación positiva y el crecimiento personal, que podrían ser considerados en planes de intervención de salud y autocuidado para los trabajadores. Es necesario seguir profundizando la investigación en este contexto, incluyendo elementos organizacionales con el fin de comprender mejor las diferencias entre los trabajadores profesionales y no profesionales.

Palabras clave: autoreporte de salud, optimismo, afrontamiento.

HEALTH, OPTIMISM AND COPING STYLE IN PROFESSIONALS AND NON PROFESSIONALS WORKING IN HIGHLY STRESSFUL ENVIRONMENTS

Abstract

The aim of this research is to identify the relationship between health status, dispositional optimism and coping style in professionals and non professionals working in highly stressful environments in the city of Talca-Chile. 119 professionals and non professionals from different institutions dedicated to the care of socially vulnerable people were assessed with the following questionnaires: the General Health Questionnaire (GHQ-28), the Life Orientation Test (LOR-R) and the Stress-Management Evaluation Scale [COPE for its Spanish acronym]. Results show that 18% of the participants have an alteration in their emotional well-being, a group where the majority was mainly non professional women workers. No relationship was found between self-reported health status and dispositional optimism. However, correlations were found between these variables and coping styles. In the case of reported health symptoms, there were negative correlations with coping styles that involve problem-focused coping, and positive correlations with some styles that involve avoidance coping. Meanwhile, dispositional optimism shows a positive correlation with problem-focused coping and with some styles that make up this factor, and a negative correlation with behavioral disengagement. Results show that there are health-promoting coping styles, such as positive reinterpretation and personal growth, which could be used for developing health plans and self-care interventions for these workers. It is necessary to further deepen the research in this context, including organizational elements in order to better understand the differences between professional and nonprofessional workers.

Key words: self-reported health status, optimism, coping.

* Universidad de Talca Facultad de Psicología. Casilla N° 747 Talca/Chile, Tel: (5671) 201774. nramos@utalca.cl

SAÚDE, OTIMISMO E ENFRENTAMENTO EM TRABALHADORES PROFISSIONAIS E NÃO PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM CONTEXTOS MUITO ESTRESSANTES

Resumo

O objetivo da presente pesquisa é identificar a relação entre saúde, otimismo disposicional e estilos de enfrentamento em trabalhadores profissionais e não profissionais que trabalham em contextos altamente estressantes, na cidade de Talca, Chile. Avaliaram-se 119 trabalhadores de diversas instituições dedicadas ao atendimento de pessoas vulneráveis socialmente, com os seguintes instrumentos: o *General Health Questionnaire* (GHQ-28), o *Life Orientation Test-Revised* (LOT-R), e a Escala de Avaliação de Técnicas de Enfrentamento (COPE). Os resultados indicam que 18% da mostra apresenta uma alteração no seu funcionamento emocional normal, sendo a maioria trabalhadoras não profissionais. Não foi encontrada relação entre o estado de saúde informado e otimismo disposicional; porém, foram observadas correlações entre essas variáveis e alguns estilos de enfrentamento. No caso da sintomatologia de saúde informada, observaram-se correlações negativas com alguns estilos que formam o enfrentamento centrado no problema, e correlações positivas com alguns estilos que foram o enfrentamento de evitação. Por sua parte, o otimismo disposicional apresenta uma correlação positiva com alguns estilos do fator de enfrentamento centrado no problema, e uma correlação negativa com a desconexão conductual. Estes resultados mostram que existem estilos favorecedores da saúde, como a reinterpretação positiva e o crescimento pessoal, que poderiam ser considerados em planos de intervenção de saúde e autocuidado para os trabalhadores. É necessário continuar aprofundando a pesquisa neste contexto, incluindo elementos organizacionais com o objetivo de compreender melhor as diferenças entre os trabalhadores profissionais e não profissionais.

Palavras chave: autoinforme de saúde, otimismo, enfrentamento.

Las organizaciones de servicio humano se caracterizan por demandas emocionales y psicosociales importantes, que implican ambigüedad de rol y sobrecarga de trabajo, donde el impacto de estas puede verse influenciado por el contexto socioeconómico y cultural (Juárez, 2004). Cuando se trabaja con personas, y específicamente con el sufrimiento humano, es común encontrar malestar en los trabajadores, cuyo trabajo implica tratar con situaciones estresantes y emocionalmente demandantes (Acinas, 2012). Por tanto, el solo hecho de trabajar con temas asociados al sufrimiento humano trae consecuencias negativas (Arón y Llanos, 2004). Una consecuencia negativa es el desgaste profesional o *burnout* (Domínguez, Herrera, Villaverde, Padilla, Martínez y Domínguez, 2012). Este síndrome aparece en el trabajo y ha sido asociado a la desmotivación emocional y cognitiva que sufren las personas a propósito de su trabajo, siendo frecuente en el personal que trabaja en contacto directo con otras personas (Quiceno y Vinaccia, 2007). Su impacto ha sido ampliamente estudiado en distintas profesiones asistenciales como médicos (Domínguez et al., 2012), enfermeras (Del Campo, Fernández-Respeto, Martínez & Rojas, 1999), profesores (Guerrero, 2003) y asistentes sociales (Barría, 2002). En general, la mayoría de los estudios sobre el *burnout* han centrado su interés en muestras de profesionales (enfermeras, médicos, entre otros) descuidando una parte importante de trabajadores no profesionales, que se encuentran expuestos a los mismos riesgos laborales. En un estudio realizado en

Chile con personas que trabajan en salud, cuyo objetivo fue investigar la frecuencia de síntomas y principales fuentes de estrés percibidos por los mismos trabajadores agrupados en profesionales (médicos, enfermeras y otros) y no profesionales (administrativos, secretarias, auxiliares de enfermería), se reportaron diferencias altamente significativas entre ambos grupos respecto a la proporción de personas con alteración en su funcionamiento normal, siendo esta proporción mayor en los no profesionales (69,2%) que en los profesionales (34,3%) (Trucco, Valenzuela & Trucco, 1999). Concorde con lo anterior, otro estudio realizado con funcionarios de atención pública encontró que las mujeres y los funcionarios no profesionales presentaron puntajes significativamente mayores en las escalas de síntomas de estrés emocional y estrés físico (Guic, Mora, Rey & Robles, 2006). Estos antecedentes muestran la importancia de estudiar a los trabajadores no profesionales. Dado que existe amplia evidencia del impacto del estrés en la salud, entendiendo que se presenta como un factor de vulnerabilidad para contraer enfermedades (Llor, Abad, García & Nieto, 1995), interesa conocer la salud de estos trabajadores y la presencia de variables protectoras, como son el optimismo disposicional y los estilos de afrontamiento, reportadas en la literatura, pero que no han sido abordadas en estudios nacionales.

El optimismo disposicional se define como la “tendencia de las personas a esperar resultados positivos y favorables en sus vidas y como una expectativa generalizada de resultados positivos” (Carver & Scheier en

Chico, 2002, p. 544). Se ha encontrado que las personas optimistas presentan menos síntomas físicos en general (Martínez, Reyes del Paso & González, 2006), y en caso de enfermedad, presentan menor angustia, una recuperación más rápida y menor reincidencia de la enfermedad (Martínez et al., 2006). De esta forma, se considera al optimismo como uno de los constructos que presenta una relación positiva para la salud (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010; Rasmussen, Scheier y Greenhouse, 2009), siendo un factor independiente y predisponerte para el bienestar (Vera-Villarroel y Silva, 2012).

Por su parte, el afrontamiento, entendido como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los propios recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141), ha sido considerado un aspecto modulador de las consecuencias negativas de la enfermedad sobre la salud, encontrándose que estrategias como la negación y la evitación, pueden dañar la salud al impedir comportamientos adaptativos (Guerrero, 2003). Además, se ha observado que la relación entre estrés y afrontamiento es recíproca, de manera que quienes reportan estilos de afrontamiento de negación y de desconexión y la ausencia del estilo de aceptación presentan altos niveles de distrés, y que en sentido contrario, altos niveles de distrés tienden a promover altos niveles de negación, desconexión y autodistracción (Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat y Clark, 1993). Respecto a la relación entre optimismo y afrontamiento, Scheier y Carver (1985 en Chico, 2002), plantean que el optimismo disposicional es un mediador de los estilos de afrontamiento, específicamente que personas optimistas utilizarían estrategias de afrontamiento activas o centradas en el problema (Solberg Nes y Segestrom, 2006; Padilla, Fajardo, Gutiérrez y Palma; 2007), mientras que personas pesimistas utilizarían estrategias de afrontamiento pasivas o centradas en la emoción (Padilla, Fajardo, Gutiérrez y Palma; 2007). Solberg Nes y Segestrom (2006) identificaron que las personas utilizan preferentemente estrategias centradas en el problema ante estresores controlables y estrategias centradas en la emoción cuando los estresores son incontrolables. Martínez et al. (2006), reportaron que los optimistas presentan puntuaciones más elevadas en las estrategias de resolución de problemas y reestructuración cognitiva, y menor puntuación en la estrategia de autocritica en comparación con los pesimistas. Por su parte, Rogers, Hansen, Levy, Tate y Sikkema (2005), reportan que el afrontamiento activo fue relacionado positivamente con el optimismo y negati-

vamente con la desesperanza, y que el afrontamiento de evitación fue asociado negativamente con el optimismo y positivamente con la desesperanza, esta última medida como una actitud negativa hacia el futuro. Estos antecedentes dejan entrever la existencia de una relación entre salud, optimismo y afrontamiento, aun cuando la forma en que dicha relación se manifieste no es completamente obvia. La presente investigación pretende determinar la relación existente entre estas variables en personas que trabajan en contextos altamente estresantes. De este modo, se espera encontrar relación entre las variables y diferencias entre las mismas, al comparar a los trabajadores profesionales y no profesionales.

MÉTODO

Participantes

El muestreo es no probabilístico, por conveniencia. La selección de los participantes consideró la autorización de la organización para aplicar los instrumentos, y la disponibilidad de los participantes para dar respuesta (a través de un consentimiento informado). La muestra quedó conformada por 119 participantes que trabajan con grupos vulnerables (niños, víctimas de violencia intrafamiliar, ancianos, víctimas de delitos violentos, indigentes), pertenecientes a 17 instituciones de la ciudad de Talca. La muestra de 119 participantes, permite tener una potencia estadística del 85%, con una seguridad del 95% (alfa del 5%).

El 79,8% de los participantes son mujeres ($n = 95$) y el 20,2% son hombres ($n = 24$). La edad fluctúa entre los 18 y los 68 años ($M = 33,87$; $DT = 10,06$). En relación con el estado civil, el 54,6% de los participantes es soltero ($n = 65$), el 38,7% es casado ($n = 46$), y el 6,7% presenta otra condición (separado, divorciado, viudo u omite respuesta). El 49,6% no tiene hijos ($n = 59$), mientras que el 50,4% tiene un hijo o más ($n = 60$). La media de años de antigüedad de trabajo es 9,33 años ($DT = 8,34$). Los participantes fueron categorizados en profesionales y no profesionales, bajo el criterio de la labor directa que realizan con las personas, si es una labor profesional o de apoyo en la atención. Así, un 37% es profesional y un 63% es no profesional. Además, se identificó a los participantes con alteración en el funcionamiento emocional normal de acuerdo al GHQ-28 (18%; $n = 22$) y las personas que no presentan alteración (82%; $n = 97$), entendiendo esta variable como caso y no caso.

Instrumentos y descripción de las variables

Salud: Medida por el *General Health Questionnaire* (GHQ-28) de Goldberg y Hillier, (1979) en su versión española desarrollada por Lobo y Muñoz (1996).

Esta es una escala de autoreporte del estado de salud, que permite identificar dos tipos de problemas: la incapacidad para realizar las funciones saludables normales y la manifestación de fenómenos perturbadores en el sujeto. La consistencia interna del instrumento es adecuada ($\alpha=0.82$; García, 1999). Se compone de 28 ítems agrupados en cuatro dimensiones de siete ítems cada una, a saber: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Estas dimensiones no son totalmente independientes entre sí y representan categorías de sintomatología que no corresponden necesariamente a diagnósticos psiquiátricos. A mayor puntaje, mayor presencia de sintomatología y por tanto, peor salud percibida.

Optimismo disposicional: Evaluado por medio del *Life Orientation Test-Revised*, LOT-R desarrollado por Otero, Luengo, Romero Gómez y Castro (1998). El LOT, fue desarrollado por Scheier, Carver y Bridges, con una versión revisada en 1994 (LOT-R). El LOT-R está compuesto por diez ítems en escala Likert de 5 puntos; seis ítems miden la dimensión de optimismo disposicional y los cuatro ítems restantes son suplementarios. En Chile, Vera-Villaruel, Cordova-Rubio, Celis-Atenas (2009) reportan una consistencia interna de 0,65.

Afrontamiento: Medida por la Escala de Evaluación de Técnicas de Afrontamiento, COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), en su versión española de Crespo y Cruzado (1997), mide la frecuencia con que las personas utilizan determinadas estrategias para afrontar situaciones estresantes; tiene 60 ítems, con respuestas tipo Likert distribuidas en 15 escalas. Como resultado se obtiene una puntuación para cada escala oscilando entre los 4 y 16 puntos (Chico, 2002). Los estilos de afrontamiento que mide son: afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social emocional, supresión de actividades distractoras, religión, reinterpretación positiva y crecimiento personal, refrenar el afrontamiento, aceptación, centrarse en la emociones y desahogarse, negación, desconexión mental, desconexión conductual, consumo de alcohol y drogas y humor (Chico, 2002). En Chile, Ponce (2002) reportó una consistencia general de 0,83.

Procedimiento y análisis de datos

Para el contacto inicial, realizamos entrevistas con los encargados de cada institución. Una vez que autorizaron la realización del estudio, les presentamos los instrumentos a aplicar y se entregaron copias a los encargados de la institución. Los resguardos éticos fueron considerados a través de un consentimiento informado

que fue entregado a cada participante. En él se declara la confidencialidad de los datos, que serán utilizados sólo con fines de investigación, y que la respuesta a los instrumentos es anónima y voluntaria. Para procesar la información, los datos fueron ingresados a una planilla del programa SPSS 14.0. Considerando que los datos no se distribuyeron normalmente ($p \leq 0,001$), se utilizó la prueba de correlación Rho Spearman para evaluar la relación entre salud, optimismo y estilos de afrontamiento. Para caracterizar la relación entre optimismo y estilos de afrontamiento, con la variable de salud (caso y no caso), se realizó la prueba de comparación de medias U de Mann Whitney. La misma estrategia de análisis fue usada para comparar según el tipo de trabajo “profesional y no profesional”, mientras que se usó una prueba χ^2 para las variables dicotómicas. En ninguno de los análisis se controlaron las variables demográficas evaluadas debido a lo heterogéneo de la muestra.

RESULTADOS

Relación entre salud, optimismo disposicional y estilos de afrontamiento

No se observa una relación significativa entre el autorreporte del estado de salud mental general y el optimismo disposicional ($r_s = -0,085$; $p=0,356$). Se observa una relación positiva y significativa entre la dimensión general de la salud mental y los estilos de afrontamiento basados en la negación ($r_s = 0,267$; $p=0,003$) y la desconexión mental ($r_s = 0,236$; $p=0,010$), y una relación negativa y significativa entre la salud mental general y los estilos de afrontamiento de reinterpretación positiva y crecimiento personal ($r_s = -0,278$; $p=0,002$), y aceptación ($r_s = -0,237$; $p=0,010$), tal como se observa en la tabla . Al analizar la relación entre las dimensiones específicas del GHQ28 y los estilos de afrontamiento, se observa que la dimensión “síntomas somáticos” correlaciona positiva y significativamente con el estilo de afrontamiento basado en la negación ($r_s = 0,268$; $p=0,003$), al igual que la dimensión “ansiedad e insomnio”, que correlaciona positiva y significativamente con negación ($r_s = 0,260$; $p=0,004$) y con desconexión mental ($r_s = 0,355$; $p=0,000$). Respecto a la dimensión “disfunción social”, se observa una relación negativa y significativa con el estilo de afrontamiento de reinterpretación positiva y crecimiento personal ($r_s = -0,301$; $p=0,001$). Por otro lado, existe una relación también negativa y significativa entre la dimensión “depresión” y los estilos planificación ($r_s = -0,287$; $p=0,002$), reinterpretación positiva y crecimiento personal ($Rhos \geq -0,352$; $p=0,000$).

Tabla 1

Relación entre las escalas del GHQ-28, y estilos de afrontamiento evaluados en el COPE.

GHQ-28 (puntaje total y escalas)	Estilos de afrontamiento	Coefficiente (r_s)
Puntaje total GHQ-28	Reinterpretación positiva y crecimiento personal	-0,278*
Puntaje total GHQ-28	Negación	0,267*
Puntaje total GHQ-28	Aceptación	-0,237*
Puntaje total GHQ-28	Desconexión mental	0,236*
Síntomas somáticos	Negación	0,268*
Ansiedad e insomnio	Desconexión mental	0,355*
Ansiedad e insomnio	Negación	0,260*
Disfunción social	Reinterpretación positiva y crecimiento personal	-0,301*
Depresión	Reinterpretación positiva y crecimiento personal	-0,352*
Depresión	Planificación	-0,287*

*La correlación es significativa al 0.01 (bilateral)

Al comparar los 15 estilos de afrontamiento según el autorreporte de salud mental clasificado en “casos” y “no casos”, los resultados indican una diferencia significativa sólo en los estilos de afrontamiento de aceptación ($U= 725,5$; $p=0,018$) y de negación ($U= 778$; $p=0,045$), de modo que el grupo de “no casos” utiliza con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de aceptación que el grupo de “casos” ($M= 11,32$ y $M= 10,23$ respectivamente; $DE= 2,40$ y $2,02$). Además, el grupo de “casos” utiliza con mayor frecuencia el estilo de negación, en comparación con el grupo de “no casos” ($M= 7,32$ y $M= 6,09$ respectivamente; $DE= 2,78$ y $1,96$).

Por otro lado, existe una relación positiva y significativa entre el puntaje total del LOT-R y los estilos de reinterpretación positiva y el crecimiento personal ($r_s=0,262$; $p=0,004$), y una correlación negativa y significativa con el estilo de afrontamiento de desconexión conductual ($r_s= -0,269$; $p= 0,003$).

Comparación según estatus de trabajo (profesional-no profesional), sexo, estado civil, hijos y años de antigüedad

Respecto al autorreporte de salud mental general (GHQ-28), no se observan diferencias significativas en-

tre profesionales y no profesionales; sin embargo, existen diferencias significativas en tres de las cuatro dimensiones que componen el GHQ-28, donde los trabajadores no profesionales presentan una mayor sintomatología en depresión ($M= 1,55$ v/s $0,78$) y ansiedad e insomnio que los profesionales ($M= 5,50$ v/s $4,01$), encontrándose diferencias significativas ($U=1296$; $p=0,021$; $U=1288,5$; $p=0,046$ respectivamente), mientras que los profesionales presentan mayor sintomatología en disfunción social que los no profesionales ($M= 5,61$ v/s $4,59$; $U=1276,5$; $p=0,038$).

Cuando se compara entre profesionales y no profesionales subgrupados según el autorreporte de salud como “casos” y “no casos”, se observa una proporción mayor de casos en los no profesionales respecto de los profesionales ($11,4\%$ v/s $22,7\%$; $\chi^2_{[1]} = 6,55$; $p = 0,011$). Por otra parte, se encontraron diferencias significativas al comparar a los profesionales y no profesionales con respecto al optimismo disposicional ($U= 1140,5$; $p= 0,005$), de modo que los profesionales son más optimistas que los no profesionales ($M= 24,94$ y $23,31$; $DE= 3,76$ y $3,33$ respectivamente). De los 15 estilos de afrontamiento, se

encontraron diferencias entre profesionales y no profesionales en negación ($U=1008,5$; $p=0,000$; $M=5,21$ y $6,01$; $DE=0,16$ y $0,89$ respectivamente) y desconexión conductual ($U=1282,5$; $p=0,041$; $M=6,17$ y $7,03$; $DE=0,26$ y $0,31$ respectivamente), lo cual indica que los no profesionales tienden a utilizar con mayor frecuencia estos dos últimos estilos de afrontamiento en comparación con los profesionales.

Al comparar el autorreporte del estado de salud mental, el optimismo disposicional y los estilos de afrontamiento, entre hombres y mujeres, no se encontraron diferencias significativas con respecto al GHQ-28. Sin embargo, se observan diferencias al compararlos según “casos” y “no casos”: las mujeres presentan una proporción mayor de “casos” en comparación con los hombres (4,2 v/s 22,1 para hombres y mujeres respectivamente; $\chi^2_{(1)}=18,18$; $p=0,001$). Por otro lado, al comparar los estilos de afrontamiento entre hombres y mujeres se encontraron diferencias significativas en dos estilos de afrontamiento, religión ($U=746,5$; $p=0,009$) y refrenar el afrontamiento ($U=809,5$; $p=0,027$), de modo que las mujeres utilizan con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de religión en comparación con los hombres ($M=11,99$ y $9,58$; $DE=3,17$ y $3,97$ respectivamente). Por otra parte, los hombres utilizan con mayor frecuencia el estilo de refrenar el afrontamiento en comparación con las mujeres ($M=10,69$ y $9,78$; $DE=1,93$ y $2,02$ respectivamente). No se observa una relación significativa entre la edad de los participantes y ninguna de las variables de estudio, así como tampoco se observaron diferencias significativas con respecto a la edad, entre el grupo de “casos” y “no casos”. Lo mismo ocurre en las comparaciones según estado civil y el número de hijos.

Finalmente, se realizó una comparación según antigüedad laboral, generando dos grupos formados a partir del promedio de años ($M=9,3$; $DE=8,1$). El grupo 1 quedó conformado por participantes con una antigüedad laboral menor a nueve años, y el grupo 2 por participantes con más de nueve años de antigüedad laboral. Los resultados de la comparación indican que no existen diferencias significativas según antigüedad respecto a los puntajes obtenidos con el GHQ-28, el LOT-R y los estilos de afrontamiento. Tampoco se observan diferencias significativas en la proporción de “caso” y “no caso” según antigüedad.

DISCUSIÓN

Considerando los resultados obtenidos a partir de la aplicación del GHQ-28 y el LOT-R, se concluye que no existe una relación entre el autorreporte del estado de salud mental y el optimismo disposicional. Estos resultados

contradicen las investigaciones revisadas, en las cuales el optimismo está asociado con buenos índices de salud (Stephens, Wright, Runz-Ebrecht y Liffé, 2006). A este respecto, es importante mencionar que los dos instrumentos utilizados poseen diferentes niveles de alcance: por un lado, el GHQ-28 evalúa el autorreporte del estado de salud; es decir, como una característica situacional, mientras que el LOT-R evalúa el optimismo como un rasgo; es decir, como una característica relativamente estable. Esta diferencia podría influir en los resultados, puesto que la salud es evaluada en un tiempo determinado y no como un estado de salud estable. Por otra parte, muchas de las investigaciones que avalan la relación entre optimismo y salud, han sido realizadas en contextos de enfermedad, especialmente en enfermedades crónicas, contrario a las características presentadas por los participantes de la presente investigación.

Respecto a los resultados obtenidos mediante el GHQ-28 y el COPE, podemos observar que los participantes con mejor salud usan más aquellas estrategias de afrontamiento asociadas con aceptar y buscar los aspectos positivos del problema. Esto último, además fue asociado negativamente con dos dimensiones del GHQ-28, síntomas depresivos y disfunción social, similar a los resultados obtenidos por Martínez et al. (2006), quienes encontraron una relación negativa entre algunos síntomas físicos y el afrontamiento de resolución de problemas y reestructuración cognoscitiva. Ambos resultados muestran la importancia de los aspectos psicológicos en la salud, especialmente cómo el pensamiento optimista y el rescatar los elementos favorables de la situación pueden ser asociados con mejores índices de salud. Por otro lado, las personas con peor salud, usan preferentemente estilos de afrontamiento que implican la distracción del problema y la negación de la situación. Este último estilo fue relacionado, además, con más síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, efectos concordantes con los resultados obtenidos por Guic et al. (2006), quienes encontraron que funcionarios de salud pública, con mayores niveles de estrés, tienden a utilizar los estilos de afrontamiento de evitación y negación. Sería importante profundizar o clarificar cuáles estilos de afrontamiento afectan negativamente la salud al impedir enfrentar la situación de manera directa (Martínez et al., 2006) y en este sentido, evaluar los estilos de afrontamiento como un predictor de la salud (Chico, 2002). Por otro lado, se puede plantear que personas con peor salud, tienden a utilizar estilos de afrontamiento evitativos, dado que, según Lazarus y Folkman (1984), las personas enfermas o cansadas poseen menos energía para poner en marcha comportamientos activos en comparación con personas sanas (Rodríguez, Pastor y

López, 1993), y en este caso la salud sería un predictor de los estilos de afrontamiento; futuras investigaciones debieran ayudar a dilucidar estos aspectos.

Los resultados obtenidos mediante el LOT-R y el COPE muestran que los participantes con mayor optimismo tienden a dirigir sus esfuerzos a modificar las causas del estrés y, especialmente, a rescatar los aspectos favorables, a hacer frente a la situación estresante, y a no realizar comportamientos que permitan la distracción del problema. Estos resultados avalan la teoría de que el optimismo es un motivador de estrategias activas de afrontamiento, que lleva a que las personas optimistas no abandonen el esfuerzo y busquen una solución al problema (Avia & Vásquez, 1998), sobre todo cuando los estresores son controlables. En este sentido, una buena salud se encuentra relacionada con dos constructos que se caracterizan por tener una percepción positiva de las situaciones, el optimismo disposicional (en el caso de los profesionales) y el estilo de afrontamiento de reinterpretación positiva y crecimiento personal. Al respecto, es importante aclarar que ambos conceptos poseen distintos alcances; por un lado, el optimismo disposicional es considerado como un atributo que se caracteriza por tener expectativas generales favorables del futuro (no necesariamente con relación a un problema), contrario al estilo de afrontamiento de reinterpretación positiva y crecimiento personal, caracterizado por un razonamiento que involucra rescatar aspectos positivos al enfrentar un problema. Ambos conceptos se complementan al actuar en conjunto. Al comparar la salud entre profesionales y no profesionales, y de acuerdo con lo esperado, se observa que los no profesionales presentan peor salud que los profesionales, situación concordante con lo reportado por Trucco et al (1999). Esta evidencia pone de manifiesto que si bien ambos grupos -profesionales y no profesionales- se encuentran expuestos a una situación laboral de riesgo para la salud, los no profesionales aparecen más desfavorecidos. Esto podría deberse, por una parte, a algunas de las características del trabajo realizado por estos trabajadores, tales como la carga laboral, la escasa posibilidad de participación en decisiones y la percepción de un trabajo menos valorado, entre otras. Por otro lado, los resultados muestran que los participantes profesionales presentan una mayor disfunción social en comparación con los no profesionales, lo que podría estar relacionado con la valoración social que posee el ser profesional y las expectativas de rol. Con relación al optimismo disposicional, podemos decir que, si bien tanto los profesionales como los no profesionales son optimistas, los profesionales se presentan más optimistas que los no profesionales. Esta diferencia podría estar relacionada con las características del trabajo que cada grupo realiza,

puesto que las labores realizadas por los trabajadores no profesionales se caracterizan por ser de poca autonomía y baja movilidad. Respecto a los estilos de afrontamiento, podemos decir que los trabajadores no profesionales tienden a utilizar con mayor frecuencia los estilos de afrontamiento que implican la negación y distracción del problema, en comparación con los trabajadores profesionales. Esta situación muestra la diferencia que se produce entre la formación profesional y no profesional, la cual influye en la manera de enfrentar los problemas en las personas que trabajan con temáticas de alto impacto emocional (Arón & Llanos, 2004). Específicamente, los trabajadores no profesionales tienden a utilizar estilos de afrontamiento que impiden reconocer el problema y enfrentarlo de una manera directa, estilos que han sido asociados en esta investigación a una peor salud.

Las mujeres evidencian peor salud emocional que los hombres, ya que tienden a presentar una mayor proporción de casos; es decir, las mujeres muestran mayor alteración en el funcionamiento emocional normal en comparación con los hombres, concordante con otros estudios realizados en Chile (Guic et al., 2006). Esta diferencia podría deberse a lo planteado por Nolen-Hoeksema y Rustinmg (1999), que las mujeres suelen experimentar más intensamente las emociones que los hombres, debido a que son generalmente socializadas en roles de mayor sintonía emocional (por ejemplo, ser madres o cuidadoras). Respecto a las variables demográficas y los estilos de afrontamiento, se encontraron diferencias en las variables sexo, estado civil, presencia de hijos y antigüedad laboral. Específicamente, los datos muestran que los hombres utilizan, con mayor frecuencia, el estilo de afrontamiento que implica esperar hasta que aparezca la ocasión adecuada para actuar, mientras que las mujeres, ante un problema utilizan con mayor frecuencia el aumento de las actividades religiosas, concordante con lo obtenido por Ponce (2002). En este sentido, los hombres utilizarían estilos de afrontamiento dirigidos a la solución directa del problema, mientras que las mujeres utilizarían un estilo de afrontamiento asociado a un mayor apoyo social que implica la práctica religiosa. Con relación al estado civil, los datos muestran que los trabajadores casados emplean con mayor frecuencia los estilos de afrontamiento centrados en dirigir sus esfuerzos a modificar las demandas o eventos ambientales causantes del estrés, en comparación con los trabajadores solteros. Esta diferencia, podría estar asociada al apoyo emocional que implica el tener una pareja estable, tal como ha sido sugerido por Riquelme, Buendía & Rodríguez (1993). Respecto a la presencia de hijos, podemos decir que ante un problema, los trabajadores con hijos utilizan con mayor frecuencia el incremento

de atención hacia su propio malestar emocional y desahogo de sus sentimientos, en comparación con los trabajadores sin hijos. Esta diferencia podría estar dada por la responsabilidad y mayor carga emocional y económica que implica tener hijos.

Las limitaciones del presente estudio son de diversa índole. En términos de las características naturales de la muestra, un 80% aproximadamente eran mujeres, lo cual pudo tener un impacto en las comparaciones realizadas en la variable género (al no ser grupos homogéneos en cuanto al N). Por otra parte, en los análisis realizados no se controló la variable edad, lo que debido a la dispersión presente en la muestra pudo haber tenido un impacto en los resultados. Respecto a los instrumentos utilizados, el GHQ, si bien está definido como un cuestionario de autoreporte de salud, entrega un punto de corte para el funcionamiento emocional, por lo que en realidad no se puede generalizar a la salud global. En futuros estudios se sugiere el uso de medidas de salud global objetivas, de *burnout* y de factores psicosociales, para integrar las variables organizacionales en la comprensión de la problemática.

En términos prácticos, los resultados de esta investigación podrían ser de utilidad para el desarrollo de planes de intervención destinados a mejorar la salud de los trabajadores, ya que en la medida en que estos aprendan a desarrollar estilos de afrontamiento asociados a una mejor salud y a evitar aquellos estilos asociados a una peor salud, se podrá realizar un aporte al desarrollo del bienestar de los trabajadores. Finalmente, a partir de la presente investigación, se confirma que el trabajar en contextos con alta demanda emocional y estrés se convierte en un factor de riesgo para la salud emocional de los trabajadores. Por otro lado, deja en evidencia la importancia de investigar este grupo social, con el fin de desarrollar un mayor conocimiento sobre las condiciones laborales y la manera de enfrentar su propio contexto laboral, especialmente aquellas personas no profesionales, puesto que el riesgo para la salud es mayor en este grupo de trabajadores.

REFERENCIAS

- Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2 (4). Recuperado de: <http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Burn-out%20y%20desgaste%20por%20empatia%20en%20profesionales%20de%20cuidados%20paliativos.pdf>
- Arón, A., & Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 1, 5-15.
- Avia, M., & Vásquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barría, J. (2002). *Síndrome de burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile*. *Psiquiatría.com*. Recuperado de: http://www.ergonomia.cl/burnout_chile.html
- Carver, S., Pozo, Ch., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robison, Ketcham, A., Moffat, F., & Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study women with early breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (2), 375-390.
- Carver, Ch., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Carver, Ch., Scheier, M., & Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Crespo, M., & Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Revista Análisis y Modificación de la Conducta*, 23 (92), 797-830.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14 (3), 544-550.
- Del Campo, M., Fernández-Respeto, E., Martínez, J., & Rojas, A. (1999). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en los profesionales de enfermería de las Unidades de diálisis de la provincia de Cadiz. Unidad de Diálisis. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz, España: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
- Domínguez, J., Herrera, F., Villaverde, M., Padilla, I., Martínez, M., & Domínguez, J. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención primaria*, 44 (01), 30-35. doi: 10.1016/j.aprim.2011.01.004
- García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg adaptación cubana. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15 (1), 88-97.
- Goldberg, D., & Hiller V. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 1, 139-45.
- Guerrero, E. (2003). Análisis Pormenorizado de los Grados de Burnout y Técnicas de Afrontamiento del Estrés Docente en Profesorado Universitario. *Anales de Psicología*, 19 (1), 145-158.
- Guic, E., Mora, P., Rey, R., & Robles, A. (2006). Estrés organizacional y salud en funcionarios de Centros de Atención Primaria de una Comuna de Santiago. *Revista Médica de Chile*, 134 (4), 447-455.
- Juarez, A. (2004). Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. *Ciencia & Trabajo*, 6, 189-196.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Spinger Publishing Company.
- Llor, P., Abad, M., García, M., & Nieto, J. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. España: McGraw-Hill-Interamericana.
- Lobo, A., & Muñoz, P.E. (1996). Versiones en lengua española del GHQ. En D. Goldberg y P. Williams (eds.) *Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Martínez, A., Reyes del Paso G., León, A., & González, M. (2006). Optimismo/ pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18 (1) 66-72.

- Nolen-Hoeksema, S., & Rusting, C. (1999). Gender differences in well-being. En D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being. The foundations of hedonic psychology* (pp. 330-352). New York: Russell Sage Foundations.
- Otero, J.M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J.A., & Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Padilla, E.M., Fajardo C., Gutiérrez, A., & Palma, D. (2007). Estrategias de afrontamiento de crisis causadas por desempleo en familias con hijos adolescentes en Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 127-141.
- Ponce, C. (2002). Burnout y estrategias de afrontamiento en profesores de educación básica. *Psykhé*, 11 (2), 71-88.
- Quiceno, J.M., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología* 10(2), 117-125.
- Rasmussen, H., Scheier, M., & Greenhouse, J. (2009). Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Annals of Behavioural Medicine*, 37, 239-256.
- Riquelme, A., Buendía, J., & Rodríguez, M. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 5 (1), 83-89.
- Rogers, M., Hansen, N., Levy, B., Tate, D., & Sikkema, K. (2005). Optimism and coping with loss in bereaved HIV-infected men a women. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (3), 341-360.
- Rodríguez, J., Pastor, M., & López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema* 15(suplemento), 349-372.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Solberg Nes, L., & Segerstrom, S. (2006) Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Personality and social psychology review*, 10, 235-251.
- Stephens, A., Wright, C., Runz-Ebrecht, S., & Liffé, S. (2006). Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: Associations with health ageing. *Journal of Health Psychology*, 11, 71-84.
- Trucco, M., Valenzuela, P., & Trucco, D. (1999). Estrés ocupacional en personal de salud. *Revista Médica de Chile*, 127 (12), 1453-1461.
- Vera-Villaruel, P., Cordova-Rubio, N., & Celis-Atenas, K. (2009). Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) en población chilena. *Universitas psychologica*, 8 (1), 61-68.
- Vera-Villaruel, P., & Silva, J. (2012). El rol predisponente del optimismo: hacia un modelo etiológico del bienestar. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 77-84.