

Afrontamiento y resiliencia en el contexto de atención sanitaria oncológica de Guatemala

Coping and resilience in the context of oncological health care in Guatemala

Hector M. Muñoz-Alonzo^{1*}, Donald W. González-Aguilar¹, Miriam E. Ponce¹, Víctor Samayoa²,
Walter O. Paniagua¹

¹Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala

²Instituto de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S., Guatemala

* Autor a quien se dirige la correspondencia: hemamu19@gmail.com

Recibido: 6 de abril de 2018 / Aceptado: 15 de agosto de 2018

Resumen

Trabajar en atención sanitaria supone una serie de dificultades que pueden sobrepasar las capacidades de regulación y afrontamiento frente situaciones estresantes, afectando directamente la adaptación al entorno. La literatura reporta que la búsqueda de equilibrio ante situaciones estresantes se relaciona con altos niveles de resiliencia y el uso de estrategias de afrontamiento. El enfoque fue cuantitativo de alcance correlacional. El objetivo del estudio fue determinar qué estrategias de afrontamiento se correlacionan positivamente con puntajes altos de resiliencia, ya que tal relación es un indicador de adaptabilidad. La muestra por disponibilidad compuesta por 45 empleados de una institución que atiende pacientes oncológicos en la ciudad de Guatemala. Para la recolección de datos se utilizaron la escala, *Coping Strategies Inventory* (CSI) en su versión en español y la escala *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) y un cuestionario sociodemográfico elaborado por el equipo. Los resultados sugieren que la estrategia de afrontamiento expresión emocional se correlaciona positivamente ($r = .31, p < .05$) con altos niveles de resiliencia y también la estrategia autocrítica con un 16.81% de magnitud de efecto. Los hallazgos pueden contribuir al desarrollo de programas de afrontamiento y resiliencia basados en evidencia empírica.

Palabras clave: Estrés, estresores, psicooncología, adaptabilidad, recuperación, estrés laboral

Abstract

Working in health care involves a series of difficulties that may exceed the capabilities of regulation and coping in stressful situations, directly affecting adaptation to the environment. The literature reports that the search for balance in stressful situations is related to high levels of resilience and the use of coping strategies. The quantitative approach was correlational in scope. The objective of the study was to determine which coping strategies are positively correlated with high resilience scores, since such a relationship is an indicator of adaptability. The sample by availability consists of 45 employees of an institution that treats cancer patients in Guatemala city. For data collection, the scale, *Coping Strategies Inventory* (CSI) in its Spanish version and the *Connor-Davidson Resilience Scale* scale (CD-RISC) and a sociodemographic questionnaire developed by the team were used. The results suggest that the strategy of coping with emotional expression correlates positively ($.31 p < .05$) with high levels of resilience and also the self-critical strategy with 16.81% of magnitude of effect. The findings can contribute to the development of coping and resilience programs based on empirical evidence.

Keywords: Stress, stressors, psycho-oncology, adaptability, recovery, job stress



La reproducción total o parcial del contenido e imágenes de esta publicación se rige de acuerdo a normas internacionales sobre protección a los derechos de autor, con criterio especificados en la licencia Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0). El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de su(s) autor(es).

Introducción

El personal que trabaja en instituciones oncológicas está expuesto a eventos trágicos, el sufrimiento o angustia son situaciones que han vivido o vivirán en su labor diaria; como consecuencia a factores asociados a ayudar a otros. Es por ello, que trabajar en la atención sanitaria oncológica puede tener como resultado diferentes dificultades personales como presiones financieras, reorganizaciones administrativas, horarios extenuantes y ansiedad provocada por diferentes factores en el trabajo (Sull, Harland, & Moore, 2015). Esto puede llevar al personal sanitario a equivocaciones resultantes de hacer frente a las situaciones de su labor cotidiana dado que se consideran como situaciones altamente estresantes. En las últimas décadas, el interés de los expertos en salud mental se ha centrado en los efectos del estrés como consecuencia de trabajar con pacientes oncológicos (Arrogante, Pérez-García, & Aparicio-Zaldívar, 2015; Isikhan, Comez, & Danis, 2004; Wazqar, Kerr, Regan, & Orchard, 2017).

Dentro de los estresores reportados con mayor frecuencia en la atención sanitaria se encuentra la sobrecarga laboral, muerte de pacientes, conflictos con miembros del equipo de trabajo y, en algunos casos, ambiente laboral desfavorable (Wazqar et al., 2017). Si estos estresores son manejados de manera deficiente, existe una tendencia hacia el aumento de errores en el tratamiento, accidentes con herramientas de trabajo y el aumento de enfermedades respiratorias y cardiovasculares (Isikhan et al., 2004), estudiado principalmente con poblaciones que atienden a pacientes que padecen enfermedades oncológicas crónicas.

Los estresores son manejados por medio de estrategias de afrontamiento que buscan manejar ya sea el desencadenante del estrés o las emociones resultantes, para lo cual se realizan esfuerzos cognitivos como conductuales (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984); sin embargo, no siempre son adaptativos (Lazarus & Folkman, 1984). Cuando los resultados son negativos para la adaptación de los individuos se ve afectado el trabajo sanitario, debido a que el estrés afecta aspectos personales como evaluación del estado de salud, red de apoyo y la conducta social (Folkman & Lazarus, 1980, 1988; Lazarus, 1978).

Afrontamiento

El desarrollo del constructo afrontamiento fue obra de diferentes autores y teorías (Lazarus & Folk-

man, 1984) que van desde concepciones psicodinámicas (Nyamathi, 1989), hasta conductas protectoras a daños psicológicos (Pearlin & Schooler, 1978) que dieron paso a la concepción de estilo y rasgo de afrontamiento que aún se manejan (Folkman & Lazarus, 1988; Lazarus & Folkman 1984).

Lazarus y Folkman construyen la forma actual del constructo (Aliaga & Capafóns, 1996; Folkman & Lazarus, 1980, 1988; Lazarus & Folkman, 1984) afirmando que existe una jerarquía que integra, estrategias, modos y estilos de afrontamiento. En este sentido las estrategias corresponden al primer nivel; el modo, ya sea centrado en la emoción o el problema, al segundo nivel; y finalmente el estilo, sea adaptativo o no adaptativo, es el tercer nivel (Folkman & Lazarus, 1980, 1988; Lazarus & Folkman, 1984; Tobin, Holroyd, Reynolds & Wigal, 1989).

Tobin y colaboradores (1989) a partir de los estudios Folkman & Lazarus (1980, 1988), crean la prueba *Coping Strategies Inventory* (CSI) que aplicaba la jerarquía teórica de afrontamiento de manera empírica. Luego Cano, Rodríguez y García (2007) demuestran que para poblaciones hispanoparlantes no se encuentra evidencia de que se pueda aplicar tal jerarquía más allá de las estrategias de afrontamiento (Nivel 1). Esto fue corroborado por los hallazgos de Nava, Ollua, Vega y Soria (2010) y por Rodríguez-Díaz, Estrada-Pineda, Rodríguez-Franco y Bringas-Molleda (2014).

Se parte de suponer que el afrontamiento en el contexto de la población es una forma de lidiar con los estresores que surgen de la atención médica, debido a que se trata de la atención continua a pacientes que pueden empeorar su estado de manera paulatina y que se requiere mayor atención a su tratamiento convirtiéndose esto en un estresor (Isikhan et al., 2004). Por otro lado el trato con familiares y nuevos pacientes suponen un efecto desgastante a largo plazo que debe ser estudiado y debido a ello se propone como una forma de determinar una adaptación sana el que los niveles altos de resiliencia se relacionan a estrategias de afrontamiento específicas, como el apoyo social, resolución de problemas y reestructuración cognitiva como ejemplos (Arrogante, Pérez-García, & Aparicio-Zaldívar, 2015; Kato, 2015; Tobin et al., 1989).

Resiliencia

El concepto resiliencia se define como un proceso dinámico de adaptación positiva o favorable, que se mantiene relativamente constante en la persona, luego

de un evento adverso, generando niveles óptimos de funcionamiento psicológico y físico (Bonanno, 2004; Connor & Davidson, 2003; McMahon, Gibson, Allen, & Saunders, 2007; Rutter, 1985). La resiliencia es un constructo que se caracteriza por su multidimensionalidad y puede cambiar dependiendo de las condiciones de vida, cultura y atributos sociodemográficos (Richardson, 2002; Richardson, Neiger, Jensen, & Kumpfer, 1990).

Richardson y colaboradores (1990) proponen un modelo de resiliencia que parte de la homeostasis biopsicoespiritual, dando como resultado un proceso de reintegración que conduzca a varias respuestas (Richardson, 2002). A partir de la homeostasis Connor y Davidson (2003), proponen una escala con apropiadas cualidades psicométricas y demostrando que la resiliencia es cuantificable y es afectada por el estado de salud, asegurando así que un bajo nivel de resiliencia está influenciado por alguna patología o sintomatología. Además, que la resiliencia es moldeable conforme se avanza en la intervención, haciendo que se tenga una mejor adaptabilidad.

A partir de estudios realizados en instituciones sanitarias con la resiliencia se ha demostrado que hay implicaciones resilientes en los empleados de atención sanitaria, que surgen a través de desafíos de procesos clínicos dificultosos o problemáticos que son provocados por el paciente que atiende; la poca o mala organización del espacio de trabajo o incluso las relaciones personales que se tengan dentro del trabajo; y las presiones que se tienen para cumplir con resultados inmediatos hacen que algunos empleados puedan sentirse sumamente estresados, mientras que quienes tienen niveles altos de resiliencia conservan una actitud positiva, además adaptarse y superar las dificultades en sus actividades (Robertson et al., 2016).

Si el personal sanitario oncológico presenta niveles altos de resiliencia estarían teóricamente preparados para afrontar entornos estresantes que son provocados por una dinámica de trabajo en constante cambio. De igual forma estarían predispuestos a manejar de mejor manera situaciones críticas y reducirían el riesgo de presentar indicadores de psicopatologías o ausentarse de sus labores (Jackson, Firtko, & Edenborough, 2007).

En los últimos años, las investigaciones sobre resiliencia han tomado mayor relevancia en el ámbito de la atención sanitaria (Andolo, 2013), señalando que debe ser tomada de manera positiva, ya que, puede desarrollarse y al mismo tiempo obtener mayores beneficios tanto individuales como organizativos, como la

mejora en la productividad, el bienestar, disminuye el ausentismo e incrementar la eficacia financiera (Andolo, 2013).

Afrontamiento y resiliencia

Tanto la resiliencia como el afrontamiento ayudan al sujeto a tener una mejor adaptación a condiciones desfavorables, que suceden en el transcurso de la vida. Es así como los sujetos por medio de la utilización de estrategias de afrontamiento y altos niveles de resiliencia pueden darse cuenta de sus cualidades y fortalezas, haciendo que se le facilite el manejo de las situaciones en su vida diaria (Mayordomo, Viguer, Sales, Satorres, & Meléndez, 2016). Como consecuencia el sujeto construye nuevos objetivos y metas, que le será posible alcanzar.

Se debe mencionar que ambos constructos afrontamiento y resiliencia están relacionados por medio del estrés y procesos adaptativos en situaciones estresantes (Connor & Davidson, 2003; Becoña, 2006; Gallopín, 2006). Sin embargo, en Guatemala este tipo de estudios aún no han sido realizados, especialmente en la atención sanitaria, siendo de relevancia para la fomentar la salud mental de los empleados del sistema de salud.

Por otro lado, algunos llegan a teorizar la importancia del papel que tiene el afrontamiento en el mantenimiento y aparición de personas resilientes (Tugade, 2004; Fergus & Zimmerman, 2005; Ruiz Párraga & López Martínez, 2012). Autores como Marais (2010) relacionan estos conceptos con el argumento de que afrontamiento y resiliencia explican la capacidad de la persona en transformar adecuadamente y desenvolverse proporcionalmente ante eventos adversos o estresores. Por otra parte, autores como Agaibi y Wilson (2005) construyen el término afrontamiento resistente, que explica el desarrollo del manejo de los estresores y eventos adversos son multifacéticos y fenómenos complejos, que se caracterizan por una serie de conductas personales.

Se suele describir al afrontamiento como la evolución y a la resiliencia como la consecuencia de la adaptación al entorno, teniendo los esfuerzos necesarios para restablecer o sustentar la igualdad del equilibrio interno o externo, que se encuentra bajo intimidación (Smith & Carlson, 1997). Arrogante y colaboradores (2015), reportaron que las estrategias de afrontamiento ligadas a la adaptación son factores determinantes para la resiliencia del personal de enfermería.

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre el nivel de resiliencia y estrategias de afrontamiento en el contexto de la atención sanitaria oncológica en Guatemala. Partiendo de la hipótesis que las estrategias de afrontamiento que se relacionan directamente a altos niveles de resiliencia son indicadores de adaptabilidad. Tomando en cuenta que a mayores niveles de resiliencia menor probabilidad de padecer trastornos psicológicos y que las estrategias de afrontamiento son mecanismos que surgen para ayudar a la persona a lidiar con el estrés; por lo que podría significar que la manera en que se lidia el estrés es un factor que puede proteger a los trabajadores sanitarios de padecer el trastorno psicológico relacionado al estrés, por ejemplo el trastorno de estrés postraumático o estrés por compasión. Esto marcaría las líneas de acción del sistema de salud del país a fomentar el uso de ciertas estrategias de afrontamiento que son adaptables.

Materiales y métodos

El enfoque de investigación fue cuantitativo y alcance correlacional. Los datos fueron recolectados de 45 empleados que brindan atención sanitaria a pacientes oncológicos con capital público y privado en la Nueva Guatemala de la Asunción. La muestra fue seleccionada por disponibilidad, dada que la participación fue voluntaria y anónima. La recolección de datos se realizó durante los meses junio y agosto del año 2017. Se utilizó consentimiento informado. Además, se garantizó la confidencialidad de los datos a través de la asignación de un código a cada evaluado.

Instrumentos y procedimiento

Para recolectar los datos se utilizaron tres instrumentos. El primero fue el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI por sus siglas en inglés) validado y estructurado por Tobin y colaboradores (1989), en su versión española adaptada por Cano y colaboradores (2007). Este instrumento fue diseñado a partir del inventario *Ways of Coping* de Folkman y Lazarus (1980) y consta de 40 ítems que miden la frecuencia de utilización de estrategias de afrontamiento, por medio de la descripción de una situación estresante durante los últimos 30 días.

Tiene una estructura conformada por ocho estrategias de afrontamiento: resolución de problemas (estrategias encaminadas a eliminar el estrés por me-

dio de modificar la situación), autocrítica (autoinculpación por el apareamiento de la situación y manejo incorrecto aparente del mismo), expresión emocional (Liberar emociones resultado del estrés), pensamiento desiderativo (deseo de que la situación no fuera estresante), apoyo social (búsqueda de apoyo emocional), reestructuración cognitiva (modificación del significado de la situación), evitación del problema (negación y evitación de pensamiento y actos que se relacionan con la situación) y retirada social (Retirarse de personas cercanas que estén relacionadas con la situación estresante).

El segundo instrumento fue la *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) en su versión de 25 preguntas, que evalúa las conductas resilientes por medio de puntajes del 1 al 100. Los puntajes más altos indican una mayor capacidad de resiliencia, tomando en cuenta cinco factores que la conforman: mostrar competencia personal y altos estándares (desarrollar una estrategia con objetivo claro, orientación de acción, fuerte autoestima y confianza); confianza en los instintos y la capacidad de la persona de soportar experiencias emocionales negativas (paciencia y la capacidad de soportar el estrés o el trauma); la aceptación positiva del cambio y las relaciones que son seguras (elementos que reflejan el control, compromiso y el cambio visto como desafío); locus control (adaptabilidad al hacer frente al cambio, habilidades para resolver problemas sociales, humor en al enfrentar el estrés, asumir responsabilidades para lidiar con el estrés, seguridad y estabilidad, vínculos fecundos, y experiencias previas de éxito); e influencias espirituales (fe y el pensamiento mágico del individuo) que pueden contribuir a la resiliencia. El equipo decidió dividirla en los niveles: alto (de 71 a 100), medio (de 50 a 70) y bajo (de 0 a 49) basándose en resultados de Min y colaboradores (2013), que comprueban que es una forma válida de dividir los puntajes para permitir diferenciar los grupos con alta resiliencia de los que no, facilitando la visualización de resultados.

El tercer instrumento empleado, fue un cuestionario sociodemográfico creado por el equipo de investigación, que brindó información en cuanto a las funciones del personal evaluado (profesión, área a la cual pertenecían, años laborados, cantidad de pacientes atendidos, horas laboradas, trabajar horas extra, cantidad horas extra laboradas).

Análisis estadístico

Para la prueba CD-RISC, se realizó una distribución de frecuencia para agrupar los niveles de resiliencia en alto (de 71 a 100), medio (de 50 a 70) y bajo (de 0 a 49), facilitando el análisis de que personas presentaban niveles aceptables de resiliencia a pesar de que la prueba original no refiere la necesidad de ello.

Mientras tanto, para prueba CSI se decidió agrupar los resultados en dos grupos (uso y no uso) partiendo del criterio de que los resultados por cada estrategia de afrontamiento tenían como un máximo puntaje de 20, se crearon rangos para no uso (de 0 a 10) y de uso (11 a 20). Esto para facilitar el reconocimiento de la dominancia de una o varias estrategias de afrontamiento.

Aspectos éticos

Se informó a los participantes que la evaluación no conllevaba riesgos para la salud física pero que podrían producirse algún tipo de ansiedad al responder el instrumento. Esta información fue brindada a través del consentimiento informado escrito. Se mantuvo en todo momento la confidencialidad de los participantes a través de un código numérico personal para identificar sus resultados al momento de la devolución y retroalimentación de estos. Dos semanas después de finalizadas la fase de recolección de datos se devolvieron los resultados a los participantes de manera personal durante una semana. Se brindaron recomendaciones cuando fue pertinente y se resolvieron dudas como orientación sobre conductas de prevención y atención a su salud mental a las personas que recogieron sus resultados.

Resultados

La información del personal sanitario fue dividida en frecuencias y porcentajes. Estuvo conformada por 51.1% mujeres, 33% hombres y 15.6% que no especificó su sexo; la edad media fue de 39.06 años ($SD = 14.26$); el estado civil mostró que el 39.5% es casada/o, el 55.3% soltera/o, 2.6% en separada(o) y el 2.6% viuda(o). De los cuales eran médicos con especialidad (21.1%), médicos residentes (2.6%), enfermeros (6.7%), auxiliares de enfermería (13.3%) y otros miembros del personal como técnicos, fisioterapeutas y atención al cliente (50%). También se obtuvieron sobre los aspectos laborales de los estudiados, como

el área a la cual pertenecían, años laborados, cantidad de pacientes atendidos, horas laboradas, turnos realizados a la semana, duración de vacaciones (tabla 2).

La tabla 3 muestra los resultados de la prueba CSI, la estrategia más utilizada fue resolución de problemas (86.67%), seguida de reestructuración cognitiva (73.34%); las estrategias con menos puntajes pero frecuentemente utilizadas fueron la autocrítica (86.67%), seguida por retirada social (84.44%). Mientras que la tabla 4 muestra los resultados de la prueba CD-RISC, como curiosidad ninguna persona mostró bajos niveles de resiliencia y la mayoría mostró altos niveles (66.67%). Para comprobar la confiabilidad de las escalas se calculó por medio del coeficiente alfa de Cronbach, siendo para escala total de la prueba CSI ($\alpha = .82$), las subescalas, apoyo social ($\alpha = 0.65$), autocrítica ($\alpha = 0.71$), expresión emocional ($\alpha = 0.70$), evitación de problemas ($\alpha = 0.67$), pensamiento desiderativo ($\alpha = 0.85$), reestructuración cognitiva ($\alpha = 0.78$), resolución de problemas ($\alpha = 0.77$), retirada social ($\alpha = 0.67$). Para la prueba CD-RISC ($\alpha = .88$).

Finalmente la tabla 5, muestra los resultados de la correlación de Pearson, encontrando que la estrategia expresión emocional se correlaciona positivamente con los niveles de resiliencia ($r = .31, p < .05$), pero se encontró una correlación negativa con la autocrítica no significativa ($r = -.41, p > .05$), pero que por su magnitud debe ser estudiada.

Tabla 1

Datos personales

| Categorías | Respuesta |
|---------------------------|------------|
| Sexo | |
| Masculino | 15 (33.33) |
| Femenino | 23 (51.11) |
| Edad | |
| 20 - 28 | 10 (22.22) |
| 29 - 38 | 11 (24.44) |
| 39 - 49 | 4 (8.89) |
| 50 - 59 | 5 (11.11) |
| 60 - 69 | 5 (11.11) |
| 70 - 80 | 1 (2.22) |
| Estado civil | |
| Soltero(a) | 21 (46.67) |
| Casado (a) | 15 (33.33) |
| Separado (a) | 1 (2.22) |
| Viudez | 1 (2.22) |
| Perdidos | 7 (15.67) |
| Nivel de formación | |
| Bachillerato | 5 (11.11) |
| Técnico | 8 (17.78) |
| Licenciatura | 13 (28.89) |
| Maestría | 9 (20.0) |
| Doctorado | 2 (4.45) |
| Hijos | |
| Sí | 19 (42.22) |
| No | 17 (37.78) |

Tabla 2

Aspectos laborales

| Categorías | Respuesta |
|---|------------|
| Profesión | |
| Médico general | 1 (2.22) |
| Médico con especialidad | 8 (17.78) |
| Médico residente | 1 (2.22) |
| Enfermero/a | 3 (6.67) |
| Auxiliar de enfermería | 6 (13.33) |
| Otro | 19 (42.22) |
| Área en que labora | |
| Piso | 2 (4.45) |
| Encamamiento | 11 (24.44) |
| Departamento | 15 (33.33) |
| Otro | 8 (17.78) |
| Años laborando en la institución | |
| 0-5 | 22 (48.9) |
| 6-10 | 2 (4.45) |
| 11-15 | 3 (6.67) |
| 16-20 | 7 (15.67) |
| 21-30 | 4 (8.89) |
| Horas laboradas por día | |
| 0-3 | 1 (2.22) |
| 4-9 | 31 (68.89) |
| 10-15 | 5 (11.11) |

Tabla 3

Uso de estrategias de afrontamiento

| Estrategia de afrontamiento | f (%) n= 45 | |
|-----------------------------|-------------|------------|
| | No uso | Uso |
| Apoyo social | 17 (37.77) | 28 (62.22) |
| Autocrítica | 39 (86.67) | 6 (13.33) |
| Expresión emocional | 30 (66.67) | 15 (33.34) |
| Evitación de problemas | 29 (64.44) | 16 (35.55) |
| Pensamiento desiderativo | 25 (55.55) | 20 (44.44) |
| Reestructuración cognitiva | 12 (26.67) | 33 (73.34) |
| Resolución de problemas | 6 (13.33) | 39 (86.67) |
| Retirada social | 38 (84.44) | 7 (15.55) |

Tabla 4

Resiliencia

| Nivel de resiliencia | f (%) |
|----------------------|------------|
| Alto | 30 (66.67) |
| Medio | 15 (33.34) |
| Bajo | 0 (0.0) |

Tabla 5

Correlaciones estrategias de afrontamiento y nivel de resiliencia

| Variable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|----------|------|-------|------|------|------|------|------|-----|---|
| 1. APS | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 2. AUC | .33* | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| 3. EEM | .59* | .45* | 1 | - | - | - | - | - | - |
| 4. EVP | .25 | .32* | .18 | 1 | - | - | - | - | - |
| 5. PSD | .40* | .62* | .45* | .34* | 1 | - | - | - | - |
| 6. REC | .47* | .43* | .29 | .53* | .22 | 1 | - | - | - |
| 7. REP | .41* | .45* | .22 | .12 | .21 | .37* | 1 | - | - |
| 8. RSS | .32* | .297* | .26 | .43* | .39* | .33* | .30* | 1 | - |
| 9. NR | .22 | -.42 | .31* | .19 | .10 | .13 | .22 | .19 | 1 |

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

APS= Apoyo social AUC= Autocrítica EEM= Expresión emocional EVP= Evitación de problemas PSD= Pensamiento desiderativo REC= Reestructuración cognitiva REP= Resolución de problemas RSS=Retirada social NR= Nivel de resiliencia

Discusión

La atención sanitaria requiere de adaptación a diferentes niveles. Desde el dominio y conocimiento teóricos y procedimentales, hasta situaciones relacionadas con manejo de estrés de manera cotidiana. De ahí que la capacidad para avenirse a diferentes circunstancias o condiciones pueda ser explicado desde la relación entre resiliencia y las estrategias de afrontamiento. Mayordomo y colaboradores (2016) argumentan que el uso correcto del afrontamiento predetermina a tener altos niveles de resiliencia.

En cuanto a los niveles de resiliencia encontrados (Tabla 5) son similares a los estudios hechos por Connor y Davidson (2003). Partiendo que uno de los propósitos del instrumento CD-RISC fue a establecer relaciones con estrategias de afrontamiento (Connor & Davidson, 2003), se establece que es uno de los mejores métodos para establecer adaptabilidad a partir de la relación de ambas variables.

Por otro lado, la dificultad de poder contrastar estudios con los resultados encontrados para la prueba CSI (Tabla 4), es clara. Sin embargo, Cano y colaboradores (2007), afirman que esta prueba puede ser comparada con resultados de la *Ways of Coping* (WOC) e incluso la *Coping Orientation to Problems Experienced* (COPE) y su versión corta.

Esto permitiría la comparación con resultados de otras pruebas, pero aun así los resultados que se presentan no deben ser generalizados.

Por otro lado, se planteaba la posibilidad de que la resiliencia tuviera una relación significativa con la búsqueda de APS y RSS, siendo especialmente fuerte entre apoyo social (Feder, Nestler, & Charney, 2009; Wu et al., 2013) al igual que el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema (Feder et al., 2009; Sinclair & Wallston, 2004; Wu et al, 2013). Sinclair y Wallston (2004), afirman que la resiliencia resulta importante para explicar cómo a través de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema pueden disminuir los efectos negativos del estrés, ya que se lidia con el estresor directamente y en el momento que es detectado (Folkman & Lazarus 1980; Lazarus & Folkman, 1984; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Sin embargo, se encontró correlación con la expresión emocional que es una estrategia centrada en la emoción y una relación que por magnitud de efecto es relevante para analizar, con la autocrítica que es centrada en el problema, ambas según la jerarquía de afrontamiento de Tobin y colaboradores (1989).

Tobin y colaboradores (1989), afirman que la estrategia EEM está ligada a estrategias adaptativas, lo que confirma las conclusiones de Arrogante y colaboradores (2015), mostrando una relación positiva entre

resiliencia y afrontamiento. Aun así, los resultados deben ser tomados con cautela pues Carver y colaboradores (1989), proponen que puede ser un arma de doble filo: por un lado la persona expresa sus sentimientos liberando estrés; pero por otra parte, la manera en que lo hace puede dañar sus relaciones interpersonales. Es decir, si lo hace de manera explosiva o en un ambiente no apropiado para ello puede tener un efecto contra-productivo. Incluso debido a que la persona percibe los eventos estresantes de manera ambigua por medio de sus emociones (Folkman & Lazarus, 1985).

Kato (2015), reporta relaciones negativas entre estrategias de afrontamiento dirigidas a la expresión de emociones, lo que indicaría que tal estrategia no es del todo adaptativa al medio. Lo que supone que interpretar que la expresión de emociones como algo positivo y adaptativo debe ser tomado con cautela y debe ser estudiado con más detenimiento, ya que se desconoce la forma en que se expresan. Solo se puede elucubrar que fomenta la resolución de problemas para posteriormente coadyuvar a reinterpretar la situación estresante basándose en la frecuencia de uso de afrontamiento. Aun así el rango de efecto de la expresión de emociones no es alto (10.17%) por lo cual no se puede generalizar el que esta estrategia de afrontamiento sea utilizada con regularidad al poseer altos niveles de resiliencia. Para AUC, se ha encontrado evidencia que estrategias de afrontamiento que fomentan la inculpación y la rumiación de pensamiento resultan poco beneficiosas para la resiliencia, fomentando indicadores de depresión, ansiedad y síntomas físicos (Carver et al., 1989; Kato, 2015; Ehret, Joermann, & Berking, 2015). Debido a los resultados es una sorpresa encontrar que se asocia a una magnitud de efecto del 16.81%, a pesar de no estar significativamente relacionada cabe mencionar que es un indicador interesante de la manera de afrontar y cómo repercute en la adaptación de los trabajadores sanitarios, puesto que es una relación no reportada en la literatura y que de ser encontrada en investigaciones posteriores supondría que la resiliencia al menos en Guatemala no cumple con los argumentos que la fundamentan.

Estos hallazgos evidencian las limitaciones de este estudio, puesto que la muestra fue pequeña para poder realizar generalizaciones dentro de la institución y los resultados no son determinantes. Implica que la hipótesis propuesta no pudo ser comprobada.

Conclusiones

A pesar que Cano y colaboradores (2007) y subsecuentes investigaciones (Nava et al., 2010; Rodríguez-Díaz et al., 2014) han adaptado el CSI, su uso no es muy extendido en la lengua española. Es posible que sea debido a que la jerarquía de afrontamiento propuesta por Tobin y colaboradores (1989) no fue satisfactoria en tales investigaciones limitando su estudio en el conocimiento de uso de estrategias, pero no permite discriminar si son adaptativas o no. Incluso, debido a que en el momento de adaptar redujeron la escala a 40 ítems mientras que la original era de 72, alterando la estructura del instrumento a pesar que reportaron coeficientes de validez de prueba similares a la prueba original. Quizás por ello, la relación entre afrontamiento y resiliencia careció de la obtención de indicadores de adaptabilidad, dando resultados contrarios a investigaciones anteriores. Dejando así, abierta la posibilidad de continuar con nuevas investigaciones con diversas poblaciones para comprobar tal hipótesis.

En consecuencia, tanto la resiliencia como el afrontamiento deben ser incluidos en los programas de educación de las organizaciones de atención sanitaria. Ya que este entorno, mayormente, contendrá situaciones o experiencias estresantes, traumáticas o difíciles de superar. Esto hará que el personal de atención sanitaria tenga las herramientas para una mayor adaptabilidad contrarrestar efectos como el estrés post-traumático, la fatiga por compasión o el burnout. La creación de un programa que integre la resiliencia y el afrontamiento basado en la evidencia empírica tendrá un impacto positivo a la convivencia diaria y a la eficacia dentro de la organización.

Aunque hace falta aprender sobre cómo las personas desarrollan y adaptan la resiliencia a los eventos estresantes o traumáticos, por los pocos estudios realizados en el contexto latinoamericano, es sabido que un buen afrontamiento brinda una mejor capacidad de adaptación gracias a la resiliencia, haciendo que el personal sanitario pueda hacer frente y adaptarse a un entorno de trabajo demandante. Por lo que, el equipo de investigación sugiere continuar con estudios similares y así encontrar evidencia concluyente sobre la relación de ambas variables y que sea de ayuda a la población guatemalteca.

Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Usac durante el año 2017, con partida presupuestaria número 4.1.14.3.01.0.11 de la Unidad de Investigación Profesional.

Referencias

- Agaiibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse, 6*(3), 195-216. doi:10.1177/1524838005277438
- Aliaga F. & Capafóns, A. (1996). La medida del afrontamiento: Revisión crítica de la “Escala de Modos de Coping” (Ways of Coping). *Ansiedad y Estrés, 2*(1), 17-26.
- Andolo, D. (2013). *From time to talk about workplace stress. Personal resilience for healthcare staff, when the going gets tough*. London: Radcliffe Publishing.
- Arrogante, Ó., Pérez-García, A. M., & Aparicio-Zaldívar, E. G. (2015). Bienestar psicológico en enfermería: Relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería Clínica, 25*(2), 73-80. doi:10.1016/j.enfcli.2014.12.009
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Psicopatología y Psicología Clínica, 11*, 125-146.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*(1), 20-28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
- Cano, F. J., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Acta Española Psiquiatría, 35*(1), 29-39.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113
- Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion, 29*(8), 1496-1504. doi:10.1080/02699931.2014.992394
- Feder, A., Nestler, E. J., & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics. *Nature Reviews Neuroscience, 10*(6), 446-457. doi:10.1038/nrn2649
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent Resilience: A Framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review Public Health, 26*(October), 399-419. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), 219-239. doi: 10.2307/2136617
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*(1), 150-170. doi:10.1037/0022-3514.48.1.150
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(3), 466-475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466.
- Gallopin, G. C. (2006). Linkages between vulnerability, resilience, and adaptive capacity. *Global Environmental Change, 16*(3), 293-303. doi:10.1016/j.gloenvcha.2006.02.004
- Isikhan, V., Comez, T., & Danis, M. Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing, 8*(3), 234-244. doi:10.1016/j.ejon.2003.11.004
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of advanced nursing, 60*(1), 1-9. doi:10.1111 / j.1365-2648.2007.04412.x
- Kato, T. (2015). Frequently used coping scales: A meta-analysis. *Stress and Health, 31*(4), 315-323. doi:10.1002/smi.2557
- Lazarus, R. S. (1978). A strategy for research on psychological and social factors in hypertension.

- Journal of Human Stress*, 4(3), 35-40. doi:10.1080/0097840X.1978.9934994
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Marais, V. (2010). *Veerkrachtigheid by 'n groep kinders in die middel-kinderjare* (Tesis de maestría). North-West University, South Africa.
- Mayordomo, T., Viguer, P., Sales, A., Satorres, E., & Meléndez, J. C. (2016). Resilience and Coping as Predictors of Well-Being in Adults. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 150(7), 809-821. doi:10.1080/00223980.2016.1203276
- McMahon, C. A., Gibson, F. L., Allen, J. L., & Saunders, D. (2007). Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 22(4), 1168-1174.
- Min, J. A., Jung, Y. E., Kim, D. J., Yim, H. W., Kim, J. J., Kim, T. S., ... Chae, J. H. (2013). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research*, 22(2), 231-241. doi: 10.1007/s11136-012-0153-3
- Nava Quiroz, C., Ollua Méndez, P., Vega Valero, C. Z., & Soria Trujano, R. (2010). Inventory of Strategies of Coping: A replication. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220.
- Nyamathi, A. (1989). Comprehensive health seeking and coping paradigm. *Journal of Advanced Nursing*, 14(4), 281-290. doi:10.1111/j.1365-2648.1989.tb03415.x
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21. doi:10.2307/2136319
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321. doi:10.1002/jclp.10020
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21(6), 33-39. doi:10.1080/00970050.1990.10614589
- Robertson, H. D., Elliott, A. M., Burton, C., Iversen, L., Murchie, P., Porteous, T., & Matheson, C. (2016). Resilience of primary healthcare professionals: A systematic review. *The British Journal of General Practice*, 66(647), 423-433. doi:10.3399/bjgp16X685261
- Rodríguez-Díaz, F. J., Estrada-Pineda, C., Rodríguez-Franco, L., & Bringas-Molleda, C. (2014). Adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) a la población penitenciaria de México. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 27(3), 415-423. doi:10.1590/1678-7153.201427301
- Ruiz Párraga, G. T., & López Martínez, A. E. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología (Internet)*, 5(2), 1-11. doi:10.5231/psy.writ.2012.1001
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resilience to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611. doi:10.1192/bjp.147.6.598
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief. *Assessment*, 11(1), 94-101. doi:10.1177 / 1073191103258144
- Smith, C., & Carlson, B. E. (1997). Stress, coping, and resilience in children and youth. *Social Service Review*, 71(2), 231-256. doi:10.1086/604249
- Sull, A., Harland, N., & Moore, A. (2015). Resilience of health-care workers in the UK; a cross-sectional survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 11, 10-20. doi:10.1186/s12995-015-0061-x
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy & Research*, 13(4), 343-361.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*, 86(2), 320. Doi: 10.1037/0022
- Wazqar, D. Y., Kerr, M., Regan, S., & Orchard, C. (2017). An integrative review of the influence of job strain and coping on nurses' work performance: Understanding the gaps in oncology nursing research. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(4), 418-429. doi:10.1016/j.ijnss.2017.09.003
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathe, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7(1), 1-15. doi:10.3389/fnbeh.2013.00010