



TESIS DOCTORAL
2014



**ESTUDIO DEL BIENESTAR
EN PERSONAL SANITARIO:
RELACIONES CON RESILIENCIA,
APOYO SOCIAL, ESTRÉS LABORAL
Y AFRONTAMIENTO**

ÓSCAR ARROGANTE MAROTO

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

***DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS***

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA (UNED)

DRA. ANA MARÍA PÉREZ GARCÍA



TESIS DOCTORAL
2014



**ESTUDIO DEL BIENESTAR
EN PERSONAL SANITARIO:
RELACIONES CON RESILIENCIA,
APOYO SOCIAL, ESTRÉS LABORAL
Y AFRONTAMIENTO**

ÓSCAR ARROGANTE MAROTO

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

***DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS***

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA (UNED)

DRA. ANA MARÍA PÉREZ GARCÍA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA (UNED)

**ESTUDIO DEL BIENESTAR
EN PERSONAL SANITARIO:
RELACIONES CON RESILIENCIA,
APOYO SOCIAL, ESTRÉS LABORAL
Y AFRONTAMIENTO**

ÓSCAR ARROGANTE MAROTO

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

DRA. ANA MARÍA PÉREZ GARCÍA

*A Eva, mi compañera de viaje,
y a Marco, nuestro principito;
a las dos estrellas que iluminan
mi mundo y mi vida*

Agradecimientos

Durante estos tres años son muchas las personas e instituciones que han participado en la presente investigación y a quienes quiero expresar mi gratitud por el apoyo y confianza que me han prestado de forma desinteresada.

En primer lugar, este estudio se pudo llevar a cabo gracias a la inestimable y valiosa colaboración de los profesionales sanitarios del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) y de los profesores universitarios de la UNED que imparten sus clases en los dos centros asociados de Madrid capital (“Jacinto Verdaguer” y “Giner de los Ríos”) y en los dos centros asociados de Madrid-Sur (Móstoles y Fuenlabrada) participantes en la misma.

Agradecer la aceptación del Proyecto de la Tesis Doctoral a la Comisión de Gestión del Conocimiento del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), sin cuyo permiso no se hubiera realizado el trabajo. También me complace agradecer la acogida, apoyo y aceptación de los Jefes de Servicio y Supervisores de Enfermería de dicho centro sanitario, que tanto me ayudaron en la distribución y cumplimentación de los cuestionarios por parte de sus trabajadores.

Asimismo, agradecer la colaboración desinteresada de M^a José Lorenzo Segovia, de David Hernández de la Fuente (coordinadores de los centros asociados de “Francisco Giner de los Ríos” y de “Jacinto Verdaguer”, respectivamente) y de Pedro Rodríguez-Miñón Cifuentes (director del centro asociado Madrid-Sur al que pertenecen los centros de Móstoles y de Fuenlabrada) a la hora de facilitar la distribución de los cuestionarios entre los docentes de dichos centros asociados de la UNED y por el apoyo recibido en todo momento.

No puedo olvidar a Rosa Sánchez Fernández (coordinadora de la Biblioteca Campus Norte en Madrid), ni a Alexis Moreno Pulido (bibliotecario de la misma) por su ayuda y apoyos recibidos durante esas horas incontables de trabajo y de búsqueda bibliográfica que pasé en dicha biblioteca.

Mi más sincero agradecimiento a mi Directora de Tesis, a Ana M^a Pérez García, sin la cual el presente trabajo se hubiera quedado en un simple proyecto al darme las fuerzas necesarias para seguir cuando llegaba a un punto sin salida. Gracias por animarme

a introducirme en este mundo de la investigación para presentar trabajos en congresos y escribir artículos. Gracias por los buenos y malos momentos (también personales), por aguantarme y por escucharme. Espero no defraudarte en el futuro como investigador.

Todo esto no hubiera sido posible sin la ayuda y apoyo incondicional de Eva, mi compañera de viaje. Gracias por dejarme el tiempo libre necesario para terminar la Tesis coincidiendo con el nacimiento de nuestro principito y sus primeros meses de vida. Gracias al estímulo directo de ella y al indirecto de Marco, se ha hecho realidad el presente premio a tanto esfuerzo y dedicación. Este también es vuestro premio y a vosotros os lo dedico.

ÍNDICE

LISTA DE TABLAS	16
LISTA DE FIGURAS	18
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	19
1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS	19
2. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	22
3. ESTRUCTURA DE LA TESIS	27
CAPÍTULO II: REVISIÓN TEÓRICA	29
1. EL BIENESTAR EN MEDICINA	29
1.1. EL BIENESTAR COMO ESTADO DE SALUD	29
1.1.1. Concepto	30
1.1.2. La medida de la Calidad de Vida relacionada con la Salud	32
2. EL BIENESTAR EN PSICOLOGÍA	40
2.1. EMOCIONES POSITIVAS	41
2.1.1. Concepto	41
2.1.2. Evidencia empírica	42
2.1.3. Efectos beneficiosos de las emociones positivas	47
2.2. PSICOLOGÍA POSITIVA	50
2.2.1. Concepto	50
2.2.2. Orígenes de la Psicología Positiva	51
2.2.3. Objeto de estudio de la Psicología Positiva	53
2.2.4. Debate actual en torno a la Psicología Positiva	55
2.3. EL ESTUDIO DE LA FELICIDAD	62
2.4. BIENESTAR SUBJETIVO	67
2.4.1. Concepto	67
2.4.2. La estructura del Bienestar Subjetivo	74
2.4.3. La medida del Bienestar Subjetivo	79
2.5. BIENESTAR PSICOLÓGICO	86
2.5.1. Concepto	86
2.5.2. La medida del Bienestar Psicológico	94
2.6. RELACIONES ENTRE BIENESTAR SUBJETIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO	97

3. RELACIONES ENTRE SALUD, BIENESTAR SUBJETIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO	105
3.1. EVIDENCIA EMPÍRICA	107
3.2. MODELOS DE LA RELACIÓN ENTRE AFECTO POSITIVO Y SALUD	114
4. LA BÚSQUEDA DE LA FELICIDAD	119
4.1. LA ESTRUCTURA DE LA FELICIDAD	120
4.2. APRENDIENDO A SER FELIZ	125
5. FACTORES PSICOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL BIENESTAR PERCIBIDO	131
5.1. RESILIENCIA	132
5.1.1. Concepto	133
5.1.2. La medida de la Resiliencia	138
5.1.3. Evidencia empírica	141
5.1.4. Resiliencia en personal sanitario	146
5.1.5. Efectos de la Resiliencia sobre la Salud y el Bienestar	148
5.2. APOYO SOCIAL	151
5.2.1. Concepto	155
5.2.2. La medida del Apoyo Social	159
5.2.3. Evidencia empírica	161
5.2.4. Efectos del Apoyo Social sobre la Salud y el Bienestar	165
5.3. ESTRÉS LABORAL	170
5.3.1. Concepto	172
5.3.2. La medida del Estrés Laboral	176
5.3.3. Efectos del Estrés Laboral sobre la Salud y el Bienestar	180
5.3.3.1. El síndrome de burnout	182
5.3.3.2. Estrés Laboral en personal sanitario	188
5.3.3.3. Estrés Laboral en personal docente	190
5.4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS LABORAL	192
5.4.1. Concepto	192
5.4.2. Dimensiones del Afrontamiento	195
5.4.3. La medida del Afrontamiento al Estrés Laboral	201
5.4.4. Efectos del Afrontamiento al Estrés Laboral sobre la Salud y el Bienestar	203
6. RESUMEN	206

CAPÍTULO III: ESTUDIO EMPÍRICO	209
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	209
2. MÉTODO	213
2.1. PARTICIPANTES	213
2.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y VARIABLES ANALIZADAS	215
2.2.1. “SF-12 Health Survey”	215
2.2.2. “Satisfaction With Life Scale” (SWLS)	218
2.2.3. “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS)	220
2.2.4. “Scales of Psychological Well-Being” (SPWB)	222
2.2.5. “10-Item CD-RISC”	224
2.2.6. “Subescala de Apoyo Social del Cuestionario de Calidad de Vida” (CCV)	227
2.2.7. “Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey” (MBI-HSS) y “Maslach Burnout Inventory-Educators Survey” (MBI-ES)	230
2.2.8. “Brief COPE”	233
2.2.9. Variables Sociodemográficas	237
2.3. PROCEDIMIENTO	238
3. RESULTADOS	242
<i>ESTUDIO I: Factores relevantes para el Bienestar Percibido en el Personal Sanitario</i>	244
3.1. ANÁLISIS PRELIMINARES	244
3.1.1. Análisis de las Variables Sociodemográficas y diferencias encontradas en función de las mismas	244
3.1.2. Estadísticos descriptivos y fiabilidad de las escalas	246
3.1.3. Categorías de Afrontamiento	249
3.1.4. Análisis de las diferencias en función del Sexo	255
3.2. ANÁLISIS CORRELACIONAL	258
3.2.1. Análisis correlacional entre las Variables Sociodemográficas junto con el Bienestar y los Factores Psicosociales analizados	258
3.2.2. Análisis correlacional entre las Variables Sociodemográficas y el Bienestar	261
3.2.3. Análisis correlacional entre los Factores Psicosociales analizados	262
3.2.4. Análisis correlacional entre las escalas que miden el Bienestar	262
3.3. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE	266
3.3.1. Variables que predicen el Bienestar como Estado de Salud	267
3.3.2. Variables que predicen el Bienestar Subjetivo	268
3.3.3. Variables que predicen el Bienestar Psicológico	269

<i>ESTUDIO II: Factores relevantes para el Bienestar percibido en el Personal Docente</i>	274
3.4. ANÁLISIS PRELIMINARES	274
3.4.1. Análisis de las Variables Sociodemográficas y diferencias encontradas en función de las mismas	274
3.4.2. Estadísticos descriptivos y fiabilidad de las escalas	276
3.4.3. Categorías de Afrontamiento	278
3.4.4. Análisis de las diferencias en función del Sexo	280
3.5. ANÁLISIS CORRELACIONAL	283
3.5.1. Análisis correlacional entre las Variables Sociodemográficas junto con el Bienestar y los Factores Psicosociales analizados	283
3.5.2. Análisis correlacional entre las Variables Sociodemográficas y el Bienestar	284
3.5.3. Análisis correlacional entre los Factores Psicosociales analizados	286
3.5.4. Análisis correlacional entre las escalas que miden el Bienestar	287
3.6. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE	290
3.6.1. Variables que predicen el Bienestar como Estado de Salud	291
3.6.2. Variables que predicen el Bienestar Subjetivo	292
3.6.3. Variables que predicen el Bienestar Psicológico	293
<i>ESTUDIO III: Estructura del Bienestar percibido en el Personal Sanitario</i>	298
3.7. MODELO ESTRUCTURAL DEL BIENESTAR	300
3.8. MODELO ESTRUCTURAL DEL BIENESTAR PERCIBIDO EN EL PERSONAL SANITARIO	310
4. DISCUSIÓN	316
4.1. CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS EN EL ESTUDIO	316
4.2. HALLAZGOS MÁS RELEVANTES DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN	349
4.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	358
4.4. PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES FUTURAS	363

CAPÍTULO IV: RESUMEN Y CONCLUSIONES	371
1. RESUMEN	371
2. CONCLUSIONES	376
3. CONCLUSIONES FINALES	379
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	382
ANEXOS	414
Anexo I: Carta de Presentación del Estudio (Sanitarios)	414
Anexo II: Carta de Presentación del Estudio (Docentes)	415
Anexo III: Breves Recomendaciones Iniciales	416
Anexo IV: Variables Sociodemográficas (Sanitarios)	417
Anexo V: Variables Sociodemográficas (Docentes)	417
Anexo VI: “Cuestionario de Salud SF-12”	418
Anexo VII: “Cuestionario de Satisfacción con la Vida” (CSV)	419
Anexo VIII: “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS)	419
Anexo IX: “Escala de Bienestar Psicológico” (EBS)	420
Anexo X: “10-Item CD-RISC”	421
Anexo XI: Subescala de Apoyo Social (AS) del Cuestionario del Cuestionario de Calidad de Vida” (CCV)	421
Anexo XII: “Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey” (MBI-HSS)	422
Anexo XIII: “Maslach Burnout Inventory-Educators Survey” (MBI-ES)	423
Anexo XIV: “Brief COPE”	424
Anexo XV: Arrogante y Pérez-García (2013a): artículo publicado en <i>Enfermería Intensiva</i> , 24, 145-154. Doi: 10.1016/j.enfi.2013.07.002	425
Anexo XVI: Análisis de las diferencias en la muestra total en función de la Profesión y del Sexo	435

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1.** Efectos positivos y negativos de las emociones positivas (Avia y Vázquez, 1998). **49**
- Tabla 2.** Virtudes y Fortalezas del carácter (Peterson y Seligman, 2004). **54**
- Tabla 3.** Estudios meta-analíticos sobre las relaciones entre bienestar psicológico y salud (Vázquez, 2013). **58-59**
- Tabla 4.** Componentes del Bienestar Subjetivo según Diener, Suh, Lucas y Smith (1999). **71**
- Tabla 5.** Instrumentos de medida del Bienestar Subjetivo más empleados en la literatura. **82**
- Tabla 6.** Modelo de autorregulación de Deci y Ryan (2000, 2001) y sus correspondientes locus de causalidad (Fernández-Abascal, 2009). **90**
- Tabla 7.** Componentes de la felicidad (Kleban y Lawton, 1982). **121**
- Tabla 8.** Estrategias para llegar a ser feliz en diferentes ámbitos de la vida (Carr, 2007). **126**
- Tabla 9.** Factores determinantes de una felicidad estable (Palomera, 2009). **129**
- Tabla 10.** Claves para alcanzar la felicidad (Palomera, 2009). **130**
- Tabla 11.** Consecuencias beneficiosas de los diferentes tipos de Apoyo Social (Stroebe y Stroebe, 1996). **169**
- Tabla 12.** Grado de estrés de distintas profesiones (escala 0-10) (Casalueva y Di Martino, 1994). **175**
- Tabla 13.** Instrumentos de medida del Estrés Laboral (Merín, Cano y Miguel-Tobal, 1995). **179**
- Tabla 14.** Incidencia del burnout (%) por profesiones (Miguel-Tobal y Casado, 2011). **187**
- Tabla 15.** Organización jerárquica de las Estrategias de Afrontamiento y definición de las mismas (adaptado de Connor-Smith y Flachsbart, 2007). **200**
- Tabla 16.** Datos descriptivos sobre Convivencia e Hijos en función del Sexo en la muestra sanitaria. **244**
- Tabla 17.** Datos descriptivos sobre Edad y Años como Sanitario en función del Sexo en la muestra sanitaria. **245**
- Tabla 18.** Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las escalas que miden los Factores Psicosociales analizados en la muestra de Personal Sanitario. **247**
- Tabla 19.** Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las escalas que miden las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en la muestra de Personal Sanitario. **249**
- Tabla 20.** Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las escalas que miden las Estrategias de Afrontamiento en la muestra empleada (N = 529). **250**
- Tabla 21.** Matriz de componentes rotados, pesos factoriales y varianzas (parciales y acumuladas) correspondientes a la solución factorial de las Categorías de Afrontamiento (N = 529). **252**
- Tabla 22.** Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las Categorías de Afrontamiento creadas en la muestra de Personal Sanitario. **254**
- Tabla 23.** Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden los Factores Psicosociales analizados en función del Sexo en la muestra de Personal Sanitario. **256**
- Tabla 24.** Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en función del Sexo en la muestra de Personal Sanitario. **257**
- Tabla 25.** Correlaciones encontradas entre las Variables Sociodemográficas y las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) y los Factores Psicosociales analizados en la muestra de Personal Sanitario. **260**

- Tabla 26.** Correlaciones encontradas entre las Variables Sociodemográficas y las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en la muestra de Personal Sanitario. **261**
- Tabla 27.** Correlaciones encontradas entre los Factores Psicosociales analizados en la muestra de Personal Sanitario. **263**
- Tabla 28.** Correlaciones encontradas entre las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en la muestra de Personal Sanitario. **264**
- Tabla 29.** Análisis de regresión múltiple de las Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados sobre el Bienestar como Estado de Salud en la muestra sanitaria. **268**
- Tabla 30.** Análisis de regresión múltiple de las Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados sobre el Bienestar Subjetivo en la muestra sanitaria. **269**
- Tabla 31.** Análisis de regresión múltiple de las Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados sobre el Bienestar Psicológico en la muestra sanitaria. **271**
- Tabla 32.** Signo de la regresión de las variables predictoras (Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados) sobre las variables criterio (Bienestar como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico) en la muestra de Personal Sanitario. **273**
- Tabla 33.** Datos descriptivos sobre Convivencia e Hijos en función del Sexo en la muestra docente. **274**
- Tabla 34.** Datos descriptivos sobre Edad y Años como Docente en función del Sexo en la muestra docente. **275**
- Tabla 35.** Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las escalas que miden los Factores Psicosociales analizados en la muestra de Personal Docente. **277**
- Tabla 36.** Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las escalas que miden las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en la muestra de Personal Docente. **278**
- Tabla 37.** Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las Categorías de Afrontamiento creadas en la muestra de Personal Docente. **279**
- Tabla 38.** Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden los Factores Psicosociales analizados en función del Sexo en la muestra de Personal Docente. **281**
- Tabla 39.** Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en función del Sexo en la muestra de Personal Docente. **282**
- Tabla 40.** Correlaciones encontradas entre las Variables Sociodemográficas y las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) y los Factores Psicosociales analizados en la muestra de Personal Docente. **285**
- Tabla 41.** Correlaciones encontradas entre las Variables Sociodemográficas y las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en la muestra de Personal Docente. **286**
- Tabla 42.** Correlaciones encontradas entre los Factores Psicosociales analizados en la muestra de Personal Docente. **288**
- Tabla 43.** Correlaciones encontradas entre las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en la muestra de Personal Docente. **289**
- Tabla 44.** Análisis de regresión múltiple de las Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados sobre el Bienestar como Estado de Salud en la muestra docente. **292**

- Tabla 45.** Análisis de regresión múltiple de las Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados sobre el Bienestar Subjetivo en la muestra docente. **293**
- Tabla 46.** Análisis de regresión múltiple de las Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados sobre el Bienestar Psicológico en la muestra docente. **295**
- Tabla 47.** Signo de la regresión de las variables predictoras (Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados) sobre las variables criterio (Bienestar como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico) en la muestra de Personal Docente. **297**
- Tabla 48.** Matriz de componente principales, pesos factoriales y varianzas correspondientes a la solución unifactorial de las escalas de Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico. **304**
- Tabla 49.** Matriz de componentes rotados, pesos factoriales y varianzas (parciales y acumuladas) correspondientes a la solución factorial del Bienestar. **306**
- Tabla 50.** Visión general de los métodos de recogida de datos mediante el uso de teléfonos móviles (Kuntsche y Labhart, 2013). **366**

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas (Fredrickson, 1998, 2001). **47**
- Figura 2.** Estudio de la felicidad en Psicología según Ryan y Deci (2001). **64**
- Figura 3.** Modelos estructurales del Bienestar Subjetivo propuestos por Busseri y Sadava (2011). **78**
- Figura 4.** Correlaciones entre Bienestar Subjetivo, Bienestar Psicológico y sus respectivos componentes (Keyes, Ryff y Shmotkin, 2002). **99**
- Figura 5.** Correlaciones entre Bienestar Subjetivo, Bienestar Psicológico y sus respectivos componentes (Linley, Maltby, Wood, Osborne y Hurling, 2009). **100**
- Figura 6.** Modelo de efecto principal (directo) de Pressman y Cohen (2005). **116**
- Figura 7.** Modelo de estrés-buffering (amortiguación) de Pressman y Cohen (2005). **117**
- Figura 8.** La arquitectura de la felicidad (Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005). **123**
- Figura 9.** Niveles en las relaciones sociales y fuentes de Apoyo Social (adaptado de Lin, 1986). **156**
- Figura 10.** Modelo estructural rechazado del Bienestar en la muestra de Personal Sanitario tomando como modelos teóricos los obtenidos por Keyes *et al.* (2002) y Linley *et al.* (2009). **303**
- Figura 11.** Modelo estructural obtenido del Bienestar en la muestra de Personal Sanitario (N = 255) con sus correspondientes coeficientes de regresión estandarizados. **308**
- Figura 12.** Modelo estructural obtenido del Bienestar en la muestra de Personal Docente (N = 120) con sus correspondientes coeficientes de regresión estandarizados. **309**
- Figura 13.** Modelo estructural obtenido del Bienestar percibido por el Personal Sanitario (N = 255) con sus correspondientes coeficientes de regresión estandarizados. **313**
- Figura 14.** Modelo estructural definitivo del Bienestar percibido por el Personal Sanitario (N = 255) con sus correspondientes coeficientes de regresión estandarizados. **315**

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

La evidencia empírica ha señalado consistentemente que determinados factores psicosociales que afectan al individuo se asocian con un mayor bienestar percibido por el mismo, ya sea éste considerado como estado de salud, como bienestar subjetivo o como bienestar psicológico. Dentro de estos factores se encuentran la resiliencia, el apoyo social, las consecuencias del estrés laboral y las estrategias de afrontamiento del mismo. Sin embargo, y a pesar de la extensión de este campo de investigación y de la abundante literatura existente, el estudio de las anteriores variables se ha llevado por separado por lo que hasta el momento: a) ni se han integrado las tres aproximaciones propuestas desde la teoría al bienestar en un modelo estructural del mismo; y b) ni tampoco se han integrado los anteriores factores psicosociales en otro modelo más amplio y específico del bienestar percibido en el personal sanitario.

Por estas razones, se considera que la realización de la presente Tesis Doctoral está plenamente justificada ya que, además de pretender llenar un vacío en este campo de investigación y de alcanzar unos resultados que unifiquen y den más consistencia a los ya obtenidos en otras investigaciones, este trabajo pretende constituirse como uno de los primeros que se llevan a cabo empleando una muestra de personal sanitario.

Por otro lado, la presente Tesis Doctoral pretende analizar las posibles diferencias existentes en los distintos factores psicosociales analizados y las variables sociodemográficas medidas en la misma a la hora de predecir el bienestar percibido en una muestra de personal sanitario y docente. El hecho de conocer los factores que predicen el Bienestar percibido en ambas muestras es de suma importancia, ya que: a) la resiliencia es una característica de la personalidad que se puede entrenar; b) el apoyo social se trata de un proceso que es posible desarrollar mediante la promoción de relaciones sociales; y c) las estrategias de afrontamiento del estrés laboral se pueden modificar para afrontar más adaptativamente aquellas situaciones estresantes en el ámbito laboral reduciendo, por lo tanto, las consecuencias negativas asociadas a dicho estrés (tales como el síndrome de burnout).

Por lo tanto, se puede concluir que es posible intervenir clínicamente en aquellos factores modificables y que se pueden entrenar aumentando, en consecuencia, el bienestar percibido específicamente en cada una de las muestras.

Asimismo, y mediante la obtención de dicho modelo estructural del bienestar percibido en el personal sanitario, se podrá comprobar cómo los factores psicosociales analizados en la presente investigación se influyen mutuamente y cómo pequeñas variaciones en unos afectan, en consecuencia, a los otros.

Por lo tanto, y dado que el bienestar es un estado emocional que es posible aprender a maximizar dentro del rango personal de cada individuo mediante la intervención clínica, dicho bienestar percibido en el personal sanitario podría ser maximizado por medio de la modificación y entrenamiento de dichos factores psicosociales. Hay que señalar que, además dicho bienestar no sólo predeciría importantes porcentajes de éxito en el ámbito laboral de dichos profesionales, sino también en otros ámbitos de sus vidas como el físico, el social o el personal.

En conclusión, la relevancia social queda totalmente patente por la posible aplicación de los resultados obtenidos en la presente Tesis Doctoral.

A su vez, y como profesional sanitario, la presente Tesis Doctoral supone un reto personal al pretender dar respuesta a una serie de inquietudes que han surgido durante el desarrollo de mi carrera profesional sanitaria. Durante estos años he tenido la oportunidad de ver como compañero/as de profesión han sido superados/as por su trabajo, dando un trato deshumanizado a sus pacientes, perdiendo toda la ilusión por el mismo menoscabando su bienestar y felicidad a nivel general. Ser sanitario conlleva ser testigo directo del sufrimiento humano y vivir situaciones estresantes que afectan (en mayor o menor medida y tarde o temprano) a otras esferas de nuestras vidas.

La motivación necesaria para la realización de la presente Tesis Doctoral también la he encontrado en la posibilidad de poder ayudar en el futuro a mis compañero/as de profesión (en los cuáles también me incluyo), con el objetivo de que, mediante el desarrollo y la potenciación de los recursos personales que influyen en su bienestar y felicidad, logren sentirse mejor consigo mismos y sean más felices.

Finalmente, he de señalar que el tema elegido para la Tesis Doctoral es por sí mismo muy atrayente: la felicidad. Sería muy triste pensar que nuestra felicidad está totalmente determinada genéticamente y por las circunstancias que nos rodean. Como se indicará más adelante, la felicidad también depende de nosotros mismos y la presente Tesis Doctoral trata de dilucidar algunos de los recursos personales que cualquier persona, no solamente sanitaria o docente, puede desarrollar para sentirse bien consigo misma.

Por lo tanto, en mi caso puedo afirmar que, además una motivación meramente académica e investigadora, contaba con una motivación profesional y personal añadida a la anterior.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad, una de las mayores preocupaciones que caracteriza al ser humano ha consistido en su deseo e intento constantes de ser feliz. Este profundo interés ha convertido el estudio de la “felicidad” (como se la conoce comúnmente) o del bienestar percibido en uno de los ejes fundamentales del pensamiento humano. Desafortunadamente, no existe actualmente un consenso en la comunidad científica sobre lo que es y lo que no es el bienestar o el sentirse bien. Es decir, no existe una definición consensuada de la “felicidad”. Incluso, si realizásemos una encuesta en la calle y preguntásemos a la gente “¿Se siente Ud. bien?” o “¿Es Ud. feliz?”, en muchas ocasiones nos pedirían que concretásemos nuestra pregunta sobre si nos estamos refiriendo a su estado de salud física o mental, o si nos estamos refiriendo a sentirse bien consigo mismos desde un punto de vista psicológico.

La investigación sobre el bienestar se ha realizado principalmente desde dos disciplinas: la Medicina y la Psicología. Desde la Medicina, el bienestar se ha identificado con el *Estado de Salud* de las personas, evaluándose desde su dimensión física y mental. A grandes rasgos, el bienestar físico y mental es el estado de un individuo que le permite el buen funcionamiento de su actividad psíquica y somática. En otras palabras, que esté sano. No es de extrañar que el bienestar físico y mental se hayan identificado con la salud física y salud mental, respectivamente, y con el estado de salud, a nivel general. Esta correspondencia se hace aún más patente en la propia definición de la salud ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución: “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (World Health Organization -WHO-, 1946, p.100). Hay que señalar que esta definición está vigente desde 1948 y que no ha sido modificada a pesar de las críticas recibidas (Navarro, 1998).

No hay duda que existen numerosos parámetros psicofisiológicos y pruebas médicas objetivas para evaluar la salud. Sin embargo, en el campo de la Medicina y de la Epidemiología (y por extensión, en el de la Psicología de la Salud), para determinar el estado de salud de los individuos de manera subjetiva, se emplea del concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). La CVRS es una medida de salud que, al igual que la mortalidad, la morbilidad y los parámetros clínicos, tiene identidad propia. Pero además, añade la medición de la percepción del sujeto de la enfermedad, la salud y sus

consecuencias. De manera formal, Patrick y Erickson (1993) la definen como el valor asignado por individuos, grupos de individuos y la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por las enfermedades, las lesiones, el tratamiento (médico) o la política (salud). Las posibles definiciones se basan en diversos modelos conceptuales de CVRS y, aunque ninguno se utiliza de forma universal, todos incluyen la definición de la salud de la OMS (Badía y García, 2000).

Por otro lado, el bienestar también se puede abordar desde un enfoque psicológico. Aunque tradicionalmente uno de los objetos de estudio de la Psicología ha sido casi exclusivamente el analizar, comprender y tratar todos aquellos aspectos del comportamiento humano relacionado con las emociones negativas o patológicas, el giro hacia el estudio de las emociones positivas (Fredrickson, 1998) permitió el desarrollo de la Psicología Positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), considerada como la ciencia de la felicidad. Desde la psicología, en el transcurso del estudio de la felicidad y del bienestar es posible señalar la existencia de dos tradiciones diferentes, aunque relacionadas: la escuela hedónica y la escuela eudaimónica (Ryan y Deci, 2001). La perspectiva hedónica defiende el placer (*hedoné*) como bien último o fin supremo de la vida humana, y su concepción actual ha dado lugar al constructo *Bienestar Subjetivo*, definido como “*una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida*” (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999, p. 277). Esta definición contiene los dos componentes principales del Bienestar Subjetivo: las respuestas emocionales de las personas, también denominadas afectos, y la satisfacción con la vida. Desde otro punto de vista, los eudaimonistas entienden la felicidad y el bienestar como un estado de plenitud y armonía psicológica que supone el desarrollo de las virtudes y en particular de la razón (*eudaimonia*). Recogiendo esta tradición de pensamiento, el *Bienestar Psicológico* ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidos ambos como los principales indicadores del funcionamiento positivo. Sus primeras concepciones se articularon en torno a conceptos como la auto-actualización (Maslow), el funcionamiento pleno (Rogers), la madurez (Allport), las teorías sobre salud mental positiva (Jahoda) o las teorías sobre el ciclo vital (Erikson). Buscando los puntos de convergencia entre todas estas formulaciones, Ryff (1989a y b) ha propuesto un modelo integrado y multidimensional del Bienestar Psicológico. Sin embargo, estas dos tradiciones

psicológicas han dejado de lado la salud física y mental percibida por las personas, la cual constituye un indicador de calidad de vida indudable (Alonso *et al.*, 1998).

Como se puede comprobar, existen demasiados conceptos para referirse a constructos muy próximos entre sí. Tanto el *Estado de Salud* (medido mediante la CVRS) como el *Bienestar Subjetivo* y el *Bienestar Psicológico* son todos parte de una terminología que se relaciona con la dimensión subjetiva del bienestar (ver revisión de Fernández-Abascal, 2009). Es difícil imaginar a una persona feliz y que se sienta bien consigo misma si no está sana física y mentalmente, y viceversa. La evidencia empírica así lo demuestra. Por un lado, se han llevado a cabo recientemente distintos meta-análisis y revisiones cuantitativas (Howell, Kern y Lyubomirsky, 2007; Lyubormirsky, King y Diener, 2005; Pressman y Cohen, 2005) que relacionan la salud con un estado afectivo positivo y el bienestar. Por el otro lado, también son recientes las publicaciones que han relacionado el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico entre sí (Keyes, Ryff y Shmotkin, 2002; Linley, Maltby, Wood, Osborne y Hurling, 2009). Por lo tanto, se puede concluir que en la actualidad en este campo de investigación existen tres aproximaciones distintas al concepto de bienestar y de felicidad que, aunque muy relacionadas entre sí, se refieren a diferentes aspectos del mismo.

Respecto a los factores psicológicos y psicosociales que contribuyen a la salud y el bienestar, la investigación en este campo ha mostrado ampliamente que determinadas características de la personalidad se asocian con un mayor bienestar físico y psicológico, es decir, con una mejor salud y, en caso de enfermedad, con una más rápida recuperación y vuelta a la actividad normal (Connor y Davidson, 2003). Entre estas características se encuentra la *Resiliencia*, que se puede definir brevemente como la capacidad de sobreponerse a la adversidad, favoreciendo así el ajuste saludable de las personas al estrés (Becoña, 2006). Esta característica de la personalidad se asocia, a su vez, con un estilo de afrontamiento del estrés más o menos adaptativo y que, en consecuencia, será el causante de los comportamientos de las personas a la hora de afrontar las situaciones estresantes que se den en sus vidas. Por otro lado, la evidencia empírica ha demostrado que la Resiliencia se puede considerar como una característica esencial e inherente a los profesionales sanitarios para el desarrollo de la asistencia sanitaria diaria (Tusaie y Dyer, 2004). Concretamente, Hodges, Keeley y Grier (2005) consideran que el personal de enfermería es un elemento crucial en un, siempre cambiante, sistema sanitario.

Por otro lado, el *Apoyo Social* ha sido confirmado de forma rotunda, constante e inequívocamente por la investigación como factor condicionante de la felicidad (ver revisión de Fernández-Abascal, 2009). El Apoyo Social hace referencia a los procesos psicosociales e interpersonales que mantienen y promueven la salud y el bienestar, constituyéndose como otro factor psicosocial que modula dicha percepción por parte de las personas. Las fuentes de Apoyo Social habitualmente están presentes en el círculo más íntimo de la red social del individuo que, comúnmente, está compuesta por los amigos más cercanos y los miembros familiares. Asimismo, los tipos de Apoyo Social que pueden dar éstos incluyen la ayuda, la compañía, el consejo, el consuelo y el apoyo emocional. Por otro lado, los efectos beneficiosos del Apoyo Social surgen a través de la interacción con estas relaciones más cercanas o a través de la representación psicosocial de las mismas como recursos para afrontar el estrés y conocer las necesidades básicas de los individuos (Gottlieb, 2009). De esta forma, el Apoyo Social puede ejercer un efecto directo o un efecto amortiguador (*buffering*) sobre la salud y el Bienestar percibido de los individuos (ver revisión de Pérez-García, 2011). Por lo que respecta al personal sanitario, el Apoyo Social se trata de un factor muy a tener en cuenta, ya que se trata de una de las variables que modulan el Estrés Laboral actuando a diferentes niveles del proceso de estrés (ver revisión de Pérez-García, 1999).

Por último, el *Estrés Laboral* posiblemente constituye la forma de estrés que, en general, afecta de forma más significativa a la salud y el bienestar de las personas. Esto quizás no sólo se debe a que generalmente se produce de forma crónica, sino también a que el trabajo constituye una de las esferas más importantes y con mayor repercusión en nuestras vidas, ya que gran parte de la misma la pasamos trabajando (ver revisión de Sandín, 1999). Una de las consecuencias más investigadas y más importantes del Estrés Laboral es el síndrome de burnout, el cual surge como respuesta al Estrés Laboral crónico. El personal sanitario es uno de los colectivos profesionales con mayor índice de estrés y, en consecuencia, con mayores niveles de burnout (Mingote, 1997; Ramos, 1999). Aunque las consecuencias negativas del Estrés Laboral surgen como respuesta al mismo (y de forma crónica en el burnout), hay que señalar que éstas aparecen como resultado de un proceso continuo en el que, sobre todo, fallan las Estrategias de Afrontamiento que suele emplear el profesional (Olmedo y Santed, 1999). Una vez que la persona valora una situación como amenazante el hecho de que aparezcan finalmente las manifestaciones de Estrés Laboral va a depender de la eficacia de las acciones que pongan en marcha para

hacer frente a dicha amenaza. Estas acciones reciben el nombre de *Estrategias de Afrontamiento*, siendo su objetivo final la recuperación del equilibrio en las relaciones de la persona con su entorno (ver revisión Pérez-García, 1999). A este respecto, la evidencia empírica ha encontrado diferentes Estrategias de Afrontamiento que promueven la salud y el bienestar, mientras que otras hacen todo lo contrario, promoviendo conductas desadaptativas hacia la enfermedad (Carver y Connor-Smith, 2010). Por lo tanto, las consecuencias del Estrés Laboral y el Afrontamiento a las situaciones estresantes en el trabajo constituyen dos factores psicosociales que influyen en la salud y el Bienestar percibido en los individuos.

En la presente Tesis Doctoral se estudiará el Bienestar percibido en una muestra de personal sanitario, analizando las relaciones entre las distintas aproximaciones propuestas hacia el mismo hasta el momento: *Estado de Salud*, el *Bienestar Subjetivo* y el *Bienestar Psicológico*. Asimismo se analizarán las relaciones entre distintos factores psicológicos y psicosociales que pueden influir en la percepción de la salud y el bienestar en los profesionales sanitarios. Dentro de dichos factores se evaluará su capacidad de afrontar situaciones adversas (es decir, su nivel de *Resiliencia*), su percepción y valoración del *Apoyo Social*, sus niveles de *Estrés Laboral* y las *Estrategias de Afrontamiento* empleadas para afrontarlo. Con las relaciones obtenidas se comprobará si es posible obtener un modelo estructural del Bienestar (donde se incluyan las tres aproximaciones propuestas al mismo) y, específicamente, un modelo estructural del Bienestar percibido en el personal sanitario (donde se incluyan los factores psicosociales anteriormente señalados). Por último, los resultados encontrados se contrastarán con una muestra de docentes para analizar las posibles diferencias entre ambos colectivos profesionales.

Todos los aspectos enunciados anteriormente serán desarrollados en profundidad en el siguiente capítulo de *Revisión Teórica*.

3. ESTRUCTURA DE LA TESIS

Para conseguir los anteriores objetivos, la presente Tesis Doctoral consta de cuatro capítulos. El presente *Capítulo I* tiene un carácter introductorio y en el mismo incluyen los principales motivos que llevaron al desarrollo de la tesis, justificándola e identificando la relevancia social de la misma. Asimismo, en dicho capítulo se expone brevemente la evidencia empírica encontrada en este campo de investigación, indicando los antecedentes, el estado de la cuestión planteada y los objetivos que se pretenden conseguir. Por último, se señala la estructura de la Tesis Doctoral.

En el *Capítulo II* se hace una revisión a nivel teórico del estudio del Bienestar percibido desde la Medicina (como Estado de Salud) y desde la Psicología. Desde esta última disciplina se analiza la importancia que tienen la investigación de las emociones positivas y el desarrollo de la Psicología Positiva en el estudio del Bienestar Subjetivo y del Bienestar Psicológico. Asimismo, se exponen las relaciones encontradas entre ambos constructos y, a su vez, entre los mismos y el Bienestar considerado como Estado de Salud. Posteriormente, y basándose en los estudios llevados a cabo sobre la estructura de la felicidad y la posibilidad de desarrollarla, se exponen los Factores Psicosociales que influyen en el Bienestar percibido: la Resiliencia, el Apoyo Social, las Consecuencias del Estrés Laboral y las Estrategias de Afrontamiento al mismo. La estructura en la exposición de los anteriores factores es común en la mayor parte de los casos, dividiéndose en la definición de sus conceptos, la medida de los mismos y los efectos de dichos factores sobre la salud y el Bienestar. Por último, se incluye un resumen del capítulo.

En el *Capítulo III* se presenta el estudio empírico llevado a cabo en respuesta a la cuestión planteada y a los objetivos propuestos en la presente Tesis Doctoral. Dicho capítulo tiene la misma estructura que un trabajo de investigación exponiéndose, en primer lugar, los objetivos propuestos e hipótesis planteadas; en segundo lugar, el método (participantes, instrumentos de medida y variables analizadas y procedimiento); en tercer lugar, los resultados; y, por último, la discusión (donde se contrastan las hipótesis, se muestran los hallazgos más relevantes y se señalan las limitaciones del estudio y las propuestas del mismo en el futuro). Hay que señalar que en el apartado de *Resultados* se expondrán los alcanzados en tres estudios llevados a cabo con las dos muestras participantes: el estudio I y II, donde se analizan los factores relevantes para el

Bienestar percibido en el personal sanitario y docente, respectivamente (dividiéndose los análisis de dichos estudios en preliminares, correlacional y de regresión lineal múltiple); y el estudio III, donde se analizarán los modelos estructurales obtenidos del Bienestar, en general, y del Bienestar percibido en el personal sanitario, en particular, a partir de las relaciones encontradas entre los constructos psicológicos evaluados.

Por último, en el *Capítulo IV* se exponen el resumen de la presente Tesis Doctoral y las conclusiones a las que se llegaron tras la realización de la misma en base a sus resultados obtenidos.

CAPÍTULO II: REVISIÓN TEÓRICA

1. EL BIENESTAR EN MEDICINA

1.1. EL BIENESTAR COMO ESTADO DE SALUD

Desde la Medicina, la felicidad o Bienestar percibido por las personas se ha identificado con el Estado de Salud de las mismas, evaluándose desde su dimensión física y mental. Por otra parte, el cancionero nos dice que “*tres cosas hay en la vida: salud, dinero y amor*” llegándose a identificar, por parte del saber popular, a la felicidad con las mismas. Como se analizará más adelante, sólo el amor (el Apoyo Social) ha correlacionado consistentemente con las medidas de felicidad en los estudios científicos realizados hasta el momento. Sin embargo, el sentido común nos indica que no podemos ser totalmente felices si no disfrutamos de un buen estado de salud. Para ello necesitamos sentirnos bien, tanto física como mentalmente. Así, parece ser que la felicidad no se alcanza solamente con un funcionamiento psicológico óptimo, sino que necesitamos de un bienestar físico y mental que nos permitan ser felices. La salud, además de ser uno de los aspectos más importantes para cualquier ser humano (incluso, el que más), nos permite desenvolvemos adecuadamente en nuestro medio. Felicidad y salud son dos conceptos muy relacionados y que están muy unidos, pudiéndose considerar a la salud un prerrequisito para alcanzar la felicidad. Por ejemplo, Fredrickson (2009) afirma que el bienestar físico y mental favorece que la persona alcance un mayor desarrollo psicológico, social y comunitario. Por otro lado, otros autores (Almedom y Glandon, 2007) señalan que tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades.

Sin embargo, un aspecto muy importante a la hora de considerar que felicidad y salud van de la mano, consiste en tener en cuenta que, aunque las evaluaciones subjetivas de la salud personal están correlacionadas con la salud objetivamente evaluada, no ocurre lo mismo con las evaluaciones objetivas hechas por médicos (salvo en el caso de personas muy discapacitadas) (Diener *et al.*, 1999). Las evaluaciones subjetivas de la salud personal están más influenciadas por rasgos de la personalidad, como el neuroticismo y por Estrategias de Afrontamiento (como el rechazo o la negación) que por la salud objetiva (Carr, 2007). De esta manera, puede haber personas muy altas en neuroticismo que se quejen amargamente de su mala salud aunque sus médicos las encuentren físicamente

sanas. En cambio, una persona a la que su médico considere muy enferma puede decir que se siente muy bien porque está rechazando o negando su mala salud, resistiéndose a que la misma afecte a su felicidad. Por otro lado, las emociones positivas (como la felicidad) nos permiten aumentar la tolerancia al dolor (Weisenber, Raz y Hener, 1998). Con la excepción de las personas muy discapacitadas, la mayoría de la gente se adapta con relativa rapidez a sus problemas de salud y desarrolla una percepción de su salud que coincide con su felicidad (Carr, 2007). Sin embargo, cada vez hay más pruebas de que la felicidad puede influir en nuestra salud por medio de sus efectos en el sistema inmunológico. Por ejemplo, se ha comprobado que el sistema inmunológico de las personas felices funciona con más eficacia que el de las personas infelices (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman y Dwyer, 1991; Segerstrom, Taylor, Kemeny y Fahey, 1998). A su vez, esto puede explicar la longevidad de las personas felices. Las relaciones que asocian la salud con la felicidad (es decir, con el Bienestar Subjetivo y con el Bienestar Psicológico) se analizarán con detalle en su correspondiente apartado más adelante.

1.1.1. Concepto

A grandes rasgos, el bienestar físico y mental es el estado de un individuo que le permite el buen funcionamiento de su actividad psíquica y somática. En otras palabras, que esté sano. No es de extrañar que el bienestar físico y mental se hayan identificado con la salud física y la salud mental, respectivamente, y con el estado de salud, a nivel general. Esta correspondencia se hace aún más patente en la propia definición de la salud ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), anteriormente indicada: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Esta definición procede del Preámbulo de la Constitución de la OMS y fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York. Fue firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Hay que señalar que la definición de salud no ha sido modificada desde esa fecha, a pesar de las críticas recibidas (Navarro, 1998) que la consideran una definición visionaria, utópica y difícil de operativizar.

Años más tarde, siguiendo la anterior propuesta de la OMS, la Federación Mundial para la Salud Mental, definía la salud en 1962 como “*el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes*”. De modo similar, en la declaración final de la primera reunión de la OMS sobre promoción de la salud, celebrada en Ottawa en 1986, se afirmaba que “*la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objeto de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas*” (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion).

Teniendo en cuenta todas las anteriores definiciones se puede afirmar, por lo tanto, que el bienestar físico y bienestar mental son dos conceptos que se identifican con la salud del individuo. Por un lado, decimos que gozamos de una buena forma física y que tenemos, por lo tanto, un buen nivel de bienestar físico (o salud física), cuando contamos con fuerza muscular, vigor, energía y buen funcionamiento de nuestros órganos (como los pulmones y el corazón). Estos son signos evidentes de que cualquier individuo está en perfectas condiciones de salud. Como hemos visto, la definición de salud de la OMS nos dice que es un estado donde nos debemos encontrar bien físicamente para que el cuerpo humano tenga la capacidad de satisfacer las exigencias que son impuestas por la vida cotidiana. Así, para mantener la salud física en óptimas condiciones, se recomienda realizar ejercicio de forma periódica y tener una dieta equilibrada y saludable. Sin embargo, dicho bienestar físico al mismo tiempo se vincula con los estados mentales y, que ambos combinados, nos ayudan a desarrollar una vida dinámica y positiva.

Por otro lado, y según la OMS, no existe una definición oficial de salud mental. Las diferencias culturales, las evaluaciones subjetivas, y la “competición” entre distintas corrientes teóricas hacen difícil definirla. El diccionario Merriam-Webster (11ª edición, 2005) la define como: “*el estado del bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo pueda utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria*”. De esta manera, el bienestar mental (o salud mental) apunta a aglutinar todos los factores emocionales y psicológicos que pueden condicionar a todo ser humano y obligarlo a emplear sus aptitudes cognitivas y su sensibilidad para desenvolverse dentro de una comunidad y resolver las eventuales demandas surgidas en el marco de la vida cotidiana.

Sin embargo, no debemos olvidar que la OMS también considera muy importante la dimensión social (no sólo física y mental) de la salud en su definición. En base a la

misma, el concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción. Ahí radica la naturaleza dinámica y multidimensional de la salud. Por lo tanto, los condicionantes sociales, junto al bienestar físico y mental, determinan la calidad de vida de los individuos, la cual nos da una medida del estado de salud de los mismos. De esta forma, la calidad de vida del individuo aglutina el bienestar físico, mental y social percibido por los individuos, es decir, su Estado de Salud.

No hay duda de que existen numerosos parámetros psicofisiológicos y pruebas médicas objetivas para evaluar la salud. Sin embargo, en el campo de la Medicina y de la epidemiología (y por extensión, en el de la Psicología de la Salud), para determinar el estado de salud de los individuos de manera subjetiva, se emplea el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). La CVRS es una medida de salud que, al igual que la mortalidad, la morbilidad y los parámetros clínicos, tiene identidad propia. Pero además, añade la medición de la percepción del sujeto de la enfermedad, la salud y sus consecuencias. De manera formal, puede definirse como el valor asignado por individuos, grupos de individuos y la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por las enfermedades, las lesiones, el tratamiento (médico) o la política (salud) (Patrick y Erickson, 1993). Hasta el momento se han ofrecido diversas definiciones de la CVRS, todas ellas basadas en diversos modelos conceptuales de la misma y, aunque ninguno se utiliza de forma universal, todos incluyen la definición de la salud de la OMS (Badía y García, 2000).

1.1.2. La medida de la Calidad de Vida relacionada con la Salud

Tradicionalmente para determinar el estado de salud o de enfermedad de las personas se han empleado métodos objetivos (basados en la elaboración y aplicación de medidas médicas, p.ej.: marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos) o, simplemente, empleando indicadores epidemiológicos (basados en tasas) para caracterizar a la población. Por lo tanto, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o

estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la OMS. De esta forma, a partir de los años setenta del siglo pasado surgen los índices de calidad de vida, y su mayor desarrollo fue en los años ochenta, aunque su concepción data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea. Su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques (Badía y García, 2000) y permiten un abordaje de forma multidimensional. Estos nuevos instrumentos o escalas desde sus inicios miden el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas (cáncer, cardiopatías, etc.) y, en la actualidad, de la población general no clínica (Badía y Carné, 1998; Badía y García, 2000).

Como ya se ha comentado, la definición de la OMS de 1948 resultaba visionaria y utópica, puesto que en aquel tiempo no se disponía de instrumentos de medida adecuados ni de unos profesionales y ciudadanos que estuviesen concienciados y comprometidos con esta perspectiva renovadora de los conceptos de salud y enfermedad (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009). Además, la dificultad añadida de la operativización del concepto de salud propuesto por dicha definición, suponía un reto muy urgente para poder incorporar indicadores de salud positiva en el diseño de acciones preventivas y de intervención. Por todo ello, la propia OMS realizó un considerable esfuerzo para operativizar la salud mediante el concepto de calidad de vida y desarrollar instrumentos que permitieran medirlo con suficiente precisión (World Health Organization Quality Of Life -WHOQOL-, 1994).

El uso de medidas de la CVRS evalúa una amplia gama de dimensiones y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Sin embargo, el aspecto más importante es que ofrecen una medición de una variable de expresión de tipo subjetivo y permiten, por lo tanto, obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud.

Los instrumentos de medida del bienestar físico y mental mediante la CVRS se clasifican en instrumentos genéricos y específicos (Guyatt, Veldhuyzen, Feeny y Patrick, 1989). Los instrumentos de tipo genérico, a diferencia de los específicos, no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes. Además, los instrumentos genéricos se pueden dividir en tres grupos: las medidas de ítem único, los perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia. A

continuación se exponen las características de cada grupo de instrumentos, así como los más importantes y/o utilizados dentro de los mismos:

- **Instrumentos específicos:** Los instrumentos específicos contienen dimensiones de la CVRS de una determinada patología que se quiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas que los clínicos evalúan, el impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida, extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física. Por lo tanto, esta medida no permite comparaciones entre diferentes enfermedades. Debido a esto se han diseñado instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson, síntomas gastrointestinales, insuficiencia respiratoria, epilepsia, cáncer, pacientes sometidos a diálisis y a radioterapia de cabeza y cuello, además de ancianos, entre otros muchos más (Badía y Carné, 1998). Dentro del grupo de los instrumentos de CVRS de tipo específico, uno de los más conocidos es el *Índice de Calidad de Vida de Spitzer (ICVS)*.

***“Índice de Calidad de Vida de Spitzer” (ICVS) (Spitzer et al., 1981):** Se trata de un instrumento simple, corto y de administración fácil que inicialmente fue diseñado para pacientes oncológicos y con enfermedades crónicas y que puede ser empleado actualmente en diferentes poblaciones clínicas. El ICVS está compuesto por cinco dominios, representando cada uno un aspecto diferente del funcionamiento de la vida: desenvolvimiento en actividades ocupacionales y domésticas, actividades de la vida diaria, percepción de la propia salud, soporte de la familia y amigos y percepción de las perspectivas de vida. A cada uno de los dominios se responde a una pregunta que tiene tres alternativas de respuesta que van desde el 0 al 2, siendo el 2 la respuesta más positiva y 0 la peor respuesta. El índice de calidad de vida se calcula por la suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los dominios, resultando un valor de 0 a 10. De esa forma, la puntuación más elevada posible sería 10, lo que representa una mejor calidad de vida.

- **Instrumentos genéricos:** Con relación a los instrumentos genéricos, existen instrumentos (tales como el *EuroQol*, el *Quality of Well Being Scale*, la *Matriz de Rosser y Kind*, el *Health Utility Index* y el *15-D*) cuyos valores reflejan la preferencia de los individuos por los estados de salud, y que están compuestos por

ítems distribuidos por diferentes dimensiones permitiendo, además, calcular los años de vida en función de la calidad de la misma. Estos instrumentos están en las preferencias y utilidades que los individuos asignan a los diferentes estados de salud. Dichas preferencias se obtienen por medio de diferentes técnicas de medida: por escalas de categorías, por intercambios temporales y por juegos de estándares. La ventaja de estas herramientas consiste en que permiten evaluar la utilidad de los tratamientos integrando mortalidad y morbilidad (Badía y Carné, 1998; Badía y García, 2000). De entre los anteriores instrumentos, el más empleado es el *EuroQol 5-D*. Sin embargo, dentro de los instrumentos genéricos que nos permiten evaluar la CVRS existen otros que nos aportan información descriptiva, predictiva o evaluativa de un individuo o grupos de individuos mediante una puntuación que resume en cada dimensión la puntuación obtenida. Dentro de estos instrumentos genéricos nos encontramos el *Sickness Impact Profile*, el *Nottingham Health Profile* y el *SF-36*. Así, aplicando diferentes estrategias a la hora de interpretar la puntuación total, se obtiene un perfil de salud global del sujeto (Badía y Carné, 1998; Badía y García, 2000). A continuación se muestran los anteriores instrumentos de medida:

***“EuroQol (EQ-5D)” (Brooks y el EuroQol Group, 1996):** El EQ-5D consta de dos partes. La primera corresponde a la descripción del estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), cada una de las cuales se define con tres niveles de gravedad, medidos a través de una escala de tipo Likert (“sin problemas”, “algunos problemas”, “muchos problemas” o “incapacidad para la actividad”). El estado de salud del individuo resulta de la combinación del nivel de gravedad en cada una de las cinco dimensiones, pudiendo expresarse como un dato numérico. Por otro lado, en la segunda parte del cuestionario el sujeto debe puntuar sobre una escala visual analógica milimetrada su estado de salud en ese momento, teniendo en los extremos de la escala el peor estado de salud (0) y el mejor estado de salud (100).

***“Sickness Impact Profile” (SIP) (Bergner, Bobitt, Pollard, Martín y Gilson, 1976):** El SIP fue diseñado de forma que proporcionara una medida del estado de salud apropiada, válida y sensible, utilizable en

distintos grados de gravedad de enfermedad y en diferentes grupos demográficos y culturales. El instrumento mide la disfunción y se basa en los cambios de conducta relacionados con la enfermedad. Aunque existen distintas versiones, la más difundida consta de 136 ítems, que hacen referencia a cambios en el comportamiento del individuo, relacionados con la enfermedad. Las cuestiones se agrupan en 12 categorías: sueño y descanso, trabajo, nutrición, tareas domésticas, ocio y pasatiempos, desplazamiento, movilidad, cuidado y movimiento corporal, relaciones sociales, actividad intelectual, actividad emocional y comunicación. La puntuación de cada categoría es la suma de los puntos de todos los ítems contestados de esa categoría, dividido por la mayor puntuación disfuncional posible de esa área y multiplicado por 100. Además, se puede obtener una puntuación total o global del mismo. Incluso permite calcular una puntuación para dos dimensiones: física y psicosocial.

***“Nottingham Health Profile” (NHP) (Plant, McEwen y Prescott, 1996):** El NHP consta de dos partes. La primera tiene 38 ítems agrupados en seis dimensiones: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social. La segunda parte consiste en siete preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa de la salud en siete actividades funcionales de la vida diaria, con opciones de respuesta Sí o No. Con respecto a la puntuación, la primera parte del cuestionario se puntúa en cada una de sus dimensiones de 0 a 100. Se obtiene la puntuación de cero cuando se contesta negativamente a todos los ítems y la puntuación de 100 cuando se contesta positivamente a todos los ítems de una dimensión. Las puntuaciones intermedias en cada dimensión se obtienen dividiendo el número de respuestas positivas por el total de ítems de la misma dimensión y multiplicándolo por cien. La segunda parte del cuestionario se analiza como variables categóricas.

***“SF-36 Health Survey (SF-36)” (Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993):** El SF-36 es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en todo el mundo para la evaluación de la CVRS. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el Medical Outcome Study (MOS) que incluía 40 conceptos relacionados con la salud.

El MOS permitió establecer un perfil de salud con aplicación tanto para población general como para pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. Para ajustar este instrumento colaboraron investigadores de quince países (entre ellos España) agrupados en la *International Quality of Life Assessment (IQOLA)* para la adaptación cultural del mismo (Ware, Gandek y el IQOLA Project Group, 1994). El SF-36 consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones. Además, contiene un ítem adicional (no incluido en ninguna dimensión) que mide el cambio de la salud en el tiempo. Las 8 dimensiones son:

- 1. Función Física:** mide el grado en que la salud física limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
- 2. Rol Físico:** valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
- 3. Dolor Corporal:** valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, así como dentro o fuera de la vivienda del individuo.
- 4. Salud General:** proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- 5. Vitalidad:** cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
- 6. Función Social:** mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- 7. Rol Emocional:** valora el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- 8. Salud Mental:** mide la salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y control emocional.

Los estudios corroboran que mediante el SF-36 también se pueden obtener dos componentes sumarios correspondientes al dominio físico y mental. Estos dominios se pueden calcular a partir de las 8 dimensiones evaluadas en el mismo. De esta manera, y mediante la aplicación de una serie de algoritmos, las dimensiones que contribuyen al cálculo del componente físico son: la Función Física, el Rol Físico, el Dolor Corporal y la Salud General; mientras que para calcular el componente mental se consideran las siguientes dimensiones: la Vitalidad, la Función Social, el Rol Emocional y la Salud Mental (Vilagut *et al.*, 2008).

Por último, y dado que requiere de hasta 10 minutos para su cumplimentación, se han desarrollado diferentes versiones abreviadas del SF-36, como el SF-12, el SF-8 y el SF-6D. El SF-12 y el SF-8 constan de 12 ítems el uno y de 8 ítems el otro. Ambos permiten calcular una puntuación para cada una de las 8 dimensiones del SF-36 y obtener, además, las puntuaciones correspondientes a los dominios físico y mental. Por lo que respecta al SF-6D, se trata de un instrumento de medida de la salud basado en preferencias y que permitirá realizar evaluaciones económicas en atención sanitaria a partir de bases de datos del SF-36 ya disponibles o futuras. Tanto el SF-36 como el SF-12 serán descritos con más detalle en el apartado de *Instrumentos de Medida*.

Cada uno de los anteriores instrumentos para medir la CVRS han sido adaptados y validados en nuestro país, mostrando todos ellos adecuadas propiedades psicométricas (ver Badía, Salamero, Alonso y Ollé, 1996). Ruiz y Baca (1993) elaboraron un instrumento genuinamente español, el *Cuestionario de Calidad de Vida (CCV)*, y que será expuesto en el apartado de *Instrumentos de Medida*.

Hay que reseñar el hecho de que se hayan llevado a cabo varios estudios sobre la dimensionalidad de los instrumentos de medida de la salud. Los más importantes han empleado instrumentos como el *Functioning and Well-being Profile* encuadrado en el estudio MOS (Stewart *et al.*, 1994), el *Sickness Impact Profile (SIP)* (Bergner, Bobbitt, Carter y Gilson, 1981) y el *Health Insurance Experiment Medical History Questionnaire* (Brook *et al.*, 1979). Todos ellos han confirmado empíricamente la existencia de 2 dominios principales de salud: el dominio físico y el dominio mental. Como se ha comentado, los estudios realizados con el SF-36 corroboran claramente la existencia de estos 2 componentes principales a partir del análisis factorial en muestras de pacientes

(Ware *et al.*, 1994) y en población general norteamericana (Ware *et al.*, 1993). Además, los componentes físico y mental de la salud recogían en estos estudios entre un 80 y un 85% de la varianza en las 8 dimensiones originales, lo cual supone un argumento adicional importante para el desarrollo y la adopción de componentes sumarios. Por otro lado, en un estudio posterior (Gandek *et al.*, 1998) se llevó a cabo un análisis de componentes principales sobre cada una de las muestras representativas de la población general de 9 países europeos (entre ellos España) que participaron en el proyecto IQOLA. Los resultados de dicho estudio respaldaron la estructura bidimensional (salud física y mental) de las diferentes versiones del cuestionario de salud SF-36 en estos países.

Por lo tanto, se puede concluir que el bienestar físico y mental pueden ser calculados a partir de los dos componentes sumarios, los dominios físico y mental, obtenidos a partir del SF-36 y/o de sus correspondientes versiones reducidas. La gran ventaja que ofrecen estos dos dominios es que también consideran la dimensión social de la salud incluida en la definición de la misma ofrecida por la OMS. Dado que dicha definición identifica, como ya se ha comentado, a la salud con el bienestar físico y mental, y ya que la investigación sobre las medidas de la CVRS ha mostrado que se pueden diferenciar dos dominios (físico y mental) en el estudio de la salud, en la presente investigación se identificarán dichos dominios con el bienestar físico y el bienestar mental, respectivamente.

2. EL BIENESTAR EN PSICOLOGÍA

Aunque la búsqueda de la felicidad y del bienestar (desde un enfoque psicológico) ha sido una constante a lo largo de la historia de la humanidad, la Psicología, hasta muy recientemente, se ha venido dedicando casi exclusivamente a estudiar, comprender y tratar todos aquellos aspectos del comportamiento humano relacionado con las emociones negativas. Así lo señalan Seligman y Csikszentmihalyi (2000), ya que cuando se analiza la literatura existente en este campo, predominan, tanto a nivel teórico como empírico, los trabajos sobre el afecto negativo con el consiguiente olvido de los aspectos positivos de la persona.

Este panorama, caracterizado por el dominio casi total y absoluto de una *Psicología centrada en lo negativo*, empieza a cambiar a finales de los años 90 y principios del 2000 como consecuencia de las numerosas investigaciones que se realizan al amparo del desarrollo de dos hitos históricos en el campo del estudio del Bienestar percibido. Uno de ellos, por un lado, es la *Teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas* de Bárbara Fredrickson (1998, 2001) y, por otro lado, la reivindicación de una *psicología más positiva* que el propio Martin Seligman hizo en su discurso de toma de posesión de la presidencia de la *American Psychological Association* (APA) en 1998.

En gran medida, estos dos hitos han hecho posible el desarrollo del estudio del Bienestar percibido, o de la felicidad, desde la psicología. Esto es debido a que cada uno de ellos ha impulsado la investigación hacia el estudio de las emociones positivas y, en consecuencia, han posibilitado el necesario giro hacia una *Psicología más positiva*. El tradicional enfoque negativista de la Psicología hacia la enfermedad y el trauma, ha dejado de lado durante mucho tiempo el estudio de las emociones positivas, entre las que se encuentra la felicidad. Esta nueva orientación de la Psicología hacia lo positivo ha posibilitado el nacimiento de un nuevo campo de investigación psicológica: la Psicología Positiva. La Psicología Positiva se ocupa, entre otros temas, de la felicidad, hasta el punto que se ha llegado a denominar como la “*ciencia de la felicidad*” (Carr, 2007; Lyubomirsky, 2008) o “*ciencia del bienestar*” (Vázquez y Hervás, 2009).

2.1. EMOCIONES POSITIVAS

2.1.1. Concepto

Etimológicamente, emoción significa impulso que lleva a la acción. Las emociones tienen una función básicamente adaptativa a los cambios de las demandas del ambiente en el que vivimos. La emoción es una respuesta integral del organismo ante un estímulo concreto. Entre las emociones básicas encontramos: la tristeza, la sorpresa, el asco, la alegría y la ira. Aparecen de manera automática y rápida y generan un cambio en la focalización de nuestra atención, por lo que nuestras cogniciones (lo que pensamos) también se ven influidas. Por otro lado, las emociones nos permiten a los psicólogos entrar en contacto afectivo con el ser humano, entenderle, para luego poder orientarle y/o enseñarle (ver revisión de Jiménez, 2011).

A grandes rasgos, podríamos diferenciar entre emociones negativas y positivas. Empíricamente se ha comprobado que las emociones negativas se detectan en milisegundos y la reacción es de rechazo. Por esta razón es más fácil detectar las emociones negativas que las positivas. Incluso, si vemos a alguien poner cara de asco ante una imagen o ante una circunstancia concreta que no está en nuestro campo de visión, automáticamente nosotros también ponemos cara de asco. Es decir, anticipamos la emoción ante la circunstancia o imagen antes de haberla visto. En este proceso han entrado en funcionamiento las neuronas espejo, que son las que generan la imitación. Por otro lado, las emociones negativas están más presentes en el lenguaje cotidiano que las positivas, se diferencian más fácilmente que las mismas entre sí, se asocian a impulsos para actuar (huida, rechazo...) y son fáciles de identificar porque se asocian a expresiones faciales (como excepción nos encontraríamos la alegría, ya que la risa es fácil de identificar y demuestra esta emoción positiva) (ver revisión de Jiménez, 2011).

Centrándonos en las emociones positivas, en *La auténtica felicidad* Seligman (2002) las clasifica en tres grandes categorías enmarcándolas en tres momentos temporales de la vida:

- **Las emociones positivas relacionadas con el pasado** incluyen la satisfacción, la realización personal, el orgullo y la serenidad.
- **Las emociones positivas relacionadas con el futuro** son el optimismo, la esperanza, la seguridad, la fe y la confianza.

- **Las emociones positivas relacionadas con el presente** se dividen en dos clases diferentes:
 - **Los placeres:** son momentáneos y pueden ser corporales o superiores. Los primeros se logran por medio de los sentidos y, en cambio, los superiores surgen de actividades más complejas e incluyen sensaciones como la dicha, la alegría, el bienestar, el éxtasis y el entusiasmo.
 - **Las gratificaciones:** son más duraderas. Implican unos estados de absorción o de fluidez que nacen de realizar actividades que requieren el empleo de nuestras fortalezas distintivas. Éstas son consideradas como rasgos personales asociados a unas virtudes concretas.

2.1.2. Evidencia empírica

A lo largo del estudio científico de las emociones, han merecido más atención las emociones negativas y patológicas que las positivas (Fredrickson, 2002). Ya en la conocida clasificación de Ekman y Friesen (1975) sólo se menciona una emoción positiva entre las seis fundamentales, que es el gozo. De hecho, hay más emociones negativas que positivas. Por lo tanto, hasta hoy el estudio de las emociones negativas ha superado con creces al de las emociones positivas, estudiándose con mayor intensidad.

Moreno (2007) en su revisión considera la existencia de una tendencia general a no fomentar los aspectos positivos de la vida. Esta afirmación se basa en el hecho de que incluso algunos autores, como Ekman (1992) o Lazarus (1991), hayan señalado que no resulta fácil encuadrar las emociones positivas en el marco general de las teorías sobre las emociones. Así, dentro de la teoría de Frijda (1986) no es sencillo proponer tendencias específicas de acción para las emociones positivas ya que, por ejemplo, la alegría no parece comportar una línea de acción específica. Otros autores (Cacioppo, Priester y Berntson, 1993) han pretendido identificar los efectos generales de las emociones positivas en términos de una conducta de aproximación. De esta forma, la experiencia de las emociones positivas inclinaría a las personas a implicarse en sus contextos y a participar en actividades conjuntas.

El contrapunto al propio contexto de las emociones negativas lo ponen aquellas situaciones que se dan a lo largo de la vida de cualquier individuo que implican amenaza u

oportunidad de mejora y que requieren una respuesta rápida, o situaciones sociales en las que lo más importante es la producción de respuestas de naturaleza interpersonal (ver revisión de Ruiz, 2011). En este ámbito se ha desarrollado lo que se denomina la “*visión positiva de las emociones*” (Evans, 2002) que supone el reconocimiento de la importancia de las emociones, especialmente por su incidencia en el proceso de toma de decisiones en la medida que lo hace más rápido y eficiente, facilitando una adecuada adaptación de la persona al ambiente (Baptista, 2009).

Las razones que se han esgrimido para explicar el desinterés por las emociones positivas o, por el contrario, el interés desmedido por las negativas, son diversas. Así, por ejemplo, Fredrickson (1998) señala tres razones por las que se podría explicar por qué las emociones positivas han recibido menor atención que las emociones negativas (para más detalle ver revisión de Fernández-Abascal, 2009):

1. ***Las emociones positivas son menos numerosas y bastante más difusas que las negativas.*** Son menos numerosas porque se asocian a situaciones que implican oportunidad o placer, las cuáles son menos frecuentes que aquéllas que suponen una amenaza y que son las que se acompañan de emociones negativas (Nesse, 1990). Fredrickson (1998) señala que hay sólo una emoción positiva por cada tres o cuatro emociones negativas. Y son menos diferenciadas tanto en la conducta manifiesta que generan, como en los cambios fisiológicos que producen e, incluso, en el componente experiencial. Por ello, su observación sistemática se ve dificultada e incluso impedida en la mayoría de los casos. Además, son más difusas porque no son ni tan urgentes, ni tan intensas ni tan importantes para la supervivencia como las negativas. Por último, cuando se recuerdan experiencias pasadas agradables, los autoinformes subjetivos de las personas muestran una considerable intercorrelación entre los diversos términos de emociones positivas, reflejando un alto grado de mezcla y dificultando su estudio.
2. ***La mayor parte de los investigadores han construido sus teorías emocionales basándose en emociones prototípicas.*** Esto es consecuencia de lo anterior. Dada la naturaleza difusa que caracteriza a los efectos de las emociones positivas, siempre se han tomado como modelos principalmente emociones negativas, especialmente el miedo o la ira, por su carácter altamente específico, suponiendo que a partir de ellas se podrían explicar todas las demás, incluidas

las positivas. Esto, además de no ser cierto, ya que las emociones negativas vienen asociadas a programas de acción más cerrados que las positivas, ha limitado la comprensión y función de las emociones positivas.

- 3. *La Psicología se ha interesado de forma especial por aquello que supone un problema para la persona y por encontrar las soluciones más apropiadas.*** De esta forma, y debido a que las emociones negativas se asocian a muchos más trastornos y desórdenes, tanto individuales como sociales, que las positivas, se ha dado mayor proliferación de los estudios sobre aquéllas. En los orígenes del interés sobre las emociones, el potencial de sufrimiento de las emociones negativas y la búsqueda de alivio a éste han canalizado la mayor parte del interés. Es decir, el tratamiento siempre ha tenido preferencia sobre la prevención, hasta que el avance en el conocimiento de aquél ha crecido suficientemente para permitir derivar esfuerzos al campo de la prevención y de las emociones positivas.

En consonancia con esta última razón esgrimida por Fredrickson (1998), Jiménez (2011) en su revisión señala como una de las posibles razones del desequilibrio en el estudio de las emociones claramente a favor de las negativas, la tendencia de la Psicología a estudiar el problema y el trauma, y no añadir a sus investigaciones el estudio de las fortalezas y potencialidades del individuo.

Para Moreno (2007), en este abandono respecto al estudio de las emociones positivas, puede encontrarse la vocación interventora del psicólogo, más preocupado por modificar los factores de malestar. Sin embargo, para este autor dicha vocación no constituye una razón lo suficientemente convincente, pues precisamente el mismo enfoque interventor podría haberse dirigido hacia la promoción y desarrollo de las emociones positivas (ver revisión de Moreno, 2007).

Por último, Ruiz (2011) indica que una de las principales razones radica en que, mientras las emociones negativas están relacionadas con las conductas de evitación y la percepción de amenaza que son esenciales para enfrentarse a las situaciones en las que puede estar en peligro la propia supervivencia, las emociones positivas están asociadas a conductas de aproximación y a la percepción de oportunidades que las hacen menos automáticas y más susceptibles de ir configurándose mediante el aprendizaje y las experiencias adquiridas a lo largo del desarrollo vital (ver revisión de Ruiz, 2011).

Respecto a las aportaciones al incremento del estudio de las emociones positivas realizadas por los diferentes autores, Fernández-Abascal (2009) considera en su revisión que la principal aportación proviene de la importante llamada de atención realizada por Martin Seligman en 1998 en su toma de posesión a la presidencia de la APA, en lo que se conoce como la fundación de la Psicología Positiva (como se expondrá en su correspondiente apartado). Otra importante aportación la encuentra en la gran difusión que ha tenido la *Teoría de ampliación y construcción de emociones positivas* de Bárbara Fredrickson (1998, 2001) y que se desarrollará más adelante. Por último, Fernández-Abascal (2009) señala como la más antigua de las recientes aportaciones, el interés por el Bienestar Psicológico, que surge de la publicación de la *Estructura del bienestar psicológico* (Bradburn, 1969) y que se ha desarrollado con las fundamentales aportaciones de Ed Diener (1984).

Sin embargo, el estudio de las emociones positivas no se trata de un campo ni mucho menos tan reciente, por lo que habría que tener en cuenta las aportaciones realizadas previamente. En este sentido, Fernández-Abascal (2009) en su revisión también considera como aportaciones previas las contribuciones de Maslow (1954), quien ya introdujo en la teoría jerárquica de la motivación humana ideas tales como la de necesidad de desarrollo y autoactualización; las de Jahoda (1958), que formuló los seis criterios que permiten reflexionar sobre la salud psíquica y las actitudes hacia el sí mismo, tales como el crecimiento, el desarrollo y la actualización del sí mismo, la integración, la autonomía, la percepción de la realidad y el dominio del entorno; de Rotter (1966) y su concepto de locus de control interno y externo; de Allport (1961a), con su aportación de personalidad madura, caracterizada por una amplia extensión del sentido de sí mismo, ser capaz de establecer relaciones emocionales con otras personas y poseer una seguridad emocional fundamental, tener sentido del humor, aceptarse a uno mismo y vivir en armonía con una filosofía unificadora de la vida; de Rogers (1972), con su teoría de desarrollo de la persona fundamentada en su capacidad de mejorar su actividad basada en el funcionamiento pleno de la persona, entendiendo la vida plena como un proceso caracterizado por la apertura a la experiencia, la tendencia al vivir existencial, la mayor confianza en el organismo y la tendencia a un funcionamiento pleno; de Bandura (1977), con su concepto de autoeficacia; de Antonovsky (1979) y su constructo central de sentido de coherencia. Finalmente, y aunque más recientes y encuadradas dentro del desarrollo de la propia Psicología Positiva, Fernández-Abascal (2009) también considera como aportación previa la de Ryan y Deci

(2000), con sus sentimientos de competencia y autodeterminación; y la aportación de Csikszentmihalyi (1999) y su concepto de flujo (“*flow*”) (para más detalle, ver revisión de Fernández-Abascal, 2009).

Sin duda, y sin menospreciar ninguna de las aportaciones señaladas anteriormente, la *Teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas* (Fredrickson, 1998, 2001) se constituye como el marco teórico más importante para el estudio de las emociones relacionadas con el afecto positivo. Esta autora ha elaborado un modelo específico sobre los efectos de las emociones positivas, cuyo efecto inicial se trata de una ampliación de experiencias, y otro posterior de aumento perdurable de las habilidades personales y, por lo tanto, de su propia competencia personal. Fredrickson (1998, 2001) denomina como “*ampliación de las tendencias de pensamiento y acción*” a la capacidad de crear nuevas e innumerables formas para generar emociones. Este proceso haría que las emociones positivas ampliasen las tendencias de pensamiento y acción y debido a esta ampliación se favoreciese la construcción de recursos personales para afrontar situaciones difíciles o problemáticas. Por ejemplo, el juego crea relaciones humanas, el gozo conduce a compartir momentos personales y la curiosidad lleva a la creatividad como actitud de descubrimiento. A su vez, esta construcción de recursos personales produce el efecto de transformar a la persona, que se vuelve más creativa, muestra un conocimiento más profundo de las situaciones, se hace más resistente a las dificultades y logra una mejor integración social. De esta manera, esta transformación proporciona a las personas un marco de experiencias y competencias que les permiten un tipo de afrontamiento de la realidad y, especialmente, de la relaciones sociales, más innovador, adaptativo, flexible y saludable (Fredrikson y Branigan, 2005). A su vez, con esta transformación se cierra el bucle creando una espiral creciente que lleva a experimentar nuevas emociones positivas (ver *Figura 1*).

Aunque los efectos de las emociones positivas son transitorios, los recursos personales adquiridos a través de esas situaciones positivas son duraderos, ya que dichos recursos aprendidos se acumulan y funcionan como reservas que se pueden utilizar en el futuro para controlar las situaciones de amenaza y aumentar así las probabilidades de supervivencia. Por tanto, las experiencias positivas del afecto, aunque fugaces, provocan procesos dinámicos permanentes con repercusiones para el crecimiento y la maduración personal.

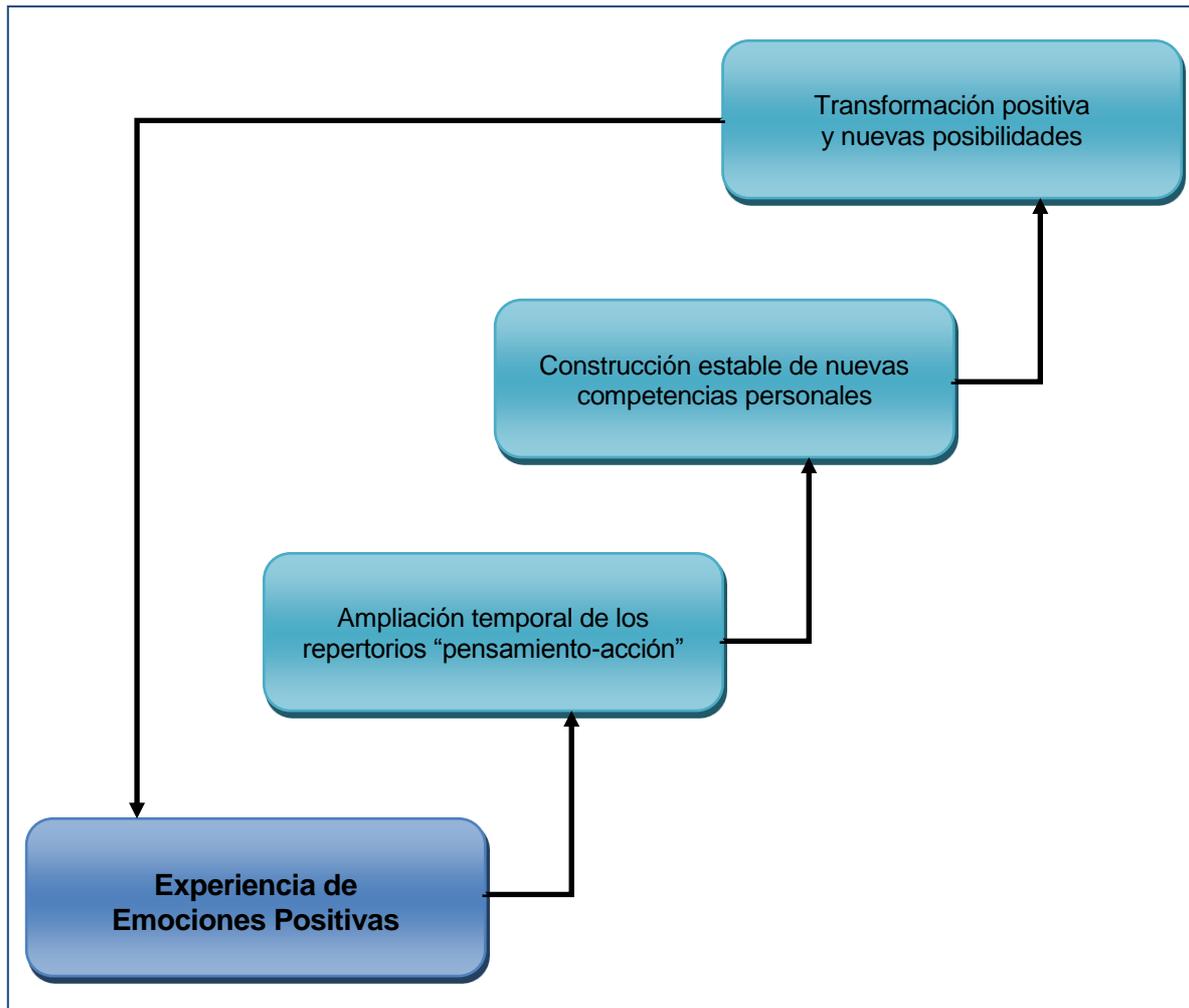


Figura 1. Teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas (Fredrickson, 1998, 2001)

2.1.3. Efectos beneficiosos de las emociones positivas

Aunque tanto las emociones negativas como las positivas tienen una función esencialmente adaptativa, bajo determinadas circunstancias (como la experiencia de sucesos vitales estresantes), las emociones negativas pueden convertirse en desadaptativas o pueden aparecer asociadas a interacciones sociales disfuncionales que perpetúan la reactividad psicofisiológica, provocando conductas perjudiciales para los demás y para el propio individuo. Por el contrario, las emociones positivas pueden actuar en muchas ocasiones como un muro para defenderse del estrés diario, de modo que si potenciamos la experiencia de emociones positivas podremos reparar el deterioro producido por la

adaptación al estrés y reducir su impacto en el futuro (ver revisión de Ruiz, 2011). De hecho, prospectivamente se ha demostrado que las emociones positivas, originadas de manera natural o inducidas experimentalmente, predicen consecuencias más positivas a corto y largo plazo (Moskowitz, Epel y Acree, 2008).

Como se ha comentado anteriormente, Fredrickson (1998, 2001) elaboró un modelo específico sobre los efectos beneficiosos de las emociones positivas. Con su *Teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas*, y desde una perspectiva evolutiva, enlaza la experiencia de emociones agradables con el esfuerzo por lograr un apropiado desarrollo de potencial personal. Ya se ha expuesto cómo esta teoría defiende que las emociones positivas también están implicadas en el proceso de adaptación psicológica que favorece la supervivencia humana en la medida en que incrementan el repertorio de pensamientos/acciones de la persona e introduce flexibilidad en los procesos cognitivos. Dicha ampliación de las cogniciones daría lugar a una mayor flexibilidad conductual que, con el tiempo, generaría recursos personales que se plasmarían en un incremento de la creatividad, la resistencia, las relaciones sociales y la salud física (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels y Conway, 2009). Dicho de otro modo, Fredrickson (1998, 2001) defiende que las emociones positivas amplían el foco atencional y promueven la flexibilidad cognitiva favoreciendo el desarrollo de recursos personales (plenitud mental, dominio del medio ambiente, relaciones positivas con los demás, reducción de los síntomas de enfermedad, etc.). Estos aspectos hacen que el individuo se sienta más seguro y con mayor nivel de conocimiento de las situaciones lo que, a su vez, le lleva a experimentar nuevas emociones positivas produciéndose, de este modo, una espiral ascendente de funcionamiento óptimo.

Asimismo, Avia y Vázquez (1998) señalan que las emociones positivas tienen, tanto efectos positivos como negativos, en las personas (ver *Tabla 1*).

Por otro lado, y según Moreno (2007), en la práctica clínica el desarrollo de las emociones positivas, como el optimismo, el humor o los sentimientos de felicidad, pueden ser más beneficiosos a largo plazo para el sujeto y los grupos que el tratamiento específico de trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión (ver revisión de Moreno, 2007).

Tabla 1

Efectos positivos y negativos de las emociones positivas (Avia y Vázquez, 1998)

Efectos positivos	Efectos negativos
<ul style="list-style-type: none">• Si el estado emocional es positivo, el juicio sobre uno mismo y los demás aumenta su benevolencia.• Los estados emocionales positivos elicitan con mayor facilidad recuerdos agradables y positivos que refuerzan el estado inicial.• Los estados de ánimo positivos inducen mayor flexibilidad y rapidez a los procesos cognitivos.• Las emociones agradables suelen favorecer los procesos creativos e imaginativos y producir respuestas más novedosas y originales a los estímulos presentados.• La toma de decisiones es más rápida.• La conducta tiende a ser más altruista.	<ul style="list-style-type: none">• El pensamiento es más superficial y menos analítico.• El procesamiento de la información es menos riguroso.• Existe mayor vulnerabilidad a ser persuadido.• Generan menos conductas propositivas.

Finalmente, y enlazando con el siguiente apartado, la Psicología Positiva se centra, entre otras cosas, en el estudio de las emociones positivas, porque está demostrado que mejoran las relaciones humanas, nos permiten comunicarnos, y además regulan nuestro comportamiento, ampliando la posibilidad de atención, la apertura de pensamiento y la motivación para actuar. Provocan resistencia al estrés y aumentan la tolerancia al dolor, incrementando también la posibilidad de mejorar de los recursos físicos, intelectuales y sociales de la persona (ver revisión de Jiménez, 2011).

2.2. PSICOLOGÍA POSITIVA

2.2.1. Concepto

La Psicología Positiva es probablemente el mayor movimiento dentro de la Psicología en lo que va de siglo XXI (Pérez-Álvarez, 2012). Se trata de una disciplina científica, ya que utiliza el método científico en sus investigaciones. Aporta una visión más completa del ser humano, contemplando tanto las emociones negativas como las positivas con el fin de vivir una vida plena, más comprometida, sin perder de vista a la persona como individuo único e irrepetible. Sus teorías y aplicaciones son creativas y abarca diversos tipos de poblaciones individuales: niños y padres jóvenes, ancianos, sujetos con trastornos psiquiátricos, con enfermedades, con estrés postraumático, sujetos que han vivido catástrofes, sujetos en situación de víctimas de violencia,...; y colectivas: la escuela, el trabajo, la familia (ver revisión de Jiménez, 2011).

Se trataría de un nuevo campo de estudio e investigación psicológica, caracterizado por la existencia de un amplio consenso respecto a la importancia de los aspectos positivos y los recursos internos de las personas (bienestar, satisfacción, optimismo, esperanza, felicidad) y la creencia de que las personas que experimentan mayores niveles de afecto positivo (son más felices) tienen más probabilidad de tener éxito en los distintos ámbitos de la vida (familia, trabajo, ocio, etc.) y muestran menos problemas de salud física y psicológica (Howell *et al.*, 2007).

La Psicología Positiva ha sido definida por Seligman y Csikszentmihalyi (2000), sus dos grandes impulsores y fundadores, como el estudio científico de las experiencias positivas, de los rasgos individuales positivos, de las instituciones que facilitan su desarrollo y de los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos y previenen o reducen la incidencia de la psicopatología. Los anteriores autores argumentan que en las últimas décadas el campo de la Psicología se ha centrado casi exclusivamente en el entendimiento del funcionamiento humano dentro del modelo médico enfocado en la enfermedad. Aunque los psicólogos han realizado grandes avances en el conocimiento de los procesos y contextos biológicos, sociales y ambientales de la patología, muchas otras experiencias humanas han sido abandonadas. En contraste, la Psicología Positiva anima a la aplicación del método científico a la totalidad de la complejidad del comportamiento humano, incluyendo la adaptación positiva y el crecimiento. Este enfoque es consistente con lo que ha sido denominado la *perspectiva postmoderna* o *nueva ciencia*, la cual

también recomienda un cambio desde los enfoques orientados en las debilidades a aquellos centrados en las fortalezas que permiten a los individuos sobrevivir y crecer incluso a la hora de afrontar la adversidad (Richardson, 2002).

Sin embargo, y tal y como señala Jiménez (2011) en su revisión, es fácil identificar dentro de la Psicología Positiva a los *libros de autoayuda*, debido a su creciente proliferación ya que se editan cada vez más en la actualidad. Es necesario ser conscientes de que la Psicología Positiva no es autoayuda, aunque su objetivo fundamental parece ser coincidente con ella. No aparece como solución para todos los problemas que presenta o puede presentar el ser humano. Y, por supuesto, no es una alternativa a la Psicología. Gracias a las distintas ramas de la Psicología (Cognitiva, Conductual, Evolutiva, Social, Humanista,...) aparece la Psicología Positiva, ya que se nutre, y se ha nutrido, de las mismas. Por lo tanto, la Psicología Positiva no es una rama de la Psicología, parte de los mismos esquemas de la propia Psicología, pero es complementaria a ella y no alternativa.

2.2.2. Orígenes de la Psicología Positiva

La Psicología Positiva surge gracias a un fuerte interés por desarrollar las potencialidades del ser humano. Hasta ese momento, la Psicología, desde distintas ramas, se había centrado en la intervención sobre el trauma del paciente, ayudándole a entenderlo y afrontarlo, pero la Psicología Positiva proporciona guías que van más allá del simple afrontamiento y ayuda a las personas a ser exitosas, enseñando cómo utilizar sus fortalezas y virtudes y cómo avanzar construyendo competencias, en vez de “limitarse” a corregir debilidades.

Resulta curioso que los comienzos de la Psicología Positiva se basaran en los trabajos de Martin Seligman sobre el estudio de la depresión humana para descubrir cuáles son las consecuencias del castigo. De esta forma, Seligman formuló su *Teoría de la indefensión aprendida*, realizando experimentos con perros, que reciben descargas eléctricas con independencia de la acción que realicen. Como consecuencia, los animales dejan de actuar, reciben las descargas y las asumen, admitiéndolas como algo natural, por lo que terminan integrándolas. Seligman considera que la indefensión aprendida es una de las causas de la depresión humana.

El punto de inflexión que posibilitó el giro desde una Psicología preocupada por lo patológico hacia una Psicología de lo positivo, fue la llamada de atención realizada por Martin Seligman en 1998 en su toma de posesión de la presidencia de la APA donde reivindicó una Psicología más positiva. Este momento se conoce como la fundación de la Psicología Positiva. En el discurso de aceptación al cargo, Seligman ya habla de Psicología Positiva sin estar aún fundado dicho campo de investigación: “...empezar a canalizar un cambio en el foco de la Psicología de la preocupación por reparar las peores cosas de la vida para también construir cualidades positivas”. Es obvio que Seligman no tira por tierra los estudios y propósitos de la Psicología existente hasta el momento, sino que añade también la posibilidad de trabajar con las fortalezas que posee el ser humano, haciendo hincapié en ellas. Por todo lo anterior, a Martin Seligman se le considera el fundador de la Psicología Positiva. Este nuevo campo de investigación considera que en todo ser humano se encuentran instauradas una serie de fortalezas que, en muchas ocasiones, no son conscientes para el sujeto que las posee; es por ello que la Psicología Positiva quiere trabajar en ellas y enfocar la intervención del sujeto haciendo uso de las mismas. Por lo tanto, los objetivos de la Psicología Positiva son la felicidad o el bienestar, empleándose ambos términos indistintamente.

Posteriormente, Martin Seligman presenta, junto a Mihaly Csikszentmihalyi, la Psicología Positiva (2000), creando una red de investigación sobre la misma en 2001 para, después, fundar en el año 2004 el Centro de Psicología Positiva en la Universidad de Pennsylvania. Mihaly Csikszentmihalyi también es considerado como el otro gran fundador de este nuevo movimiento, siendo el pionero en el concepto de “*flow*” y uno de los grandes investigadores en creatividad. Otros de los verdaderos impulsores de la Psicología Positiva son Ed Diener, el autor más prolífico en el estudio del Bienestar Subjetivo y la felicidad; y Chris Peterson, un estrecho colaborador de Seligman. Jiménez (2011) destaca en su revisión como “continuadoras” de este nuevo campo de investigación a tres mujeres: Sonja Lyubormisky, que basa sus intervenciones en cómo mejorar la felicidad; Bárbara Fredrickson, una prestigiosa investigadora de las emociones positivas (como ya se ha podido comprobar en el anterior apartado); y Felicia Huppert, que trabaja en el área de satisfacción vital y calidad de vida de los ancianos. Por último, Jiménez (2011) hace mención a los principales representantes de la Psicología Positiva en España, destacando a Carmelo Vázquez, como miembro fundador del Instituto de Promoción e Investigación del Bienestar y las Fortalezas Humanas (IPPA) y responsable del proyecto

“*Authentic Happiness*” en nuestro país (ver web www.authentichappiness.org); y a Gonzalo Hervás, como cofundador de la IPPA (ver revisión de Jiménez, 2011).

3.2.3. Objeto de estudio de la Psicología Positiva

El desarrollo de la Psicología Positiva se ha concretado en el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades. Además se ha esforzado en mostrar que es necesario considerar los potenciales humanos como un factor que puede llegar a ser preponderante en los períodos de crisis, considerando que las crisis son inevitables y necesarias para el crecimiento y madurez del individuo. Según Peterson y Seligman (2004), hay 24 fortalezas encuadradas dentro de 6 virtudes (ver *Tabla 2*).

Las virtudes son las características centrales del carácter valoradas como tales tanto por filósofos morales como por pensadores religiosos. Son el fruto del análisis en distintas sociedades, culturas y épocas históricas que ha dado lugar a un consenso sobre los valores universales. Por su parte, las fortalezas son los aspectos psicológicos que definen cada una de las virtudes, son las formas distinguibles en las que se manifiesta una virtud. Las virtudes y las fortalezas constituyen el principio fundamental de la condición humana, y una actividad congruente. El desarrollo de todas ellas representa un importante camino hacia una vida psicológica óptima. Las fortalezas proporcionan la explicación para la estabilidad de la vida “*bien vivida*” y son propias de cada persona. Cada uno debería potenciar aquellas para las que está preparado; no se trata de hacer un esfuerzo aprendiendo nuevas formas de comportamiento, sino de potenciar aquellas cosas que hacemos con gusto y sin esfuerzo por nuestra propia naturaleza.

Centrándonos en el estudio de la felicidad y del bienestar, uno de los objetivos de la Psicología Positiva, Seligman (2002) en su libro *La auténtica felicidad* señala que la felicidad es un conjunto de:

- **Emociones positivas:** tales como el éxtasis, la alegría y el bienestar (ver clasificación de las emociones positivas del anterior apartado).
- **Actividades positivas:** tales como la concentración y el cumplimiento de nuestras tareas.

Tabla 2
Virtudes y Fortalezas del carácter (Peterson y Seligman, 2004)

Virtudes	Fortalezas
Sabiduría y Sapiencia	Creatividad (Originalidad, Inventiva); Curiosidad (Interés por el mundo, Búsqueda de novedad, Apertura a la experiencia); Mentalidad abierta (Capacidad de juicio, Pensamiento crítico); Amor por el conocimiento y el aprendizaje; Perspectiva (Sabiduría).
Coraje	Valentía (Valor); Persistencia (Perseverancia, Diligencia); Integridad (Autenticidad, Honestidad); Vitalidad (Pasión por las cosas, Entusiasmo, Vigor, Energía).
Humanidad	Amor; Bondad o Benevolencia (Generosidad, Calidez, Cuidado, Compasión, Amor altruista, Amabilidad); Inteligencia social (Inteligencia emocional, Inteligencia personal).
Justicia	Civismo (Responsabilidad social, Lealtad, Trabajo en equipo); Equidad; Liderazgo.
Templanza	Capacidad de perdonar y Misericordia; Humildad y Modestia; Prudencia; Auto-regulación (Auto-control).
Trascendencia	Apreciación de la belleza y la excelencia (Capacidad de asombro, Admiración, Elevación); Gratitud; Esperanza (Optimismo, Proyección hacia el futuro, Orientación hacia el futuro); Sentido del Humor (Humor positivo); Espiritualidad (Religiosidad, Fe, Propósito).

Como se recordará de la clasificación de las emociones positivas elaborada por Seligman (2002), éste considera a las gratificaciones como las más duraderas y que surgen de la realización de actividades positivas que requieren el empleo de nuestras fortalezas distintivas. Como ya se ha comentado, éstas son consideradas como rasgos personales asociados a unas virtudes concretas. Desde la perspectiva de Seligman (2002), la “Buena Vida” se nutre de la correcta administración de las fortalezas distintivas de que dispone la personalidad para obtener el equilibrio interior. Por ejemplo, sintiendo que el trabajo que uno lleva a cabo le aporta algo positivo, beneficiándose también el colectivo gracias a ese esfuerzo individual. Si además tenemos actividades positivas creativas, estaremos

aportando factores favorables para que la felicidad se convierta en un estado profundo de nuestra manera de vivir. El sentido más profundo de la felicidad es experimentado con la “vida significativa”, alcanzada si uno ejercita sus fortalezas y virtudes para un propósito mayor que las metas inmediatas.

Sin embargo, hay que señalar que recientemente Seligman (2011) en su libro *La vida que florece* aboga por una Psicología Positiva más centrada en el bienestar y el crecimiento personal, en lugar de estarlo exclusivamente en la felicidad (Seligman, 2002).

Otra de las importantes aportaciones de la Psicología Positiva ha sido establecer, mediante el *Modelo de felicidad sostenible* de Lyubomirsky, Sheldon y Schkade (2005), que el sentimiento de felicidad duradero es bastante estable en las personas a lo largo de su vida y que está compuesto por un porcentaje fijo, probablemente debido a características de la personalidad hereditarias, que es relativamente independiente del ambiente en el que se vive y no es modificable. Otra parte es debida a las circunstancias que nos tocan en nuestra vida y que debemos afrontar, como el nivel económico, la edad, la vida en pareja, la salud, la educación, etc., y que sólo son parcialmente modificables. Y una última parte se refiere a los factores que dependen de nuestra voluntad, que son modificables y que constituyen el peso mayor de todos los elementos (esta “*arquitectura de la felicidad*” se describirá con más detalle posteriormente). Y es precisamente sobre estos últimos factores sobre los que actuaríamos desarrollando nuestras virtudes y fortalezas.

2.2.4. Debate actual en torno a la Psicología Positiva

A pesar de las importantes contribuciones de la Psicología Positiva al estudio del bienestar humano, ésta ha sido criticada (y a veces, de manera desproporcionada) por un amplio número de detractores de la misma. Lazarus (2003) fue uno de los primeros siendo McNulty y Fincham (2012) sus principales críticos en la actualidad. Entre sus ilustres defensores, entre otros muchos, se encuentran Bandura (2011) y Zimbardo (2004). Por otro lado, las recientes críticas vertidas por Cabanas y Sánchez (2012), por Fernández-Ríos y Novo (2012) y, sobre todo, por Pérez-Álvarez (2012), les convierten en los principales detractores de la Psicología Positiva en nuestro país. Sus críticas se han dirigido principalmente, entre otros muchos aspectos, hacia la propia conceptualización de las

emociones positivas, el carácter novedoso de la Psicología Positiva, sus bases científicas y hacia los efectos beneficiosos de sus intervenciones clínicas.

Recientemente Vázquez (2013), el principal impulsor de la Psicología Positiva en nuestro país, ha dado respuesta a gran parte de estas críticas:

- ***La calificación de unas emociones positivas y otras negativas no es una “ocurrencia”.*** Aunque Vázquez (2013) reconoce justamente que hablar de Psicología “positiva” es fuente de malentendidos y de muchas críticas, la distinción entre emociones positivas y negativas es un concepto psicológico bien establecido y validado respecto a sus bases psicológicas, neurofisiológicas o filogenéticas. Por lo tanto, no se puede achacar a la Psicología Positiva el origen de dicha distinción.
- ***La Psicología Positiva también tiene efectos negativos.*** Los niveles muy elevados de emociones positivas pueden tener efectos adversos, no siempre asociándose dicho niveles a mejores resultados o un mayor bienestar. Dichos efectos dependen del contexto y de otras variables psicológicas presentes (Vázquez, 2013). Asimismo, esto mismo apoyaría la afirmación de McNulty y Fincham (2012), ya que resulta obvio que el valor adaptativo o no de las emociones dependerá del contexto.
- ***En efecto la Psicología Positiva no es nueva.*** Sus raíces, como las de otras muchas áreas de la Psicología, están en las aportaciones de James, Rogers, Jahoda y Maslow. Por otro lado, y aunque parte de sus raíces estén en la Psicología Humanista, la Psicología Positiva no se identifica con ella por su escasa base empírica y por derivar en los llamados “movimientos de autoayuda” (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).
- ***La Psicología Positiva cuenta con una abrumadora evidencia científica existente que apoya su carácter beneficioso.*** Ante la grave acusación de Pérez-Álvarez (2012) sobre que “*la Psicología Positiva sigue siendo una ciencia sin pies ni cabeza*” y “*si se le quita la careta ni siquiera (es) útil y beneficiosa*” (p. 189), Vázquez (2013) afirma que existen argumentos tanto de la Psicología básica como de la aplicada que contradicen esta sesgada conclusión. Además, este autor argumenta que grandes psicólogos nacionales e internacionales publican sus trabajos sobre Psicología Positiva

en las mejores revistas académicas del mundo para difundir sus resultados sobre el bienestar, realizando una investigación de calidad. Para apoyar sus argumentos Vázquez (2013) elabora una excelente revisión de los principales estudios meta-analíticos más recientes que se muestra en la *Tabla 3*. En dichos meta-análisis se han combinado centenares de estudios en los que se han evaluado las principales variables “positivas” y en los que han participado decenas de miles de participantes. Los estudios incluidos en estos meta-análisis son tanto de tipo retrospectivo como prospectivo, y tanto correlacionales como experimentales. Vázquez (2013) concluye que *“los resultados ofrecen un patrón literalmente consistente del papel beneficioso que, en general, está asociado a variables como el optimismo, el bienestar emocional o la satisfacción vital”* (p. 99).

- ***Las intervenciones clínicas desde la Psicología Positiva son efectivas.*** Antes del surgimiento de la Psicología Positiva se pueden encontrar desde intervenciones dirigidas a promover el bienestar emocional en individuos sin trastornos psicopatológicos, hasta los estudios de Fordyce llevados a cabo en los años 80. Por otro lado, los meta-análisis realizados indican que las intervenciones “positivas” son efectivas (Bolier *et al.*, 2013; Mazzucchelli y Kane, 2010; Sin y Lyubomirsky, 2009). Para ser más precisos, Bolier y colaboradores (2013) indican que las intervenciones son más efectivas cuando son de mayor duración, cuando las muestras proceden de entornos hospitalarios y si son de tipo más individual que grupal o de autoayuda. Vázquez (2013) concluye la Psicología Positiva ha incorporado técnicas impensadas hasta ahora en la Psicología (ejercicios de gratitud, uso de fortalezas psicológicas, ejercicios de saboreo, etc.).
- ***La Psicología Positiva no demuestra obviedades y no se reduce al “sentido común”.*** En base a toda la evidencia científica expuesta en el anterior punto, se puede concluir que los hallazgos de su investigaciones se someten a los requerimientos de la ciencia y empleando el método científico mediante las mejores prácticas (Sheldon, Kashdan y Steger, 2011).

Tabla 3

Estudios meta-analíticos sobre las relaciones entre bienestar psicológico y salud (Vázquez, 2013)

Autores (año) Revista	Nº estudios (nº participantes)	Tema	Resultados
Chida y Steptoe (2008). Psychosomatic Medicine	70 estudios (35 con población sana, N = 1.742; 35 con población con enfermedades, N = 826)	Impacto del bienestar con medidas de estado (p.ej., emociones positivas) y rasgo (p.ej., optimismo) en la mortalidad. Incluye estudios observacionales y de cohorte	Mortalidad general reducida asociada con bienestar psicológico en la población sana (RR = 0,82) pero no en la población con enfermedades (RR = 0,98). En la población con enfermedades, el bienestar psicológico se asoció a menor mortalidad en pacientes con fracaso renal y en pacientes con VIH+
Hegelson, Reynolds y Tomic (2006). Journal of Consulting and Clinical Psychology	87 estudios transversales (N = entre 1.717 y 8.431 dependiendo de la variable dependiente analizada)	Percepción de beneficios tras padecer alguna condición grave física o psicológica	Encontrar beneficios psicológicos se asoció a presentar menos depresión y más bienestar psicológico de modo independiente. No guardó relación ni con ansiedad ni con malestar general.
Holt-Lunstand, Smith y Layton (2010). PLOS Medicine	148 estudios (N = 308.849)	Impacto de la cantidad y calidad de las relaciones sociales en el riesgo de mortalidad	Quienes tienen mejores relaciones interpersonales tiene un 50% más de probabilidad de supervivencia (OR = 1,50; IC 95%: 1,42 - 1,59). El hallazgo se mantiene independientemente del grupo de edad, sexo, estado de salud inicial, causa de muerte y período de seguimiento
Howell, Kern y Lyubomirsky (2007). Health Psychology Review	150 estudios (N = 44.159)	Impacto del bienestar psicológico en indicadores objetivos de salud (incluye estudios longitudinales y experimentales)	El bienestar psicológico tiene un impacto significativo ($r = 0,14$) en variables objetivas de salud tanto a corto plazo ($r = 0,15$) como largo plazo ($r = 0,11$). El impacto positivo es mayor en la respuesta inmunológica en la tolerancia al dolor. No hay relaciones significativas con la reactividad cardiovascular
Lamers, Bolier, Westerhof, Smit y Bohlmeijer (2011). Journal of Behavioral Medicine	17 estudios (N = 12.744)	Impacto del bienestar emocional (p.ej., afecto positivo) en la recuperación de enfermedades físicas y la supervivencia de enfermedades físicas. Sólo 4 estudios prospectivos (media de seguimiento: 4 años)	Capacidad predictiva pequeña pero significativa entre bienestar y recuperación (RR = 1,14)
Luhman, Hofman, Eid y Lucas (2012). Journal of Personality and Social Psychology	188 estudios (N = 65.911)	Impacto de sucesos vitales importantes en el bienestar psicológico emocional y cognitivo (satisfacción vital). Sólo estudios longitudinales	Impacto de diversos tipos de estresores vitales sobre aspectos relacionados con la vida laboral. Los sucesos vitales, especialmente cuando son repetidos (p.ej., desempleo) tiene un impacto significativo específico en la trayectoria del bienestar

Tabla 3 (continuación)

Autores (año) Revista	Nº estudios (nº participantes)	Tema	Resultados
Lyubomirsky, King y Diener (2005). Psychological Bulletin	255 estudios publicados y 11 tesis doctorales (N > 275.000)	Análisis del impacto bidireccional entre el bienestar psicológico (felicidad subjetiva, satisfacción vital o bienestar eudaimónico) y diferentes áreas de funcionamiento (p.ej., vida laboral). Incluye estudios transversales, longitudinales y experimentales	El bienestar emocional (felicidad subjetiva, emociones positivas y satisfacción vital) es predictor del funcionamiento en varias áreas. Los tamaños del efecto son variados dependiendo del resultado y tipo de estudio
Moskowitz, Hult, Bussolari y Acree (2009). Psychological Bulletin	63 estudios (N =1 5.490)	Relaciones entre afrentamiento y bienestar psicológico en personas con VIH+	Además de las estrategias directas, la reevaluación se asoció a mejores resultados en el estado afecto, las conductas de salud y la salud física
Rasmussen, Scheier y Greenhouse (2009). Annals of Behavioral Medicine	84 estudios (N = 30.133)	Relaciones entre optimismo y salud física. Estudios transversales y longitudinales	La media del tamaño del efecto (TE) entre optimismo y salud física fue 0,17 (IC 95%: 0,15 - 0,20). El TE fue mayor para medidas subjetivas del estado de salud (TE = 0,21) que para medidas objetivas (TE = 0,11) y mayor para estudios transversales (TE = 0,22) que longitudinales (TE = 0,12). El optimismo se asoció significativamente a mejores resultados en: tasas de mortalidad y supervivencia, marcadores fisiológicos e inmunitarios, síntomas físicos, dolor y embarazo. Sin diferencias significativas entre el TE de las relaciones entre optimismo y salud (TE = 0,14) y pesimismo y salud (TE = 0,18)
Solberg Nes y Seegerstrom (2006). Personality and Social Psychology Review	48 estudios (N=11.629)	Relación entre optimismo disposicional, estrategias de afrentamiento y ajuste psicológico	El optimismo se asocia positivamente a estrategias de manejo directo del estresor o las emociones derivadas ($r = 0,17$) y negativamente a estrategias evitativas ($r = -$ 0,21). El optimismo se asocia también a una mayor flexibilidad en el uso de estrategias. Las relaciones son más fuertes en estudios en países anglófonos
Vatne y Bjorkly (2008). Clinical Psychology Review	42 estudios (N=6.774)	Bienestar general en personas con trastornos mentales graves no hospitalizados	Asociación significativa entre bienestar y diferentes tipos de trastornos mentales. El bienestar está fuertemente asociado al ocio y a relaciones sociales pero no a aspectos como la seguridad personal o el trabajo. La depresión clínica es el cuadro más asociado a un menor bienestar pero explica menos de un 29% de la varianza

Notas: (1) RR = Riesgo; (2) OR = Odds ratio

- **La Psicología Positiva no obliga a nadie a ser feliz.** Aunque esto pueda ser considerado como una obligación para algunas sociedades, sobre todo la norteamericana, hay que defender el derecho a no ser feliz (Ahmed, 2010). El ser feliz o tener una vida no es una norma, ni como “una tiranía” como afirma Pérez-Álvarez (2012), sino que es una demanda legítima para muchos seres humanos (Vázquez, 2013). Además, las teorías existentes sobre el bienestar han insistido en su carácter descriptivo y no normativo.

A pesar de que Vázquez (2013) da respuesta a la mayor parte de las desproporcionadas críticas realizadas por los ya mencionados autores españoles, su artículo tiene un carácter claramente conciliador. En el mismo reclama que “*la Psicología Positiva favorece una mirada que también se pose sobre las competencias y capacidades del ser humano, en las fortalezas psicológicas o en las emociones positivas*” (Vázquez, 2013, p. 105), reflejando claramente que la Psicología Positiva no promueve una división dentro de la propia Psicología ya que todo lo demás parecería ser “*Psicología Negativa*” (Pérez-Álvarez, 2012). Es más, Vázquez (2013) propone una Psicología integradora, por la que también abogan McNulty y Fincham (2012). Estos mismos autores afirman que la Psicología no es positiva o negativa, sino que la Psicología es Psicología. Por lo tanto, Vázquez (2013) propone, como solución al prolífico debate en torno a la Psicología Positiva, la búsqueda de una Psicología integradora que no se centre solamente en los trastornos psicopatológicos sino también en el “lado positivo” del ser humano.

Vázquez (2013) encuentra como vías de conexión entre la Psicología Positiva y la Psicología tradicional los intentos de la primera de encontrar cauces comunes con el Mindfulness, las terapias de aceptación y compromiso, las terapias conductuales, las aproximaciones constructivistas y la aplicación de las nuevas tecnologías. De esta forma, el encontrar una Psicología integradora es posible. Sin embargo, también reconoce que es necesaria una comprensión profunda del dolor (lo “negativo”) pero también del placer (lo “positivo”). Sin embargo, y aunque el mejor destino de la Psicología Positiva sería su disolución en la corriente principal de Psicología (Vázquez, 2009), también habría que acelerar la corrección de algunas de las insuficiencias de la Psicología tradicional (Vázquez, 2013). Por lo tanto, para llegar a una Psicología integradora que sea más completa y compleja, nada mejor que definir y medir todo lo que nos concierne como humanos (Winefield, Gill, Taylor y Pilkington, 2012).

Dejando de lado las críticas que ha recibido, y sigue recibiendo, la Psicología Positiva, la presente investigación solamente se apoya en la misma en aquellos conceptos que se han demostrado científicamente y que han supuesto un desarrollo en el campo de la investigación del Bienestar percibido en Psicología. Asimismo, hay que señalar que, en el marco teórico en el que se encuadra la presente investigación, la Psicología Positiva no es considerada como una disciplina aparte de la propia Psicología, sino como el estudio de aquellos “fenómenos positivos” que hacen posible un estudio más completo de la Psicología.

2.3. EL ESTUDIO DE LA FELICIDAD

El tema de la felicidad ha sido recurrente a lo largo de la historia de la cultura. Los escritos clásicos sobre la felicidad son numerosos. *Sobre la felicidad* de Séneca, *El arte del buen vivir* de Schopenhauer o *La conquista de la felicidad* de Bertrand Russell son sólo unos ejemplos de las obras de conocidos pensadores que han tratado sobre ella. En el campo académico también se ha escrito sobre la felicidad (p.ej., Argyle, 1987; Fordyce, 1997; Seligman, 2002). Aunque de forma indirecta, en la literatura su tratamiento también ha sido constante por parte de grandes autores como William Shakespeare, Miguel de Cervantes, Gabriel García Márquez o Pablo Neruda.

Probablemente los primeros estudios científicos sobre ella fueron los de Bradburn (1969) quien escribió su trabajo aludiendo en el título a la felicidad, pero que cambió posteriormente por el término de bienestar psicológico para adoptar una perspectiva más objetiva y metodológicamente menos criticable. Este autor la consideró como el grado en el que los sentimientos positivos dominan sobre los negativos. Por otro lado, Campbell, Converse y Rodgers (1976) definían la felicidad como un estado emocional transitorio caracterizado por la alegría y el regocijo. Según Moreno (2007), durante un cierto tiempo ha parecido que el estudio científico de la felicidad era elusivo al estudio científico, y que en todo caso la aproximación metodológica debida no podía sino restringirse al estudio de la experiencia subjetiva. En los últimos años, su estudio se ha asumido más abiertamente como un aspecto más de la experiencia personal (ver revisión de Moreno, 2007).

Siguiendo la revisión de Palomera (2009), si pensamos durante un momento la respuesta a la pregunta “¿Soy feliz?” y contestamos afirmativamente, significa que experimentamos con frecuencia emociones positivas, como alegría, interés, confianza u orgullo, y menos frecuentemente emociones negativas, como tristeza, enfado o miedo. Diener, Sandvik y Pavot (1991) ya señalaron este hecho, afirmando que la felicidad se refiere a la experiencia de emociones positivas en un gran porcentaje de tiempo, respecto a la cantidad de tiempo en que sentimos emociones negativas. Sin embargo, esto no significa la ausencia de emociones negativas, sino un balance positivo como resultado de la presencia de ambos tipos de emociones. De esta forma, la felicidad es considerada como un estado que nos predispone a sentir emociones positivas en más ocasiones, formando un círculo positivo de retroalimentación. Palomera (2009) en su revisión considera que una de las razones que podrían explicar este hecho es que las personas felices tienden a mostrarse sensibles ante las posibles situaciones reforzantes que les surgen (Gray, 1994),

acercándose a ellas en vez de evitarlas (Watson, 1988), por lo que tienen más probabilidad de experimentar emociones positivas de nuevo.

Por el contrario, otros autores no consideran que la felicidad sea sólo la consecuencia de vivir emociones positivas. Veenhoven (1984) considera la felicidad como un constructo más amplio, formado por dos dimensiones: una primera que denominó “*nivel hedónico del afecto*”, y que se refiere al grado en que las experiencias de afectividad placentera, positiva, superan las experiencias displacenteras (coincidente con la anterior propuesta) y otra segunda, denominada “*satisfacción*”, de corte cognitivo y que describe el grado en que una persona percibe que sus metas, objetivos y motivaciones han sido conseguidos o resueltos. Según el anterior autor, para considerar si somos o no felices, debemos no sólo realizar el balance de nuestras emociones, sino también el juicio cognitivo global, del nivel de auto-realización en los diferentes ámbitos de la vida. Así, Veenhoven (1984) define la felicidad como el grado en que una persona evalúa de forma positiva la calidad total de su vida, entendida ésta de forma global.

Todas las anteriores definiciones sobre la felicidad son sólo una mínima parte de las numerosas que se han propuesto de la misma. Ante la miríada de propuestas sobre su definición, Averill y More (2000) consideran que, hasta la fecha, hay una falta de acuerdo en lo que se considera felicidad.

Dejando de lado la controversia sobre lo qué es la felicidad, Ryan y Deci (2001) han reformulado más recientemente las diferentes tradiciones de la conceptualización del Bienestar percibido y la felicidad en el ámbito psicológico. Mediante la revisión histórica llevada a cabo por estos autores es posible distinguir entre dos tradiciones. Por un lado, la tradición hedonista que plantea como principio moral la obligación de maximizar las experiencias de placer y minimizar las experiencias de dolor y sufrimiento, asumiendo que la felicidad se construye en base a todas aquellas experiencias placenteras que se experimentan a lo largo de la vida. Por otro lado, la tradición eudaimónica que defiende que la verdadera felicidad está en nosotros mismos, en descubrir nuestras virtudes y vivir de acuerdo con ellas. Desde esta última perspectiva, el ser feliz estriba en potenciar y desarrollar lo mejor que cada persona lleva dentro, poniendo las habilidades y el talento al servicio del logro del bienestar propio y de los demás. En el ámbito psicológico, estas dos tradiciones tienen su reflejo en la distinción entre Bienestar Subjetivo, como representante del enfoque hedonista, definido por el estudio del afecto (balance afectivo) y la satisfacción con la vida, y el Bienestar Psicológico, como representante del enfoque

eudaimónico, definido como el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal. La *Figura 2* esquematiza la propuesta de Ryan y Deci (2001).

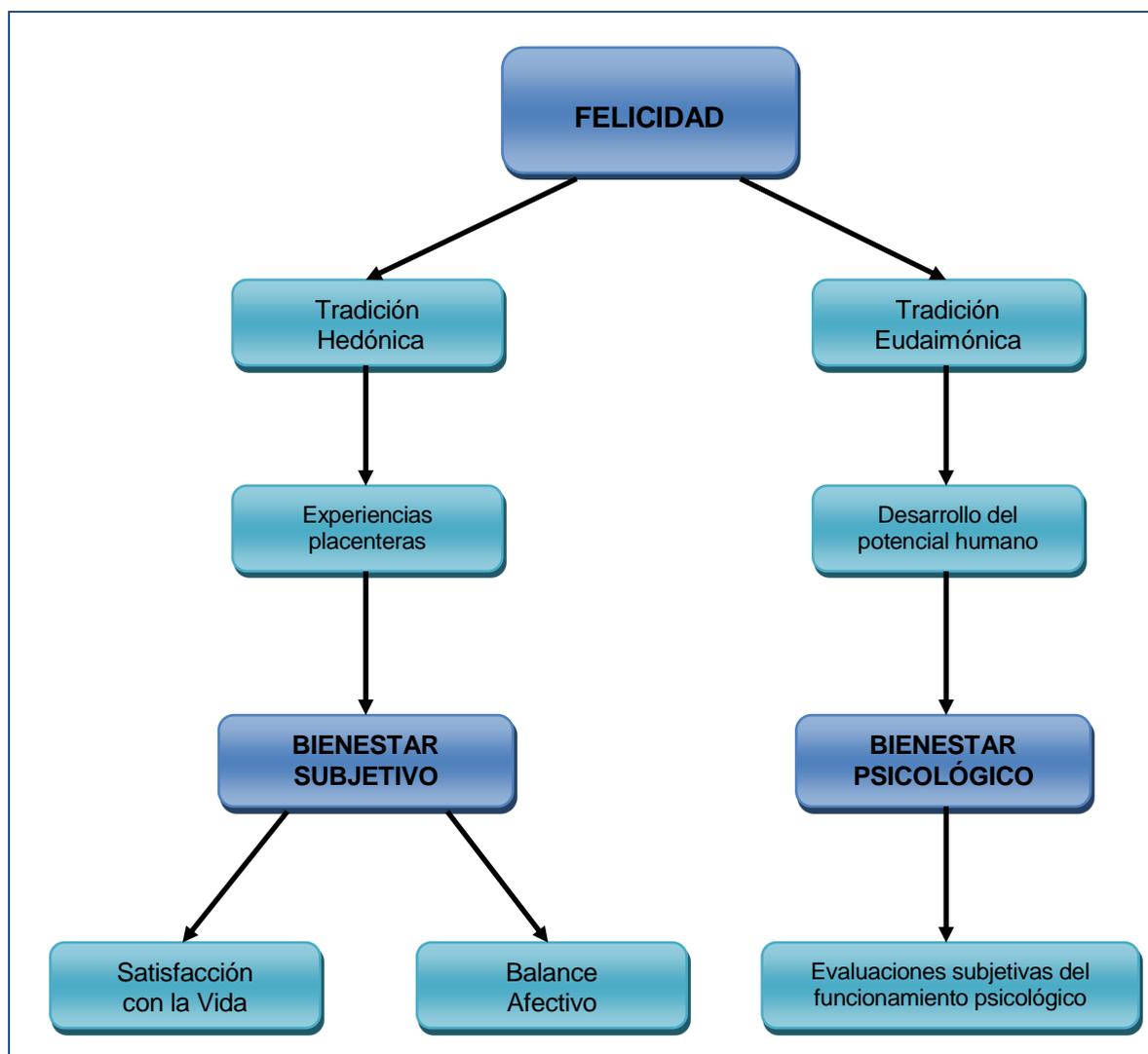


Figura 2. Estudio de la felicidad en Psicología según Ryan y Deci (2001)

Sin embargo, esta reformulación ha sido criticada por algunos autores. La crítica más importante la hacen Kashdan, Biswas-Diener y King (2008) al afirmar que las tradiciones filosóficas del hedonismo y eudaimonismo no se han trasladado adecuadamente al campo psicológico del estudio de la felicidad. Basan esta afirmación en el hecho de que la tradición hedónica se identifica con una perspectiva “objetivista” en la

filosofía, mientras que la eudaimónica lo hace con la “mentalista”. La perspectiva objetivista adopta un escepticismo hacia los estados mentales, ya que los sentimientos del individuo pueden o no reflejar una bondad verdadera. Sin embargo, los estados mentales son uno de los objetos principales de la Psicología (desde el apogeo del psicoanálisis hasta la actualidad, ya que anteriormente se sospechaba de la veracidad de los informes de los estados mentales o, en el caso del conductismo skinneriano, se consideraban irrelevantes). Además, la aproximación eudaimónica (y, por supuesto, la hedónica) ha confiado tradicionalmente en las medidas de autoinforme, totalmente subjetivas, para inferir los niveles de bienestar, hecho que también choca frontalmente con la perspectiva objetivista de la filosofía. Por otro lado, Kashdan y colaboradores (2008) critican que el término Bienestar Psicológico o eudaimónico, que se utiliza en la investigación psicológica, no se asemeja a la concepción seminal que propone Aristóteles, ya que no captura completamente las raíces filosóficas de la eudaimonia aristotélica (como se expondrá posteriormente). Igualmente, los anteriores autores señalan que, dentro de la filosofía, la perspectiva objetivista demuestra que la felicidad hedónica es a menudo el resultado de un comportamiento censurable. Annas (2004), por ejemplo, escribe *“muchas gente se siente feliz cuando ayuda a las ancianas a cruzar la calle; otros se sienten felices cuando torturan a cachorros”* (p. 45). Así, la tradición objetivista puede estar caracterizada no por *si una persona es feliz*, sino por *qué la persona es feliz*, una distinción que hace insostenible el mantenimiento del debate filosófico (entre objetivismo y mentalismo) dentro de la ciencia de la Psicología.

Además, Kashdan y colaboradores (2008) también indican ciertos peligros al distinguir entre *“dos tipos de felicidades”*. Según ellos, el más destacado sería el argumento implícito (y a veces explícito) de que existe una jerarquía moral para encontrar la felicidad, considerándose la felicidad eudaimónica como más objetiva, comprensible y moralmente más válida que la felicidad hedónica (p.ej. Annas, 2004; Waterman, 2007). Sin embargo, ante las críticas que recibió su artículo, estos autores se vieron obligados a replicarlas un año después (Biswas-Diener, Kashdan y King, 2009), reafirmando que se tratan de dos tradiciones de investigación psicológica en felicidad, pero no de dos tipos de felicidad. En este artículo, además, Biswas-Diener y colaboradores (2009) apoyan la principal conclusión del primero, al afirmar que el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico *“se solapan conceptualmente y pueden incluir mecanismos psicológicos que*

operan conjuntamente” (Kashdan *et al.*, 2008, p. 219) (tal y como se expondrá posteriormente).

A pesar de las críticas recibidas, aunque Biswas-Diener y colaboradores (2009) dan una cierta “marcha atrás” a las afirmaciones que realizaron en su día, la realidad es que la diferenciación entre el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico se ha extendido en los últimos años en el ámbito del estudio y la investigación psicológica. Por lo tanto, en la actualidad casi la totalidad de los estudios psicológicos sobre la felicidad apoyan la reformulación de la misma propuesta por Ryan y Deci (2001). Dicha diferenciación se mantendrá en la presente investigación.

2.4. BIENESTAR SUBJETIVO

2.4.1. Concepto

Como ya se ha comentado, las raíces del constructo de Bienestar Subjetivo se hunden en la tradición hedónica proveniente de la filosofía. El máximo representante del hedonismo, Epicuro (341-270 a.C.), pensaba que el placer y el dolor eran unos buenos indicadores “*del bien y del mal*” en la vida, por lo que instaba a todas las personas a desear y buscar esencialmente el placer para ser felices, evitando y minimizando el dolor. Por lo tanto, la perspectiva hedónica defiende el placer (*hedoné*, que era un espíritu femenino de la mitología griega que representaba al deseo sexual) como bien último o fin supremo de la vida humana. Similarmente, Bentham (1789) y Hobbes (1651) afirmaron que el placer es un motivador muy poderoso y crucial para la búsqueda de la felicidad. Locke (1689) también describió el placer como un poderoso motivador, y señaló que el placer podía ser encontrado en el ejercicio de la virtud. Las observaciones de Locke ya relacionan el Bienestar Subjetivo con el Bienestar Psicológico, al reproducir la visión aristotélica de que los sentimientos agradables y la virtud están relacionados (aspecto que se desarrollará más adelante).

En la investigación psicológica, según Keyes y colaboradores (2002), el Bienestar Subjetivo emergió a finales de los años 50 en la búsqueda de indicadores útiles de la calidad de vida, en un intento de monitorizar el cambio social para conseguir una mejor política social. Mediante los estudios de Andrews y Withey (1976) y Campbell y colaboradores (1976) se clarificó que, aunque la gente vive en entornos objetivamente definidos, cuando se les preguntaba, respondían definiendo unos mundos totalmente subjetivos, por lo que se otorgó al Bienestar Subjetivo la supremacía en cuanto a índice de la calidad de la vida de las personas. Por lo tanto, la tradición hedónica concibió originalmente el bienestar como un indicador de la calidad de vida basado en la relación entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción experimentado por las personas (Campbell *et al.*, 1976). Por otro lado, Bradburn (1969) y Cantril (1965) enfatizaron la satisfacción y la felicidad como componentes de la calidad de vida. Desde entonces y hasta la fecha, los estudios sobre Bienestar Subjetivo se han ido multiplicando, constituyéndose como un constructo bastante complejo en el que confluyen investigaciones en torno a diferentes constructos relacionados con la evaluación que la persona hace de su satisfacción con la vida y de sus aspectos afectivos.

Ya desde los orígenes, como se puede comprobar, se identificó al Bienestar Subjetivo con la calidad de vida. Sin embargo, Carr (2007) señala que la calidad de vida es un constructo mucho más amplio que el Bienestar Subjetivo. Es un constructo complejo que abarca varios ámbitos distintos entre los que se encuentran el estado de salud, la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana, la situación laboral, las oportunidades de dedicarse a intereses recreativos, o la actuación social en el bienestar general. Y, sin embargo, no todas las medidas de calidad de vida abarcan todos estos ámbitos. Se han desarrollado varias medidas, incluyendo calidad de vida en general, calidad de vida relacionada con la salud (la CVRS descrita anteriormente) y calidad de vida en el caso de enfermedades concretas (con el fin de evaluar una variedad de poblaciones entre las que se incluyen adultos con enfermedades físicas, niños con enfermedades físicas, adultos con trastornos psiquiátricos y psicológicos y personas con discapacidades).

Carr (2007) también indica que el Bienestar Subjetivo no es sinónimo de bienestar social, ya que este último se refiere a los estados positivos asociados a una actuación óptima dentro de la propia red y de la propia comunidad. Las escalas del bienestar social creadas por Keyes (1998) que evalúan cinco dimensiones (integración social, contribución social, coherencia social, realización social y aceptación social) son muy distintas a las medidas de Bienestar Subjetivo. Por último, afirma que tampoco se pueden identificar con el Bienestar Psicológico porque, como ya se ha comentado, éste se basa en la plena realización de nuestro potencial psicológico.

Se puede afirmar, por lo tanto, que ha existido, y existe aún, mucha controversia sobre la terminología adecuada de este constructo. *Calidad de vida, bienestar social, bienestar psicológico, satisfacción vital y felicidad* forman parte de una terminología que se relaciona con el Bienestar Subjetivo, y que adopta diferentes nombres según la corriente psicológica desde la que se parte. Así, por ejemplo, los psicólogos sociales emplean con más frecuencia el término de bienestar social y desde el punto de vista de la Psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) se emplea el término felicidad para definir al Bienestar Subjetivo. Las raíces de estas controversias provienen de la propia inaprensibilidad del concepto, ya que desde los inicios de la existencia humana, la idea de felicidad ha intrigado a los pensadores y filósofos. Sin embargo, la investigación sistemática del Bienestar Subjetivo, data tan sólo de unas tres décadas.

Afortunadamente, y partir de estas innumerables controversias, actualmente existen ciertos consensos:

- 1. El Bienestar Subjetivo tiene una dimensión básica y general:** que es subjetiva.
- 2. El Bienestar Subjetivo estaría compuesto por dos facetas básicas:** una centrada en los aspectos afectivo-emocionales (referido a los estados de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivos valorativos (referidos a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida). Ambas facetas se relacionarían con la dimensión subjetiva.

No es sorprendente que muchos autores hayan tratado de definir el Bienestar Subjetivo desde muy antiguo. Sin embargo, las definiciones de Bienestar Subjetivo a menudo no aparecen explícitas en la literatura. Según Diener y Diener (1995) estas concepciones se pueden agrupar en torno a tres grandes categorías. La primera describe el Bienestar Subjetivo como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos, esta agrupación es la relativa a la "*satisfacción con la vida*". Así, la satisfacción con la vida, de acuerdo con Campbell y colaboradores (1976), refleja la distancia percibida por los individuos para lograr sus aspiraciones. Una segunda categoría, incide en la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos. Este punto de vista fue iniciado por Bradburn (1969) con el desarrollo de su *Escala de Balance Afectivo*. Para este autor la felicidad resulta del juicio global que la gente hace al comparar sus sentimientos positivos con los negativos. La definición de Bienestar Subjetivo desde esta perspectiva está más cercana al uso cotidiano que se hace de este término, según éste, una persona es más feliz cuando en su vida predomina la experiencia afectiva positiva sobre la negativa. Frente a esto, la última de estas tres concepciones, más cercana a los planteamientos filosófico-religiosos, concibe la felicidad como una virtud o gracia. Las definiciones bajo esta última perspectiva se pueden considerar normativas, ya que no se contempla como un Bienestar Subjetivo sino más bien como la posesión de una cualidad deseable (Coan, 1977). En este sentido, cuando Aristóteles y los filósofos clásicos hablan de la *eudaimonia*, la consideran como un estado deseable al que sólo se puede aspirar llevando una vida virtuosa o deseable, calificada como tal desde un particular sistema de valores. Como se puede comprobar, desde los primeros estudios en este campo, el constructo de Bienestar Subjetivo se ha identificado con la felicidad (Myers y Diener, 1995), tal y como se mantendrá en la presente investigación.

Los psicólogos han basado sus estudios principalmente en las dos primeras aproximaciones. Así, una gran parte se ha ocupado de estudiar los aspectos que llevan a una persona a evaluar positivamente su existencia. En este sentido, Veenhoven (1984) (ver definición de felicidad de este autor anteriormente expuesta) define el Bienestar Subjetivo como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva. Según Veenhoven, el individuo utiliza dos componentes en esta evaluación: sus pensamientos y sus afectos. El componente cognitivo, la satisfacción con la vida, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración. El elemento afectivo constituye el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Estos componentes en cierta medida están relacionados. Una persona que tenga experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Así mismo, los sujetos que tienen un mayor Bienestar Subjetivo son aquellos en los que predominan esta valoración positiva de sus circunstancias y eventos vitales; mientras que los "infelices" serían los que valoran la mayor parte de estos acontecimientos como perjudiciales. En este sentido, la satisfacción con la vida y el componente afectivo del Bienestar Subjetivo tienden también a correlacionar porque ambos elementos se encuentran influidos por la valoración que realiza el sujeto acerca de los sucesos, actividades y circunstancias en general en las que se desarrolla su vida. No obstante, necesariamente también han de diferir, ya que así como la satisfacción con la vida representa un resumen o valoración global de la vida como un todo, el balance afectivo depende más de las reacciones puntuales a eventos concretos que acontecen en el curso de la vida.

En un análisis más profundo del componente cognitivo, algunos autores (Cummins, 1996) han propuesto el uso de diferentes dominios a la hora de descomponer los juicios que las personas realizan sobre sus vidas. En este sentido, Cummins (1996), después de revisar veintisiete definiciones relativas a calidad de vida, estableció los siguientes dominios o áreas relevantes en este proceso de valoración: bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, comunidad y bienestar emocional. Uno de estos estudios es el realizado por Bharadwaj y Wilkening (1977), en el que se establece que la valoración o juicio sobre la satisfacción con la vida se haya determinada, por este orden,

con la satisfacción experimentada en los siguientes dominios: familia ($r = 0,50$), condiciones de vida ($r = 0,46$), trabajo ($r = 0,45$), salud ($r = 0,41$), actividades de ocio ($r = 0,41$) e ingresos ($r = 0,39$). Así mismo, Diener y colaboradores (1999) han diferenciado dentro del componente cognitivo entre una satisfacción con la vida en términos globales y con una serie de dominios de satisfacción concretos (ver *Tabla 4*). Además en dicha tabla también se muestran los componentes identificados por los anteriores autores dentro del afecto positivo y negativo.

Tabla 4
Componentes del Bienestar Subjetivo según Diener, Suh, Lucas y Smith (1999)

Afecto Positivo	Afecto Negativo	Satisfacción con la Vida	Dominios de Satisfacción
Alegría	Culpa y Vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y Preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Enfado	Satisfacción con el futuro	Salud
Cariño	Estrés		Ingresos
Felicidad	Depresión	Satisfacción con cómo otros ven nuestra vida	Con uno mismo
Éxtasis	Envidia		Con los demás

Mediante la creación de los dominios de satisfacción, Diener y colaboradores (1999) amplían el componente cognitivo del Bienestar Subjetivo al establecer una diferenciación entre la satisfacción con la vida en términos globales y la satisfacción en una serie de dominios concretos de la vida. Algunos autores defienden que la satisfacción con la vida y la satisfacción de los dominios están relacionadas e, incluso, consideran que ésta última forma parte de la satisfacción con la vida propiamente considerada. Lo que

parece más razonable e intuitivo, como afirma Schimmack (2008), es considerar que los cambios en la satisfacción con los dominios (familia, trabajo, salud, etc.) afectan a la satisfacción con la vida en términos generales tal y como sugieren los datos experimentales. Por ejemplo, Schimmack, Diener y Oishi (2002) examinaron en que pensaban los individuos cuanto estaban respondiendo a cuestiones relacionadas con la satisfacción con la vida. Los datos claramente indicaban que las personas que evaluaban su satisfacción con la vida tenían significativamente más pensamientos relacionados con dominios importantes (la familia, el trabajo, la salud, etc.) que con dominios menos significativos (por ejemplo, el clima). Hay que señalar que todos los anteriores dominios tienen el mismo valor para todas las personas, sino que cada una traza su propio perfil ideográfico.

Por lo tanto, y dejando a un lado tanto las concepciones más vinculadas a tradiciones filosóficas como análisis de estudios más moleculares, la revisión de los estudios sobre Bienestar Subjetivo muestra que hay un gran acuerdo en cuanto a los elementos integrantes de la estructura del Bienestar Subjetivo. La mayor parte de los autores coinciden en la consideración de estos tres componentes: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. Así, Diener (1984) señala que esta área de estudio tiene tres elementos característicos, a saber:

1. **su carácter subjetivo**, que descansa sobre la propia experiencia de la persona;
2. **su dimensión global**, pues incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de su vida; y
3. **la necesaria inclusión de medidas positivas**, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos. Por lo tanto, cabe considerar dos grandes dimensiones. La primera de ellas se identifica como el componente cognitivo, mientras que la segunda corresponde al polo emocional o afectivo.

Por lo tanto, Diener y sus colaboradores definen el Bienestar Subjetivo como “*una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida*” (Diener *et al.*, 1999, p. 277).

A la hora de intentar ampliar los anteriores componentes del Bienestar Subjetivo, los diferentes autores han caído en la definición de otro bienestar bien distinto, como es el Psicológico. Tal es el caso de Ryff (1989a y b) o de Ryff y Keyes (1995), que optan por ampliar las anteriores dimensiones, haciendo especial hincapié en la aceptación y

crecimiento personal del individuo así como en la adaptación e integración en su ambiente social. Lo que da lugar a una estructura integrada por dimensiones como: autoaceptación, crecimiento personal, sentido/propósito en la vida, relaciones positivas con los otros, autonomía y control sobre el medio. Como se verá más adelante, estas dimensiones son las que definen el Bienestar Psicológico.

Todo lo anterior evidencia la dificultad de reducir un concepto tan complejo y multifacético como es éste. En un intento de concreción, si se atiende al consenso generado en torno a los dos grandes componentes mencionados, el Bienestar Subjetivo se podría definir como el resultado de la valoración global mediante la cual, a través de la atención de elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, el sujeto repara tanto en su estado anímico presente como en la congruencia entre los logros alcanzados y sus expectativas sobre una serie de dominios o áreas vitales así como, en conjunto, sobre la satisfacción con su vida.

Respecto a la evidencia empírica sobre el Bienestar Subjetivo, Lucas, Diener y Suh (1996) señalan que esta estructura del Bienestar Subjetivo compuesta por tres factores (satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo) ha sido repetidamente confirmada a lo largo de los numerosos estudios. Así, y volviendo al artículo de Ryan y Deci (2001), estos autores indican que *“aunque hay varias formas de evaluar el placer y el dolor en el continuo de la experiencia humana, la mayoría de la investigación dentro de la nueva Psicología hedónica ha empleado la evaluación del bienestar subjetivo”* (p. 144). Dicha evaluación ha sido realizada primordialmente a través de los tres componentes principales que incluyen dos afectivos (afecto positivo y negativo) y otro cognitivo (la satisfacción con la vida) (Diener, 1984). Por otro lado, la mayoría de la investigación en este campo se ha dirigido hacia los factores que influyen en los valores individuales de la felicidad como la riqueza material (Diener y Biswas-Diener, 2002), la comparación con los estándares (Michalos, 1985) y el temperamento (Lykken y Tellegen, 1996). Como Ryan y Deci (2001) resaltan, hay pocas, sino ninguna, aproximaciones empíricas a la Psicología hedónica que hayan sido tan ampliamente analizadas y empleadas como el Bienestar Subjetivo.

A esta misma conclusión llega Ruiz (2011) en su revisión al afirmar que, sin duda, el Bienestar Subjetivo es el constructo que más investigaciones y trabajos teóricos ha generado impulsado por Diener y sus colaboradores. En general, los datos experimentales indican que el Bienestar Subjetivo es un constructo que puede ser adecuadamente evaluado mediante autoinformes y presenta un importante nivel de estabilidad temporal y

heredabilidad. Asimismo, los estudios señalan la incidencia que en este constructo tienen algunos determinantes sociodemográficos y de personalidad como el estatus económico, la extraversión, el neuroticismo y el optimismo. También se constata su relación con la cultura, en el sentido de que los individuos pertenecientes a las culturas individualistas tienen mayor percepción de Bienestar Subjetivo que los individuos que pertenecen a las culturas colectivistas (para más detalle, ver revisión de Ruiz, 2011).

Considerando todo lo anterior, en la presente investigación se adoptará la definición de Bienestar Subjetivo ofrecida por Diener y colaboradores (1999) al considerar que es la que más se acerca al intento anterior de concreción sobre este constructo. Estos autores definen el Bienestar Subjetivo como un área general de interés científico que incluye las respuestas emocionales de las personas, satisfacciones de dominio y los juicios globales de satisfacción de vida. De esta forma, el Bienestar Subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Comúnmente y en la vida cotidiana se denomina felicidad al Bienestar Subjetivo experimentado cuando se sienten más emociones agradables y pocas desagradables, cuando están comprometidos en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vidas. Lo central es entonces, la propia evaluación que la persona hace de su vida (Diener, 2000). En resumen, se dice que un sujeto posee un alto Bienestar Subjetivo si expresa satisfacción con su vida y frecuentes emociones positivas, y sólo infrecuentemente, emociones negativas. Si por el contrario, el individuo expresa insatisfacción con su vida y experimenta pocas emociones positivas y frecuentes negativas, su Bienestar Subjetivo se considera bajo.

2.4.2. La estructura del Bienestar Subjetivo

Aunque en la actualidad exista un consenso en considerar que el Bienestar Subjetivo está formado por tres componentes (satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo), la estructura del mismo aún genera controversia. Es decir, a pesar de la aparente simplicidad de este modelo tripartito del Bienestar Subjetivo, la ambigüedad existente sobre su estructura hace que todavía no esté muy claro cómo se relacionan sus tres componentes.

Por un lado, la relación entre el afecto positivo y el negativo ha recibido una particular atención. La investigación ha mostrado que el afecto positivo y negativo son dimensiones independientes (Watson, Clark y Tellegen, 1988), y que la frecuencia del afecto es mejor indicador del Bienestar Subjetivo que la intensidad del afecto, ya que la frecuencia está más asociada con el bienestar emocional a largo plazo que la intensidad (Diener, Lucas, Oishi y Suh, 2002). Además, y aunque ciertos artefactos en las medidas afectan a la correlación entre los dos afectos (Russell y Carroll, 1999), una considerable evidencia confirma la separación funcional del afecto positivo y negativo en el Bienestar Subjetivo así como la configuración de las emociones en dicho largo plazo (Cacioppo, Gardner y Bernston, 1999; Diener, Smith y Fujita, 1995; Keyes, 2000).

Por otro lado, sin embargo, no hay un acuerdo en cómo se relacionan los dos componentes afectivos (afecto positivo y negativo) con el cognitivo (satisfacción con la vida). La reciente revisión de Busseri y Sadava (2011), analizando las investigaciones hasta la fecha sobre estas relaciones, ha determinado cinco modelos estructurales del Bienestar Subjetivo. De acuerdo con la base de datos de *PsycINFO*, estos autores indican que el artículo de Diener (1984), donde se formuló por primera vez el modelo tripartito del Bienestar Subjetivo, ha sido citado alrededor de mil veces generando, a su vez, miles de trabajos empíricos que han adoptado dicho modelo. Tras analizar muchos de dichos trabajos, Busseri y Sadava (2011), extrajeron los siguientes modelos estructurales del Bienestar Subjetivo más importantes (ver *Figura 3*):

- **Modelo 1: Bienestar Subjetivo como tres componentes separados.** Ya Diener (1984) describió a la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo como diferentes aspectos que debían de ser evaluados y examinados separadamente para ofrecer una descripción completa del Bienestar Subjetivo. En uno de sus últimos artículos, Diener y Biswas-Diener (2002) sugieren que “*la satisfacción con la vida, el afecto positivo y la falta de afecto negativo son constructos separados que deben ser independientemente examinados*” (p. 127). Como se puede observar en la *Figura 3*, este modelo estructural evalúa los tres componentes separadamente. En dicha figura se muestran las posibles correlaciones entre los tres, mediante flechas punteadas, pero no constituyen un objetivo principal para este modelo.
- **Modelo 2: Bienestar Subjetivo como un constructo jerárquico.** Algunos autores han obtenido potentes correlaciones entre satisfacción con la vida y las

experiencias afectivas positivas (p.ej. Campbell *et al.*, 1976), sugiriendo la presencia de un constructo común subyacente. Asimismo, estos estudios sugieren que la satisfacción con la vida y los componentes afectivos “*son dos caras de la misma moneda*” (Biswas-Diener, Vitterso y Diener, 2005, p. 22) que forman un potente factor general del Bienestar Subjetivo. Por lo tanto, y como se puede ver en la *Figura 3*, este modelo estructural el Bienestar Subjetivo es conceptualizado como un factor latente de primer orden resultante de las relaciones con tres factores de primer orden: la satisfacción con la vida, afecto positivo (ambas de forma positiva) y afecto negativo (negativamente).

- **Modelo 3: *Bienestar Subjetivo como un sistema causal.*** Este modelo estructural analiza el Bienestar Subjetivo como un sistema de causalidad que relaciona a sus componentes. Específicamente, la satisfacción con la vida es considerada como el resultado del afecto positivo y negativo, a la cual el afecto positivo y negativo hacen contribuciones independientes (de forma positiva y negativa, respectivamente). Este sistema se puede observar en la *Figura 3*, donde también se indican las posibles relaciones, mediante flechas punteadas, entre los dos afectos (no consideradas por este modelo de forma específica).
- **Modelo 4: *Bienestar Subjetivo como un compuesto mixto.*** Este modelo estructural considera que los tres componentes contribuyen al Bienestar Subjetivo. Por ejemplo, Beiser (1974) propuso que nuestro bienestar está determinado por las reacciones afectivas positivas y negativas, así como también del juicio cognitivo sobre el contenido global de nuestra vida. De esta manera, este modelo asume que la combinación entre satisfacción con la vida, afecto positivo y negativo es necesaria para capturar completamente el constructo de Bienestar Subjetivo, ya que los tres componentes contribuyen conjuntamente a la sensación de bienestar. Así, se requiere de los tres para evaluarlo y la ausencia de cualquiera de ellos podría omitir necesariamente algún aspecto importante del mismo. Como se puede comprobar en la *Figura 3*, tanto la satisfacción con la vida como el afecto positivo contribuyen positivamente, mientras que el afecto negativo lo hace negativamente. Por otro lado, también se muestra en dicha figura las posibles relaciones entre los tres componentes mediante líneas punteadas (aunque, igualmente, no son de especial interés para este modelo).

Dentro de este modelo, algunos autores, como Brunstein (1993) o Sheldon y Elliot (1999), han propuesto la siguiente fórmula:

$$\text{Bienestar Subjetivo} = \text{Satisfacción con la Vida} + (\text{Afecto Positivo} - \text{Afecto Negativo})$$

- **Modelo 5: Bienestar Subjetivo como la configuración de componentes.** Este modelo estructural focaliza su atención sobre cómo los tres componentes están configurados dentro de los individuos. Desde el comienzo de la investigación, el “alto Bienestar Subjetivo” ha sido descrito como una combinación intraindividual de alta satisfacción con la vida, frecuente afecto positivo e infrecuente afecto negativo (Diener, 1984). En la *Figura 3* se puede observar como el Bienestar Subjetivo está integrado por un sistema de componentes que se organizan dentro de las personas en términos de distintas configuraciones de la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el negativo. Así, se elaboran dos perfiles de Bienestar Subjetivo (alto o bajo) dependiendo de la configuración de sus tres componentes.

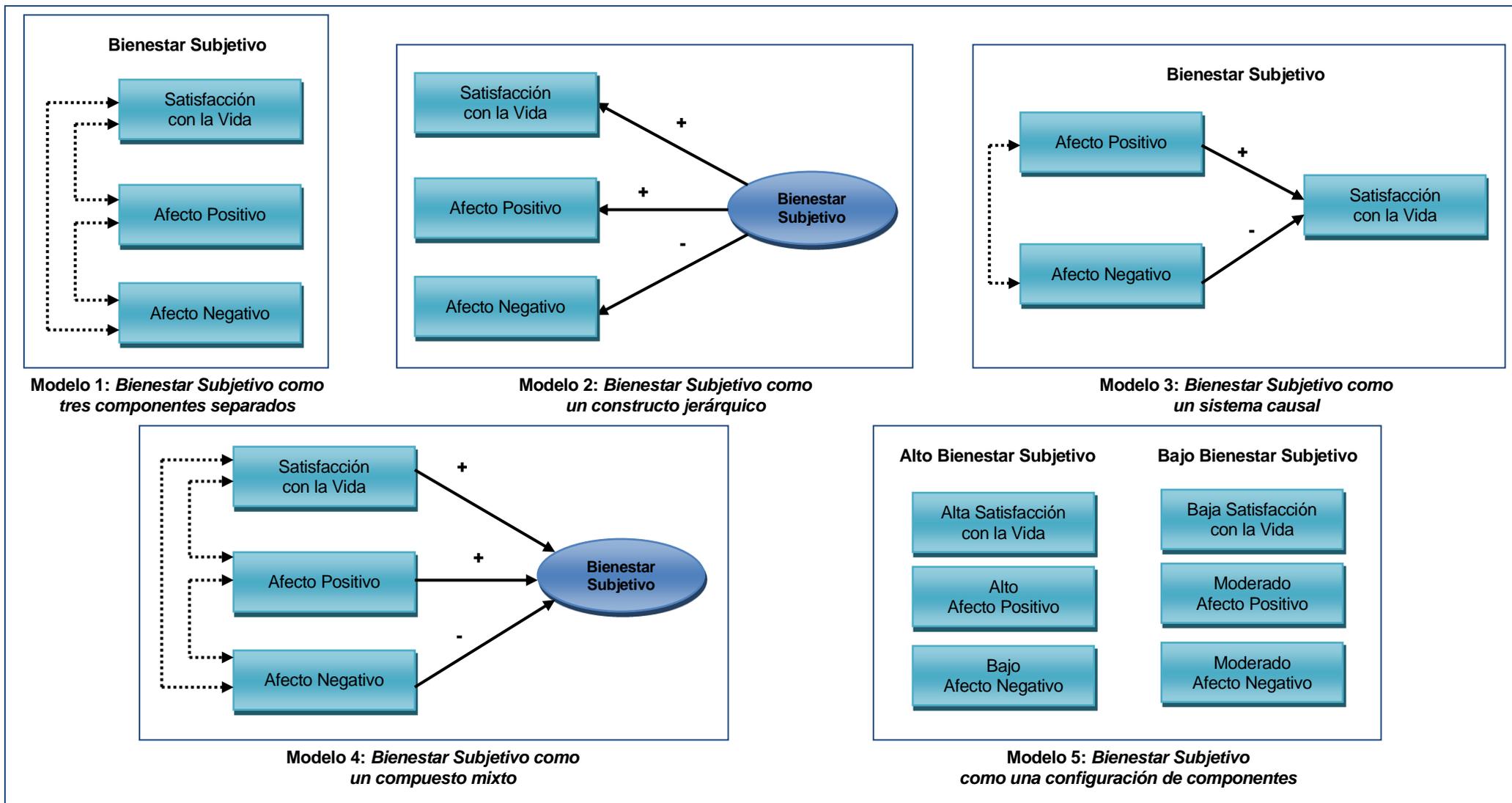


Figura 3. Modelos estructurales del Bienestar Subjetivo propuestos por Busseri y Sadava (2011)

Aunque Busseri y Sadava (2011) no se decantan explícitamente sobre cuál de los cinco modelos estructurales del Bienestar Subjetivo es el más adecuado para la investigación, sí que señalan que el primer modelo ha sido el más empleado en la literatura hasta la actualidad y que, además, es el que menos debilidades ha mostrado. Por lo tanto, se puede afirmar que, a nivel empírico, la mayoría de los autores coinciden en aceptar que el componente cognitivo (juicio de satisfacción la vida) y los dos componentes afectivos (afecto positivo y afecto negativo) son dimensiones distintas aunque relacionadas entre sí, de modo que es necesario evaluar y examinar por separado cada uno de los tres componentes para tener una completa descripción del Bienestar Subjetivo (Busseri y Sadava, 2011). Teniendo en cuenta todo lo anterior, en la presente investigación se va a considerar el Bienestar Subjetivo a través de la evaluación por separado de la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo.

2.4.3. La medida del Bienestar Subjetivo

Una de las características del Bienestar Subjetivo anteriormente expuestas, es que representa una experiencia subjetiva del propio individuo. Por lo tanto, una primera fuente de información es la propia persona que, a través de medidas de autoinforme, puede darnos datos relacionados con sus experiencias emocionales y con su satisfacción con la vida o con dominios específicos de la misma.

Sin embargo, existen aún varios problemas relacionados con la medición del Bienestar Subjetivo. En primer lugar, cabría preguntarse *¿hasta qué punto está influida la medición por el estado de ánimo momentáneo en el momento de cumplimentar la escala?* Los datos de fiabilidad a largo plazo sugieren que tanto el estado de ánimo actual como el afecto a largo plazo son reflejados en las medidas de Bienestar Subjetivo. Un segundo problema trata de la validez de la naturaleza autoinformada de estas medidas empleadas. La distorsión consciente por parte de los participantes y los artefactos de respuesta, constituyen una preocupación constante para el investigador. Sin embargo, la mayoría de las escalas no muestra grandes efectos de la deseabilidad social (Diener, 1984).

Ya en la revisión realizada por Diener (1984) sobre el Bienestar Subjetivo (que se puede considerar como la “piedra angular” de la investigación de este constructo) se señalan numerosos instrumentos para evaluarlo hasta esa fecha. Este autor diferencia entre

las escalas de medida de ítem único y las de múltiples ítems. Respecto a las primeras, ya que el Bienestar Subjetivo ha sido de central importancia para aquellos interesados en medir la calidad de vida, no es sorprendente que varias de las medidas usadas más frecuentemente sean preguntas de encuesta de ítem único (Diener, 1984). Estas medidas fueron muy comunes en los años sesenta y setenta. A pesar de las obvias ventajas de la brevedad, las escalas de ítem único han sido criticadas basándose en varios motivos (por ejemplo, McKennell, 1974). Entre los más destacados se encuentra que estas escalas tienden a ser menos fiables con el tiempo que las escalas de múltiples ítems, aunque la fiabilidad temporal de las medidas de ítem único ha sido moderadamente alta. A pesar de ello, existe evidencia de que las escalas de ítem único tienen una fiabilidad y validez moderadas, por lo que se puede considerar que son adecuadas si lo que se requiere es una medida muy breve del bienestar global (Diener, 1984).

Por lo que respecta a las escalas de múltiples ítems, Diener (1984) diferencia entre las escalas geriátricas y las generales. Las primeras están diseñadas específicamente para la población anciana. Debido a que muchos de los ítems hacen referencia específica a la edad avanzada y la última etapa de la vida, estas escalas tienden a no ser adecuadas para individuos jóvenes y de mediana edad. Las escalas generales de múltiples ítems están diseñadas para su uso en la población general y existen numerosos instrumentos destinados a adultos de todas las edades.

En la *Tabla 5* se muestran los instrumentos de medida del Bienestar Subjetivo más empleados en la literatura por orden de aparición. Tal y como se puede comprobar en dicha tabla son muy variados y no todos evalúan los tres componentes de este constructo. Así, unas escalas analizan solamente el componente cognitivo (la satisfacción con la vida); otros únicamente el componente afectivo (afecto positivo y negativo) ya sea en su grado de intensidad, frecuencia, balance o por separado; otros evalúan completamente el Bienestar Subjetivo, especificando o no la evaluación de sus tres componentes; mientras que otros denominan felicidad al Bienestar percibido, evaluando conjuntamente todos los componentes del mismo a la vez. Asimismo, se muestran escalas de ítem único y de múltiples ítems, así como las escalas de uso en la población anciana y general. Los instrumentos de medida representados en dicha tabla incluyen diversas formas de respuesta, tales como sí/no/tal vez, de acuerdo/en desacuerdo, grado de intensidad de la experiencia o grado atribuido a la apreciación. Los ítems se pueden presentar como frases, listas de adjetivos, escalas, o también con pequeñas caras humanas que indican una

graduación de los estados emocionales. Optar por uno u otro modo de respuesta depende principalmente de las características de la muestra donde se van a aplicar.

Respecto a las características psicométricas de las escalas representadas, ya Diener (1984) demostró que la mayoría de las medidas se correlacionan moderadamente con las otras y tienen una adecuada fiabilidad temporal y consistencia interna. Más recientemente, numerosos investigadores en este campo, por ejemplo Eid y Diener (2001), defienden que los sesgos y estilos de respuesta tienen una muy limitada incidencia en los autoinformes que se utilizan para estudiar el Bienestar Subjetivo y que la mayoría presentan una aceptable fiabilidad y validez.

A continuación se expondrán los instrumentos más destacados para evaluar el Bienestar Subjetivo y que más veces se han empleado en las investigaciones llevadas hasta el momento. Una de las escalas más utilizadas en la literatura para evaluar el componente cognitivo de este constructo, es decir, la satisfacción con la vida, es la **“Escala de Satisfacción con la Vida” (ESV)** (**“Satisfaction with Life Scale”, SWLS**) elaborada por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) y revisada posteriormente por Pavot y Diener (1993). Esta escala consta de 5 ítems cuyos valores de respuesta oscilan entre 1 y 7 en la versión original, donde 1 significa *“totalmente en desacuerdo”* y 7 *“totalmente de acuerdo”*, que evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida. Existen dos adaptaciones al castellano que difieren en las escalas de respuesta de los ítems: Cabañero y colaboradores (2004) respetan la escala tipo Likert de 1 a 7, mientras que Atienza, Pons, Balaguer y García Merita (2000) emplean una escala que va del 1 al 5. Sin embargo, ambas versiones españolas del SWLS tienen similares propiedades psicométricas. En la presente investigación se empleó la primera adaptación al ser más fiel a la escala original (para más detalle, ver el apartado de *Instrumentos de Medida*). La SWLS se ha aplicado en muestras muy diversas y se han realizado versiones en distintos idiomas, presentado buenos datos psicométricos: alfa de Cronbach de 0,87, correlación test-rest de 0,82 a los dos meses y correlaciones ítem-test entre 0,57 y 0,75 (ver apartado de *Instrumentos de medida*, para más detalle).

Respecto al componente emocional o afectivo del Bienestar Subjetivo, es decir, el afecto positivo y negativo, una de las escalas más empleadas para evaluarlo es la **“Escala de Afecto Positivo y Negativo”** (**“Positive and Negative Affect Schedule”; PANAS**) desarrollada por Watson y colaboradores (1988). El PANAS consta de 20 ítems a los que se responde según una escala de 1 (*“nada”*) a 5 (*“muchísimo”*), de los cuales 10 son

Tabla 5
Instrumentos de medida del Bienestar Subjetivo más empleados en la literatura

Nombre del Instrumento	Uso	Autores	Nº de ítems	Objetivo
Escala Gurin ("Gurin Scale")	General	Gurin, Veroff y Feld (1960)	1	Felicidad
Índice de Satisfacción Vital ("Life Satisfaction Index-A", LSI-A)	Ancianos	Neugarten, Havighurst y Tobin (1961)	20	Satisfacción con la vida en ancianos
Escala de Autoevaluación ("Self-Anchoring Ladder")	General	Cantril (1965)	1	Satisfacción con la vida
Escala de Balance Afectivo ("Affective Balance Scale", ABS)	General	Bradburn (1969)	10	Balance afectivo
Índice de Satisfacción Vital Revisada ("Life Satisfaction Index-Z", LSI-Z)	Ancianos	Wood, Wylie y Sheafor (1969)	13	Satisfacción con la vida en ancianos
Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia ("Philadelphia Geriatric Center Morale Scale", PGCMS)	Ancianos	Lawton (1975)	17	Satisfacción con la vida en ancianos
Escala de "Contento-Desagrado" ("Delighted-Terrible Scale", D-T S)	General	Andrews y Withey (1976)	1	Calidad de los afectos
Índice de Bienestar + Índice de Afecto General ("Index of Well-Being" + "Index of General Affect", IWB + IGA)	General	Campbell, Converse y Rodgers (1976)	9 (1 + 8)	Bienestar subjetivo (satisfacción con la vida + intensidad de los afectos)
Medida de la Felicidad ("Happiness Measure")	General	Fordyce (1977)	1 + 1	Felicidad (porcentaje de tiempo en que se es feliz + grado de felicidad)
Índice de Bienestar Psicológico General ("Index of Psychological General Well-Being", IPGWB)	General	Dupuy (1984)	22	Bienestar subjetivo
Subescala de Bienestar (incluida dentro del Cuestionario Diferencial de Personalidad) ("Differential Personality Questionnaire", DPQ)	General	Tellegen (1982)	21	Bienestar subjetivo
Encuesta de ánimo ("Mood Survey")	General	Underwood y Froming (1980)	16	Bienestar subjetivo
Escala de Felicidad de la Universidad de Terranova ("Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness", MUNSH)	Ancianos	Kozma y Stones (1980)	24	Bienestar subjetivo en ancianos (satisfacción con la vida + Afecto positivo y negativo)
"Afectómetro 2" ("Affectometer 2")	General	Kammann y Flett (1983)	40	Frecuencia de los afectos
Medida de la Intensidad del Afecto ("Affect Intensity Measure", AIM)	General	Larsen (1984)	40	Intensidad de los afectos
Escala de Satisfacción con la Vida ("Satisfaction With the Life Scale", SWLS)	General	Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985)	5	Satisfacción con la vida
Escala de afecto positivo y negativo ("Positive And Negative Affect Schedule", PANAS)	General	Watson, Clark y Tellegen (1988)	20	Afecto positivo y afecto negativo
Inventario de Felicidad de Oxford ("Oxford Happiness Inventory", OHI)	General	Argyle, Martin y Crossland (1989)	29	Felicidad
Cuestionario de Felicidad de Oxford ("Oxford Questionnaire", OHQ)	General	Hills y Argyle (2002)	29	Felicidad

descriptores positivos (por ejemplo, entusiasta, interesado, inspirado) que conforman la subescala de afecto positivo (AP) y los otros 10 son descriptores negativos (por ejemplo, preocupado, angustiado, miedoso) que conforman la subescala de afecto negativo (AN), con una estructura temporal que se puede ajustar para evaluar tanto experiencias inmediatas como sucedidas en años anteriores. Ambas subescalas presentaban excelentes propiedades psicométricas (coeficientes alfa de Cronbach de 0,82 para el AP y 0,86 para el AN), así como la adaptación al castellano realizada por Sandín y Chorot (1995) (para más detalles, ver apartado de *Instrumentos de Medida*).

Mientras que las dos escalas comentadas previamente han sido diseñadas para evaluar de manera independiente los componentes cognitivo y afectivo, respectivamente, otros autoinformes han sido elaborados para medir conjuntamente todos los componentes del Bienestar Subjetivo. Uno de los instrumentos más empleados de este tipo es el “*Inventario de Felicidad de Oxford*” (“*Oxford Happiness Inventory*”, *OHI*) elaborado por Argyle, Martin y Crossland (1989) que consta de un total de 29 ítems a través de los cuáles se evalúa tanto la experiencia emocional como la satisfacción con la vida. Este inventario ha sido traducido y adaptado a diferentes idiomas y presenta una buena fiabilidad interna (alfa de Cronbach de 0,90) y test-retest (0,78 a las siete semanas), así como validez de constructo. Posteriormente, Hills y Argyle (2002) revisaron el OHI y elaboraron el “*Cuestionario de Felicidad de Oxford*” (“*Oxford Happiness Questionnaire*”, *OHQ*), que consta del mismo número de ítems y que presenta las mismas excelentes características psicométricas.

Asimismo, en los últimos años se han desarrollado medidas alternativas a las de autoinforme para evaluar el Bienestar Subjetivo. De entre los nuevos procedimientos elaborados cabe mencionar el “*Método de Muestreo de la Experiencia*” (*MME*) que permite registrar aleatoriamente y en distintos momentos temporales datos referidos a los estados de ánimo y las cogniciones de la persona (Scollon, Kim-Prieto y Diener, 2003), o el “*Método de Reconstrucción Diaria*” (*MRD*) (Kahneman, Krueger, Schkade, Schwarz y Stone, 2004) basado en la reconstrucción que la persona hace de las experiencias y actividades realizadas en el día anterior, mediante una técnica detallada que permite minimizar los posibles sesgos de memoria en la reconstrucción. Asimismo, este método evalúa el tiempo que la persona invierte en la realización de las actividades y las experiencias afectivas que experimenta mientras realiza dichas actividades.

Finalmente, hay que señalar que recientemente la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha elaborado recientemente una guía para la medida del Bienestar Subjetivo (Organisation for Economic Co-operation and Development -OECD-, 2013) con la colaboración de un grupo de asesores expertos donde se encontraban Ed Diener, Bob Cummins, Angus Deaton, Felicia Huppert y Ruut Veehoven. El objetivo de dicha guía es el de proporcionar apoyo a las agencias nacionales de estadística y a otros organismos que suministran datos sobre el Bienestar Subjetivo en el diseño, recogida y publicación de medidas del mismo. De esta forma, proporciona una orientación en la recogida de información sobre las evaluaciones que hacen las personas de sus experiencias vitales, así como en la recogida de lo que denomina “medidas eudaimónicas” del Bienestar Subjetivo. Además se trata de una guía para asegurar que los datos recogidos sean más comparables a nivel internacional. Por otro lado, la misión de la OCDE está recientemente caracterizada como “*mejores políticas para mejores vidas*”. Esto implica conocer la naturaleza y las claves del Bienestar Subjetivo y entender lo que constituye “*mejores vidas*” para los ciudadanos. Por lo tanto, el empleo generalizado de dicha guía por parte de los diferentes gobiernos posibilitaría la medida del progreso de la sociedad en su conjunto, con el propósito último de emprender las políticas más adecuadas para favorecer el progreso social en cada país en particular.

La definición del Bienestar Subjetivo ofrecida en la guía de la OCDE (2013) incluye tres elementos: Evaluación de la Vida (valoración reflexiva sobre la vida de la persona o de algunos aspectos específicos de la misma), Afecto (medida de los sentimientos o de los estados emocionales de la persona) y Eudaimonia (constituida por el sentido y el propósito en la vidas de las personas o un funcionamiento psicológico óptimo). Como se puede comprobar en dicha definición se mezclan los elementos del Bienestar Subjetivo con los del Bienestar Psicológico.

Por lo que respecta a la estructura de la guía de medición del Bienestar Subjetivo de la OCDE (2013), en primer lugar se analizan en la misma los principales aspectos de la calidad de las medidas del Bienestar Subjetivo. En segundo lugar se ofrecen una serie de recomendaciones tanto metodológicas en la medida del Bienestar Subjetivo, como analíticas a la hora de interpretar los resultados obtenidos. En tercer lugar, dicha guía ofrece un total de seis módulos de preguntas prototípicas. Así, en el primer módulo se incluyen aquellas medidas centrales o nucleares cuya prioridad máxima es conseguir la comparación de las mismas a nivel internacional. La OCDE considera como medida

central del Bienestar Subjetivo la *Escalera de Autoevaluación de Cantril* adaptada por la Gallup World Poll (Bjørnskov, 2010). Los demás módulos de la guía se centran en aspectos específicos del Bienestar Subjetivo y son altamente recomendados para las agencias nacionales de estadística en su elaboración de sus propios cuestionarios a nivel doméstico. Estos módulos comprenden: la Evaluación de la Vida, medida mediante la *SWLS* de Diener y colaboradores (1985); el Afecto, empleando las preguntas relacionadas con el mismo del *SF-36 Health Survey* de Ware, Snow, Kosinski y Gandek (1993); el Bienestar Eudaimónico, evaluado mediante la *Psychological Well-being Scale (PWS)* de Diener y Biswas-Diener (2009); la Evaluación de Dominios, donde se encuentran entre otros el patrón de vida, el estado de salud, los logros en la vida, las relaciones personales y la seguridad personal; y, por último, el Bienestar Experimentado, medido mediante el *Método de Reconstrucción Diaria (MDR)* revisado por Kahneman y Krueger (2006).

Sin embargo, y a pesar de la guía elaborada de la OCDE (2013) podría haber supuesto un intento integrador a las medidas del Bienestar Subjetivo ofrecidas hasta el momento, el fin de la misma es puramente estadístico evaluando el Bienestar Subjetivo a un nivel comunitario y no a un nivel individual. Asimismo, el marco teórico empleado por la OCDE para justificar dicha guía se aleja de las actuales teorías psicológicas, llegando a mezclarse conceptos relacionados con el propio Bienestar Subjetivo, el Bienestar Psicológico y la calidad de vida.

2.5. BIENESTAR PSICOLÓGICO

2.5.1. Concepto

Anteriormente ya se ha expuesto que el constructo de Bienestar Psicológico proviene de la tradición filosófica eudaimónica (Ryan y Deci, 2001), cuyo máximo representante es Aristóteles. Aunque Platón, Epicuro, Marco Aurelio y otros grandes pensadores han hablado y escrito sobre la felicidad, fue Aristóteles (384-322 a.C.) el que más trató sobre ella en profundidad. Aristóteles distinguió entre placer y “Buena Vida”, llegando en la actualidad a interpretarse ésta como el estilo aristotélico de felicidad. En su *Ética a Nicómaco*, Aristóteles exhorta a los hombres a vivir de acuerdo con su *daimon*, ideal o criterio de perfección hacia el que uno aspira y que dota de sentido a su vida. Todos los esfuerzos por vivir de acuerdo con ese *daimon* y hacer que se cumplan y logren las propias potencialidades se considera que darán lugar a un estado óptimo, la felicidad o *eudaimonia* (del griego “*eu*” que significa bueno, y de “*daimon*” que significa espíritu). Así, la visión de Aristóteles de la felicidad consiste en que la vida más grande se vivía con todo el potencial o de acuerdo con la virtud interna de cada persona. Por otro lado, la felicidad eudaimónica de Aristóteles constituyó la fundación de las teorías “objetivistas” de la felicidad, porque ha sido considerada como el reflejo de los valores sociales objetivos, más que de los sentimientos psicológicos subjetivos. Las teorías objetivistas mantienen que existen valores objetivos más allá del placer, tales como el conocimiento, la amistad, la ética, que hacen posible una buena vida para la persona (Brulde, 2007). McMahan (2006) resume esta aproximación a la buena vida afirmando que “*la felicidad en sí misma no estaba en función del sentimiento, sino en función de la virtud*” (p. 8). Esta perspectiva puede ser atractiva para mucha gente ya que, incluyendo la virtud y el esfuerzo como parte importantes de la felicidad, la visión aristotélica claramente deja de lado la ambigüedad moral del hedonismo. Esto es, la felicidad aquí es considerada como algo alcanzado mediante la acción correcta. Incluso, para Aristóteles, los buenos sentimientos eran una parte integral de la eudaimonia, es decir, de la felicidad.

Hay que señalar que los teóricos eudaimónicos generalmente mantienen que las teorías hedónicas son inadecuadas para describir la “Buena Vida” (Ryan y Deci, 2001). De esta manera, los psicólogos que están a favor de la tradición eudaimónica tienden a enfatizar el sentido a la vida y el crecimiento en sus investigaciones sobre el bienestar

humano y, en consecuencia, existe la tendencia a considerar a las perspectivas eudaimónicas como más holísticas.

No existe, por el contrario, una teoría única o aproximación psicológica que capture la esencia de la felicidad eudaimónica. Más bien, la mayoría de aquellas aproximaciones que no confían en un componente afectivo parecen caer dentro de la categoría de bienestar eudaimónico (Kashdan *et al.*, 2008). El amplio abanico de constructos evaluados bajo el paraguas de la eudaimonia incluye:

1. **El Bienestar Psicológico** definido por las seis dimensiones del mismo (Ryff, 1989a y b, 1995; Ryff y Singer, 1998).
2. **El sentido de la vida**, dándole un significado y tratando de alcanzar un propósito en la misma (McGregor y Little, 1998).
3. **La autorrealización**, tomando parte en actividades que hacen que las personas se sientan vivas, comprometidas y completas (Waterman, 1993).
4. **El flujo (“flow”)**, experimentado cuando la persona está totalmente inmersa en una actividad que se está llevando a cabo (Csikszentmihalyi, 1999).
5. **La vitalidad y las sensaciones de energía** (Nix, Ryan, Manly y Deci, 1999).
6. **La autodeterminación y la satisfacción de las necesidades humanas esenciales** como la autonomía, la competencia y la pertenencia (Deci y Ryan, 2000).
7. **La auténtica felicidad**, definida como un conjunto de emociones y actividades positivas (Seligman, 2002).
8. **El florecer (“flourishing”)**, que significa llevar una vida que nos lleve al funcionamiento óptimo (Keyes, 2002).
9. **La curiosidad y la apertura a nuevas experiencias** mediante una orientación hacia la novedad, el cambio y el crecimiento personal (Vittersø, 2003).
10. **La motivación intrínseca y la consecución de objetivos** que son congruentes con los intereses y los valores personales (Ryan, Huta y Deci, 2008).

El aspecto más llamativo de estos diferentes constructos propuestos para operativizar y definir la felicidad eudaimónica es que ninguno de ellos captura completamente las raíces filosóficas de la eudaimonia como la describió Aristóteles (Kashdan *et al.*, 2008). Según él, la eudaimonia consistía en comportarse de una manera que es noble y provechosa para el propio bien de cada uno. De este modo, y considerando la teoría seminal aristotélica sobre la felicidad, las personas desarrollan su potencial o

capacidades y sólo ellas pueden alcanzar la eudaimonia trasladando la excelencia y virtud a las acciones que realicen en la vida. De acuerdo con Aristóteles, las personas aman comportarse virtuosamente, ya que esforzarse lo máximo posible para alcanzar la excelencia es ya de por sí valioso para ellas. Es valioso porque cuando nos comportamos según nuestro ideal (ya sea intencionalmente o no) las vidas de los que forman parte de nuestra esfera de influencia, también se ven beneficiadas. Aristóteles probablemente eligió estas palabras con sumo cuidado e incluso proporcionó una lista de virtudes para esforzarse (incluyendo el coraje, la templanza, la paciencia, la honestidad, el ingenio, la amabilidad y la modestia entre otras). Por último, la eudaimonia aristotélica se alcanzaba cuando, después de la muerte de una persona, los demás consideraban si “*él o ella habían vivido una “Buena Vida”*”.

Por otro lado, Biswas-Diener y colaboradores (2009) sugieren que el número de variables y constructos relacionados con la eudaimonia sirve para confundir, más que clarificar, este interesante concepto dada la ambigüedad existente. También indican que aún no se ha esclarecido cómo y porqué, por ejemplo, el “*flow*”, la vitalidad o la curiosidad están en el “bote” de la eudaimonia y no se incluyen otros como las experiencias emocionales positivas y los estados motivacionales que están en el “bote” hedónico. Esta misma ambigüedad también se aplica al sentido o significado de la vida, ya que es una valoración cognitiva que la persona hace de su propia vida. Como ya se ha mostrado, estos mismos autores critican que todavía permanecen los serios problemas que conlleva la inadecuada traducción de la eudaimonia desde la Filosofía hacia la Psicología.

A pesar de todo ello, en la revisión realizada por Ryan y Deci (2001) se concluye que el Bienestar Psicológico (Ryff, 1989a y b, 1995; Ryff y Singer, 1998) hunde sus raíces en la eudaimonia aristotélica, siendo el constructo psicológico más destacado que representa la teoría seminal aristotélica de la felicidad. Centrándonos en este constructo, en contraste a la tradición del Bienestar Subjetivo que ha mostrado especial interés en el estudio de los afectos y la satisfacción con la vida, el Bienestar Psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo. Por otro lado, desde la aproximación eudaimónica se sugiere que aunque las personas digan ser felices, no significa necesariamente que estén psicológicamente bien. Así, desde esta perspectiva, se considera que una persona está bien psicológicamente cuando desarrolla su verdadero potencial, o que existe una congruencia entre las metas que se propone y su verdadero *self*.

De esta manera, los psicológicos eudaimónicos han recogido el legado de la Psicología Evolutiva y Humanista y como ellos, animan a las personas a conocerse a sí mismas y a crecer como personas.

Los orígenes del constructo de Bienestar Psicológico se remontan a la abundante literatura generada en los años 50 y 60 que se tradujo en diferentes propuestas para la resolución óptima de los desafíos de la vida cotidiana. Así, los teóricos del desarrollo temprano como Erik Erikson (1959) y Bernice Neugarten (1973) señalaron diferentes modos para desenvolverse con éxito clasificados por edad, especificando las vías para que fueran llevados a cabo adecuadamente. Por otro lado, los psicólogos interesados en el crecimiento y desarrollo del individuo articularon constructos tales como la auto-realización (Abraham Maslow, 1968), el funcionamiento pleno (Carl Rogers, 1961), la madurez (Gordon Allport, 1961b) y la individualización (Carl Jung, 1933). Asimismo, los criterios de Jahoda (1958) de la salud mental positiva se sustentan en muchas de estas conceptualizaciones para ofrecer una descripción de lo que significa estar sano psicológicamente. Sin embargo, ninguna de las anteriores propuestas sobre el funcionamiento positivo humano llegó a tener un impacto significativo en el estudio del Bienestar Psicológico debido, principalmente, a la ausencia de fiabilidad y validez en los procedimientos de medida.

Además de lo anterior, Fernández-Abascal (2009) señala en su revisión que la mayoría de los estudios sobre Bienestar Psicológico han carecido de un marco teórico que los respalde, centrándose fundamentalmente en el desarrollo de instrumentos para su medida. Sin embargo este autor señala que dentro de la conceptualización teórica del Bienestar Psicológico hay que diferenciar a su vez dos tipos de teorías: las motivacionales y las dimensionales.

Dentro de las teorías basadas en conceptos motivacionales se encuentra la *Teoría de la Autodeterminación* de Ryan y Deci (2000, 2001). Estos autores parten de la idea de que las personas difieren en cuanto a su estilo de regulación, que va desde el estilo amotivacional o inactivo hasta el estilo basado en la motivación extrínseca o el basado en la motivación intrínseca o proactivo (ver *Tabla 6*). Los anteriores estilos motivacionales están provocados por tres necesidades psicológicas básicas, universales e innatas: el ser competente, la autonomía y la de las relaciones interpersonales. Según esta teoría, la gratificación de estas necesidades es una clave predictiva del Bienestar Psicológico y el desarrollo social. Así, las personas amotivacionales tiene una orientación impersonal y se

ven a sí mismas como incompetentes e incapaces de manejar las situaciones; pueden llevar a experimentar sentimientos depresivos respecto a las situaciones pasadas y ansiedad en relación con las nuevas. En el extremo contrario, las personas con motivación intrínseca tienen una orientación hacia la autonomía y un alto grado de elección respecto a la iniciación y regulación del propio comportamiento, interpretan las situaciones como promotoras de autonomía, organizan sus acciones en función de sus metas e intereses personales y sus acciones van acompañadas de sentimientos de competencia y autodeterminación.

Tabla 6
Modelo de autorregulación de Deci y Ryan (2000, 2001) y sus correspondientes locus de causalidad (Fernández-Abascal, 2009)

Estilo motivacional	Amotivación	Motivación Extrínseca				Motivación Intrínseca
		Regulación Externa	Introyección	Identificación	Integración	
Procesos asociados	Percepción no contingencia					
	Baja percepción de competencia	Saliencia de recompensas o castigos extrínsecos	Implicación del yo	Valoración consciente de la actividad	Síntesis jerárquica de metas	Interés y disfrute
	No relevancia	Conformidad / reactancia	Focalización de la atención en el yo y en los otros	Autoapoyo del yo a las metas	Congruencia	Satisfacción inherente
	No intencionalidad					
Locus de causalidad percibido	Impersonal	Externo	Algo externo	Algo interno	Interno	Interno

Siguiendo la *Teoría de la Autodeterminación* se pueden distinguir dos procesos fundamentales por los que las personas desarrollan estos estilos de regulación diferentes: uno de carácter cognitivo y otro de tipo afectivo. El primero de ellos es el locus de causalidad percibido; de esta forma, cuando la conducta está motivada intrínsecamente, se dice que el locus de causalidad es interno, es decir, que la persona percibe que la causa de una determinada conducta son sus propias necesidades intrínsecas; sin embargo, cuando percibe las causas del comportamiento fuera de ella, su locus de causalidad percibido se convierte en externo y realizará la conducta sólo si cree que después vendrá una recompensa extrínseca. El segundo proceso, que es de carácter afectivo, se refiere a los sentimientos de competencia y autodeterminación. Los éxitos dan a entender a la persona que es competente y que es ella la que determina su propia conducta, lo cual a su vez aumenta su motivación intrínseca, mientras que las recompensas externas le van a transmitir la sensación contraria y la disminuyen. La persona que tiene un alto grado de elección respecto a la iniciación y regulación del propio comportamiento interpreta las situaciones como promotoras de autonomía y organizará sus acciones en función de sus metas e intereses personales.

Por último, según Ryan y Deci (2001) la *Teoría de la Autodeterminación*, la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas fomenta el Bienestar Subjetivo, además del Bienestar Psicológico. De esta forma, se cerraría el debate sobre una supuesta antítesis de ambos tipos de bienestar: hedónico vs. eudaimónico (Ryan *et al.*, 2008). Por lo tanto, ambos tipos de bienestar pueden considerarse como diferentes “*vías hacia la felicidad*” (Seligman, 2002); donde la concepción eudaimónica se centraría en el contenido de la propia vida y en los procesos implicados en vivir bien, mientras que la concepción hedónica se centra en un resultado específico, concretamente en conseguir la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, y una sensación global de satisfacción con la propia vida.

Entre las teorías dimensionales del Bienestar Psicológico quizá la más elaborada e interesante sea el modelo multidimensional de Ryff (1989 a y b), extendiendo este constructo desde la perspectiva eudaimónica. Keyes y colaboradores (2002) definen el Bienestar Psicológico como “*el compromiso con los cambios existenciales de la vida*” (p. 1007) y defienden que esta concepción eudaimónica del Bienestar Psicológico está asociada a determinados criterios de desarrollo positivo de las personalidad que va más allá de un simple balance de afectos positivos y negativos, estando estrechamente relacionado

con el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal. A partir de esta asunción, Ryff (1989b) propone un modelo teórico constituido por seis dimensiones relacionadas con las necesidades, motivos y atributos que cualquier persona, en un estado normal de salud, debe satisfacer para ser feliz. Hay que señalar que Ryff (1989 a y b) consideró los puntos clave de la convergencia entre todas las anteriores concepciones de los psicólogos del desarrollo y humanistas.

Las seis dimensiones que componen el modelo multidimensional del Bienestar Psicológico de Ryff (1989 a y b) son las siguientes:

- **Autoaceptación:** implica una actitud positiva hacia el yo, hacia uno mismo. Se trata de uno de los criterios centrales del Bienestar Psicológico. Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. De esta forma, tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo (Keyes *et al.*, 2002). Por lo tanto, las personas con un alto nivel de autoaceptación se caracterizan por tener una elevada autoestima.
- **Relaciones Positivas con otras personas:** o la creencia de que se tienen relaciones de confianza, calidad, empatía e intimidad con otros. Esta capacidad es importante mantenerla (Erikson, 1996; Ryff y Singer, 1998), ya que la gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. Un componente fundamental del Bienestar Psicológico es la capacidad de amar y de ser amado (Allardt, 1996) y, por lo tanto, de la salud mental (Ryff, 1989b). Así, diversos estudios (p.ej., Berkman, 1995; Davis, Morris y Kraus, 1998) han demostrado que el aislamiento social, la soledad y la pérdida de apoyo social están consistentemente relacionadas con el riesgo de padecer una enfermedad, reduciendo el tiempo de vida. En suma, para lograr un buen nivel de Bienestar Psicológico es muy importante que el individuo sea capaz de establecer relaciones sociales estables y positivas, de modo que tenga a otras personas (familiares, amigos, compañeros) a las que amar y en las que confiar.
- **Autonomía:** se trata de la capacidad de ser independiente, de regular la conducta por normas internas y ser capaz de resistir la presión social. Para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal (Ryff y Keyes, 1995). Las personas autónomas

son capaces de resistir en mayor medida la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento (Ryff y Singer, 2002). Por lo tanto, la persona debe reforzar sus convicciones (autodeterminación) y defender su nivel de independencia y autoridad personal, con el fin de limitar los efectos de la presión social y autorregular adecuadamente su conducta en los diferentes contextos sociales.

- **Dominio del Entorno:** se trata de la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer sus deseos y necesidades propias considerándose como otra de las características del funcionamiento positivo. De esta manera, las personas con alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea. De esta manera, las personas con un alto dominio del mundo se caracterizan por tener un locus de control interno y un alto nivel de autoeficacia.
- **Propósito en la Vida:** implica que las personas den un significado y sentido a sus vidas. Las personas necesitan marcarse metas, definir una serie de objetivos personales que promuevan la motivación para actuar y desarrollarse, permitiéndoles dotar a su vida de un cierto sentido, propósito y dirección.
- **Crecimiento Personal:** también llamado desarrollo personal. El funcionamiento positivo óptimo requiere el empeño por desarrollar las potencialidades, por seguir creciendo como persona y por elevar al máximo las propias capacidades (Keyes *et al.*, 2002). Por lo tanto, todos los individuos están obligados a desarrollar sus potencialidades con el fin de crecer como personas y, de esta forma, alcanzar el máximo de sus capacidades.

Según Ryff (1989a), estas dimensiones van variando con el ciclo vital, de tal manera que el crecimiento personal y los propósitos de vida van disminuyendo con el tiempo y, por el contrario, el dominio del medio ambiente y la autonomía van creciendo progresivamente. Por lo tanto, según este modelo las personas que presentan un alto Bienestar Psicológico son aquellas que: a) se sienten bien consigo mismos incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones; b) han desarrollado y mantenido relaciones cálidas con los demás; c) han desarrollado un marcado sentido de individualidad y libertad personal; d) dan forma a su medio para así satisfacer sus necesidades y deseos; e) han encontrado un propósito que unifica sus esfuerzos y retos; y, por último, f) mantienen una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de sus capacidades.

Hay que señalar que este modelo multidimensional del Bienestar Psicológico propuesto por Ryff (1989a y b) ha recibido algunas críticas. Una de las principales es que su concepción del bienestar eudaimónico constituye una visión excesivamente etnocéntrica del constructo, al recoger perspectivas propias de las sociedades individualistas contemporáneas, basadas en la noción de “éxito”. Estas críticas incluso se han extendido a la Psicología Positiva (Gable y Haidt, 2005). Por ello, ya van Dierendonck (2004) propuso incluir la espiritualidad como dimensión complementaria a las seis anteriores. Aún más recientemente, y ya en nuestro país, Rodríguez-Carvajal, Díaz, Moreno-Jiménez, Blanco y van Dierendonck (2010) propusieron extender el modelo original con dos nuevas dimensiones: los recursos internos y la vitalidad. Aunque los anteriores estudios han demostrado que las nuevas dimensiones propuestas permiten extender el modelo multidimensional del Bienestar Psicológico propuesto por Ryff (1989a y b) contemplando elementos importantes de dicho constructo, la realidad es que en la actualidad el modelo original compuesto por las anteriores seis dimensiones es el más aceptado y más ampliamente empleado por la comunidad científica. Por ello, dicho modelo es el que se va a considerar en la presente investigación.

2.5.2. La medida del Bienestar Psicológico

Existen muy pocos instrumentos de medida que evalúen el bienestar eudaimónico en general. Vázquez y colaboradores (2009) incluyen dentro de los mismos al **VIA-IS** (“*Values in Action Inventory of Strengths*”) de Peterson y Seligman (2003). Como ya se expuso en el apartado de *Psicología Positiva*, dentro de la misma se consideraba que, para alcanzar un funcionamiento psicológico óptimo, el individuo debía de desarrollar sus fortalezas y virtudes.

El VIA-IS evalúa las 24 fortalezas y sus correspondientes 6 virtudes propuestas por Peterson y Seligman (2003), mediante 48 ítems, 2 por cada fortaleza (uno positivo y otro negativo). Los ítems se puntúan siguiendo una escala tipo Likert de cinco puntos, de 1 (“*impropio de mí*”) a 5 (“*muy propio de mí*”), obteniendo puntuaciones que permiten comparar cuales son las fortalezas y virtudes más importantes para el individuo evaluado. Todas las escalas del VIA-IS obtuvieron un coeficiente alfa de Cronbach que superaba 0,70. Además exhibió una buena permanencia en el tiempo (>0,70), al realizarse el test-

retest 4 meses después. Tras los resultados obtenidos, Peterson y Seligman (2003) afirman, que tras administrar el VIA-IS a más de 150.000 adultos, queda demostrada su fiabilidad y validez mediante dicha potente base experimental.

Aunque el VIA-IS también evalúa el funcionamiento psicológico de la persona, no evalúa específicamente el constructo de Bienestar Psicológico definido por Ryff (1989a) y cuyo modelo multidimensional del mismo está compuesto por las anteriores seis dimensiones expuestas. La propia Ryff (1989b) desarrolló un instrumento para evaluarlas conocido como “*Escalas de Bienestar Psicológico*” (*EBP*) (“*Scales of Psychological Well-Being*”; *SPWB*) que consta de 120 ítems (20 ítems por escala). Sin embargo, dada la longitud de este instrumento de medida se propusieron varias versiones abreviadas en los años posteriores.

De esta manera, Ryff, Lee, Essex y Schumutte (1994) propusieron una versión de 14 ítems por escala, mientras que Ryff y Singer (2002) desarrollaron otra versión de 9 ítems por escala. Sin embargo, la versión reducida más empleada por la mayoría de la investigaciones hasta la fecha (p.ej., Keyes *et al.*, 2002; Linley *et al.*, 2009) dada su brevedad, es la realizada por Ryff y Keyes (1995) que incluyeron solamente 3 ítems por dimensión (18 ítems en total). Van Dierendonck (2004) analizó las propiedades psicométricas de las anteriores versiones breves y concluyó que las versiones de 14 y 9 ítems por dimensión tenían una buena consistencia interna, pero no se ajustaban al modelo teórico de las seis dimensiones. Lo contrario ocurrió con la versión breve de Ryff y Keyes (1995) que se ajustaba al modelo pero su consistencia interna fue baja. Por todo ello, van Dierendonck (2004) propuso una versión de 39 ítems en la que las escalas tenían entre 6 y 8 ítems, con valores de consistencia interna entre 0,78 y 0,81 y un ajuste relativamente aceptable.

En nuestro país, Díaz y colaboradores (2006), adaptaron al castellano la versión de van Dierendonck (2004) de las EBP. El instrumento resultante estuvo finalmente constituido por 29 ítems, que se puntúan en una escala de 7 puntos desde 0 (“*totalmente en desacuerdo*”) a 6 (“*totalmente de acuerdo*”). Este instrumento cuenta con excelentes propiedades psicométricas y su fiabilidad y validez factorial son buenas (Díaz *et al.*, 2006; van Dierendonck, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco y Moreno-Jiménez, 2008), mejorando la versión abreviada de partida de van Dierendonck (2004).

Las dimensiones evaluadas por las EBP de la versión española, que son las mismas que en las escalas originales, evalúan diferentes aspectos del funcionamiento psicológico positivo (para más detalle, ver apartado de *Instrumentos de Medida*):

- **Autoaceptación (4 ítems):** p. ej. “*me siento satisfecho conmigo mismo*”.
- **Relaciones Positivas con otras personas (5 ítems):** p. ej. “*la gente puede describirme como una persona que comparte*”.
- **Autonomía (6 ítems):** p. ej. “*tengo confianza en mis opiniones, incluso si son contrarias al consenso general*”.
- **Dominio del Entorno (5 ítems):** p. ej. “*mi vida es un continuo proceso de cambio, aprendizaje y desarrollo*”.
- **Propósito en la Vida (5 ítems):** p. ej. “*tengo claro la dirección y el objetivo de mi vida*”.
- **Crecimiento Personal (4 ítems):** p. ej. “*mi vida es un continuo proceso de cambio, aprendizaje y desarrollo*”.

2.6. RELACIONES ENTRE BIENESTAR SUBJETIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

Una vez definidos los constructos de Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico se puede comprobar cómo existen diferencias conceptuales entre los mismos. Sin embargo, por lo que respecta al Bienestar Psicológico, éste ha sido menos investigado y existen aún controversias sobre su definición. Como argumenta Waterman (2008), existe una disyunción fundamental, en las diferentes interpretaciones que se han hecho de la eudaimonia, y podría decirse que otros estudiosos de este campo se han perdido en el empleo de sus bases teóricas y terminológicas. Esto combinado con el hecho de que las aproximaciones eudaimónicas han sido investigadas desde hace sólo veinte años, y las aproximaciones hedónicas han sido estudiadas mucho más ampliamente desde hace más del doble de ese tiempo, no es sorprendente que el Bienestar Subjetivo se entienda mejor y esté definido más rigurosamente (Waterman, 2008). A pesar de todo ello, las investigaciones realizadas en este campo de investigación muestran que ambos constructos están relacionados, aunque sean distintos (Keyes *et al.*, 2002; Linley *et al.*, 2009).

Según Sanjuán (2011), muy pocos estudios se han dedicado a examinar las relaciones entre las medidas del Bienestar Subjetivo y Psicológico, y sus resultados no son del todo consistentes. Los estudios señalan correlaciones desde un rango muy bajo (el más bajo = 0,08) a alto (el más alto = 0,84) entre ambos constructos (Compton, Smith, Cornish y Qualls, 1996; Kafka y Kozma, 2002; Keyes *et al.*, 2002; Linley *et al.*, 2009; Ryff y Keyes, 1995; Waterman, 2007), dependiendo de la dimensión en particular y de la medida empleada. De esta manera, los estudios que emplearon el análisis factorial han encontrado que el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico están relacionados y que diferentes componentes de sus medidas saturan en factores relacionados pero distintos (Compton, 1998; Compton *et al.*, 1996; Kafka y Kozma, 2002; Keyes *et al.*, 2002). A pesar de la relación encontrada empíricamente, Sanjuán (2011) advierte que debemos ser cautelosos con algunas de las conclusiones de estos estudios (Keyes *et al.*, 2002; Ryff y Keyes, 1995) ya que algunos de ellos emplearon escalas de ítem único para medir la satisfacción con la vida y/o los afectos.

A continuación se analizarán los estudios que sugieren que el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico son constructos distintos, pero relacionados. Uno de los primeros fue el llevado a cabo por Ryff y Keyes (1995) que emplearon datos de múltiples estudios

para investigar las asociaciones entre ambos constructos. Estos autores hallaron asociaciones moderadas entre dos EBP (autoaceptación y dominio del entorno) y medidas de felicidad y satisfacción con la vida, aunque las cuatro EBP restantes mostraron relaciones mixtas o débiles con el Bienestar Subjetivo. Posteriormente, Compton y colaboradores (1996) encontraron la existencia de relaciones entre el Bienestar Subjetivo (entre sus medidas se encontraba el SWLS) y el crecimiento personal (evaluado mediante las EBP). Estos autores señalaron que este resultado ya apoyaba la hipótesis de las teorías que consideran que ambos están relacionados pero que no son idénticos. De esta forma, Compton y colaboradores (1996) concluyen que la salud mental parece estar definida por dos factores: el Bienestar Subjetivo y el crecimiento personal (aunque el primero acumulaba la mayor parte de la varianza de las medidas empleadas en su estudio).

Sin embargo, más recientemente se han llevado a cabo dos investigaciones que han apoyado la teoría emergente en este campo de que Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico son dos constructos relacionados pero distintos. La primera de ellas es la llevada a cabo por Keyes y colaboradores (2002) donde se empleó una muestra total de 3.032 personas de edades comprendidas entre los 25 y 74 años. Las medidas que se aplicaron para evaluar el Bienestar Subjetivo fueron, por un lado, la *Escalera de Autoevaluación* de Cantril (1965) para determinar la satisfacción con la vida y, por otro lado, una escala propia consistente en 6 tipos de indicadores de afecto negativo y otros 6 de afecto positivo para evaluar los afectos. Por lo que respecta a la medida del Bienestar Psicológico, se empleó la versión abreviada de las EBP de Ryff y Keyes (1995) consistente en 18 ítems (3 ítems para cada una de las seis dimensiones de dicho constructo). Mediante la realización de análisis factoriales confirmatorios, obtuvieron seis modelos que explicaban la relación entre ambos constructos y sus componentes. Sin embargo, obtuvieron un modelo que se ajustaba más a los resultados obtenidos en el estudio y que, además, los relacionaba más potentemente y con mayores cargas en cada uno de sus componentes. En la *Figura 4* se muestra dicho modelo, donde se puede comprobar cómo el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico obtuvieron un coeficiente de correlación alto (de 0,84), mientras que sus respectivos componentes constituyentes cargaron en factores de primer orden distintos y separados. Por lo tanto, los análisis factoriales confirmaron la existencia de dos constructos relacionados pero distintos. Hay que señalar que este mismo resultado ha sido replicado en China por Biaobin, Xue y Lin (2004).

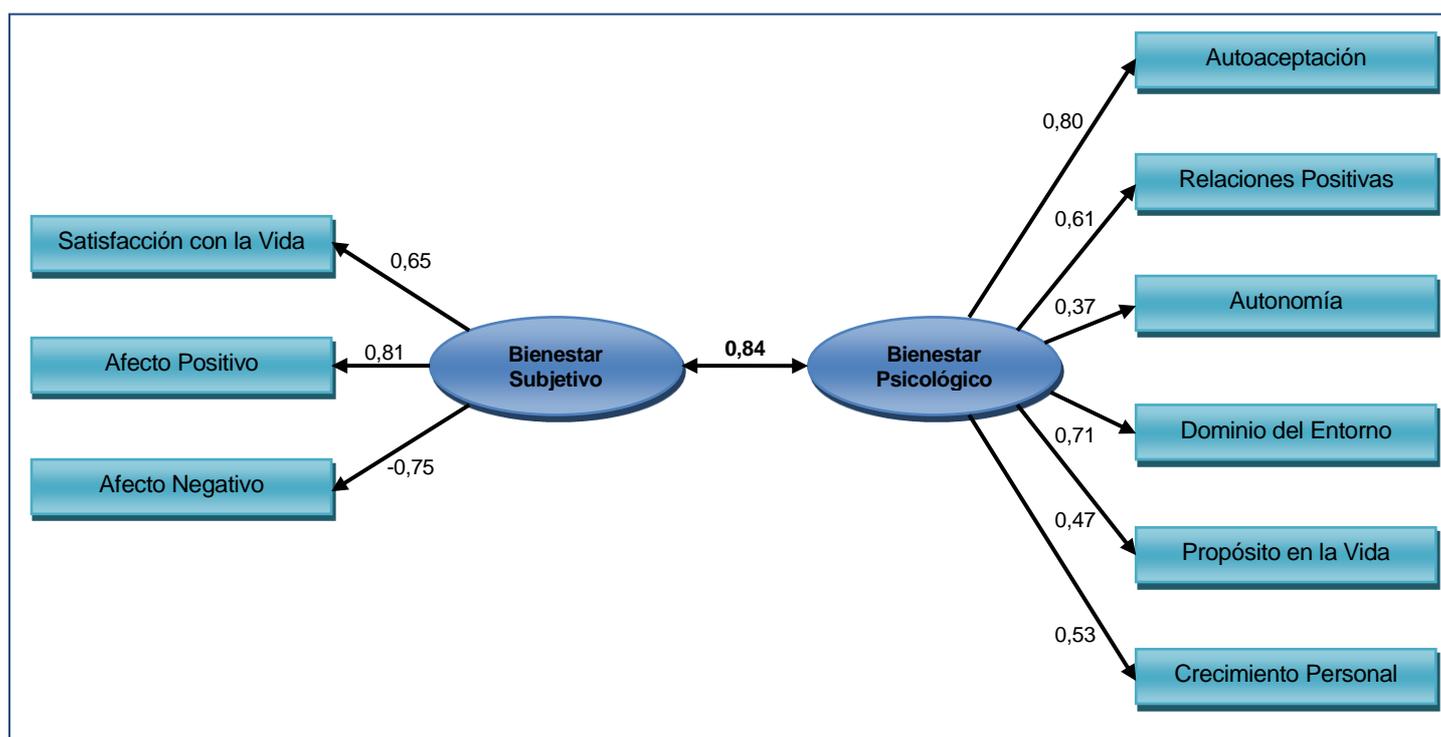


Figura 4. Correlaciones entre Bienestar Subjetivo, Bienestar Psicológico y sus respectivos componentes (Keyes, Ryff y Shmotkin, 2002)

Por otro lado, Keyes y colaboradores (2002) hallaron que la probabilidad de experimentar un bienestar óptimo (definido por un alto Bienestar Subjetivo y Psicológico) se incrementó con la edad, la educación, la extraversión y el tesón, mientras que el neuroticismo lo disminuyó. Asimismo, comparados con adultos más altos en Bienestar Subjetivo y Psicológico, los adultos más altos en Bienestar Psicológico que Subjetivo fueron más jóvenes, con mayor nivel educativo, y mostraron mayor apertura mental. Los anteriores autores concluyen que sus resultados son coherentes con las formulaciones que sugieren que la felicidad personal es contingente con comprometerse con una vida decidida y con sentido (Baumeister, 1991; Dykman., 1998; Wong y Fry, 1998). Sin embargo, Keyes y colaboradores (2002) señalan que sus hallazgos no expresan que nos encontremos ante dos caminos distintos hacia la felicidad, sino ante dos tradiciones del bienestar que son empíricamente distintas.

También el reciente estudio de Linley y colaboradores (2009) han mostrado que estos dos constructos están relacionados, pero que son distintos. Estos autores emplearon

una muestra total de 2.593 personas de edades comprendidas entre los 18 y 63 años. Sin embargo, estos autores emplearon, a diferencia de Keyes y colaboradores (2002), los instrumentos más utilizados en la actualidad para evaluar el Bienestar Subjetivo, es decir, el PANAS (Watson *et al.*, 1988) y la SWLS (Diener *et al.*, 1985). Para evaluar el Bienestar Psicológico emplearon la misma escala empleada por Keyes y colaboradores (2002), la versión abreviada de las EBP de Ryff y Keyes (1995) de 18 ítems. Otra diferencia con el estudio de Keyes y colaboradores (2002) fue que llevaron a cabo un análisis de los datos más completo mediante el empleo inicialmente de un análisis factorial exploratorio y después de un análisis factorial confirmatorio. Este último, con una muestra total de 1.632 personas, arrojó un modelo compuesto por dos factores de primer orden relacionados y cuyos componentes saturaban en los mismos de forma independiente (ver *Figura 5*). Además, estos autores encontraron que la estructura del Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico no cambia en función de variables como el sexo, la edad o la cultura.

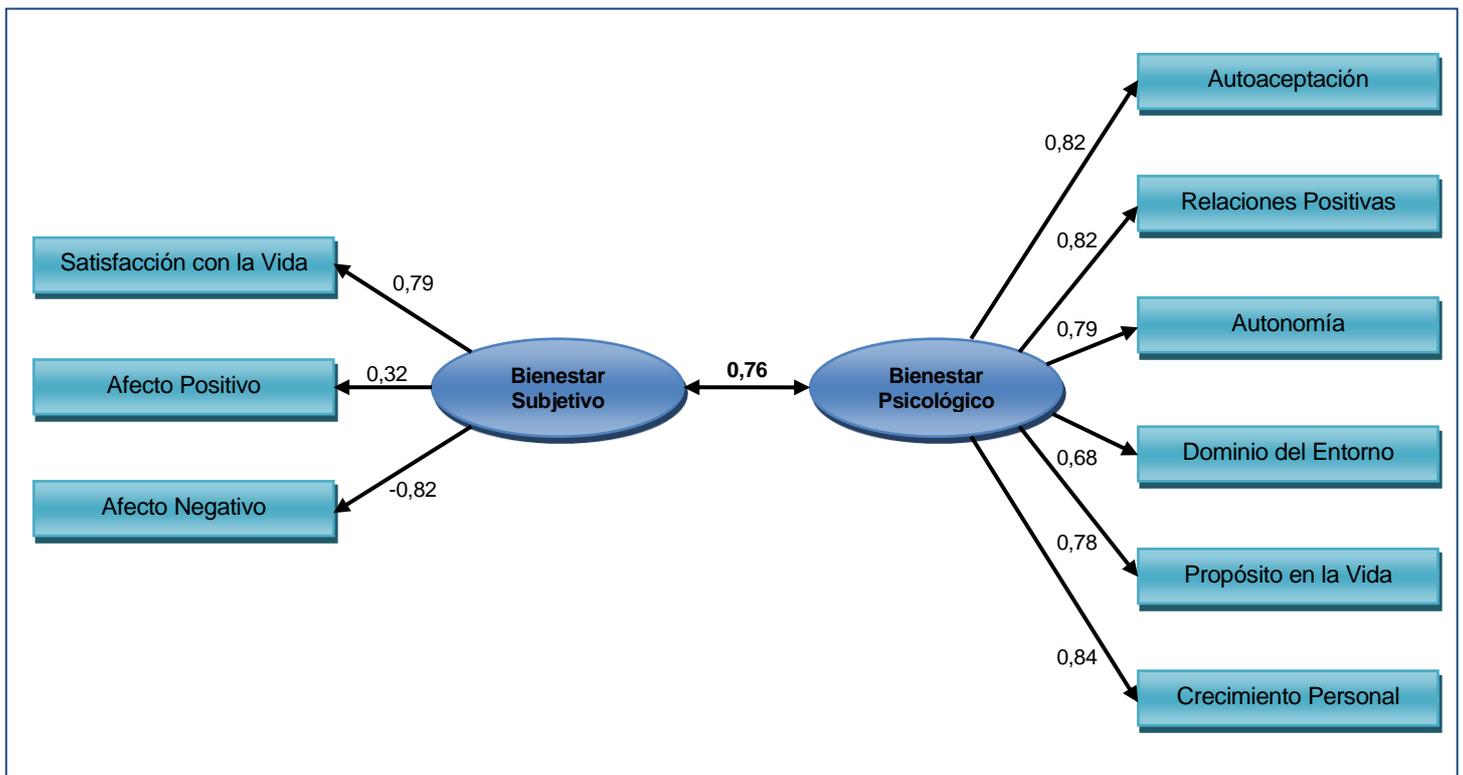


Figura 5. Correlaciones entre Bienestar Subjetivo, Bienestar Psicológico y sus respectivos componentes (Linley, Maltby, Wood, Osborne y Hurling, 2009)

Si comparamos estos resultados con los de Keyes y colaboradores (2002) contemplando sus correspondientes figuras, se puede comprobar cómo la correlación entre el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico es algo menor (aunque sigue siendo alta) en el de Linley y colaboradores (2009) (de 0,76 frente a 0,84) y que las correlaciones entre ambos constructos y sus correspondientes componentes es, en general, mayor en este último estudio que en el de Keyes y colaboradores (2002). Sin embargo, sorprende que Linley y colaboradores (2009) obtuvieran una correlación tan baja entre el afecto positivo y el Bienestar Subjetivo (de 0,32).

De los resultados de las dos anteriores investigaciones se puede concluir que, como proponen Kashdan y colaboradores (2008), el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico están más estrechamente relacionados de lo que se creía previamente. Asimismo, estos autores sostienen que el Bienestar Subjetivo puede ser un prerrequisito del Bienestar Psicológico, apoyándose en la evidencia de que la inducción de afecto positivo conduce a los sujetos a informar de niveles más elevados de propósitos en la vida (King, Hicks, Krull y Del Gaiso, 2006). Además, Waterman (2008) extiende este argumento desde una perspectiva teórica y lógica, apuntando la asimetría entre las relaciones entre el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico. Waterman afirma que existen tres posibles categorías dentro de estas relaciones. Primera, las ocasiones en que la hedonía y la eudaimonia están presentes. Segunda, las ocasiones en que la hedonía, pero no la eudaimonia, está presente. Tercera, las ocasiones en que ninguna de las dos está presente. Dado que la hedonía emerge cuando “uno tiene lo que quiere” y, dado que la eudaimonia se encuentra entre “las cosas que uno quiere”, Waterman propone que necesariamente se deduce que no es lógicamente posible experimentar eudaimonia en ausencia de hedonía. Por otro lado, el resultado de Linley y colaboradores (2009) de que el afecto positivo obtuviera la carga más baja de las variables de su modelo propuesto, apoya la hipótesis de Waterman de que el afecto positivo no forma parte del núcleo del bienestar. Esta hipótesis iría en contra de lo que hasta ahora se había asumido: que en el núcleo del bienestar estaba el afecto positivo (Kashdan *et al.*, 2008).

A pesar de los anteriores resultados, otros estudios han mostrado que el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico están diferencialmente relacionados con varios criterios. Por ejemplo, McGregor y Little (1998) hallaron dos factores principales distintos: uno denominado como Felicidad (en la que se incluía la depresión, el afecto positivo, y la satisfacción con la vida) y otro llamado Significado ó Sentido (donde se incluían cuatro

EBP de Ryff (1989b): crecimiento personal, propósito en la vida, relaciones positivas con los demás y autonomía). Esta distinción fue validada por los anteriores autores a través de análisis factoriales, encontrándose una asociación diferencial, por una parte, de la Felicidad con el éxito de las metas propuestas (o la eficacia), y por otra parte, del Significado ó Sentido con la consistencia entre las metas propuestas y los aspectos centrales del *self* (o la integridad) con la eficacia hacia objetivos. Waterman, Schwartz y Conti (2008) analizaron las relaciones entre estas diferentes concepciones del bienestar y los distintos componentes de motivación intrínseca. Estos autores concluyeron que el Bienestar Subjetivo estaba más potentemente relacionado con los componentes de interés y de compromiso en actividades que el Bienestar Psicológico, mientras que éste estaba más fuertemente asociado con el balance de los componentes de desafíos y habilidades más los valores del componente de autorrealización que el Bienestar Subjetivo.

Considerando globalmente todos estos resultados, Sanjuán (2011) señala que las perspectivas del Bienestar Subjetivo y Psicológico reflejan diferentes aspectos, los cuales están relacionados, pero que, al mismo tiempo, son diferentes. De esta forma, esta autora propone que el Bienestar Psicológico se centra en diferentes procesos que implican un funcionamiento psicológico efectivo, mientras que el Bienestar Subjetivo se centra en los resultados. Esto es, el Bienestar Psicológico se refiere a cómo una persona vive, y el Subjetivo se refiere a un resultado o estado psicológico particular. En este sentido, el afecto positivo y la satisfacción con la vida pueden ser considerados como las consecuencias de alcanzar un funcionamiento psicológico efectivo (Sanjuán, 2011).

Apoyándose en estudios que han encontrado que las personas sacan provecho de su experiencia emocional para formarse juicios de cómo de satisfechas están con sus vidas (Schwarz y Clore, 1983, 2007) y en la sugerencia de algunos autores de que una consecuencia de vivir bien es experimentar un afecto positivo (Ryan *et al.*, 2008), Sanjuán (2011) propone el balance afectivo positivo como una variable moderadora en las relaciones entre el funcionamiento psicológico efectivo (Bienestar Psicológico) y el juicio sobre la satisfacción con la vida. Mediante el procedimiento ideado por Baron y Kenny (1986) y la aplicación posterior del test de Sobel (1988), esta autora puso a prueba el posible rol mediador del balance afectivo entre las diferentes dimensiones del funcionamiento psicológico efectivo y la satisfacción con la vida. Los resultados mostraron que para 4 de las 6 dimensiones del Bienestar Psicológico el balance afectivo medió las relaciones entre ellas y la satisfacción con la vida. De esta forma, los resultados obtenidos

por Sanjuán (2011) muestran que las relaciones positivas experimentadas con los otros, la autonomía, el propósito en la vida y el crecimiento personal están asociados con sentimientos positivos, las cuáles, dirigen hacia juicios de satisfacción con la vida. Por otro lado, la autoaceptación y el dominio del entorno tienen un impacto directo en el balance afectivo y la satisfacción con la vida.

El hecho de que el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico estén relacionados con diferentes criterios o aspectos del funcionamiento psicológico óptimo de una persona, refleja las diferencias teóricas entre ambos constructos. De esta manera, Waterman (2007) señala que, a pesar de que la evidencia empírica revele la alta correlación entre las medidas de hedonía y eudaimonia (Keyes *et al.*, 2002; Linley *et al.*, 2009), existen diferencias conceptuales entre las mismas. Este autor se centra en el posible traslado del concepto de adaptación hedónica (o “*rueda hedónica*”) a la eudaimonia. Como se recordará, la adaptación hedónica consiste en asumir que el ser humano, tarde o temprano, se acostumbra y adapta a los estados placenteros o felices. Así cuando ya los ha alcanzado no se siente igual de feliz, sino que vuelve a su línea de base. Por lo tanto, aspirará a alcanzar otros estados que le hagan feliz, repitiéndose el ciclo, girando en una rueda continua de placer. El planteamiento de este símil con la eudaimonia podría ser posible, ya que las experiencias de “*flow*” (Csikszentmihalyi, 1990) pueden interpretarse como un indicador de eudaimonia. De esta manera, las experiencias que hacen “*fluir*” a las personas a través de determinadas actividades, sumergiéndolas en un estado de ensimismamiento que les produce placer y felicidad, pueden estar constituyendo una “*rueda eudaimónica*”. Por lo tanto, una vez más se cumpliría la afirmación pesimista de Brickman y Campbell (1971) que señala que muy poca gente puede cambiar los niveles de felicidad a largo plazo. Sin embargo, Waterman (2007) indica que las experiencias que hacen “*fluir*” a las personas tienen como objetivo incrementar los niveles de desafío cada vez más, por lo que el esfuerzo es casi ilimitado. Sería más adecuado, en consecuencia, hablar de “*escalera eudaimónica*” más que de rueda, ya que la persona se esfuerza para conseguir un nivel mayor de destreza y logro.

A pesar de todo ello, podría formularse la objeción de que incrementar los niveles de desafío durante mucho tiempo, puede conducir inevitablemente a la frustración. Se cumpliría así el Principio de Peter (1969) que afirma que con el paso del tiempo, una persona tiende a alcanzar su nivel de incompetencia. Sin embargo, Waterman (2007) señala que la eudaimonia no es el producto de conseguir éxito en una tarea o proyecto, sino

de esforzarse para conseguir la excelencia en el desarrollo y empleo de los talentos. Por lo tanto, este autor concluye que el empleo del concepto de “*rueda eudaimónica*” no es posible teniendo en cuenta el propio origen del constructo del Bienestar Psicológico.

En conclusión, las diferencias teóricas y conceptuales junto a la evidencia empírica encontrada hasta el momento que relaciona el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico, reflejan los diferentes enfoques que se han propuesto desde la Psicología sobre el bienestar o felicidad. No se tratarían de “dos tipos de felicidad” sino de dos tradiciones de investigación psicológica de la felicidad. Como concluyen Kashdan y colaboradores (2008) ambos constructos “*se solapan conceptualmente y pueden incluir mecanismos psicológicos que operan conjuntamente*” (p. 219). Por lo tanto, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico constituyen maneras genuinamente distintas de entender lo que implica “*sentirse bien*”.

3. RELACIONES ENTRE SALUD, BIENESTAR SUBJETIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

La noción de que la salud y la felicidad están relacionadas viene de muy antiguo. Así, la relación entre los procesos mentales y los orgánicos ha estado presente desde los inicios de la Medicina. Por otro lado, una constante de la Psicología Positiva es la afirmación de que experimentar con mucha frecuencia un estado afectivo positivo facilita una adecuada adaptación a las distintas circunstancias de la vida y tener una buena salud física y mental. A continuación se hará un breve repaso histórico de los hitos que han marcado dicha relación.

Hipócrates (460-370 a.C.), médico griego, creía que las “pasiones” influían en el cuerpo y podían causar enfermedad. Galeno (130-200 d.C.), también médico griego, propuso que cada emoción está asociada a un fluido específico del cuerpo (bilis negra, bilis amarilla, sangre y flema) y que el exceso de cada uno de ellos llevaba a una enfermedad específica. Esta tendencia que relacionaba directamente mente y cuerpo cambió en el siglo XIX. Este cambio surgió tras el auge de los grandes anatomistas del siglo XVI, y provocó que los médicos empezaran a creer que todas las enfermedades eran consecuencia de las anomalías de la anatomía.

A principios del siglo XX, Walter Cannon retomó el interés en la relación entre afecto, fisiología y salud. Los trabajos de Cannon (1911) inspiraron a dos escuelas teóricamente distintas en el estudio de la relación entre bienestar y salud. En los años veinte y treinta, la escuela llamada “*medicina psicosomática*”, que tuvo como máximo representante a Franz Alexander (1939), trató de explicar numerosas enfermedades físicas (asma, úlceras gástricas y enfermedades cardíacas) en términos de anomalías de la mente. Por lo tanto, las enfermedades somáticas o corporales se originaban a partir de una alteración psíquica. Por otro lado, la otra escuela introdujo el concepto de estrés mediante los trabajos de Hans Selye (1936, 1956), que definió el conocido “síndrome general de adaptación” como un patrón de respuesta al estrés no específico que implica un esfuerzo del organismo por adaptarse y sobrevivir. Después, los teóricos cognitivos estudiaron los procesos de valoración y de atribución de las personas a la hora de hacer frente a los estresores, ya que éstos producían diferentes respuestas en los individuos. Así, Seligman (1975) definió el fenómeno de “*indefensión aprendida*”. El traslado cognitivo a la investigación del estrés reintrodujo la emoción dentro del estudio del estrés y la salud.

Otros autores hacen referencia a que las emociones positivas, como el caso de la felicidad, sirven de antídotos eficaces contra la preparación fisiológica y psicológica tan específica que acompaña a los estados emocionales negativos. En este sentido Fredrickson y colaboradores (Fredrickson y Levenson, 1998; Fredrickson, Mancuso, Branigan y Tugade, 2000) plantean dos hipótesis cuya comprobación sirve de apoyo a esta afirmación. En primer lugar, observan en sus investigaciones que las emociones positivas tienen la capacidad de regular la aceleración cardiovascular que se produce tras una emoción negativa, favoreciendo una recuperación más rápida de la actividad del sistema nervioso autónomo. En segundo lugar, prueban la capacidad que estas emociones tienen para restablecer el pensamiento flexible, favoreciendo un mejor entendimiento de las situaciones complejas y un mayor distanciamiento emocional ante los acontecimientos negativos y estresantes (Keltner y Bonanno, 1997; Lyubormisky y Tucker, 1998). Fredrickson y colaboradores concluyen que se pueden extraer importantes consecuencias para la regulación emocional, ya que las emociones positivas serían antídotos eficaces contra los efectos fijos que acompañan a las emociones negativas (Fredrickson y Levenson, 1998; Fredrickson *et al.*, 2000).

Sin embargo, Fernández-Abascal (2009) señala en su revisión que la salud no se deriva de modelos simplistas en los que son maximizadas las emociones positivas y minimizadas las negativas. Más bien, el funcionamiento óptimo requiere formulaciones refinadas de cómo las dos trabajan beneficiándose mutuamente (Ryff y Singer, 2003). Varias líneas de investigación desafían la noción simplista de que las emociones positivas curan y de que las emociones negativas son patógenas (Dafer, 1996). Por lo tanto, y considerando que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad y que las emociones positivas son también algo más que la ausencia de emociones negativas, es posible plantear la utilidad de las emociones positivas para prevenir enfermedades, para reducir su intensidad y duración y también para alcanzar niveles elevados de bienestar (Lyubomirsky *et al.*, 2005). Por otro lado, otros autores (Salovey, Rothman, Detweiler y Steward, 2000) indican que para estudiar la influencia de los estados emocionales en la salud física y mental hay que considerar un rango de factores fisiológicos, cognitivos, sociales y conductuales que sirven de unión entre la experiencia emocional y la salud.

En general, y como se expondrá a continuación, las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento muestran cómo el Bienestar Subjetivo y Psicológico están relacionados con la salud sobre la que suelen ejercer, en términos generales, una influencia beneficiosa.

No obstante, Ruiz (2011) en su revisión señala que los datos de algunos estudios sugieren la posibilidad de un efecto curvilíneo, en el sentido de que mientras los niveles moderados de felicidad serían beneficiosos para la salud, tener altos niveles de la misma podría inducir una cierta invulnerabilidad ilusoria que llevaría a la persona a no seguir correctamente los tratamientos médicos (en caso de enfermedad), a subestimar las potenciales amenazas y a utilizar, en el caso de enfrentarse a situaciones estresantes, Estrategias de Afrontamiento no adecuadas.

3.1. EVIDENCIA EMPÍRICA

Una cuestión a tener en cuenta en todos los estudios realizados hasta el momento, es la escasa diferenciación terminológica y conceptual entre Bienestar Subjetivo y Psicológico (o felicidad, en general) a la hora de describir lo que se está evaluando en los distintos tipos de estudios. De esta forma se utilizan indistintamente términos como afecto, humor y emoción, aunque tengan distinta duración y su utilización no es aplicada consistentemente (Pressman y Cohen, 2005). Quizá el término más utilizado en este tipo de estudios es el de “*afecto positivo*” que en general es definido como la sensación o sentimiento que refleja el nivel de placer comprometido con el medio ambiente (Clark, Watson y Leeka, 1989), tal como felicidad, alegría, entusiasmo y satisfacción o contento. De esta manera, puede ser una sensación breve, más duradera, o un rasgo estable. Más recientemente, Lyubomirsky y colaboradores (2005, p. 804) recogen las que para ellos son las características relacionadas con el afecto positivo y que incluyen “*confianza, optimismo y autoeficacia, simpatía y valoración positiva de otros; sociabilidad, actividad y energía; conducta prosocial; bienestar inmune y físico; afrontamiento efectivo con desafíos y estrés, y originalidad y flexibilidad*”. Por lo tanto, aunque en lo sucesivo se haga mención al afecto positivo, mediante dicho término se englobará a la felicidad en general, es decir, al Bienestar Subjetivo y Psicológico.

A continuación se expondrán los resultados alcanzados por los tres estudios más importantes realizados hasta la fecha en este campo de investigación. En primer lugar, se analizará la revisión llevada a cabo por Lyubomirsky y colaboradores (2005), en la que se examina de manera exhaustiva los posibles efectos beneficiosos del afecto positivo en diferentes dominios de la vida. En segundo lugar, se mostrarán los resultados de la revisión

cuantitativa de Pressman y Cohen (2005), más centrada en la relación entre afecto positivo y salud. Y en tercer lugar, y ampliando el estudio anterior, se expondrá el meta-análisis de Howell y colaboradores (2007) también focalizado en el impacto de diferentes constructos positivos (satisfacción con la vida, optimismo, felicidad) sobre la salud.

La primera revisión mencionada (Lyubormirsky *et al.*, 2005) parte de la premisa de que el afecto positivo deriva y precede al éxito, en el sentido de que tiende a favorecer que las personas tengan éxito en los distintos ámbitos de la vida, a la vez que el experimentar éxito hace que se sientan felices ya que el éxito induce o aumenta el nivel de afecto positivo. A partir de la misma, estos autores realizaron un meta-análisis en el que examinaron los datos obtenidos a través de estudios transversales, longitudinales y experimentales publicados hasta ese momento (225 artículos con un total de 293 muestras y 275.000 participantes) en los que se había estudiado la relación entre afecto positivo y éxito en distintos dominios de la vida.

Los resultados de los estudios transversales que cumplían los requisitos para ser incluidos en el meta-análisis mostraron que *“la gente feliz parece tener más éxito que sus pares menos felices en los tres dominios primarios de la vida: el trabajo (media $r = 0,27$), las relaciones sociales (media $r = 0,27$), y la salud (media $r = 0,32$)”* (p. 825). En cuanto a si el efecto encontrado se produce de manera paralela tanto a corto como a largo plazo, los datos indicaban que el afecto positivo estaba asociado a corto y largo plazo con una serie de características deseables (p. ej., percepción positiva de sí mismo y los demás, sociabilidad y actividad, comportamientos prosociales, conductas de salud, utilización de Estrategias de Afrontamiento adecuadas frente al estrés, buen funcionamiento inmune, etc.), la mayoría de ellas caracterizadas por su capacidad para promover la participación activa en la propuesta de metas que facilitan el probable éxito en una amplia gama de dominios de la vida. En definitiva, estos datos confirmaban la existencia de una relación entre afecto positivo (crónico y temporal) y diferentes indicadores de éxito valorados culturalmente que tenían efectos beneficiosos en los dominios del trabajo, las relaciones sociales y la salud.

Por lo que respecta a los estudios longitudinales, a pesar de su reducido número, los resultados obtenidos con este tipo de diseños confirmaban los datos encontrados en los estudios transversales y ponían de relieve que el afecto positivo *“precede a importantes consecuencias e indicadores de éxito, incluyendo cumplimiento y productividad en el trabajo ($r = 0,24$), relaciones satisfactorias ($r = 0,21$), mejor salud física y mental y*

longevidad (r = 18)” (p. 834). Por otro lado, los datos también aportaban evidencia que confirmaba la hipótesis de que el afecto positivo precede a conductas y recursos asociados con las autopercepciones positivas, la sociabilidad y la actividad, así como a indicadores de conductas pro-sociales, conductas de salud y afrontamiento. Asimismo, se encontró que el afecto positivo temporal o a más largo plazo suele preceder a las características, recursos y conductas consideradas beneficiosas y deseables con las que correlacionaba.

Respecto a la revisión de los estudios experimentales, los resultados indicaban que el afecto positivo hacía que la gente se sintiera mejor cuando pensaba acerca de sí misma, favorecía el recuerdo de información positiva, mejoraba cualitativamente las actividades sociales y las relaciones interpersonales, incrementaba la actividad física e inducía niveles más altos de energía, aumentaba la generosidad, etc.

Teniendo en cuenta todos los datos obtenidos a través de los distintos estudios (transversales, longitudinales y experimentales), Lyubormirsky y colaboradores (2005) llegaron a la conclusión de que el afecto positivo promueve diferentes recursos, habilidades y conductas que favorecen el éxito en numerosos dominios de la vida, lo que sugiere que el afecto positivo *“puede, en muchos casos, conducir a resultados positivos, en lugar de simplemente ser consecuencia de ellos”* (p. 840).

La segunda revisión mencionada se trata de una de las más extensas en este campo de investigación. Mediante la misma, Pressman y Cohen (2005) confirman la existencia de una relación entre afecto positivo y diversas áreas de la salud, diferenciando tres tipos de estudios:

- 1. Estudios de mortalidad:** los resultados de las investigaciones prospectivas (donde se evalúa el afecto positivo al comienzo del estudio y se hace un seguimiento durante un determinado número de años) indican que el afecto positivo disminuye la tasa de mortalidad, especialmente en personas mayores de 55 años que viven en la comunidad. No obstante, los estudios realizados con personas mayores internadas en centros asistenciales revelan, por el contrario, que altos niveles de afecto positivo está asociado con una mayor mortalidad, posiblemente debido a que estas personas presentan mayor deterioro de su salud que las personas que viven en la comunidad. Sin embargo, Maier y Smith (1999) encontraron que los niveles bajos de bienestar fueron asociados a un incremento en el riesgo de mortalidad, incluso después de controlar la edad, características sociodemográficas y salud en la línea base evaluada con un examen clínico. Asimismo, Ostir, Markides, Black y

Goodwin (2000) encontraron que aquellas personas con alto afecto positivo en la línea de base tuvieron la mitad de probabilidad de morir durante los dos años de seguimiento de su investigación comparados con los que tuvieron bajo afecto positivo. Por otro lado, Koivumaa-Honkanen y colaboradores (2001) encontraron que los niveles bajos de satisfacción con la vida fueron asociados a alta mortalidad de todas las causas (enfermedades, lesiones y suicidios), incluso después de ajustarlos por edad, estado civil, clase social, estatus de fumador y de bebedor de alcohol. Un estudio muy interesante fue llevado a cabo por Danner, Snowdon y Friesen (2001) en condiciones de control experimental con monjas católicas que residían en un convento (expuestas, por lo tanto, a condiciones homogéneas ambientales). Los resultados mostraron que las monjas que reflejaron en sus escritos emociones positivas (alegría, anhelo, felicidad) gozaban de mejor estado de salud y vivían una media de diez años más que aquellas que prácticamente no expresaron emociones positivas. Por último, se ha comprobado que el bienestar está negativamente relacionado con fatalidades automovilísticas (Kirkcaldy y Furnham, 2000). Sin embargo, Pressman y Cohen (2005) advierten que *“la validez de los estudios de mortalidad es dependiente de la adecuada medida de salud en la línea base. Medidas inadecuadas podrían llegar a la posibilidad de que estar más saludable o sano en la línea base contribuyese a aumentar el afecto positivo en la línea base y la consiguiente longevidad”* (p.930).

- 2. Estudios de morbilidad:** los datos de los estudios en los que se examina la relación entre afecto positivo e inicio de enfermedad, controlando adecuadamente el estatus de salud a nivel de línea de base, señalan de manera unánime que el afecto positivo no sólo disminuye el riesgo de padecer una enfermedad o sufrir accidentes, sino que también tiende a mejorar el estado general de salud. Por ejemplo, Ostir y colaboradores (2000) encontraron que el afecto positivo bajo en la línea base estuvo asociado a un riesgo más alto de incidencia de ataque cardíaco. Asimismo, el afecto positivo también ha mostrado ser un protector contra la ocurrencia de enfermedades infecciosas en personas adultas sanas evaluadas a través de un examen físico (Cohen, Doyle, Turner, Alper y Skonner, 2003). Por otro lado, las personas que tienen enfermedades graves informan de niveles más bajos de afecto positivo que las personas control sanas, y el afecto positivo disminuye cuando se incrementa la severidad de la enfermedad (Pressman y

Cohen, 2005). Además, las personas con enfermedad asociada a incapacidad o dolor informan de afecto positivo más bajo que aquellas sin dolor o incapacidad (Jang, Mortimer, Haley y Graves, 2004). Por último, las personas con enfermedades graves generalmente tienen niveles más bajos de calidad de vida que las muestras normativas (Burgoyne y Saunders, 2001; Germano y Cummins, 2001). Como conclusión final a este tipo de estudios, Pressman y Cohen (2005) señalan que *“la casi unanimidad de resultados que sostienen una asociación beneficiosa entre afecto positivo y morbilidad es impresionante”* (p. 933).

- 3. Estudios de supervivencia:** se han llevado a cabo menos estudios de supervivencia, en comparación con los anteriores tipos. Por ejemplo, Moskowitz (2003) encontró una supervivencia mayor en pacientes enfermos de sida, en aquellos con mayores puntuaciones en afecto positivo. Asimismo, Brummett y colaboradores (2005) realizaron un estudio en pacientes sometidos a un cateterismo cardíaco y comprobaron que los pacientes que tuvieron una tendencia a experimentar emociones positivas fueron más longevos comparados con los que tuvieron tasas más bajas de afecto positivo. Además, Levy, Lee, Baglay y Lippman (1988) encontraron que el afecto positivo fue el único predictor de más tiempo de supervivencia en un grupo de pacientes con cáncer de mama recurrente. Sin embargo, existe poca consistencia a través de los escasos estudios que existen de supervivencia. Por un lado, Pressman y Cohen (2005) sugieren que los pacientes con enfermedad en fase terminal y enfermedades con tasas de mortalidad a muy corto plazo, en las que la adherencia a tratamientos médicos y otros factores de conducta pueden desempeñar un papel, los niveles de afecto positivo les benefician o no les afectan. Por otro lado, Lyubormirsky y colaboradores (2005) indican que *“ser feliz es más adaptativo en ciertas situaciones que en otras. Por ejemplo, la felicidad es más funcional cuando ocurre en circunstancias benignas de la vida y puede ser menos adaptativa durante momentos peligrosos”* (p. 842).

Por último, el meta-análisis mencionado en tercer lugar fue llevado a cabo más recientemente por Howell y colaboradores (2007). Mediante el mismo, estos autores investigaron si determinados constructos psicológicos positivos (satisfacción con la vida, felicidad, optimismo) predecían un efecto positivo sobre la salud. Los resultados obtenidos a partir de los 150 estudios (experimentales, ambulatorios y longitudinales) que cumplían todos los requisitos para ser incluidos en el meta-análisis indicaban que dichos constructos

psicológicos positivos estaban positivamente relacionados con estados de salud temporales ($r = 0,15$) o más duraderos ($r = 0,11$), así como con el control de los síntomas de la enfermedad ($r = 0,13$). Igualmente, se encontró que el efecto de los mismos sobre la salud no era debido exclusivamente a que la enfermedad produce un deterioro de la salud, sino también a que la satisfacción con la vida, la felicidad, y el optimismo ejercen un efecto beneficioso sobre la salud (ambos efectos tenían un tamaño similar aunque en dirección opuesta).

Igualmente, los datos de este meta-análisis confirmaban que el efecto de la satisfacción con la vida, la felicidad, y el optimismo era mayor sobre la salud cuando ésta hacía referencia a estados de corta duración que cuando era definida en términos de procesos de larga duración o más crónicos. Howell y colaboradores (2007) explican estos resultados como debidos a la fuerte relación existente entre los anteriores constructos psicológicos positivos y el funcionamiento del sistema inmune y el nivel de tolerancia al dolor. La media del tamaño del efecto para las 69 muestras en las que se midió el funcionamiento del sistema inmune y la tolerancia al dolor fue de 0,31, mientras que para los 80 estudios en los que se midió el funcionamiento del sistema endocrino, la reactividad cardiovascular y la respuesta fisiológica fue de -0,01. En este sentido, el efecto beneficioso de la satisfacción con la vida, la felicidad, y el optimismo se produciría porque aumenta la respuesta del sistema inmune, a la vez que amortigua los efectos negativos del estrés.

Asimismo, Howell y colaboradores (2007) encontraron que, por lo que respecta al nivel del estatus inicial de salud, la satisfacción con la vida, la felicidad, y el optimismo tienen mayor incidencia, tanto a corto como largo plazo, en las personas sanas, en el sentido de mejorar el funcionamiento físico. Por el contrario, en las personas enfermas, los anteriores constructos psicológicos positivos actúan amortiguando el deterioro físico mediante el incremento del control de la enfermedad y el aumento de la supervivencia. Los efectos de la satisfacción con la vida, de la felicidad y del optimismo en función de la edad y del género tienden a mantenerse constantes. Sin embargo, la edad tiende a moderar la relación entre dichos constructos y la reactividad cardiovascular y fisiológica, en el sentido de incrementar significativamente el riesgo de sufrir algún accidente cardiovascular conforme aumenta la edad de la persona.

Aparte de las tres investigaciones anteriormente descritas con detalle, también se han llevado a cabo estudios sobre los efectos directos del afecto positivo en la fisiología en general. Los mismos han demostrado que los estados emocionales negativos están

asociados a patrones no saludables de funcionamiento fisiológico, mientras que los estados emocionales positivos están asociados a patrones saludables de respuesta, tanto de la actividad cardiovascular como del sistema inmunológico (Salovey *et al.*, 2000). Asimismo, se han estudiado otros efectos del afecto positivo en la salud, aparte de los procesos biológicos, como los procesos conductuales, cognitivos y sociales. En general, se ha comprobado que los niveles crónicos altos de emociones negativas, como ansiedad, ira o depresión, están asociados a conductas adversas para la salud, tales como fumar, excesivo consumo de alcohol, alta masa corporal y baja actividad física. Además, las cogniciones concernientes a la salud frecuentemente pueden estar influidos por la emoción y afectar a la percepción de los síntomas, a la representación de la enfermedad o a las creencias y a las respuestas conductuales o afrontamiento (para más detalle, ver Mayne, 2001).

Por lo que respecta al Bienestar Psicológico, específicamente el grupo de Ryff lo ha asociado con determinados indicadores biológicos relacionados con la salud. En muestras de mujeres mayores, han encontrado que aquéllas con mayores niveles de propósito en la vida, más sensación de crecimiento personal, y mejores relaciones interpersonales, presentaban un menor riesgo cardiovascular (menores tasas de hemoglobina glicosilada, menor peso corporal, menores ratios cintura-cadera, tasas más elevadas de colesterol “bueno”, el HDL) y una mejor regulación endocrina (menos cortisol en saliva a lo largo del día) (Ryff *et al.*, 2006; Ryff, Singer y Love, 2004). Respecto a los factores inflamatorios, las personas con mejores relaciones con otras personas y sensación de propósito con la vida muestran menores niveles de IL-6 y su receptor soluble (sIL-6) (Friedman, Hayney, Love, Singer y Ryff, 2007).

En conclusión, se podría afirmar que el afecto positivo es la “pócima mágica” que conduce a un mayor éxito profesional, mejores relaciones interpersonales, aumento de la creatividad, mejor salud física, una esperanza de vida más larga, etc., a la vista de todos los resultados presentados anteriormente. Sin embargo, Ruiz (2011) en su revisión señala que no deberíamos olvidar que, sin rechazar que el afecto positivo es beneficioso en términos generales, en algunas situaciones como aquellas en que nos vemos obligados a reaccionar ante amenazas, pérdidas u otros acontecimientos negativos importantes, el afecto positivo no es la respuesta más funcional. Según este autor, ser feliz también supone que la persona debe ser capaz de reaccionar con emociones negativas cuando sea apropiado hacerlo, regresando a un estado positivo cuando las condiciones mejoran.

3.2. MODELOS DE LA RELACIÓN ENTRE AFECTO POSITIVO Y SALUD

Como ocurría con el estudio de las emociones positivas, los modelos de emoción y salud que se han desarrollado para entender la asociación entre estos dos constructos han considerado principalmente los mecanismos que podrían vincular la emoción negativa con peor salud. Como señalan Richman y colaboradores (2005), “*tales modelos identifican ambos caminos o vías, los directos que implican a la activación fisiológica, y los indirectos que implican las conductas, cognición y recursos de afrontamiento*” (p. 422). Por lo tanto, comparados con los modelos de emociones negativas y salud, Brumett y colaboradores (2005) señalan que se han propuesto muy pocos modelos teóricos con respecto a las emociones positivas y la salud y que se necesita un cuerpo teórico apropiado para guiar las investigaciones futuras en esta área.

En la revisión anteriormente analizada de Pressman y Cohen (2005) también se proponen dos modelos que representan los posibles caminos que unen el afecto positivo y sus resultados en la salud. El primero se centra en los efectos directos del afecto positivo en la conducta y en los sistemas fisiológicos. El segundo propone que aunque el estrés desencadena conductas y respuestas fisiológicas hostiles para la salud, el afecto positivo influye en la salud porque ayuda a la gente a afrontar las situaciones estresantes. Hay que señalar que estos autores presentan estos dos modelos indicando vías que se mueven en una única dirección causal: de afecto positivo a salud.

Desde el **Modelo de Efecto Principal (directo)** (Pressman y Cohen, 2005) se defiende que el afecto positivo incide directamente en la conducta y los sistemas fisiológicos de diferentes modos (ver *Figura 6*):

- a) **Prácticas de salud:** mediante la instauración y el cambio de prácticas saludables, el afecto positivo puede influir directamente en la salud. De esta manera, se ha comprobado que tanto el estado como el rasgo de afecto positivo se asocian a mejores conductas de salud, e incrementan entre los pacientes la adherencia a los tratamientos médicos incidiendo en menor severidad de la enfermedad, recuperación más rápida y supervivencia más larga.
- b) **Activación del sistema nervioso autónomo:** el afecto positivo puede también modificar la susceptibilidad de la gente a la enfermedad mediante la actividad del sistema nervioso simpático, disminuyendo la frecuencia cardíaca, la presión arterial

y las concentraciones en sangre de hormonas como la adrenalina y la noradrenalina.

- c) **Activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA):** las hormonas secretadas por el eje HPA en respuesta al afecto positivo también influyen en la salud. Así, la regulación del cortisol es importante en muchos de los resultados fisiológicos, tales como enfermedades inmunes e inflamatorias. El cortisol decrece después de la inducción de humor positivo y con incrementos en los niveles de rasgo de afecto positivo. Otras dos hormonas, oxitocina y hormona del crecimiento, se incrementan con el afecto positivo.
- d) **Opiáceos endógenos:** el afecto positivo influye en el sistema opiáceo ejerciendo su efecto en conductas tales como el ejercicio y la risa, o a través de activación emocional general. Los opiáceos endógenos pueden influir en la salud disminuyendo la actividad autónoma y endocrina. También pueden contribuir a explicar la relación entre afecto positivo y respuesta al dolor.
- e) **Funcionamiento inmune:** el afecto positivo también ha sido asociado a cambios en el funcionamiento inmune, otro camino potencial de salud, aunque la naturaleza exacta de esta relación no está enteramente clara en la literatura. La inducción de afecto positivo generalmente causa cambios en los glóbulos blancos circulantes en sangre y aumenta los anticuerpos (inmunoglobulina A), que son los mismos que los encontrados en respuesta al estrés en laboratorio. Sin embargo, hay otros efectos de la inducción del afecto positivo que son interesantes, incluyendo la reducción de respuestas alérgicas y de respuestas inflamatorias.
- f) **Factores sociales:** los estudios prospectivos encuentran que el aislamiento social está asociado a un riesgo incrementado de morbilidad y mortalidad y que la implicación en actividades en redes sociales está asociada a disminución del riesgo. Además, el apoyo social es beneficioso en la supervivencia después de un tratamiento de enfermedad y está asociado con mejores resultados inmunes. Por otro lado, los lazos sociales y los beneficios en la salud asociados a ellos también juegan un papel importante. Las personas que informan de más afecto positivo se relacionan más a menudo y mantienen más y mejor calidad de lazos sociales. El afecto positivo redundante en mayores y más estrechos contactos sociales porque facilita las conductas de aproximación y porque los otros son más proclives a relacionarse con individuos agradables.

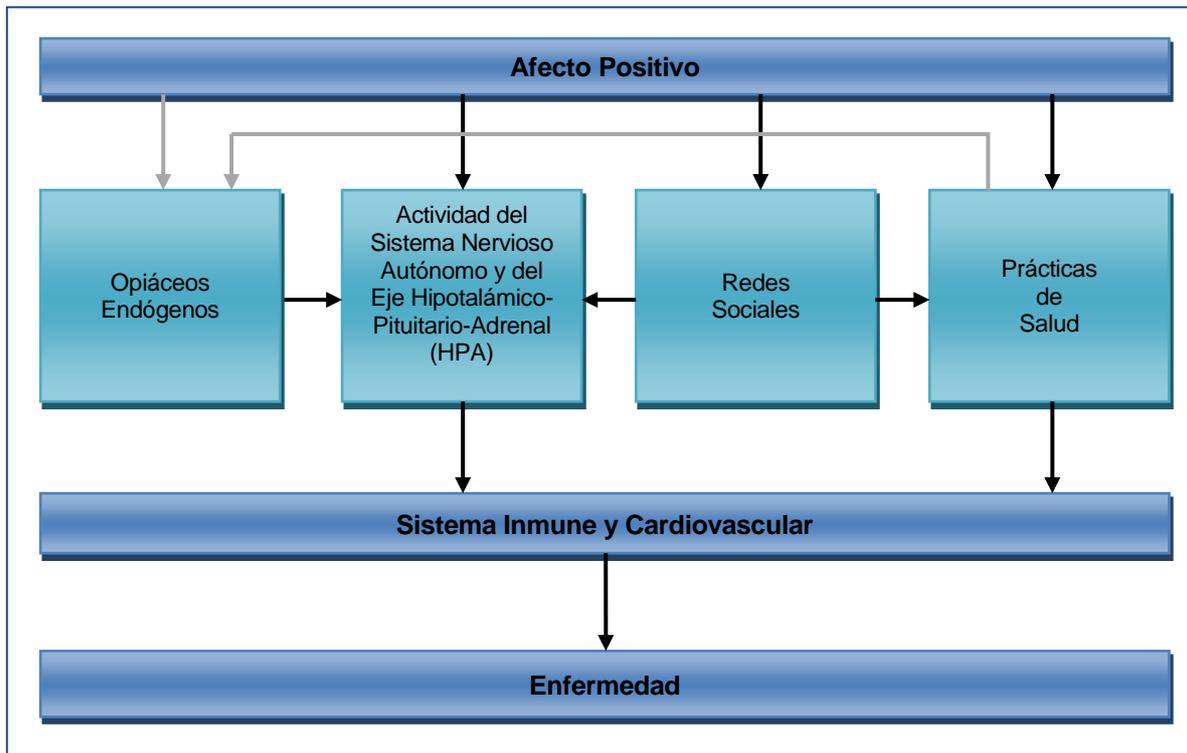


Figura 6. Modelo de efecto principal (directo) de Pressman y Cohen (2005)

En general, el modelo de efecto principal recoge la idea de que es el rasgo de afecto positivo el que influye en los resultados de salud. Pressman y Cohen (2005) creen que “*el rasgo de afecto positivo está asociado a mejores resultados de salud*” (p. 957).

El otro modelo que proponen los anteriores autores para relacionar el afecto positivo con la salud es el **Modelo de estrés-buffering (amortiguación)** (Pressman y Cohen (2005). A partir de la premisa de que el estrés psicológico provoca respuestas conductuales y fisiológicas que perjudican a la salud, estos autores proponen que el afecto positivo podría influir en la salud reduciendo o amortiguando el potencial efecto negativo que tiene la experiencia de acontecimientos vitales estresantes. Específicamente, estos autores señalan que el afecto positivo hace que la persona tenga un menor número de experiencias estresantes en su actividad y en sus relaciones sociales cotidianas, a la vez que le genera más recursos sociales que aumentan la percepción respecto a su capacidad para enfrentarse con éxito a las demandas de la situación. Asimismo, proponen que el afecto positivo tiende a influir favorablemente sobre el sistema inmune y cardiovascular a través de su efecto sobre el sistema nervioso autónomo y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal.

Por ejemplo, el afecto positivo facilitaría la vuelta a los niveles de línea base de la reactividad cardiovascular tras su incremento como consecuencia del estrés (ver *Figura 7*).

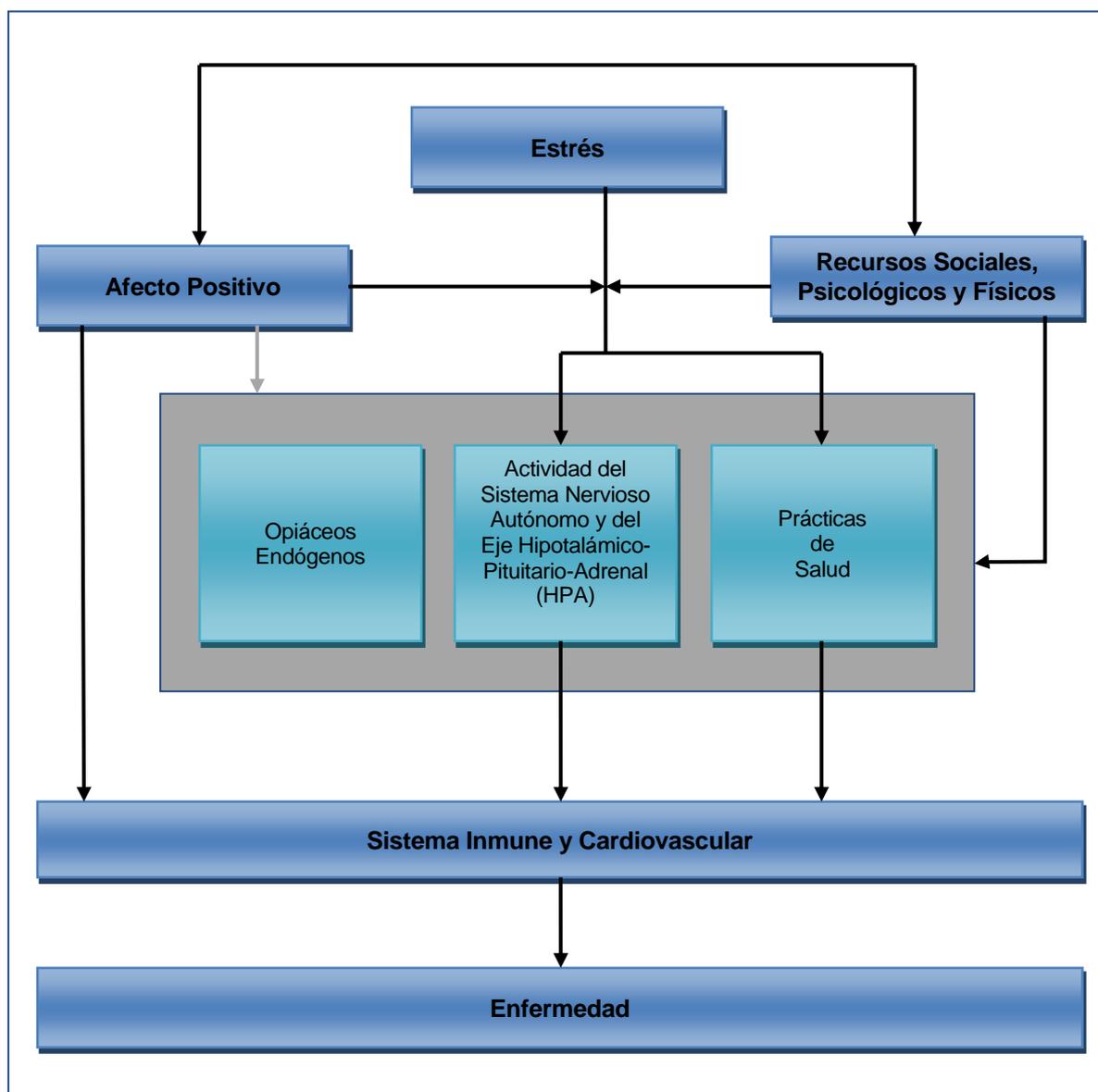


Figura 7. Modelo de estrés-buffering (amortiguación) de Pressman y Cohen (2005)

De esta manera, y como una alternativa al modelo de efecto directo, el afecto positivo puede influir en la salud a través de su habilidad para mejorar las influencias potencialmente patógenas de los eventos estresantes de la vida. Según Pressman y Cohen (2005), esta hipótesis es consistente con la *Teoría de ampliación y construcción de las*

emociones positivas de Fredrickson (1998, 2001). De forma similar, Salovey y colaboradores (2000) sugieren que las emociones positivas generan recursos psicológicos que promueven la resistencia, paciencia y optimismo. Aunque las emociones positivas pueden tener una vida corta, sus recursos duran mucho tiempo y pueden sacarse en momentos de necesidad. La existencia de esos recursos puede facilitar el afrontamiento y la resistencia psicológica.

Alternativamente, Smith y Baum (2003) sugieren que el afecto positivo puede ayudar al restablecimiento de actividades tales como sueño, ejercicio, relajación, vacaciones. De hecho estas actividades ayudan a reducir ambos, la percepción de estrés y las respuestas de afecto negativo al estrés. Pressman y Cohen (2005) también argumentan que las emociones positivas pueden proteger a las personas de las respuestas negativas al estrés a través de la secreción de opiáceos endógenos.

Mediante este modelo, Pressman y Cohen (2005) señalan que, dado que la activación de la emoción se asocia a activación fisiológica, el afecto positivo tiene un potencial para influir en los resultados de la salud. Asimismo, piensan que es posible que exista una relación curvilínea entre afecto positivo y salud con el riesgo decreciendo desde bajos hasta moderados niveles de afecto positivo, pero incrementando en niveles extremadamente altos. Teniendo en cuenta esta relación, los niveles moderados de afecto positivo pueden actuar como un amortiguador al estrés. Sin embargo, los niveles excesivamente altos de afecto positivo pueden hacer que se subestimen amenazas potenciales y que se adopten Estrategias de Afrontamiento inadecuadas. Además, cuando es excesiva, la activación elicitada por el afecto positivo puede desencadenar eventos relacionados con la enfermedad en personas con enfermedades crónicas subyacentes. Esto podría ocurrir a través de cambios en las conductas de salud (más tabaco, más consumo de alcohol o menos ejercicio) o a través de activación del sistema nervioso simpático y del eje HPA como resultado de la confrontación de sucesos estresantes (Pressman y Cohen, 2005).

4. LA BÚSQUEDA DE LA FELICIDAD

Desde Aristóteles se ha mantenido que toda la conducta humana se orienta a la consecución de la felicidad ya que, según la doctrina aristotélica, “*la felicidad depende de nosotros mismos*”. Mientras otras conductas serían instrumentales, la búsqueda de la felicidad sería una conducta final. En su *Ética a Nicómaco*, Aristóteles escribe:

“Suele preguntarse si es posible aprender a ser dichoso, si se adquiere la felicidad por medio de ciertos hábitos; o si es más bien efecto de algún favor divino y, si se quiere resultado del azar... Y añado que la felicidad es, en cierta manera, accesible a todos” (Ética a Nicómaco, Libro 1, cap. 7).

Epicuro en su carta a Meneceo, más conocida como *Carta sobre la felicidad*, escribía “*Ocupémonos, pues, de las cosas que hacen la felicidad, porque cuando la hay lo tenemos todo, mientras que cuando falta lo hacemos todo por tenerla*”.

Como ya se ha comentado, a lo largo de la historia de la humanidad, una de las mayores preocupaciones del ser humano ha consistido en su deseo e intento constantes de ser feliz. Este profundo interés ha convertido el estudio de la “felicidad” (como se la conoce comúnmente) o del Bienestar percibido en uno de los ejes fundamentales del pensamiento humano. Por lo tanto, la búsqueda de la felicidad ha sido un tema recurrente tanto para los psicólogos, como para otras disciplinas científicas (como la Filosofía, la Medicina, etc.) y, en general, para cualquier persona que quiera ser feliz.

Por otro lado, Palomera (2009) señala en su revisión que, a pesar de que la filosofía en todas las épocas y civilizaciones siempre ha posicionado la felicidad como meta del ser humano, y la ciencia lleva décadas hablando de los beneficios de las emociones positivas y la satisfacción en nuestras vidas, el hecho de que la felicidad se convierta en una finalidad principal en nuestra sociedad ha comenzado a fraguarse en los últimos años. Por ello, esta autora considera que ha sido necesaria la confluencia de diversas fuerzas, entre las que se encuentra la Psicología Positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) para que la felicidad y el bienestar se hayan convertido en foco de interés real.

Sin embargo, dos integrantes de esta nueva disciplina psicológica como Sheldon y Lyubomirsky (2004), han señalado que la visión clásica de la búsqueda de la felicidad y del bienestar está inmersa en un pesimismo histórico debido a tres ideas primordiales:

- ***Todo está en los genes:*** toda persona tiene un nivel característico y estable de felicidad que se vería alterado a corto plazo por los acontecimientos positivos y

negativos de nuestra vida cotidiana, pero al que finalmente retornaríamos como si de una línea base se tratara.

- **La personalidad es estable por lo que las personas no cambian:** la investigación sobre la personalidad ha mostrado que los cinco grandes rasgos de la personalidad son muy estables en el tiempo (McCrae y Costa, 1991). En concreto, los dos rasgos de personalidad más relacionados con el Bienestar Psicológico, neuroticismo y extraversión, permanecen muy constantes a lo largo del ciclo vital.
- **Todo lo que sube baja (adaptación hedónica):** las personas se acostumbran rápidamente a una nueva situación, de manera que evalúan su situación como estable. Así, los eventos positivos y/o negativos tienen efectos sólo temporales sobre el afecto positivo.

Estas tres ideas pesimistas confluyen en la conclusión de que la búsqueda de la felicidad es un viaje inútil. Por tanto, una persona inteligente debe aceptar su destino, su personalidad y su nivel de felicidad, porque la búsqueda de ese imposible sólo le produciría problemas (ver revisión de Extremera y Fernández-Berrocal, 2009).

4.1. LA ESTRUCTURA DE LA FELICIDAD

En la actualidad, los diferentes estudios sobre la felicidad y bienestar aceptan una posición interaccionista, en la que la felicidad es el resultado de la interacción entre los rasgos heredados de la persona y el ambiente en que vive y se desarrolla; del resultado de dicha interacción surgen actitudes y aptitudes que, a su vez, ejercen su efecto sobre los otros dos (ver revisión de Palomera, 2009). Por lo tanto, las recientes investigaciones asumen que la felicidad no está determinada totalmente ni por nuestra herencia genética, ni por los contextos sociales y naturales.

Michael Argyle, uno de los primeros investigadores en esta área, en su libro *La psicología de la felicidad* (Argyle, 1987) desglosa cinco factores que determinan la felicidad:

1. **Los hechos objetivos.** Las relaciones interpersonales, especialmente las relaciones íntimas o maritales, el trabajo reconocido y considerado, un nivel adecuado de ocio.

2. **La experiencia de sucesos agradables.** Aunque sean pequeños, de menor cuantía, pero que se repiten en el tiempo de forma frecuente y que hacen que el tono hedónico habitual sea placentero.
3. **El grado de aspiraciones y logros percibidos.** Este aspecto ha sido uno de los más estudiados. Cuanto menor sea la distancia percibida entre aspiraciones y logros, mayor será la felicidad experimentada.
4. **La comparación con otras personas.** Numerosos trabajos han demostrado que el nivel de satisfacción depende de la comparación que hacemos con quienes nos rodean.
5. **Los procesos de adaptación.** Tanto los hechos adversos como los más beneficiosos acaban siendo asimilados.

Por otro lado, Kleban y Lawton (1982) proponen nueve factores internos y cinco externos de la felicidad (ver *Tabla 7*).

Tabla 7
Componentes de la felicidad (Kleban y Lawton, 1982)

Factores internos	Factores externos
Afecto positivo alto	
Ausencia de síntomas de enfermedad	
Afecto negativo bajo	Satisfacción residencial
Autoestima	Relaciones sociales positivas
Percepción de salud	Empleo del tiempo
Satisfacción con la familia	Pluralidad de amigos
Congruencia personal	Satisfacción con los amigos
Ansiedad social baja	
Experiencia de bienestar	

Moreno (2007) en su revisión, y empleando un enfoque más parsimonioso, distingue tres tipos principales de componentes en la experiencia de la felicidad:

1. **Componentes materiales.** Los datos inducen a pensar que alguna relación hay entre bienes materiales y felicidad. La prosperidad objetiva y la felicidad no guardan una relación lineal. En un determinado país, quienes tienen mayor riqueza no son más felices si se supera el umbral básico de necesidades. Aumentar la propia riqueza no suele proporcionar un aumento similar en felicidad, no al menos a largo plazo.
2. **Componentes afectivos.** No es tanto la intensidad de los momentos felices, sino su frecuencia lo que generaría la propia felicidad. Experimentar emociones positivas, aunque no sean muy intensas, y pocas veces emociones negativas, es suficiente para informar de que somos felices.
3. **Componentes personales.** La personalidad influye profundamente en el grado de felicidad que cada uno experimenta, sobre todo a largo plazo.

Sin duda, una de las disciplinas psicológicas que han abierto una puerta a la intervención para aumentar y mejorar la felicidad y bienestar de las personas ha sido la Psicología Positiva. Desde la misma, se considera al pesimismo histórico en el que está inmersa la búsqueda de la felicidad (anteriormente expuesto), como excesivo e inexacto porque describe de forma incompleta las posibilidades de las persona para mejorar sus niveles de afecto positivo y bienestar (Snyder y Lopez, 2002).

Desde este nuevo movimiento, la felicidad se define como una mezcla de afecto positivo frecuente, alta satisfacción vital y afecto negativo infrecuente (Lyubomirsky *et al.*, 2005). Ya se ha comentado que, desde la Psicología Positiva, la felicidad también es el conjunto de emociones positivas y de actividades positivas (Seligman, 2002).

En este sentido, la felicidad vendría determinada por la integración tanto de los aspectos genéticos y de personalidad como de los demográficos y circunstanciales. No obstante, la novedad de este enfoque reside en incluir los factores motivacionales y actitudinales de la persona (ver revisión de Extremera y Fernández-Berrocal, 2009).

Lyubomirsky y colaboradores (2005) sugieren que existen tres factores que contribuyen específicamente a la felicidad, estableciendo su arquitectura (ver *Figura 8*):

- **Los genes:** son el punto de partida. Supondrían aproximadamente un 50 por 100 de la varianza y reflejan características personales, afectivas y de temperamento muy

estables, como extraversión, neuroticismo, intensidad afectiva y afectividad negativa.

- **Las circunstancias:** variables sociodemográficas como raza, sexo, edad, ocupación y nivel socioeconómico son importantes pero solamente suponen un 10 por 100 de la varianza.
- **La actividad intencional:** es una categoría muy amplia, ya que contempla las acciones concretas y prácticas en las que las personas eligen voluntariamente implicarse. Este apartado daría cuenta del 40 por 100 de la varianza restante y deja un amplio margen para el cambio y mejora del bienestar personal.

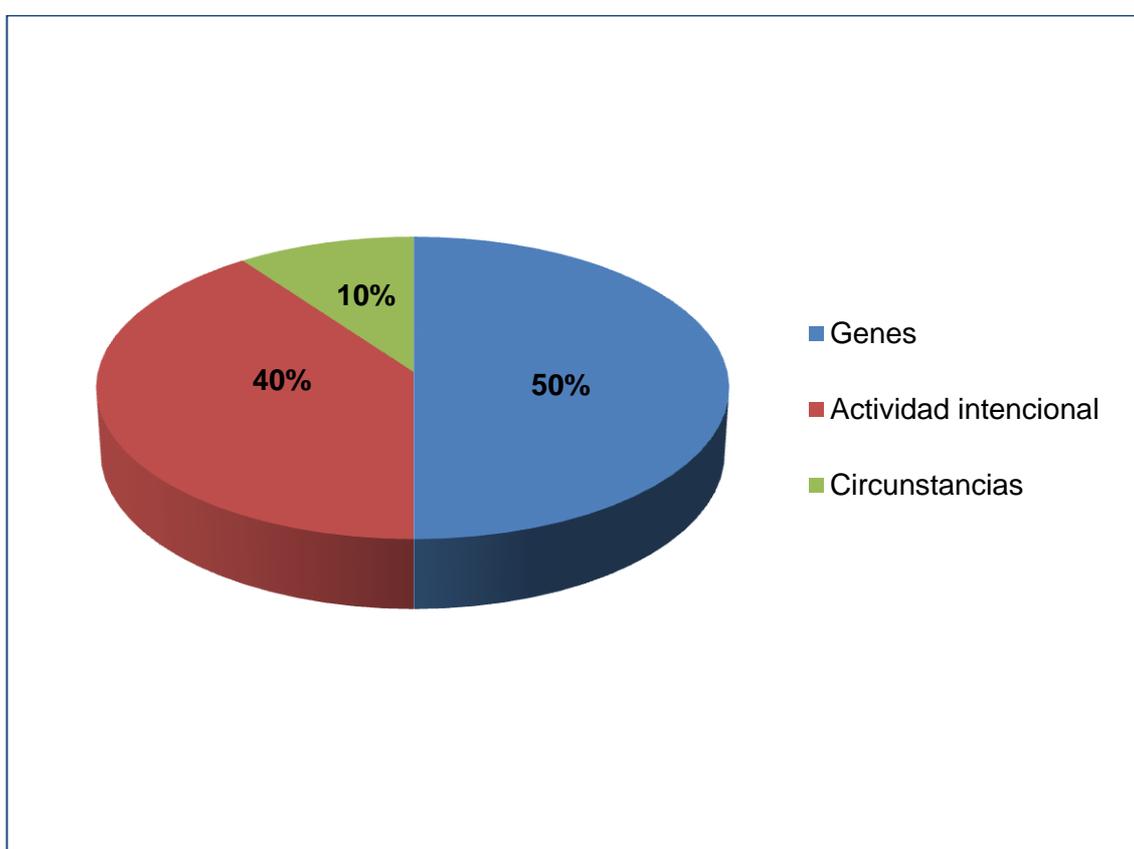


Figura 8. La arquitectura de la felicidad (Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005)

Por lo tanto, la actividad intencional se constituye como el factor más importante a la hora de sentirse feliz, ya que es el que se puede modificar y mejorar. Es sobre la actividad intencional sobre la que actuaríamos desarrollando nuestras virtudes y fortalezas (anteriormente expuestas). Como ya se ha comentado, dentro de la Psicología Positiva, el

sentido más profundo de la felicidad es experimentado con la “vida significativa”, alcanzada si uno ejercita sus fortalezas y virtudes para un propósito mayor que las metas inmediatas (Seligman, 2002).

Centrándonos en una dimensión tan importante de la felicidad para llegar a alcanzar, como es la dimensión intencional de la misma, Lyubomirsky y colaboradores (2005) señalan que existen tres tipos de actividades intencionales:

- **Conductuales:** hacer ejercicio físico de forma habitual o ser amable con los demás.
- **Cognitivas:** adoptar una visión positiva de las cosas o recordar las veces que he sido cariñoso con otras personas.
- **Motivacionales:** identificar y mantener las metas personales que me motivan.

En la práctica, estas tres categorías se mezclan entre sí e interaccionan, a su vez, con los factores más estables, como la personalidad y las circunstancias.

Por otro lado, Lyubomirsky y colaboradores (2005) proponen que la felicidad se puede mantener en el tiempo, subrayando que las actividades intencionales pueden incrementar el nivel crónico de la felicidad, en cuanto que estas actividades permiten la acumulación de pequeñas experiencias positivas, a la vez que dan sentido y significado global a lo que hacen las personas.

La aplicación práctica del *Modelo de felicidad sostenible* de Lyubomirsky y colaboradores (2005) se basa en la asunción de que la genética con la que nacemos y el azar de las circunstancias ambientales a las que estamos expuestos continuamente, son importantes pero no determinantes. Como resaltaba Aristóteles: “*la felicidad depende de nosotros mismos*”. Lo que deseamos, lo que pensamos y hacemos determina en gran medida nuestro bienestar. No podemos cambiar el hecho de ser joven o mayor, de haber nacido rico o pobre,... etc., pero sí nuestros pensamientos y acciones.

En conclusión, en la medida en que existe un amplio margen (en torno al 40%) de factores no genéticos que inciden en el nivel de felicidad que pueden ser controlados por nosotros mismos, podemos asumir que es posible llevar a cabo acciones para que la persona alcance el máximo de su rango personal de felicidad, es decir, que aprenda a ser feliz.

4.2. APRENDIENDO A SER FELIZ

Considerando todo lo anterior, se puede afirmar que se puede aprender a ser feliz. La puerta abierta por la Psicología Positiva a la intervención ha posibilitado la creación y la evaluación de programas de formación basados en la comunidad para aumentar la felicidad, que incluyen elementos del conjunto global de estrategias para aumentar la felicidad. Carr (2007) sintetizó varios programas propuestos por diferentes autores hasta la fecha (Argyle, 2001; Buss, 2000; Diener *et al.*, 1999; Fava, Fafanelly, Cazzaro, Conti y Grandi, 1998; Fordyce, 1997, 2000; Lykken, 1999; Myers, 1992; y Seligman, 2002) y ordenó las estrategias para llegar a ser feliz en diferentes ámbitos (ver *Tabla 8*).

Uno de los programas que más difusión ha tenido internacionalmente ha sido el elaborado por Fordyce (1997, 2000) con sus catorce claves para ser feliz. Este autor elaboró una lista de las cualidades detectadas por medio de las investigaciones que describen a la persona feliz y las tradujo en actividades para su desarrollo, ayudado en ocasiones por técnicas clásicas de la Psicología aplicada (la mayoría de corte cognitivo-conductual validadas en el ámbito clínico). Estas cualidades claves están relacionadas con tres grandes ámbitos sociales: a) dedicar más tiempo a la vida social; b) desarrollar una personalidad sociable y atractiva, y c) mejorar las relaciones íntimas. De esta forma, Fordyce (1997, 2000) demostró que se puede aprender a ser feliz actuando como la gente feliz y haciendo aquellas cosas que nos hacen felices. De hecho, el grado de felicidad de sus estudiantes (jóvenes adultos), con los que había llevado a cabo el entrenamiento, había mejorado en un 73 por 100 en dos semanas.

En nuestro país, el programa de intervención más importante para potenciar el nivel de felicidad de las personas es el elaborado por Palomera (2009), inspirándose en las catorce claves para ser feliz de Fordyce (1997, 2000). Esta autora analizó en su revisión las investigaciones realizadas hasta la fecha en esta área y comprobó que el grado de felicidad está en función de un rango fijo heredado (R), las circunstancias externas (C) y factores personales adquiridos (A). Por lo tanto, propuso que la *Fórmula de la felicidad* sería la siguiente:

$$F=f(R, C, A)$$

Tabla 8
Estrategias para llegar a ser feliz en diferentes ámbitos de la vida (Carr, 2007)

Ámbito	Estrategia
Relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Unirnos a una persona que se parezca a nosotros, comunicarnos con los demás con amabilidad y claridad, perdonar los fallos. • Mantener el contacto con la familia extendida. • Mantener unas amistades íntimas. • Cooperar con conocidos. • Participar en prácticas religiosas o espirituales
Entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener una seguridad física y económica para nosotros y para nuestra familia pero sin caer en la noria hedónica del consumismo. • Gozar periódicamente de un buen clima. • Vivir en un entorno geográfico agradable. • Vivir en un entorno que cuente con una buena oferta musical y artística.
Estado físico	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una buena salud. • Hacer ejercicio físico con regularidad.
Productividad	<ul style="list-style-type: none"> • Usar aptitudes intrínsecamente agradables con el fin de realizar tareas estimulantes. • Lograr éxito y reconocimiento en un trabajo que sea interesante y estimulante. • Trabajar por el logro de un conjunto coherente de objetivos.
Esparcimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ingerir alimentos de calidad con moderación. • Descansar, relajarse y hacer vacaciones con moderación. • Cooperar con grupos de amigos en actividades recreativas como música, baile, proyectos basados en el esfuerzo físico o actividades excitantes.
Habitación	<ul style="list-style-type: none"> • Ante un esfuerzo excesivo por lograr un beneficio material que aumente nuestra felicidad, tengamos presente que nos habituaremos inevitablemente a los bienes y las situaciones materiales que al principio aumentan la felicidad.
Comparaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Ante una disminución de la autoestima a causa de comparaciones negativas con las imágenes ofrecidas por los medios de comunicación, comparémonos con nuestro grupo de referencia inmediato y con quienes estén peor que nosotros, no con las imágenes falsas que propagan los medios; comprobemos la verdad de los recursos y de la felicidad de esas imágenes presentadas por los medios; y fijémonos unos objetivos personales y unas normas realistas y coherentes con nuestras aptitudes y nuestros recursos.
Reacciones dispares a pérdidas y ganancias	<ul style="list-style-type: none"> • Ante la desilusión asociada a la disparidad de reacciones frente a la igualdad de pérdidas y ganancias, recordar que las grandes ganancias y los éxitos aumentan poco la felicidad y que las pérdidas leves y los fracasos pequeños la reducen mucho.
Emociones aflictivas	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de depresión, evitar situaciones aflictivas, centrarse en los aspectos no aflictivos de las situaciones difíciles, hacer frente con firmeza a quienes nos causen aflicción, poner en duda nuestros pensamientos pesimistas y perfeccionistas, aumentar el nivel de actividad, obtener apoyo. • En caso de ansiedad, poner en duda los pensamientos centrados en amenazas y practicar el coraje colocándonos en situaciones que nos asusten y aplicando técnicas de afrontamiento para reducir la ansiedad. • En caso de ira, evitar situaciones que la provoquen, centrarse en los aspectos no aflictivos de la situación difícil, pedir con firmeza a quienes nos provocan que se porte de una forma menos provocativa, distanciarse y practicar la empatía.

Como se puede comprobar, los determinantes de la felicidad identificados por esta autora son similares a los identificados por Lyubomirsky y colaboradores (2005) en su *Modelo de felicidad sostenible*. Los componentes de la anterior fórmula son (para más detalle, ver revisión de Palomera, 2009):

- **Rango fijo:** el rango fijo (rasgo) podría constituir el componente genético de la felicidad general, y supone cerca de un 40-50 por 100 de nuestro grado de bienestar (Lykken y Tellegen, 1996). Palomera (2009) se apoya en los estudios que muestran que cada uno de nosotros tiene un nivel disposicional de afectividad positiva (y también negativa) al que retornamos después de un período de adaptación (habituaación) posterior a una situación positiva, así como después de una mala experiencia (Seligman, 2002). También se apoya la conclusión a la que llegó Veenhoven (1984) de que es difícil mantener la idea de que la felicidad sea un rasgo inmutable porque: a) las emociones positivas sólo se mantienen estables a corto plazo, pero no a largo plazo; b) aunque la satisfacción vital es más estable, las personas muestran variabilidad a lo largo de su vida; c) la felicidad no es insensible ante la fortuna y la adversidad, tras pasados unos límites mínimos (de pobreza, de salud o apoyo social); y d) la estabilidad de las condiciones vitales puede explicar la estabilidad de la felicidad más que la felicidad en sí misma.
- **Circunstancias externas:** Palomera (2009) señala que se ha demostrado que el dinero no predice la felicidad (Diener y Diener, 1996) y que la salud sólo la predice en el caso de que la enfermedad o trastorno sea muy grave o crónico (Verbrugge, Reoma y Gruber-Baldini, 1994). En el resto de adversidades, el ser humano sigue siendo feliz, superado un tiempo de adaptación. Por otro lado, también se apoya en el hecho de que no se hayan encontrado diferencias significativas en cuanto a raza (Diener, Sandvik, Seidlitz y Diener, 1993), clima, nivel de estudios o inteligencia académica (Schkade y Kahneman, 1998; Seligman, 2002), edad (Inglehart, 1990), sexo (Haring, Stock y Okun, 1984; Inglehart, 1990) y ni en tener experiencias negativas con baja frecuencia (Bradburn, 1969; Diener y Emmons, 1985). Sin embargo, sí se ha encontrado que las culturas individualistas (como EE.UU) son más felices que las colectivistas (como Japón) (Diener, Suh, Smith y Sao, 1995); que las personas que estudian, trabajan o invierten su tiempo libre en actividades se sienten más felices ya que les hacen fluir (Csikszentmihalyi, 2000); que tener fe, independientemente de la creencia, también se ha asociado a mayores niveles de

felicidad (Gallup, 1984; Poloma y Pendelton, 1990); que cuantas más relaciones sociales e interpersonales establezcamos, más felices nos sentiremos (Diener y Seligman, 2002). Teniendo en cuenta todas las anteriores circunstancias externas, Palomera (2009) concluye que éstas contribuyen entre un 10 y un 15 por 100 a la felicidad.

- **Factores personales adquiridos:** Palomera (2009) señala que existen determinadas características que nos definen y que hemos adquirido durante nuestra vida y que predicen la felicidad. De esta forma, diversas investigaciones han concluido que son más felices las personas: a) que se caracterizan porque guían su vida por medio de valores, se proponen y planifican metas, luchan por conseguirlas y progresan en su consecución (Diener y Fujita, 1995); b) con locus de control interno (Campbell, 1981; Larsson, 1989); c) con una buena autoestima (Myers, 1993), d) optimistas (Dember y Brooks, 1989; Seligman, 1998); e) extravertidas y sociales (Costa y McCrae, 1980); e) inteligentes emocionalmente (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005); y f) con conductas altruistas (Seligman, 2002). Por lo tanto, esta autora afirma que entre un 20 y 40 por 100 de la felicidad se debe a factores personales.

Los factores determinantes para una felicidad estable, de cada uno de los componentes de la fórmula de la felicidad propuesta por la revisión llevada a cabo por Palomera (2009), se resumen en la *Tabla 9*.

Asimismo, la revisión de las anteriores investigaciones expuestas, permitió a Palomera (2009) elaborar una guía sobre las conductas que deberíamos aprender para ser más felices, junto a sugerencias prácticas para llevarlas a cabo. Para ello, se inspiró (como ya se ha comentado) en las catorce claves para ser feliz de Fordyce (1997, 2000), que resumió en doce al haber unificado varias de ellas por su gran cercanía conceptual. Las doce claves para conseguir la felicidad propuestas por esta autora (ver *Tabla 10*) están formuladas para que, por medio de su comprensión y su práctica, las personas puedan aumentar su grado de felicidad.

Tabla 9
Factores determinantes de una felicidad estable (Palomera, 2009)

Rango fijo (40-50%)	Circunstancias externas (10-15%)	Factores personales adquiridos (20-40%)
Disposición afectiva propia		Vida guiada por valores
		Proposición de metas
		Participación activa
	Relaciones sociales significativas	Locus de control interno
	Red social amplia	Autoestima
	Matrimonio	Optimismo
	Fe, creencias	Sociabilidad
	Oportunidad de experiencias para fluir	Habilidades sociales
	Cultura individualista	Inteligencia emocional
	Cultura con visión benevolente de la vida	Utilización de fortalezas personales
		Altruismo
		Gratitud

En conclusión, a raíz de la extensa labor de revisión realizada por Palomera (2009), esta autora concluye que, sobre todo, los factores personales adquiridos desempeñan un papel importante (al igual que la disposición neurofisiológica hereditaria para sentir o no emociones positivas y que las circunstancias externas) a la hora de determinar hasta qué punto nos sentimos felices. Por ello, considera que la felicidad es un estado emocional que podemos aprender a maximizar dentro de nuestro rango personal. Por otro lado, no sólo es posible mejorarla por medio del desarrollo de aquellos factores personales aprendidos, sino que, además, la felicidad predice importantes porcentajes de éxito en todos los ámbitos de la vida: físico, social, personal y laboral.

Tabla 10
Claves para alcanzar la felicidad (Palomera, 2009)

1. Mantén relaciones sociales significativas y sanas.	6. Deja de preocuparte, es inútil.
2. Pasa más tiempo socializándote, sé extravertido.	7. Rebaja tus expectativas y aspiraciones.
3. Manténte ocupado en aquello que te hace disfrutar.	8. Mantén un pensamiento optimista.
4. Persevera para conseguir metas significativas.	9. Oriéntate al presente.
5. Mantén una adecuada organización y planificación.	10. Gústate y sé tú mismo.

5. FACTORES PSICOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL BIENESTAR PERCIBIDO

Los estudios llevados a cabo por Lyubomirsky y colaboradores (2005) dejan patente que no todo está en los genes, por lo que existe un amplio margen para desarrollar y mejorar nuestros niveles de felicidad o bienestar. Para apoyar esta afirmación, los anteriores autores concluyen que la felicidad y el Bienestar (ya sea considerado como un Estado de salud o, desde un enfoque psicológico, como Subjetivo o Psicológico) percibido por las personas está influido por determinados factores psicológicos y psicosociales que pueden ser modificados por la propia persona para sentirse bien. Asimismo, tanto en el modelo de estrés-buffering (amortiguación) como en el modelo de efecto principal (directo) de Pressman y Cohen (2005) se incluyen a los recursos psicológicos y sociales (como las redes sociales) como factores que influyen en el afecto positivo y, en consecuencia, en la salud de las personas. Por lo tanto, en la presente investigación se analizará cómo influyen algunos de esos factores psicológicos y psicosociales (concretamente: la Resiliencia, el Apoyo Social, el Estrés Laboral y las Estrategias de Afrontamiento) en el Bienestar percibido en una muestra de personal sanitario. Los datos encontrados en dicha muestra se contrastarán con una muestra de docentes para analizar las posibles diferencias entre ambos colectivos profesionales. A continuación se analizarán dichos factores psicológicos y psicosociales que influyen en el Bienestar percibido.

5.1. RESILIENCIA

A grandes rasgos, la Resiliencia se refiere a la habilidad individual de crecer a pesar de la adversidad. El interés por este constructo es especialmente relevante en los últimos años y actualmente su uso en la Psicología científica y divulgativa está muy extendido. La siempre presente naturaleza estresante de los sucesos y eventos a los que se ven expuestas las personas y sus efectos en la salud puede, probablemente, continuar avivando este creciente interés en la Resiliencia. Sin embargo, Smith, Tooley, Christopher y Kay (2010) señalan que existen barreras importantes en el avance de nuestro conocimiento de la Resiliencia. Primero, la palabra *resiliencia* ha estado asociada con un número creciente de significados vagos e imprecisos (Luthar, Cichetty y Becker, 2000). Segundo, esta confusión conceptual ha hecho que sea difícil entender de manera clara los efectos de la Resiliencia para la salud. Y tercero, no está del todo claro cómo la Resiliencia está relacionada con medidas de la salud más allá de otras características positivas importantes suficientemente estudiadas en la literatura sobre el tema (como el optimismo o la autoeficacia, por ejemplo).

Dejando de lado estas cuestiones, la Resiliencia también se refiere a la adaptación positiva al enfrentarse al estrés y a los sucesos traumáticos (Luthar *et al.*, 2000). Sin embargo, la habilidad de mantener un buen funcionamiento después de la exposición al estrés es más común de lo que previamente se pensaba (Bonanno, 2004), y por lo tanto el estudio de la Resiliencia es importante para alcanzar un conocimiento comprensivo de las respuestas humanas al estrés y el trauma. Como se verá más adelante, la evidencia empírica sugiere que la Resiliencia se basa en un conjunto de factores genéticos (Caspi *et al.*, 2003; Tannenbaum y Anisman, 2003), biológicos (Charney, 2004; Morgan *et al.*, 2002), psicológicos (Campbell-Sills, Cohan y Stein, 2006; Tugade y Fredrickson, 2004) y ambientales (Haskett, Nears, Ward y McPherson, 2006; King, King, Fairban, Keane y Adams, 1998). Por lo tanto, el continuo descubrimiento de los cimientos biopsicológicos de la Resiliencia puede ayudar en la prevención e intervención centradas en ayudar a las personas a recuperarse de los sucesos estresantes y los trastornos relacionados con el estrés.

5.1.1. Concepto

Aunque la palabra *resiliencia* ha tomado muchos significados, procede de la palabra inglesa “*resilience*” que es “*recuperarse o saltar hacia atrás*” (Simpson, 2005). La raíz de la palabra *resiliencia* es la palabra latina “*resilio*” que combinada con el significado de “*cia*” y de “*salire*” significa “*saltar o brincar*” (Simpson, 2005). Las primeras definiciones del diccionario de la Resiliencia incluyen aquellas relacionadas con la física. Así, los físicos y los ingenieros aplican este concepto a todo aquello que tiene “*la habilidad de recuperar o recobrar la forma, posición, etc.*”. Después este significado se extendió a las ciencias sociales.

Recientemente, la Real Academia Española (RAE) en su página web (www.rae.es) muestra un avance de la vigésima tercera edición del Diccionario de la Lengua Española en el que ya se incluye la palabra *resiliencia*. Ofrece dos significados: uno ligado a la Psicología, definiéndola como la “*capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas*”; y otro referente a la mecánica, definiéndola como la “*capacidad de un material elástico para absorber y almacenar energía de deformación*”. El “*significado psicológico*” ofrecido por la RAE no sólo es importante por el hecho de que la palabra *resiliencia* esté ya incluida dentro de nuestro léxico, sino porque dicho significado se desliga de las primeras conceptualizaciones de la Resiliencia con situaciones traumáticas y por adoptar la versión rasgo de dicho concepto, es decir, como una característica de la personalidad más estable, y no sólo como un estado o proceso. Estas dos cuestiones serán desarrolladas con más detalle más adelante.

Por lo que respecta al “*significado psicológico*” de la palabra *resiliencia*, muy diferentes autores han tratado de definirlo, por lo que nos encontramos con una miríada de definiciones de dicho constructo. Tal y como indica Becoña (2006) en su artículo, en donde se analiza en profundidad el constructo de Resiliencia, aunque es un concepto ampliamente utilizado por los psicólogos, aún no hay un completo acuerdo sobre su definición. Sin embargo, este autor señala que la más aceptada es la de Garmezy (1991, p. 459) que la define como “*la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al comenzar un evento estresante*”. Por otro lado, la que ofreció Masten (2001, p. 228) es semejante al considerarla como “*un tipo de fenómeno caracterizado por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo*”.

Otra de las definiciones ampliamente aceptadas es la que ofrecieron Block y Block (1980) al considerarla como “la capacidad dinámica de un individuo para modificar su nivel modal del control del ego, en una u otra dirección, como una función de las características de la demanda del ambiente” (p. 48). De esta forma, la persona con “ego-Resiliencia” se espera que funcione mejor en circunstancias nuevas, cambiantes y/o irresolubles; tendría la habilidad para adaptarse exitosamente a las contingencias ambientales cambiantes. Por lo tanto, bajo la conceptualización de la Resiliencia de los anteriores autores, ésta es considerada como una característica o rasgo de la personalidad del individuo, que le ayudaría a adaptarse de forma exitosa a las circunstancias ambientales. Sin embargo, y a un nivel más dinámico, Becoña (2006) señala que existe un mayor consenso en considerar a la Resiliencia como un proceso o fenómeno, no como un rasgo o característica de la personalidad del individuo. En contraposición, la definición de Block y Block (1980) no asocia esta capacidad dinámica del individuo a adaptarse tras un suceso altamente traumático (como sí lo hacen la mayoría de las definiciones), dejando abierta la posibilidad de aplicar el concepto de Resiliencia a situaciones estresantes no tan “extraordinarias”. De esta forma, esta definición encaja con los objetivos de la presente investigación, evaluándose el constructo de Resiliencia en situaciones estresantes cotidianas, tales como las que se dan en el ámbito laboral.

Fletcher y Sarkar (2013) señalan que, a pesar de que la Resiliencia ha sido conceptualizada de muy diversas maneras, la mayoría de las definiciones están basadas alrededor de dos aspectos centrales: la adversidad y la adaptación positiva. De esta forma para que la Resiliencia sea demostrada, tanto la adversidad como la adaptación positiva deben ser evidentes. Sin embargo, las inconsistencias en la delimitación específica de estos conceptos han conducido a la confusión sobre sus significados.

Por un lado, la *adversidad* habitualmente incluye a las circunstancias vitales negativas que se conoce que están estadísticamente asociadas con dificultades de adaptación (Luthar y Cicchetti, 2000). Davis, Luecken y Lemery-Chalfant (2009) puntualizan que la mayoría de las adversidades que nos encontramos no constituyen grandes desastres sino más bien son interrupciones discretas que están incrustadas en nuestras vidas cotidianas. Más recientemente Davydov, Stewart, Ritchie y Chaudieu (2010) señalan que los mecanismos de la Resiliencia pueden diferir en relación con la severidad contextual, desde una Resiliencia contra las dificultades cotidianas habituales, como el estrés laboral (es decir, adversidad media) hasta una Resiliencia contra el estrés

severo ocasional, tal como lo es la pérdida de un ser querido (es decir, adversidad elevada). En esta misma línea Luthar *et al.*, (2000) ya enfatizaron que es importante que los investigadores definan claramente lo que ellos consideran como adversidad y proporcionen una justificación razonada de la misma.

Por otro lado, la *adaptación positiva* ha sido definida como la competencia social conductualmente manifestada o el éxito en las tareas del desarrollo (Luthar y Cicchetti, 2000). La adaptación positiva debe ser conceptualmente apropiada a la adversidad examinada en términos del dominio evaluado y con criterios rigurosos (Fletcher y Sarkar, 2013). Sin embargo, cuando se examina la adaptación positiva no se debe olvidar el contexto sociocultural en el que el individuo opera (Claus-Ehlers, 2008). De esta manera, y debido a que la Resiliencia se manifiesta en varios contextos, los investigadores deberían ser sensibles a los factores socioculturales que contextualizan cómo es definida en diferentes poblaciones (Fletcher y Sarkar, 2013).

Sin embargo, hay que señalar que, desde las primeras investigaciones sobre la Resiliencia, existe un importante debate en torno a la conceptualización de la misma como un rasgo o como un proceso (por ejemplo, ver revisión de Windle, 2011). De esta forma, cuando la Resiliencia ha sido concebida como un rasgo, se ha sugerido que representa una constelación de características que permiten a los individuos adaptarse a las circunstancias que se encuentran (Connor y Davidson, 2003). Como ya se ha comprobado, esta noción ya fue aludida en primer lugar por Block y Block (1980) que emplearon el término “ego-Resiliencia”. Sin embargo, esto sugiere que la Resiliencia es una cualidad que uno tiene o no tiene (Luthar *et al.*, 2000). Mientras que la Resiliencia ha sido conceptualizada como un rasgo de la personalidad, también lo ha sido como un proceso que cambia a lo largo del tiempo. Luthar y colaboradores (2000) lo definen como un proceso dinámico que incluye la adaptación positiva dentro de un contexto de adversidad significativa. Por lo tanto, el proceso de conceptualización de la Resiliencia reconoce que los efectos de los factores protectores y promotores puede variar contextualmente (desde una situación a otra) y temporalmente (a través de una situación y de la vida de una persona) (Fletcher y Sarkar, 2013).

Dejando de lado la problemática de su definición, algunos autores han realizado diversas clasificaciones sobre las características de la Resiliencia, siendo una de las más importantes la revisión realizada por Polk (1997) que, después de aislar sus características,

encontró cuatro patrones para la Resiliencia. El patrón disposicional consiste en los atributos del físico y en los atributos psicológicos relacionados con el ego. El patrón relacional incluye las características de los roles y relaciones que influyen en la Resiliencia. El patrón situacional se refiere a la aproximación característica a las situaciones o estresores y se manifiesta como habilidades de valoración cognitiva, habilidades de solución de problemas, y atributos que indican una capacidad para la acción frente a una situación. Por último, el patrón filosófico se manifiesta por las creencias personales. Según este autor, la combinación de estos patrones apresaría completamente el constructo de Resiliencia. Por otro lado, Garmezy (1993) considera tres factores principales (la personalidad del individuo, su familia y la disponibilidad de apoyo social) en una situación estresante.

Otros investigadores, por otro lado, han propuesto numerosas teorías de la Resiliencia durante las tres pasadas décadas. La mayoría de las mismas tienen aspectos comunes: incorporan la noción de que la Resiliencia es un proceso dinámico que cambia a lo largo del tiempo y que la interacción de un amplio rango de factores determina si un individuo es o no resiliente (Fletcher y Sarkar, 2013). Aunque la Resiliencia es considerada como el resultado más deseable en la mayoría de las teorías, algunos investigadores incluyen otros indicadores de resultado (positivos) en las mismas como el afrontamiento óptimo, la satisfacción laboral y la productividad. Aunque la mayoría de las teorías de la Resiliencia son específicas a poblaciones particulares, existen teorías genéricas que pueden ser aplicadas en diferentes grupos de personas y situaciones potencialmente estresantes. Un ejemplo de estas teorías es la meta-teoría de la Resiliencia de Richardson (para más detalle ver Richardson, 2002).

Sin embargo, este creciente interés en los últimos años por el constructo de Resiliencia ha llevado a que se relacione con otros conceptos que se han considerado como equivalentes, como elementos centrales o como sustitutos del mismo (Becoña, 2006). Así, se ha asociado con el concepto de competencia, considerándose como un constructo que lleva al niño a realizar resultados resilientes. También se ha relacionado con el concepto de vulnerabilidad, constituyendo ésta el polo opuesto de la Resiliencia. Por un lado, se han señalado como factores que promueven la Resiliencia en los niños al locus de control interno y al estilo atribucional positivo. Por otro lado, la Resiliencia se diferencia de la recuperación en que la Resiliencia es más estable en el tiempo. De esta forma, la recuperación está caracterizada por un periodo temporal de psicopatología seguido de una

restauración gradual hacia niveles saludables de funcionamiento, mientras que la Resiliencia se refiere a la habilidad de los individuos para mantener los niveles normales de funcionamiento (Fletcher y Sarkar, 2013). Por último, se ha relacionado también con los factores de riesgo y de protección, pudiendo ser considerada como parte de estos últimos. Finalmente, es, sin duda, la dureza (ó "*hardiness*") el concepto más ampliamente asociado con la Resiliencia (Becoña, 2006).

Asimismo, y desde la perspectiva del afrontamiento del estrés, numerosos estudios han subrayado la importancia del afrontamiento cuando nos enfrentamos a la adversidad (Claus-Ehlers, 2008; Leipold y Greve, 2009; Tugade y Fredrickson, 2004). Por lo tanto, la Resiliencia ha sido habitualmente relacionada con el afrontamiento, tal y como propuso Richardson (2002) al considerar como un proceso de afrontamiento con los estresores, la adversidad, el cambio o la oportunidad. Aunque ambos han sido empleados como conceptos intercambiables, existe un cuerpo de evidencia creciente que sugiere que son constructos distintos conceptualmente. Fletcher y Sarkar (2013) afirman que la Resiliencia influye en cómo un suceso es valorado mientras que el afrontamiento se refiere a las estrategias empleadas que siguen a la valoración de la situación estresante. Otra distinción clave entre la Resiliencia y el afrontamiento está relacionada con las consecuencias asociadas al proceso de estrés. La Resiliencia predice una respuesta positiva a la situación estresante (la experiencia de emociones positivas) mientras que el afrontamiento puede ser positivo (solucionando el problema) o negativo (negando la situación). Fletcher y Sarkar (2013) señalan que, mientras que las conductas específicas de afrontamiento son más probables en las relaciones mediadas entre las respuestas de los individuos y los resultados, los estilos disposicionales de afrontamiento pueden funcionar como un factor protector resiliente que modera los componentes del proceso de estrés.

Más recientemente, el constructo de Resiliencia se ha relacionado de forma muy potente con la Psicología Positiva. Como ya se ha comentado, los propulsores de este movimiento defienden una visión de la experiencia humana que incluye un conocimiento de las fortalezas humanas, talentos y virtudes (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Desde la Psicología Positiva también se recomienda un cambio desde los enfoques orientados en las debilidades a aquellos centrados en las fortalezas que permiten a los individuos sobrevivir y crecer incluso a la hora de afrontar la adversidad (Richardson, 2002). Como se puede observar, la anterior asunción coincide con la propia definición del constructo de Resiliencia, identificándose con él. Teniendo en cuenta todo lo anterior, aunque el

constructo de Resiliencia encaja a la perfección con los fundamentos de la corriente de la Psicología Positiva (y comparten elementos comunes), se trata de un constructo independiente y que puede ser empleado en cualquier corriente psicológica de forma general, evitando su encasillamiento y exclusividad a una sola corriente (para más detalle, ver revisión de Becoña, 2006).

5.1.2. La medida de la Resiliencia

Aunque la Resiliencia sea un constructo ampliamente extendido en la Psicología científica y divulgativa, los estudios no sólo varían sustancialmente en su definición (como ya se ha comprobado) sino también, y en consecuencia, en su medida. Sobre todo, no existe un constructo teórico común subyacente para la investigación tan heterogénea que se ha llevado a cabo hasta el momento. Esto implica que la evaluación y comparación de los hallazgos sea extremadamente dificultosa y que los instrumentos de medida sean distintos (Davydov *et al.*, 2010). Tal y como afirman Connor y Davidson (2003), un obstáculo para un adecuado modelo biopsicosocial de Resiliencia es la falta de medidas adecuadamente validadas de este constructo.

A continuación se exponen los instrumentos de medida más utilizados para evaluar el constructo de Resiliencia. Como se podrá comprobar, algunas escalas miden la Resiliencia directamente, mientras que otras la miden indirectamente a través de distintos factores que la componen. Por otro lado, unas escalas son multidimensionales mientras que otras confirman una estructura unidimensional de la Resiliencia. Para una revisión más detallada ver Ahern, Kiehl, Sole y Byers (2006).

***“Adolescent Resilience Scale” (ARS) (Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya, 2003):** Se trata de un instrumento compuesto de 21 ítems que se puntúan en una escala de 5 puntos (del 1 al 5). La ARS fue diseñada para evaluar a la juventud japonesa y consta de tres factores: búsqueda de lo novedoso, regulación emocional y orientación positiva hacia el futuro. Los análisis de los datos han demostrado una fiabilidad y validez aceptables. Los resultados apoyan el constructo de Resiliencia en los adolescentes, pero los hallazgos pueden ser difícilmente generalizables a otras poblaciones (Oshio *et al.*, 2003).

***“Baruth Protective Factors Inventory” (BPFI) (Baruth y Carroll, 2002):** se trata de un cuestionario compuesto por 16 ítems que se puntúan en una escala Likert de 5 puntos (del 1 al 5). El BPFI mide el constructo de Resiliencia indirectamente, evaluando cuatro factores primarios de protección de la misma: personalidad adaptativa, apoyo del entorno, estresores mínimos y experiencias compensatorias. Aunque las propiedades psicométricas del cuestionario son adecuadas, los propios autores afirman que la fiabilidad y validez del BPFI deben ser comprobadas en estudios posteriores y que la escala debería ser refinada (Baruth y Carroll, 2002).

***“Brief-Resilient Coping Scale” (BRCS) (Sinclair y Wallston, 2004):** Este instrumento está compuesto por 4 ítems que se puntúan en una escala de 5 puntos (del 1 al 5). La BRCS fue diseñada para evaluar la tendencia de los sujetos a afrontar el estrés de una manera adaptativa. Debido a la brevedad de la escala, se han encontrado pocos estudios que apoyen la fiabilidad y validez de la misma. Los autores indican la necesidad de más estudios, pero sugieren que la escala puede ser útil para identificar a aquellos individuos que necesiten ser tratados para mejorar sus habilidades de afrontamiento resiliente, especialmente en estudios longitudinales (Sinclair y Wallston, 2004).

***“Connor-Davidson Resilience Scale” (CD-RISC) (Connor y Davidson, 2003):** Se trata del cuestionario más utilizado en la investigación de la Resiliencia. La CD-RISC es autoaplicada y está compuesta de 25 ítems que evalúan, en una escala de tipo Likert, desde 0 (“*nada de acuerdo*”) hasta 4 (“*totalmente de acuerdo*”), cómo el participante se ha sentido en el último mes (p. ej., “*los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza*”). La puntuación máxima es de 100. Las puntuaciones más altas reflejan mayor Resiliencia. Esta escala aborda, entre otros, los conceptos de locus de control, compromiso, desafío, conducta orientada a la acción, autoeficacia, resistencia al malestar, optimismo, adaptación a situaciones estresantes y espiritualidad (Connor y Davidson, 2003).

Las características psicométricas del CD-RISC, en un estudio preliminar en población general y muestra clínica, demostró tener una adecuada consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez convergente y divergente (Connor y Davidson, 2003), y una buena validez de constructo en población adulta (Campbell-Sills *et al.*, 2006).

El análisis factorial exploratorio del CD-RISC llevado a cabo por sus autores sugiere que la escala es multidimensional, con una estructura de cinco factores (competencia personal, confianza en la intuición y tolerancia a la adversidad, aceptación positiva del cambio, control y espiritualidad), sin embargo, la escala de espiritualidad no cumplió el criterio de fiabilidad y validez adecuado. Al igual que otros autores (Campbell-Sills et al, 2006) en los análisis se utilizó la puntuación total de los ítems, con una consistencia interna elevada ($\alpha = 0,89$).

Posteriormente se han desarrollado dos versiones abreviadas del CD-RISC compuestas por un solo factor de la Resiliencia: la 10-Item CD-RISC (Campbell-Sills y Stein, 2007) y la 2-Item CD-RISC (Vaishnavi, Connor y Davidson, 2007). La primera consta de 10 ítems y sus autores, además de confirmar que un solo factor subyació al constructo de Resiliencia, obtuvieron una fiabilidad similar al original ($\alpha = 0,85$). La otra versión está compuesta solamente por dos ítems para evaluar la Resiliencia y sus propiedades psicométricas son peores que la escala original y que la reducida de 10 ítems. Tanto la CD-RISC original como sus versiones abreviadas serán descritas con más detalle en el apartado de *Instrumentos de Medida*.

***“Ego-Resiliency Scale” (ER89) (Block y Kremen, 1996):** La ER89 fue desarrollada basándose en la concepción de la Ego-Resiliencia de Block y Block (1980), explorando la habilidad de responder de forma flexible a los desafíos y las circunstancias cambiantes. Es, junto con la CD-RISC, una de las escalas que miden el constructo de Resiliencia más utilizadas hasta el momento. La ER89 consta de 14 ítems en los que se pide al participante que valore, en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir ante los enunciados presentados en cada uno de los ítems (p. ej. “*me recupero rápidamente de los sobresaltos*” y “*disfruto tratando con situaciones nuevas e inusuales*”). Dicha escala de respuesta va desde el 1 (“*no me describe en absoluto*”) al 4 (“*me describe totalmente*”). Los autores (Block y Kremen, 1996) hallaron una consistencia interna de la escala ($\alpha = 0,76$), mientras que Roth y Lacoa (2009) encontraron una fiabilidad más elevada de la ER89 ($\alpha = 0,82$).

***“Resilience Scale” (RS) (Wagnild y Young, 1993):** Se trata de un cuestionario de 25 ítems que emplea una escala de respuesta de 7 puntos (del 1 al 7). Desde un primer momento, la RS fue diseñada para evaluar los factores

asociados con los rasgos de personalidad y los recursos de afrontamiento que podían determinar prospectivamente la Resiliencia, pero sin medirla directamente. La RS consta de dos factores que miden la Resiliencia: competencia personal y aceptación de la vida y de uno mismo. El estudio realizado por los autores apoya la consistencia interna y la validez concurrente del instrumento (Wagnild y Young, 1993). Aunque originariamente fue comprobada en adultos, numerosos estudios han validado que la escala puede ser empleada en muestras de todas las edades y de diferentes culturas (Ahern *et al.*, 2006).

***“Resilience Scale for Adults” (RSA) (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen, 2003):** La RSA está compuesta por 37 ítems que puntúan en una escala semántica diferencial de 5 puntos. Este cuestionario contiene 5 factores: competencia personal, competencia social, coherencia familiar, apoyo social y estructura personal. De acuerdo con los autores, la RSA es una medida válida y fiable en la Psicología clínica y de la salud para evaluar la presencia de factores protectores importantes para la recuperación y mantenimiento de la salud mental. Hallazgos posteriores en población sana han apoyado la validez convergente y discriminante de la RSA, concluyéndose que los individuos que puntúan más alto en esta escala son psicológicamente más sanos, adaptados y, por lo tanto, más resilientes (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge y Hjemdal, 2005).

5.1.3. Evidencia empírica

El estudio de la Resiliencia en Psicología y Psiquiatría procede de los esfuerzos por conocer la etiología y desarrollo de psicopatología, especialmente de los niños en riesgo de desarrollarla debido a enfermedades mentales de los padres, problemas perinatales, conflictos interpersonales, pobreza o una combinación de varios de estos factores. Los eventos vitales más estudiados son el divorcio de los padres y los estresores traumáticos (abuso o abandono y la guerra). De esta forma, las primeras teorías de la Resiliencia enfatizaron la identificación de las características de la infancia asociadas con consecuencias positivas a la hora de afrontar la adversidad (Rutter, 1985; Werner, 1984). Por ello no se podía afirmar, como se hacía hasta ese momento, que una infancia infeliz determina la vida del niño, convirtiéndolo en un adulto insatisfecho con su vida (Cyrułnik,

2002). Esta línea de investigación ha sido posteriormente extendida para incluir los factores externos protectores que pueden promover la Resiliencia, tales como los grupos afectivos y las relaciones de apoyo con adultos (Luthar *et al.*, 2000). Las teorías actuales consideran a la Resiliencia como un constructo multidimensional, el cual incluye variables constitucionales, como el temperamento, la personalidad y habilidades específicas (p.ej. la solución de problemas activa), que permiten a los individuos afrontar adecuadamente los eventos traumáticos de la vida.

Dependiendo del autor, el estudio de la Resiliencia se ha centrado en tres componentes (ver revisión de Moreno, 2007): el estudio de los riesgos, el estudio de los factores protectores y el estudio de las características de la persona resiliente. Así, Glantz y Johnson (1999) han recogido algunos de estos riesgos que pueden llevar a los individuos (sobre todo a los niños) a la pérdida del equilibrio, de la adaptación, del bienestar subjetivo y del desarrollo personal: la pobreza, la deprivación, la familia rota, el maltrato infantil o situaciones de desastre y desamparo. Por el contrario, y desafortunadamente, tales factores no suelen producirse de forma aislada, sino combinada y actuar acumulativamente, por lo que la predicción de conducta no suele ser positiva. Sin embargo, existen algunos niños e individuos en tales contextos que se adaptan, no sólo en el sentido pasivo de la supervivencia, sino en el positivo del desarrollo personal y social, por lo que deben de existir determinados factores de protección y desarrollo que favorezcan dicha adaptación.

Garnezy (1993) considera que existen dos grandes tipos de factores protectores ante los riesgos: las características interpersonales de la familia y el apoyo social. Las relaciones interpersonales dentro de la familia, incluso en contextos de pobreza y deprivación, tienen un alto valor protector y desarrollo del sentimiento de valía personal. De esta manera, las relaciones afectivas calurosas y autónomas, con los padres, o en general con los miembros de la familia, generan un sentimiento de protección personal incluso en contextos críticos. El apoyo social tiene igualmente un valor externo de accesibilidad a los pocos e insuficientes medios disponibles. El colegio, los profesores, u otras instituciones, políticas, religiosas, deportivas o grupales, proporcionan un sentimiento de identidad social y colectiva y de manejo de recursos complementarios.

Una vez considerados los riesgos y los factores protectores, nos queda determinar las características de las personas resilientes, tales como la competencia personal, el uso de recursos personales y de resolución de problemas. Según Rutter (1985) la persona resiliente se caracteriza por un sentimiento de autoconfianza, de creencia en la propia

capacidad personal y de habilidad de resolver problemas. Moreno (2007) en su revisión considera que tales variables personales se asimilan a las propuestas por Erickson acerca de las cualidades básicas que hay que adquirir a lo largo del ciclo vital. En esta línea, la investigación ha tratado de esclarecer cómo favorecer el desarrollo de tales capacidades.

A pesar de todo lo anterior, sólo recientemente los investigadores clínicos han aceptado comprometerse en investigar para entender la adaptación positiva a pesar de la adversidad. Por ejemplo, Charney (2004) ha desarrollado un modelo de los sistemas psicobiológicos implicados en la adaptación resiliente que sigue al estrés agudo. Basado en modelos previos de bases neurales de recompensa, motivación, miedo condicionado y comportamiento social, propone un modelo integrado de Resiliencia y vulnerabilidad que incorpora varias regiones cerebrales y numerosos mediadores neuroquímicos, neuropéptidos y hormonales de la respuesta al estrés agudo. Este tipo de modelo teórico puede ayudar a equilibrar el abrumador enfoque en la psicopatología relacionada con el estrés que ha caracterizado durante mucho tiempo este campo de investigación (cuestión que será analizada más adelante). Tsuang (2000) también ha sugerido que la investigación en los factores que promueven la Resiliencia puede tener implicaciones clínicas muy importantes, particularmente para las intervenciones preventivas. Apunta que los futuros estudios genético-moleculares pueden ayudar a desvelar los mecanismos que subyacen a la Resiliencia, y que pueden revelar los tratamientos psicológicos y farmacológicos más convenientes.

En conjunto, Campbell-Sills y colaboradores (2006) consideran que la primera ola de la investigación de la Resiliencia se centró en las características de los individuos resilientes, y que una segunda ola de investigación en esta área está enfocada más en la comprensión del proceso por el cual los individuos son capaces de adaptarse exitosamente, o de “recuperarse” del estrés o de los sucesos traumáticos. Así, la Resiliencia puede ser considerada más que como una simple recuperación a la ofensa (Bonanno, 2004), pudiendo definirse como el crecimiento o la adaptación positiva siguientes a los períodos de disrupción homeostática (Richardson, 2002). Aunque la adaptación positiva en respuesta a la adversidad extrema fue originariamente pensada para referirse a los “individuos extraordinarios”, la investigación más reciente sugiere que la Resiliencia es relativamente común entre los niños y los adolescentes expuestos a las carencias, el trauma, y la adversidad (Masten, 2001). La mayoría de la investigación en Resiliencia ha

sido conducida hacia estas poblaciones más jóvenes y poco es sabido de cómo opera la Resiliencia en la edad adulta.

Este vacío en la literatura sobre la Resiliencia es particularmente problemático, desde que sabemos que a pesar de altos niveles de exposición a sucesos potencialmente traumáticos durante sus vidas (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995) la mayoría de los adultos no desarrollan distrés severo o psicopatología. Bonanno (2004) argumenta que la mayoría de la investigación sobre el trauma y la pérdida ha incluido solamente poblaciones en busca de tratamiento por lo que continuamos sabiendo muy poco sobre el proceso de adaptación resiliente en la edad adulta. Sugiere que en los adultos la Resiliencia debería ser conceptualizada como una habilidad para mantener niveles relativamente saludables y estables de funcionamiento físico y psicológico en el transcurso de las experiencias traumáticas. Aunque existen pocas investigaciones en esta área, Bonanno propone diferentes vías que pueden dirigir la Resiliencia en la edad adulta, y que la adaptación resiliente puede ser mucho más común de lo que previamente creíamos.

Teniendo en cuenta la anterior cuestión sobre la poca atención que ha recibido la población adulta, también hay que considerar la posible reconceptualización del concepto de Resiliencia. Dicho constructo ha estado tradicionalmente asociado a la enfermedad. Así, en contextos de investigación y clínicos, el comportamiento resiliente ha sido a menudo asociado con la posibilidad de que un individuo exhiba alguna forma de psicopatología como una consecuencia de un suceso traumático experimentado en su vida. La población que ha sido más representada en la literatura de la Resiliencia adulta ha sido aquella que ha experimentado pérdidas en tiempo de guerra y traumas. Tal y como señala Miller (2003), si no queremos que la Resiliencia esté absolutamente asociada con la psicopatología, ni que sea conceptualizada como un mero “sí o no” en una lista de varios trastornos psicológicos, deberemos reconceptualizar el papel de la Resiliencia en el afrontamiento. Este autor señala que la conducta o comportamiento resiliente es más que si un individuo tiene o no síntomas patológicos o trastornos de alguna clase después de experimentar un gran suceso traumático en su vida. Los individuos que no muestran tales síntomas o trastornos –a pesar del hecho de que clínica y estadísticamente los esperaríamos (debido a la naturaleza de un determinado estresor)- ilustran el comportamiento resiliente. La frase del filósofo alemán Friedrich Nietzsche, “*lo que no me destruye, sólo me hace más fuerte*”, ilustraría esta reconceptualización.

Siguiendo esta aproximación al constructo de Resiliencia, alejándolo de la psicopatología, en la presente investigación también se busca evaluarlo en situaciones estresantes cotidianas, tales como las que se dan en el ámbito laboral, sin buscar su asociación con acontecimientos altamente traumáticos.

Respecto a las investigaciones que han relacionado específicamente a la Resiliencia con el bienestar (considerado éste desde un enfoque psicológico), la mayoría se han llevado a cabo desde el marco de la *Teoría de la ampliación y construcción de las emociones positivas* (Fredrickson, 1998, 2001). Desde esta teoría se asume que, como las emociones positivas son útiles para contrarrestar los efectos de las emociones negativas (mediante la ampliación de los repertorios de “*pensamiento-acción*”), las emociones positivas (como la felicidad o bienestar) también pueden ser útiles para construir recursos personales ante circunstancias adversas, tales como la Resiliencia. La investigación muestra que las diferencias individuales en Resiliencia predicen la habilidad de sacar provecho en las emociones positivas cuando se hace frente a experiencias emocionales negativas (Tugade y Fredrickson, 2004). Por ejemplo, las personas resilientes emplean frecuentemente el humor como estrategia de afrontamiento (Werner y Smith, 1992; Wollin y Wollin, 1993), el cual ha mostrado que ayuda a las personas a afrontar efectivamente las situaciones estresantes. De esta forma, Tugade y Fredrickson (2004) concluyen que las personas resilientes recurren más frecuentemente a las emociones positivas (como la felicidad) para afrontar el estrés.

Desde la anterior teoría también se ha comprobado que las emociones positivas conducen a más altos niveles de Resiliencia en el futuro (Cohn y Fredrickson, 2009; Fredrickson y Joiner, 2002) y que la Resiliencia también alcanza sus efectos parcialmente mediante las emociones positivas (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels y Conway, 2009). De esta forma, cuando se hace frente a un estresor, las personas con altos niveles de Resiliencia tienen más emociones positivas que las personas menos resilientes, incluso cuando experimentan emociones negativas al mismo nivel. Asimismo, se ha demostrado que la diferencia en las emociones positivas en las personas resilientes explica su mejor habilidad para recuperarse de la adversidad y el estrés, prevenir la depresión y continuar creciendo (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003; Ong, Bergeman, Bisconti y Wallace, 2006; Tugade y Fredrickson, 2004). Por otro lado, en la vida cotidiana las emociones positivas predicen el aumento de la Resiliencia (Fredrickson *et al.*, 2003; Ong *et al.*, 2006; Tugade y Fredrickson, 2004). En base a todos estos resultados, Cohn y

colaboradores (2009) concluyen en su estudio que las emociones positivas producen incrementos en la Resiliencia y en la satisfacción con la vida. Además, encontraron que los cambios en Resiliencia mediaron la relación entre las emociones positivas y la satisfacción con la vida.

Finalmente, la Resiliencia se ha constituido en un constructo y en una característica de la personalidad muy relevante en los países latinoamericanos. Este especial interés puede ser debido a que las situaciones económicas, sociales y políticas de riesgo para el desarrollo son frecuentes en Latinoamérica, por lo que la Resiliencia se ha convertido en un tema relevante tanto teórica como prácticamente. Por ejemplo, en Argentina, en la Universidad Nacional de Lanús, se ha creado el Centro Internacional de Información y Estudios de la Resiliencia (Melillo y Suárez Ojeda, 2001). Por otro lado, mediante el desarrollo del concepto de Resiliencia familiar (Ravazzola, 2001), se ha extendido a toda la familia la capacidad de resistir a las adversidades, siguiendo esta misma orientación.

5.1.4. Resiliencia en el personal sanitario

El constructo de Resiliencia está cada vez más documentado en la literatura sanitaria, sobre todo en la referente a la enfermería (Tusaie y Dyer, 2004). De esta manera, ha sido estudiado ampliamente en la práctica enfermera y en una gran variedad de poblaciones de pacientes, desde niños (Childs, Seppels y Moody, 2003) a mayores (Racher, 2002). Asimismo, el personal de enfermería ha examinado el constructo de Resiliencia como algo aplicable a poblaciones especialmente vulnerables, tales como mujeres maltratadas (Humphreys, 2003) y personas con trastornos psiquiátricos y discapacidades mentales (Kuling, 2000).

Sin embargo, la Resiliencia no sólo ha sido investigada en pacientes, sino también en el propio personal sanitario. Estas investigaciones se han visto apoyadas por el hecho de que los profesionales sanitarios son testigos directos del sufrimiento humano y que hacen frente a un entorno laboral adverso y estresante. Los factores que fomentan este entorno laboral adverso, además del hecho de tratar con personas enfermas que están sufriendo, incluyen la escasez de personal sanitario con experiencia, una plantilla envejecida, la contratación habitual de personal eventual, el acoso y la violencia por parte de los propios pacientes, la falta de autonomía profesional, cambios organizativos impuestos, cuestiones

relacionadas con la salud y seguridad laborales y la reestructuración constante (Jackson, Firtko y Edenborough, 2007). Todos estos factores contribuyen a la formación de un ambiente laboral que puede ser considerado como hostil, abusivo y poco gratificante (Jackson, Clare y Mannix, 2002; Strachota, Normandin, O'Brien, Clary y Krukow, 2003). Así, algunos profesionales abandonan el sistema sanitario a causa de estos factores asociados con la adversidad en el trabajo. Por el contrario, a pesar de estas dificultades muchos profesionales sanitarios eligen permanecer en su puesto de trabajo prestando asistencia sanitaria, sentirse satisfechos con su trabajo, y sobrevivir e incluso desarrollarse a pesar de un clima adverso en el entorno laboral (Cline, Reilly y Moore, 2003; Jackson, Mannix y Daly, 2001; Strachota *et al.*, 2003). Sin embargo, de aquellos que permanecen, muchos manifiestan consecuencias aún más graves relacionadas con el estrés tales como el síndrome de Burn-out (McVicar, 2003; Strachota *et al.*, 2003).

Afortunadamente son la mayoría de los profesionales sanitarios los que no abandonan la profesión. Teniendo en cuenta la constante exposición al sufrimiento humano y a un continuo entorno laboral adverso, la Resiliencia se puede considerar como una característica esencial e inherente a los profesionales sanitarios para el desarrollo de la asistencia sanitaria diaria (Tusaie y Dyer, 2004). Concretamente, Hodges y colaboradores (2005) consideran que el personal de enfermería resiliente es un elemento crucial en un, siempre cambiante, sistema sanitario. Por ello, recomiendan a los profesores y demás formadores de enfermería prepararlos mejor para mantener una Resiliencia profesional y personal adecuadas. Por otro lado, Bright (1997) y Giordano (1997) sugieren que el desarrollo de la Resiliencia personal es un medio para que la enfermería afronte el estrés asociado con su trabajo. Aún más, Brighth (1997) señala que aunque el personal de enfermería pasa la mayor parte del tiempo cuidando a otros, no parece ser que se cuide a sí mismo, por lo que la autora promueve el auto-desarrollo de la Resiliencia personal. McGee (2006) va más allá y sugiere que son las habilidades de la enfermería resiliente las que les mantienen en su trabajo y en un clima laboral difícil y adverso.

En resumen, casi todos los estudios parecen coincidir en que la Resiliencia es una característica que posee el personal sanitario y que es inherente a estos profesionales, para que éstos puedan afrontar y adaptarse a un entorno laboral de por sí estresante, caracterizado por situaciones difíciles ante el continuo contacto con personas enfermas y por condiciones laborales no del todo idóneas.

5.1.5. Efectos de la Resiliencia sobre la Salud y el Bienestar

La investigación en este campo ha mostrado ampliamente que determinadas características de la personalidad se asocian con un mayor bienestar físico y psicológico, es decir, con una mejor salud y, en caso de enfermedad, con una más rápida recuperación y vuelta a la actividad normal (Connor y Davidson, 2003). Entre estas características se encuentra la Resiliencia. A este respecto, son de especial interés los estudios que han relacionado la Resiliencia con la salud mental y, por consiguiente, con la salud en general y el bienestar. En el completo estudio llevado a cabo por Davydov y colaboradores (2010) se muestran los diferentes enfoques y aproximaciones de la Resiliencia que se han empleado hasta la fecha en la investigación de la salud mental. Estos enfoques explicarían los mecanismos mediante los cuales la Resiliencia afectaría a la salud y el Bienestar percibido por las personas. De esta manera, los anteriores autores distinguen tres enfoques principales: el de reducción del daño, el de protección y el de promoción.

Desde el **enfoque de reducción del daño**, algunos investigadores describen la Resiliencia mental en términos de una recuperación rápida y efectiva después del estrés (Tugade y Fredrickson, 2004). Esto es análogo a los mecanismos somáticos de recuperación después de una invasión patógena a través de las barreras de protección internas y externas, y describe la habilidad de recobrar los niveles iniciales de actividad mental, emocional y cognitiva después de un evento adverso (como una pérdida importante, una separación matrimonial, etc.). Así, tanto la valoración cognitiva como las emociones provocadas por la situación son percibidas por el individuo como negativas y estresantes. En algunos casos este aspecto de la Resiliencia es operativizado como una puntuación de la salud general que, a pesar del deterioro después de la exposición al evento adverso, retorna consecuente con los niveles pre-exposición. La prevalencia de este tipo de Resiliencia ha sido estimada en estudios comunitarios alrededor del 15%: los más altos niveles en mujeres mayores, incrementándose entre el 40-60% con la presencia de alto apoyo social antes y durante el evento adverso (Netuveli, Wiggins, Montgomery, Hildon y Blane, 2008). Otros investigadores argumentan que esta reducción del daño o mecanismos de recuperación de la Resiliencia deberían ser diferenciados de los mecanismos de protección o de resistencia frente a los efectos perjudiciales de la adversidad, los cuales pueden estar asociados con diferentes procesos neurobiológicos subyacentes (Yehuda y Flory, 2007).

Por otro lado, desde el **enfoque de protección**, la Resiliencia es descrita en términos de mecanismos de protección (análogos a la barreras inmunológicas del organismo), lo cuales ayudan a preservar la salud a la hora de afrontar los eventos adversos (Patel y Goodman, 2007). Diferentes factores específicos pueden estar relacionados con este tipo de Resiliencia a múltiples niveles (p. ej., de forma individual o en grupo, familia, grupo de pertenencia, etc.) (Jessor *et al.*, 2003). Por ejemplo, en dos estudios epidemiológicos en adultos que habían sufrido un evento adverso recientemente, la Resiliencia estuvo asociada con una alta calidad de relaciones interpersonales en la adolescencia y la vida adulta.

Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones en este campo ha empleado el **enfoque de promoción**, asociando el concepto de Resiliencia con la promoción de la salud mental (Ong *et al.*, 2006; Patel y Goodman, 2007). Este enfoque se centra en el desarrollo de recursos adicionales que pueden ser empleados para reducir el daño y como mecanismos protectores (análogos a la pre-inmunización o a un fortalecimiento general del sistema inmune), pero han sido principalmente asociados con altos niveles individuales de experiencia positiva (Fredrickson, 2001; Fredrickson y Joiner, 2002). Un meta-análisis concluyó que la variación significativa de las respuestas emocionales diarias al estrés era debida a la ocurrencia de emociones diarias positivas, sirviendo de evidencia a este enfoque (Ong *et al.*, 2006). Los niveles más altos de esta clase de Resiliencia predicen una asociación más débil entre las emociones positivas y negativas, particularmente en días caracterizados por estrés más alto. La experiencia de emociones positivas funciona para asistir a los individuos con alta Resiliencia en su habilidad para recuperarse efectivamente del estrés diario. Este tipo de mecanismo de la Resiliencia no está restringido al nivel individual, pudiendo también ser considerado como resultado de una variedad de factores externos (p.ej., comunitarios y culturales). Además, algunos mecanismos sociales de la Resiliencia tales como la religión son comúnmente asociados con las emociones positivas.

En los estudios de promoción de la salud mental, a la “*experiencia positiva*” subyace un mecanismo de “*fortalecimiento anti-estrés*” (p. ej., presencia de menores eventos adversos en el pasado y/o mayores eventos positivos) que puede ser diferenciado del mecanismo de “*entrenamiento anti-estrés*” que subyace a la “*inmunización comportamental*” (p. ej., mediante el recuerdo de experiencias pasadas negativas). A diferencia de la “*experiencia positiva*”, la “*inmunización comportamental*” o “*inmunomodulación*” promueve la Resiliencia mental a través de la exposición a un evento

estresante transitorio, el cuál es superado con éxito. Esta exposición puede estar provocada de forma natural (en la vida cotidiana) o artificialmente (mediante un programa de entrenamiento). Por ejemplo, los supervivientes de inundaciones mostraron niveles más bajos de ansiedad después de haber sido expuestos otra vez a la misma situación, que los supervivientes que no habían vuelto a tener esa experiencia (Norris y Murrell, 1988). Estos dos mecanismos pueden promover la Resiliencia de forma diferente: 1) incrementando la protección de manera inespecífica a todo tipo de estresores o 2) incrementando la protección a un estresor específico de toda la variedad de estresores existentes.

Por otro lado, el “*entrenamiento anti-estrés*” ha sido diferenciado del simple proceso de recuperarse o de retornar a los niveles de base anteriores (homeostasis) y descrito como “*ir más allá de la línea de base para crecer y desarrollarse*” (Joseph y Linley, 2006, p. 1043). Esta teoría propone que la simple recuperación después del estrés deja al individuo con niveles incrementados de vulnerabilidad a situaciones similares. Por otra parte, “*la inmunización comportamental*” propone que los cambios positivos que siguen a la adversidad están relacionados con un retorno de la desorganización mental a los niveles base de salud (homeostasis), acomodándose positivamente a la experiencia (memoria). Esta nueva experiencia provoca una mayor flexibilización de los sistemas de regulación para mantener el equilibrio y el funcionamiento mental saludable dentro de una amplia gama de estresores.

5.2. APOYO SOCIAL

Aunque popularmente suele decirse que para ser feliz son necesarias tres cosas (salud, dinero y amor), sólo la tercera de ellas ha sido confirmada de forma rotunda, constante e inequívocamente por la investigación como factor condicionante de la felicidad (ver revisión de Fernández-Abascal, 2009). Puesto que el ser humano es un animal social (como ya dijo Aristóteles), ello nos permite comprender por qué necesita de otras personas para ser feliz y por qué no soporta la soledad.

Si nos remontamos a las primeras teorías psicológicas que dieron pie a la investigación del Apoyo Social, nos encontramos con la *Teoría del apego* (o *Teoría del vínculo*), desarrollada por Bowlby (1969), y la *Teoría psicosocial* de Erikson (1963, 1968). Por un lado, Bowlby aboga porque el niño busca una figura protectora en sus padres, alguien que le ofrezca seguridad y protección, y ese apego será el punto de apoyo que le impulsará a confiar en sí mismo y a adquirir unas relaciones interpersonales satisfactorias. El efecto del apego, o vínculo afectivo con el cuidador, deriva de que sea seguro. Se proporciona un apego seguro a los niños cuando los cuidadores responden a sus necesidades, de manera que pueden disfrutar ambos de una relación cálida y placentera. Por otro lado, la importancia del cuidado que recibe el niño pequeño, las ideas sobre la importancia del apego infantil y su repercusión en las relaciones del adulto en su bienestar son coherentes con la *Teoría psicosocial* de Erikson. Este autor explica el desarrollo de la personalidad a lo largo de la vida como respuesta al reto incesante del contexto social. Aunque, como señala Fernández-Abascal (2009) en su revisión, su teoría fue formulada hace más de medio siglo y se ha quedado desfasada en algunos aspectos, la *Teoría psicosocial* de Erikson se constituyó como uno de los primeros intentos de identificar el grado de felicidad o bienestar de una persona durante su trayectoria vital como un reflejo de sus relaciones interpersonales.

Recientemente se ha ampliado la *Teoría del apego* de Bowlby (1969), destacándose que la posibilidad de adquirir un apoyo seguro puede surgir en cualquier época de la vida (Fernández-Abascal, 2009), mediante el desarrollo de otra capacidad ya analizada en profundidad en el anterior apartado, la Resiliencia. Por lo tanto, se ha relacionado un factor tan importante, como lo es el Apoyo Social, a la hora de influir en la salud y bienestar de las personas con la Resiliencia. Aunque la adquisición de ésta va unida al apego seguro de la infancia, es posible la recuperación posterior, porque una infancia infeliz no determina la vida, como ha destacado Cyrulnik (2002). Es decir, que puede

establecerse una relación de apego seguro en la edad adulta, por ejemplo, con la pareja, y de esta manera construir una personalidad sana y dotada de Resiliencia. Asimismo, la relación amorosa es un importante generador de Resiliencia, tal y como señala Cyrulnik (2005) en su libro *El amor nos cura*. En esta línea, otros investigadores añaden que tener relaciones satisfactorias y estables es un factor general de Resiliencia para afrontar las situaciones vitales (Mikulincer y Florian, 1998). Esta idea ha venido a confirmar que la conexión entre relaciones interpersonales (siendo unos de sus principales motores el Apoyo Social y la Resiliencia) y felicidad es trascendental (ver revisión de Fernández-Abascal, 2009).

Centrándonos en el Apoyo Social, éste hace referencia a los procesos psicosociales e interpersonales que mantienen y promueven la salud y el bienestar. Las fuentes de Apoyo Social habitualmente están presentes en el círculo más íntimo de la red social del individuo que, comúnmente, está compuesta por los amigos más cercanos y los miembros familiares. Los tipos de Apoyo Social que pueden dar éstos incluyen la ayuda, la compañía, el consejo, el consuelo y el apoyo emocional. Los efectos beneficiosos del Apoyo Social surgen a través de la interacción con estas relaciones más cercanas o a través de la representación psicosocial de las mismas como recursos para afrontar el estrés y conocer las necesidades básicas de los individuos (Gottlieb, 2009).

Siguiendo la revisión de Pérez-García (2011), se puede considerar que la investigación sobre el Apoyo Social comienza en los años setenta. Durante esos años se realizaron numerosos estudios sobre el papel de la ayuda que reciben los individuos de sistemas sociales informales (como la familia, los amigos y los vecinos) ya que se comprobó que las personas que formaban parte de estas redes sociales se ven menos afectadas por los sucesos estresantes que acaecían en su vida y, además, contraían menos enfermedades (Cassel, 1976; Cobb, 1976; Dean y Lin, 1977; Kaplan, Cassel y Gore, 1977).

El Apoyo Social es usualmente definido como la existencia o disponibilidad de personas en quien podemos confiar, gente que nos hace saber que le importamos, que nos valora y nos quiere. Cuando el Apoyo Social, en la forma de una figura de la que nos podemos sostener, está disponible tempranamente en la vida, se mantiene que la persona aprenderá a funcionar como apoyo de otros y tendrá mucha menos probabilidad de presentar psicopatologías. La disponibilidad de Apoyo Social promueve la capacidad de sobreponerse a frustraciones y duros desafíos, implica un marco de vínculos continuos o

intermitentes que desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la integridad física y psíquica del individuo a lo largo del tiempo. De esta forma una red social provee a la persona de elementos sociopsicológicos que mantienen su salud mental y emocional.

Por otro lado, el Apoyo Social parece tener dos elementos básicos:

- a) la percepción de que hay un **número suficiente** de otros disponibles a quienes uno puede acudir en momentos de necesidad, y
- b) un **grado o nivel de satisfacción** con el apoyo disponible.

Estos factores pueden variar de una a otra persona dependiendo de su personalidad. Algunas personas pueden pensar que una gran ayuda disponible puede posibilitar el Apoyo Social, mientras que para otras un solo tipo de apoyo es suficiente. Cuán gregaria la gente es y cuán confortable se siente con otros puede determinar el número de apoyos que se consideran necesarios. Asimismo, la satisfacción tanto con el apoyo percibido como con el disponible puede estar influenciada por factores de personalidad como la autoestima y la sensación de control que se tiene sobre el medio. Experiencias recientes pueden influenciar a la persona a ver el apoyo disponible como satisfactorio o no satisfactorio. Por lo tanto, a nivel general, podemos diferenciar entre Apoyo Social Objetivo y Apoyo Social Subjetivo o Percibido:

- El **Apoyo Social Objetivo** es la estructura y frecuencia de contactos del conjunto de relaciones del sujeto que se concibe como la integración en la red social. Se mide mediante escalas sobre la extensión, densidad, frecuencia de interacción, etc. de las redes sociales, así como con preguntas sobre el nivel de pertenencia a grupos sociales (p.ej., si el sujeto está casado o es soltero). Esta línea de investigación hace hincapié en la relación entre la integración social o frecuencia de contacto con redes sociales y su rol directo en la salud.
- La dimensión subjetiva del concepto o **Apoyo Social Subjetivo** o **Percibido** se refiere tanto a la cantidad de relaciones sociales como a lo que se denomina apoyo percibido y funcional, esto es, la percepción subjetiva o satisfacción con la ayuda social que se recibe de los otros. Presenta tres niveles: emocional, instrumental y cognitivo (Rose, 1990).
 - El **Apoyo Emocional** es el sentimiento de ser amado, de pertenencia, de intimidad, de poder confiar en alguien, de disponibilidad de alguien con quien hablar. Este apoyo es muy importante para la salud y el bienestar ya que aumenta la autoestima y mejora el autoconcepto de las personas al

sentirse valoradas y aceptadas por los demás. Las escalas que miden las conductas de ayuda o disponibilidad percibida de la red de apoyo se orientan a contrastar la relación entre Apoyo Social percibido (disponibilidad y satisfacción) y su rol de amortiguador ante el estrés.

- El *Apoyo Tangible* o *Instrumental* implica prestar ayuda directa o servicios (ayudas domésticas, prestar dinero, objetos, cuidar de los niños,...). Es muy efectivo cuando el individuo percibe la ayuda como adecuada. Puede tener efectos negativos cuando se percibe como amenaza de su libertad o si fomenta sentimientos de estar en deuda.
- El *Apoyo Informativo* o *Cognitivo* es el proceso a través del cual los individuos buscan información, consejo y guía que les ayude a resolver sus problemas. Es fácil confundirlo con el apoyo emocional ya que recibir consejo puede ser percibido por el receptor como una expresión de cariño e interés. Se ha comprobado que existe una relación entre afrontamiento y Apoyo Social pues los sujetos que disponen de un mayor apoyo (especialmente de amigos) son quienes realizan más redefiniciones cognitivas, buscan información y emplean más tácticas activas de resolución de problemas (Moos, 1988). El alto Apoyo Social se asocia a mayores capacidades sociales de enfrentamiento del medio (Sarason, Sarason, Hacker y Basham, 1985). La falta de contacto y Apoyo Social de los sujetos es un factor directo de facilitación de síntomas. Se han encontrado correlaciones significativas entre el número de contactos sociales, la satisfacción con éstos, la depresión y la ansiedad (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983). La falta de Apoyo Social exagera los efectos de los sucesos de vida negativos mientras que una fuerte red de Apoyo Social permite mitigar y controlar el impacto del estrés (Lefcourt, Martin y Saleh, 1984).

5.2.1. Concepto

Durante la década de los años setenta del siglo pasado, se ofrecieron numerosas definiciones del Apoyo Social en consonancia con los autores que lo han tratado, existiendo tantas definiciones del mismo como autores que lo han estudiado. De esta manera, Caplan y Killilea (1976) lo definieron como los “*vínculos entre individuos o entre individuos y grupos que sirven para mejorar la adaptación cuando uno se enfrenta a situaciones de estrés, reto o privación*” (p. 41). Lin, Simeone, Ensel y Kuo (1979) lo consideraban como el “*apoyo accesible a un individuo a través de sus vínculos sociales con otros individuos, grupos y comunidad*” (p. 109). Por último, sirva como ejemplo la definición de Apoyo Social ofrecida por Johnson y Sarason (1979) que lo conceptualizaron como el “*grado en que los individuos tienen acceso a recursos sociales, a partir de relaciones de confianza con otros individuos*” (p. 155).

Tras analizar las distintas conceptualizaciones propuestas del Apoyo Social, Pérez-García (2011) considera en su revisión que éste puede entenderse en términos de su estructura y su función. Si nos referimos a su **estructura** estamos hablando de la red de personas con las que cuenta un individuo, atendiendo a aspectos como su tamaño, tipo, frecuencia de contacto, proximidad física entre los miembros de la red, etc. De esta forma realmente sólo se tiene en cuenta la estructura de las relaciones, dejando de lado la naturaleza de las mismas. Los índices que se utilizan para medir el Apoyo Social son meramente cuantitativos (estado civil, número de amigos, grupos a los que pertenece el individuo, etc.) pero, como veremos posteriormente (en la aproximación de integración social del Apoyo Social), “cantidad” no conlleva necesariamente “calidad” cuando hablamos de relaciones sociales.

Dentro del estudio de la estructura de las relaciones sociales, diversos autores han propuesto diferentes estratos o niveles de análisis de las mismas con el objetivo de identificar las fuentes de Apoyo Social. Gottlieb (1981) propuso tres contextos vinculados al concepto y medida del Apoyo Social que se corresponderían con tres niveles ecológicos de análisis: los niveles macro (integración y participación social), meso (redes sociales) y micro (relaciones íntimas). De forma complementaria, para Lin (1986) el vínculo de una persona con el entorno social puede representarse en tres niveles distintos, que representan tres fuentes de Apoyo Social: las relaciones íntimas y de confianza, las redes sociales y la comunidad (ver *Figura 9*).

De esta forma, el primer nivel (el ámbito más próximo a la persona) lo constituye el conjunto de relaciones íntimas o de confianza del que deriva un sentimiento de compromiso, y donde se asume una serie de normas de reciprocidad y de responsabilidad por el bienestar del otro. El siguiente estrato, también cercano a la persona, consiste en las redes sociales a través de las cuales se accede directamente a un número relativamente amplio de otras personas. Estas tienen un grado de especificidad y tienden a construirse a partir de características como las relaciones familiares, el mundo laboral o la amistad. Por último, el estrato más externo y general hace referencia a las relaciones con la comunidad más amplia. La participación en este estrato se refleja en el grado en que la persona se involucra en la comunidad y las organizaciones de carácter voluntario.

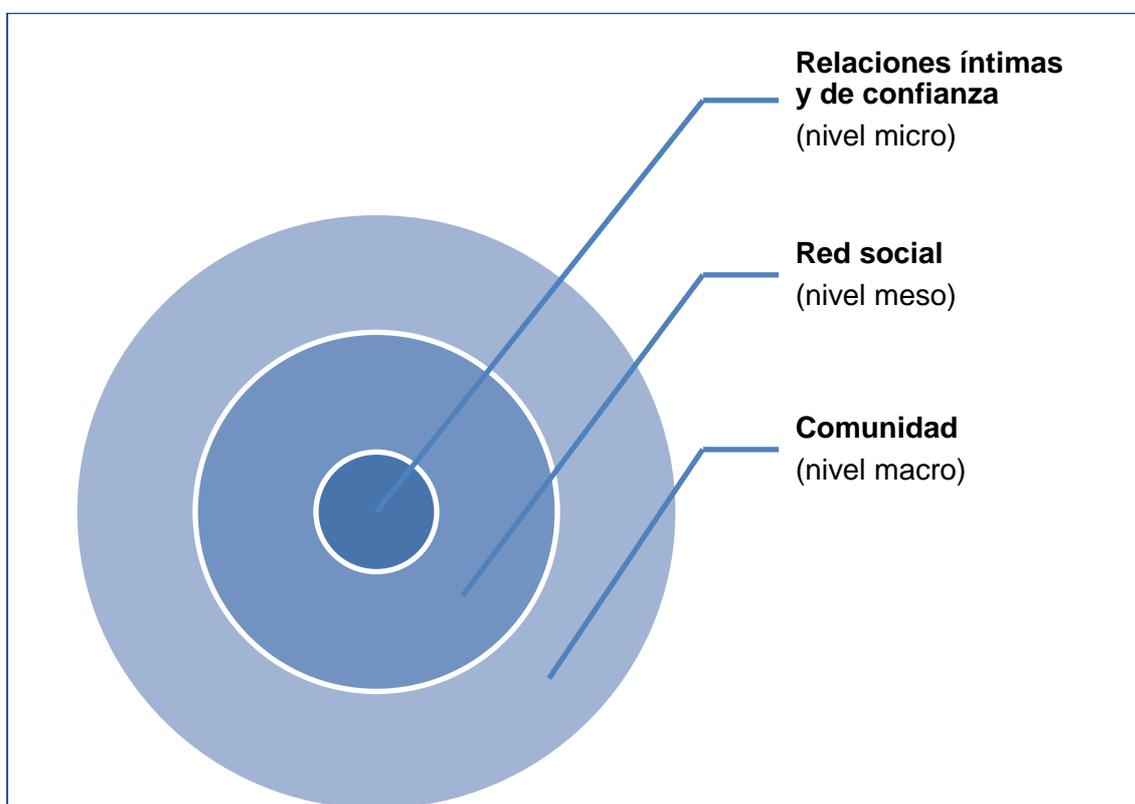


Figura 9. Niveles en las relaciones sociales y fuentes de Apoyo Social (adaptado de Lin, 1986).

En contraste, el **Apoyo Funcional** sería el apoyo proporcionado por la red con la que cuenta la persona. Una de las conceptualizaciones del Apoyo Social funcional que más influencia ha ejercido en la investigación del mismo es la de House (1981). Este autor

señala que el Apoyo Social es una transacción interpersonal que incluiría una de las siguientes cuatro categorías:

- **Apoyo emocional:** se manifestaría mediante muestras de empatía, estima, afecto, amor y confianza.
- **Apoyo instrumental:** conductas directamente dirigidas a solucionar el problema de la persona receptora, representadas mediante la ayuda material.
- **Apoyo informativo:** información útil para afrontar el problema en forma de consejos o sugerencias.
- **Apoyo valorativo o empático:** información relevante para la autoevaluación, la autoafirmación, la autovalidación, la recepción de retroalimentación o las comparaciones sociales para saber evaluar las cosas. Dentro de esta categoría se excluiría cualquier aspecto afectivo que pudiera acompañar a esta información, ya que sino se trataría de apoyo emocional.

Pérez-García (1999, 2011), a partir del análisis de todas las definiciones propuestas, señala que el Apoyo Social consiste en la obtención por parte del sujeto de recursos (materiales, cognitivos y/o afectivos) a partir de su interacción con las demás personas o “fuentes” de apoyo (familia, amigos, pareja, colaboradores, vecinos, profesionales, grupos de ayuda, etc.) que permiten al individuo (ver revisiones de Pérez-García, 1999, 2011):

- a. Aminorar la percepción amenazante de una situación potencialmente peligrosa;
- b. Enfrentarse con más competencia a situaciones estresantes (pérdida de personas queridas, trabajo, enfermedad); y
- c. Tener menos consecuencias negativas (sobre la salud y/o bienestar general) una vez que el acontecimiento estresante ya se ha producido.

Dentro del Apoyo Social funcional podemos distinguir entre el apoyo recibido y la satisfacción con el mismo. Como se comentará en la aproximación psicosocial y perceptual del Apoyo Social, un aspecto especialmente relevante es la percepción que la persona tiene del mismo. De esta forma, el Apoyo Social percibido se entiende como la valoración subjetiva del grado de ajuste entre la cantidad y tipo de apoyo necesitado y la cantidad y tipo de apoyo disponible, así como del grado en que uno cree que el apoyo estaría disponible si lo necesitara (Lett *et al.*, 2005).

Por otro lado, Pérez-García (1999, 2011) en sus revisiones considera que el concepto de Apoyo Social debe de abordarse desde una perspectiva interactiva: en la

misma se deben de incluir tanto las características personales (del receptor del apoyo) como las características de la situación o contexto. Dentro de estas últimas, se consideran el tipo concreto de apoyo necesario y/o recibido (instrumental, emocional, etc.), fuente que lo proporciona (familia, amigos, profesionales, etc.), o su finalidad (el problema concreto al que va dirigido).

Respecto a las aproximaciones al estudio del Apoyo Social, Turner (1983) señala que se pueden distinguir tres categorías:

- **Integración social:** evalúa el apoyo en términos de conexiones del individuo con otras personas, incluyendo grupos de carácter formal e informal. Dentro de esta aproximación, principalmente se han estudiado cuatro tipos de vínculos sociales (matrimonio o pareja estable, contactos con amigos íntimos y parientes, pertenencia a grupos religiosos y pertenencia a asociaciones voluntarias formales e informales). De esta forma, se considera que los individuos que disponen de relaciones sociales (p.ej., que estén casados) tendrán un Apoyo Social más alto. Así, se puede considerar que la condición mínima para experimentar Apoyo Social es tener una o más relaciones estables con los demás. Pérez-García (1999) en su revisión señala que desde esta aproximación el análisis del Apoyo Social resulta meramente cuantitativo, mientras que los beneficios del Apoyo Social no son acumulativos, por lo que necesariamente “cantidad” no va asociada a más “calidad” del mismo.
- **Análisis de la red social:** Walker, McBride y Vachon (1977) consideran que la red social de un individuo se trata del conjunto de contactos personales a través de los que el individuo mantiene su identidad y recibe apoyo emocional, ayuda material y servicios, así como información y nuevos contactos sociales. Desde esta aproximación, se señalan diferentes características importantes de la red social para que ésta dé apoyo (su tamaño, la fuerza de sus vínculos, su densidad, la homogeneidad de sus miembros y la dispersión de los mismos). Pérez-García (1999) en su revisión considera que, aunque el análisis de la red social es prometedor e importante, puede resultar insuficiente desde un punto de vista clínico, ya que no aborda el aspecto central del apoyo. Dicho aspecto trata sobre el grado en el que el individuo experimenta o percibe el apoyo recibido de los demás, aspecto que sí es tratado en la siguiente aproximación del análisis del Apoyo Social.

- **Aproximación psicosocial o perceptual:** se centra en el estudio de la experiencia de ser apoyado, tratándose de la aproximación más relevante desde el punto de vista psicológico. Supone tanto el análisis del contexto en que el individuo se mueve como el grado en que este entorno es percibido como de apoyo. Desde esta aproximación, el Apoyo Social es considerado como una variable personal en el sentido en que los individuos pueden diferenciarse en la cantidad de apoyo que reciben y en su forma de percibirlo, investigando su relación con variables como la ansiedad, la extraversión, hostilidad, autoestima, etc., o analizando si tiene algún grado de estabilidad temporal o consistencia. Pérez-García (1999) en su revisión coincide con Schaefer, Coyne y Lazarus (1981) en considerar esta aproximación como la importante en el estudio del Apoyo Social, ya que el Apoyo Social percibido por el individuo se relacionaría positivamente con su bienestar y salud, mientras que la red social puede no relacionarse en absoluto o hacerlo de forma negativa (por las demandas, limitaciones y desacuerdos inherentes a los grupos sociales).

5.2.2. La medida del Apoyo Social

Existen muy diversos instrumentos para medir el Apoyo Social dependiendo de la aproximación teórica seguida por los distintos autores, así como de la conceptualización propuesta del mismo. Payne y Jones (1987) sugieren que para elegir una medida de Apoyo Social, se deben de tener en cuenta los aspectos que nos interesa evaluar: fuentes de apoyo (pareja, familia, amigos, vecinos, colaboradores, compañeros, profesionales, etc.), tipo o contenido del apoyo (emocional, instrumental, informativo, valorativo), el apoyo disponible, el apoyo realmente recibido, o la satisfacción, tanto con el apoyo disponible, como con el recibido.

A continuación se describirán brevemente los instrumentos de medida del Apoyo Social más relevantes en la investigación (ver Heitzmann y Kaplan (1988) para una revisión más exhaustiva, donde se revisan hasta 23 técnicas de evaluación del Apoyo Social).

***“Arizona Social Support Interview Schedule” (ASSIS) (Barrera, 1980, 1981):** Esta entrevista recoge la red de apoyo del individuo, necesidad de apoyo, y su satisfacción con el apoyo recibido. De esta manera, se le pide al sujeto que identifique a los individuos que le proporcionan apoyo en 6 áreas: afectiva, material, consejo, refuerzo positivo, asistencia física y participación social. Posteriormente, se le pide que indique si las personas señaladas le han dado apoyo en el último mes (apoyo recibido) y si éste fue suficiente (apoyo percibido). Por lo tanto, la ASSIS permite evaluar el tamaño de la red, de la red conflictiva y de la no conflictiva, además de la satisfacción con el apoyo y la necesidad del mismo.

***“Inventory of Socially Supportive Behaviours” (ISSB) (Barrera, 1981):** Consta de 40 ítems que se puntúan según una escala tipo Likert de 5 puntos de 1 (“nada en absoluto”) a 5 (“casi diariamente”), en los que el sujeto debe de indicar cómo le han ayudado las personas en el último mes. Por lo tanto, el ISSB mide el Apoyo Social recibido de tipo emocional, instrumental, informativo y social. Sin embargo, no permite especificar la fuente de donde proceden dichos tipos de Apoyo Social.

***“Perceived Social Support from Family and Friends” (PSSFA-FR) (Procidano y Heller, 1983):** Mediante el PSSFA-FR principalmente se mide el apoyo disponible y recibido por medio de los 22 ítems de los que se compone. Permite la obtención de dos medidas de autoinforme, una para la familia y otra para los amigos.

***“Social Support Questionnaire” (SSQ) (Saranon, Levine, Basham y Sarason, 1983):** Consta de 27 ítems que miden la disponibilidad (personas a las que el individuo recurre en situaciones específicas) y la satisfacción con el apoyo que recibe. El sujeto debe de responder en dichos ítems las personas (SSQ-N) a las que recurre en situaciones específicas e indicar su satisfacción (SSQ-S) con estos apoyos. Dado que la mayoría de los ítems que componen la prueba se refieren al apoyo emocional, el SSQ es más apropiado para evaluar este tipo de apoyo.

***“Interview Schedule for Social Interaction” (ISSI) (Henderson, Byrne, Duncan-Jones, Scott y Adcock, 1980):** La ISSI se trata de una entrevista con 52 cuestiones referentes a la disponibilidad y adecuación de las personas en roles específicos. Estas cuestiones versan sobre seis tipos de Apoyo Social: apego, relaciones afectivas íntimas, integración social, pertenencia a una red de personas

con las que compartir intereses y valores, la oportunidad de dar apoyo a otros, refuerzo del valor personal, sentido de formar una alianza fiable y obtener ayuda y orientación de consejeros informales en momentos de dificultad. Cada cuestión tiene dos partes: una sobre la disponibilidad de un apoyo específico, seguida por otra cuestión acerca de su adecuación.

***“Multidimensional Scale of Perceived Social Support” (MSPSS) (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988):** Está compuesta por 12 ítems dirigidos a medir la percepción de Apoyo Social que tiene la persona en relación con tres dimensiones de su estructura social: la familia, los amigos y aquellas personas con una relevancia especial. Mediante el MSPSS se puede obtener una puntuación total de la percepción de apoyo que la persona posee, sumando las tres puntuaciones correspondientes a las anteriores dimensiones.

***“Subescala de Apoyo Social del Cuestionario de Calidad de Vida” (CCV) (Ruiz y Baca, 1993):** se trata de una escala de medida del Apoyo Social percibido genuinamente española. Dependiendo de la disponibilidad de pareja estable, está formada por 13 ítems (para individuos con pareja) o por 9 ítems (para aquéllos sin pareja) dirigidos a medir el tipo de relaciones establecidas con la familia y los amigos, así como el nivel de satisfacción con el apoyo recibido. El formato de respuesta es tipo Likert con una escala de intensidad de cinco puntos, de 1 (“nada”) a 5 (“mucho”). Este instrumento se describirá con más detalle en el apartado de *Instrumentos de Medida*.

5.2.3. Evidencia empírica

El viejo tópico de estudio sobre el vínculo entre las relaciones sociales y el bienestar ya había despertado el interés de los investigadores sociales a finales del siglo XIX y principios del XX. Entre los ilustres precedentes destaca Durkheim (1897) ya que fue uno de los primeros en estudiar científicamente las influencias de las experiencias sociales negativas como la ruptura de vínculos sociales y el aislamiento social en los patrones de mortalidad, especialmente en el suicidio. Más recientemente, los más importantes investigadores en este campo se han interesado por dicho vínculo. De esta

manera, Cassel (1976) recomendaba que más que reducir la exposición a los estresores se debería intentar mejorar y fortalecer los apoyos sociales. Asimismo, Cobb (1976) recomendaba que se debería empezar a enseñar a todos los pacientes a cómo dar y recibir Apoyo Social. Por otro lado, Cohen y Wills (1985) apuntaron que la investigación disponible demostraba que aquellas personas cuyas relaciones sociales proveían de recursos materiales y psicológicos tenían una mejor salud que aquellas personas con menos contactos sociales de apoyo, lo que les permitió afirmar que el Apoyo Social es un factor con una influencia causal en el bienestar. Por último, House, Landis y Umberson (1988) concluían que el aislamiento social era un importante factor de riesgo para la salud y que la magnitud de esta asociación era similar a la que se establece entre el tabaquismo y la mortalidad o morbilidad causada por su consumo.

Por lo tanto, la investigación en este campo indica que el incremento de los contactos sociales genera un aumento de la felicidad y del bienestar (Reich y Zautra, 1981), mientras que la pérdida de relaciones conlleva infelicidad. Asimismo, si las personas extravertidas son más felices que las introvertidas, podría pensarse que el principal responsable es el nivel de contacto social (Argyle, 1987). Además, la calidad de las relaciones también es un factor importante, ya que se ha comprobado que la intensidad y la calidad de éstas tiene un efecto mayor en la felicidad que su mera presencia (Wilcox, 1981). Por lo tanto, la cantidad, la calidad y la regularidad de los contactos sociales, además de la posibilidad de predecirlo, convierte a las relaciones íntimas en especialmente satisfactorias, pudiendo confiar en obtener gratificación en un futuro indefinido (Argyle, 1987).

Según la revisión de Fernández-Abascal (2009), cuando las investigaciones comenzaron a mostrar que el Apoyo Social podía influir en la salud y en el bienestar, la reacción de la comunidad médica fue mayoritariamente de sorpresa, cuando no de desconfianza. Sin embargo, a día de hoy la investigación mantiene abierta la doble vía de la causalidad. Por ejemplo, la depresión puede llevar a que la persona pierda Apoyo Social, pero también la pérdida de Apoyo Social puede incrementar las posibilidades de que se produzca ese trastorno.

Si preguntásemos a alguien qué hace cuando se siente deprimido/a, la respuesta más frecuente sería la de recurrir a su cónyuge, a su familia o a sus amigos (Veroff, Douvan y Kulka, 1981). El sentido común de esta opción de respuesta viene ratificado por múltiples investigaciones que muestran la importancia fundamental de la calidez, la

confianza y el apoyo proporcionado por las relaciones interpersonales para el bienestar personal (ver revisión de Fernández-Abascal, 2009). Incluso, Nolen-Hoeksema y Davis (1999) afirman que para ayudar a una persona a salir de la depresión resulta más útil la compañía, el cuidado de la persona y la ayuda para realizar actividades entretenidas y de distracción que la discusión profunda de los problemas.

Por otro lado, la investigación ha mostrado que tanto la salud corporal como la recuperación de las operaciones quirúrgicas y la propia esperanza de vida se ven influidas por la calidad de las relaciones de apoyo (ver revisión de Fernández-Abascal, 2009). Diferentes investigaciones (citadas en Myers y Diener, 1995) muestran que las personas que tienen varios amigos íntimos con quienes compartir libremente sus intimidades gozan de mejor salud, presentan menor probabilidad de morir prematuramente y son más felices que quienes tienen muy pocos o ningún amigo. Un meta-análisis realizado sobre 55 estudios de este tipo por Schwarzer y Leppin (1989) mostró que el efecto del Apoyo Social en la salud era mayor: para las mujeres, para quienes recibían apoyo de la familia y amigos, para quienes recibían apoyo emocional y para quienes sufrían estrés. Asimismo, Lynch (1977) recopiló estadísticas médicas a gran escala que reflejaban que los solteros, divorciados o viudos tenían una probabilidad mucho más allá de morir de una serie de enfermedades que las personas casadas de la misma edad.

Respecto a la asociación del Apoyo Social con determinados parámetros psicofisiológicos, su importancia se mostró también al asociarlo con mejores niveles de actividad del sistema nervioso autónomo, con mejor sistema de inmunovigilancia y con menores niveles basales de hormonas del estrés (Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996). Además, múltiples estudios muestran la asociación entre la existencia de Apoyo Social y un mejor pronóstico de enfermedades crónicas (cánceres, bronquitis crónica, insuficiencia cardíaca, sida, hipertensión, diabetes, obesidad, procesos neurológicos). Por lo que respecta a la promoción de conductas saludables, el Apoyo Social de la pareja se mostró positivo para la salud al facilitar una conducta más saludable en cuanto a fumar y beber menos, hacer una dieta más sana, cumplir los mandatos médicos, etc. (Argyle, 2001).

Por último, y centrándonos en las investigaciones que han relacionado específicamente el Apoyo Social con la felicidad, Fordyce (1997) llevó a cabo una amplia revisión de estudios sobre la misma y concluyó que en todos ellos se confirmaba la importancia primordial que tienen los vínculos sociales en la felicidad. De esta manera, la

constatación empírica del papel que desempeñan las relaciones en el logro de la felicidad hizo pensar a los investigadores dedicados a la intervención, que si se conseguía incrementar y mejorar la vida social de una persona, podría incrementarse su nivel de felicidad (ver revisión de Fernández-Abascal, 2009). Por ejemplo, Lewinsohn y Graf (1973) realizaron un listado de las actividades agradables de interacción social que influyen en un estado de ánimo positivo durante todo el día. Por su parte, Fordyce (1997) propone un programa de educación de la felicidad para incrementarla de forma más duradera. Este programa ya se describió brevemente en el apartado de *Aprendiendo a ser feliz*. Fordyce (1997) basó su programa en estudios que habían identificado cuáles eran los rasgos que caracterizaban a la gente feliz, lo puso en práctica con sus estudiantes de Psicología durante varias semanas. El autor seleccionó 14 rasgos o cualidades (ver adaptación de Palomera (2009) en la anterior *Tabla 9*), repetidamente detectados en la investigación, que correspondían con actividades cotidianas que podían ser realizadas por los estudiantes. Posteriormente, pidió a sus propios estudiantes que cada día pusieran en práctica el rasgo estudiado y que por la noche hicieran un recuento de las veces que habían tenido éxito en ello.

Los 14 rasgos de la gente feliz se hallaban básicamente en conexión con tres ámbitos fundamentales: la personalidad del estudiante, sus relaciones sociales y su implicación en la actividad laboral y en el ocio. En lo referente al ámbito social, los rasgos más relacionados con la felicidad eran los siguientes:

- **Dedicar más tiempo a la vida social:** los estudios muestran que las personas felices destacan por su alta participación en actividades sociales, tanto en el plano formal (organizaciones, clubes, asociaciones, etc.) como informal (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, familia, etc.), y que esas relaciones permiten crear sentimientos de satisfacción y de pertenencia que elevan el grado de felicidad.
- **Desarrollar una personalidad sociable y atractiva:** la evidencia empírica, como ya se ha comentado, ha demostrado que las personas extravertidas son más felices.
- **Mejorar las relaciones íntimas:** una de las conclusiones más repetidas en este campo de investigación es que “las relaciones íntimas son la primera fuente de la felicidad”.

Finalmente, hay que recordar los modelos anteriormente descritos de efecto principal (directo) y de estrés-buffering (amortiguación) de Pressman y Cohen (2005), donde estos autores identifican a los recursos sociales (como las redes sociales) como factores importantes a la hora de contribuir al afecto positivo y, en consecuencia, a la salud de las personas. Concretamente, estos autores señalan que el aislamiento social está asociado a un riesgo incrementado de morbilidad y mortalidad y que la implicación en actividades en redes sociales está asociada a disminución del riesgo. Además, el Apoyo Social es beneficioso en la supervivencia después de un tratamiento de enfermedad y está asociado con mejores resultados inmunes. Por otro lado, las personas que informan de más afecto positivo se relacionan más a menudo y mantienen más y mejor calidad de lazos sociales. De esta manera, el afecto positivo redundará en mayores y más estrechos contactos sociales porque facilita las conductas de aproximación y porque los otros son más proclives a relacionarse con individuos agradables.

5.2.4. Efectos del Apoyo Social sobre la Salud y el Bienestar

Como ya se ha podido comprobar, el Apoyo Social ofrece oportunidades de auto-apertura, compañía e interacción placentera, y éstos parecen ser los factores responsables de la mayor parte de sus beneficios para la salud y el Bienestar percibido por las personas. En resumen, las relaciones sociales y sobre todo las de carácter íntimo componen un pilar fundamental de la satisfacción con la vida. Así como su buen funcionamiento aporta emociones positivas, actúa de forma preventiva ante problemas de salud y proporciona felicidad, los problemas serios en las relaciones personales pueden conducir a la soledad, el aislamiento y a desarrollar una mayor proclividad hacia el padecimiento de alteraciones de la salud tanto psíquica como física. La tensión en las relaciones puede marcar distintas etapas de intensidad, como sucede entre padres e hijos. Las relaciones íntimas satisfactorias proporcionan un Apoyo Social que redundará en una activación emocional y biológica de signo positivo que favorece las defensas corporales y promueve un estilo de vida más saludable. Las personas extravertidas y con buenas habilidades sociales obtienen un mayor provecho de las relaciones sociales. De todos modos, determinadas condiciones en las que se dé el Apoyo Social pueden hacerlo contraproducente y desembocar en resultados negativos.

Siguiendo a Payne y Jones (1987), los efectos del Apoyo Social sobre la salud y el bienestar pueden ir en dos direcciones:

- 1) que el Apoyo Social sea siempre beneficioso para la salud y el bienestar, independientemente de los problemas del individuo o del nivel de estrés que tenga que afrontar; y
- 2) que el Apoyo Social sea solamente beneficioso en condiciones de niveles altos de estrés o dificultad y, sin embargo, en condiciones normales su efecto en la salud y el bienestar de los individuos no se aprecie entre los que tengan un alto y bajo Apoyo Social.

A partir de estas dos posibilidades se pueden formular dos modelos del efecto del Apoyo Social sobre la salud (ver revisiones de Pérez-García, 1999, 2011):

- **Modelo de efectos principales o directos sobre la salud y el bienestar:** bajo este modelo, el Apoyo Social tendría siempre un efecto positivo para la salud, tanto en épocas de estrés como de ausencia del mismo (por lo tanto, tendría un efecto directo). De esta forma, el efecto principal del Apoyo Social podría ocurrir porque las redes sociales amplias proporcionan experiencias positivas de forma regular, recompensas sociales, información adecuada,... Todo ello afectaría positivamente al sujeto, dándole un sentido de estabilidad y un reconocimiento de su propia valía personal. Por ejemplo, de acuerdo con este modelo, la salud mental de una persona integrada en un entorno social con niveles altos de apoyo sería más óptima que la de una persona que no lo estuviera. Debido a que la evidencia para este modelo se deriva de la demostración estadística de un efecto principal (“main-effect”) del apoyo, sin interacción Estrés x Apoyo, este modelo se denomina de efectos principales.
- **Modelo amortiguador del estrés (“buffer”) sobre la salud y el bienestar:** el Apoyo Social tendría un efecto “buffering” o amortiguador sobre la salud de los individuos, por lo que sólo afectaría a su salud bajo condiciones de estrés. Dentro de este modelo, el Apoyo Social podría intervenir en la valoración que realiza el sujeto del acontecimiento estresante, atenuando o previniendo la respuesta de valoración de estrés. Pero además, el apoyo podría intervenir entre la experiencia de estrés y el comienzo de la reacción de estrés, al proporcionar una solución al problema, reduciendo la importancia del suceso o tranquilizando al sujeto, disminuyendo su reacción psicofisiológica, etc.

(House, 1981). De acuerdo con este modelo, el apoyo operaría como, una condición existente (p.ej., la percepción de disponibilidad de apoyo) bajo la cual el estrés ejerce un impacto sustancialmente menor. Este efecto se representaría estadísticamente por una interacción Estrés x Apoyo Social. Según esta formulación, en ausencia del estrés, el impacto del apoyo en la salud o el bienestar sería poco significativo, teniendo efectos beneficiosos únicamente durante situaciones estresantes.

Sobre la evidencia empírica encontrada en torno a los modelos, Cohen y Wills (1985) revisaron los estudios publicados hasta 1983 relativos a la comprobación de la interacción entre estrés y Apoyo Social. En su revisión agruparon los estudios existentes siguiendo dos criterios: 1) si la medida de apoyo era estructural versus funcional; y 2) si la medida de apoyo era específica versus global. En otras palabras, compararon los estudios que únicamente tenían en cuenta los aspectos cuantitativos de la red de apoyo (medida estructural) frente a los que sólo consideraban el valor funcional de esas relaciones (medida funcional). Por otro lado, revisaron los estudios que utilizaron una medida del apoyo que evaluaban una estructura y/o función específica de las relaciones sociales y también las investigaciones que combinaron varios aspectos estructurales y/o funcionales en un índice global.

En la revisión llevada a cabo por los anteriores autores se encontró evidencia empírica que apoyaba ambos modelos, permitiendo cerrar la polémica inicial entre la idoneidad de cada uno y, además, sin favorecer a ninguno de los mismos. Cohen y Wills (1985) concluyeron que existe suficiente evidencia empírica consistente con los dos modelos y, por lo tanto, no existe la necesidad de preguntarse cuál de ellos es el correcto. Cada modelo se correspondería con conceptualizaciones distintas que representan procesos diferentes por los que el Apoyo Social puede influir en la salud y el bienestar de las personas. Considerando dicha revisión, Pérez-García (1999, 2011) señala que el modelo amortiguador (o “buffering”) se encuentra cuando se analiza la calidad, percepción o función; mientras que cuando se analiza la cantidad o disponibilidad, se obtienen efectos principales que apoyan el modelo de efecto directo sobre la salud del Apoyo Social (Cohen y Wills, 1985; Swickert, 2009).

Por otro lado, y tal y como se muestra en la *Tabla 11*, los distintos tipos de apoyo social anteriormente descritos (emocional, instrumental, informativo y valorativo o empático) tienen unos efectos beneficiosos diferentes para el bienestar (Stroebe y Stroebe,

1996).

Por último, señalar que algunos procesos explican el impacto del estrés y de un deficitario Apoyo Social en la salud y el bienestar:

- **Cognitivos:** El bajo Apoyo Social y alto estrés altera las creencias de optimismo y controlabilidad del mundo social. Percibir la falta de control provoca una afectividad negativa y el Apoyo Social puede ayudar a que el problema se evalúe como menos disruptivo.
- **Autoestima y Regulación Afectiva:** El alto Apoyo Social subjetivo, en particular el emocional, se asocia a una alta autoestima personal, que a su vez, se asocia a una menor reactividad ante hechos negativos y a un mejor manejo de las amenazas. Hay datos que confirman el carácter estresante de la inhibición y los efectos positivos de la desinhibición y confrontación emocional en la salud física (Pennebaker, 1997), sin embargo, compartir experiencias sobre un hecho traumático provoca a corto plazo un aumento de la afectividad negativa, aunque resulte beneficioso a largo plazo (Smyth, 1998).
- **Inmunológico–fisiológicos:** El bajo Apoyo Social (y/o alto estrés) reduce la respuesta inmunológica, induce a la depresión y ésta, a su vez, también reduce la respuesta inmunológica. La presencia de otros disminuye la reactividad al estrés (Stroebe y Stroebe, 1995).
- **Conductuales:** Un déficit de Apoyo Social se asocia a conductas inadaptadas y a formas de afrontamiento ineficaces (p.ej., conductas de riesgo como beber o fumar).

Tabla 11

Consecuencias beneficiosas de los diferentes tipos de Apoyo Social (Stroebe y Stroebe, 1996)

Tipo de Apoyo Social	Consecuencias beneficiosas
Emocional	De todos los tipos de apoyo, éste es el que suele estar más relacionado con la salud y el bienestar por ser menos específico. Las expresiones de afecto y cariño pueden tener efectos beneficiosos sobre cualquier tipo de factor estresante.
Instrumental	Para ser efectivo, tiene que estar estrechamente relacionado con el factor estresante.
Informativo	Puede influir en las conductas relacionadas con la salud de las personas o puede ayudarles a evitar situaciones estresantes o arriesgadas. Sin embargo, el apoyo informativo no es igual a la información general que recibe la persona, sino más bien la información procedente de las personas con quienes se mantienen vínculos estrechos.
Valorativo o empático	Proporciona validez y seguridad a las creencias, capacidades y otras características de la persona. Incrementa la probabilidad de que ésta afronte con realismo las demandas del medio. Sin embargo, muchos fracasos se deben a una sobrevaloración de sus propias capacidades y/o infravaloración de las dificultades de la tarea.

Retomando los objetivos esbozados en el apartado introductorio del presente estudio y, por lo que respecta al personal sanitario, el Apoyo Social se trata de un factor muy a tener en cuenta, ya que se trata de una de las variables que modulan el Estrés Laboral actuando a diferentes niveles del proceso de estrés (ver revisión de Pérez-García, 1999). Por lo tanto, y como se analizará posteriormente, el Apoyo Social no sólo se constituye como un factor importante a la hora de influir en la salud y Bienestar percibido de la población general (como se ha mostrado a lo largo de todo este apartado), sino que, específicamente en el personal sanitario, influye en el Estrés Laboral al que tiene que hacer frente este colectivo y que, en consecuencia, afectará a la salud y Bienestar percibido por el mismo.

5.3. ESTRÉS LABORAL

En nuestra sociedad actual, al trabajo le damos un significado muy superior a la mera obtención de unos ingresos económicos, convirtiéndose en una fuente de identidad. Cuando preguntamos “¿tú qué eres?” se nos suele contestar: psicólogo, médico, enfermera, ingeniero, profesor, electricista, etc. Se puede llegar a decir, por lo tanto, que lo que uno hace termina a la postre convirtiéndose en lo que uno es (ver revisión de Ramos, 1999). Por otra parte, el trabajo se constituye como uno de los contextos en los que las personas pasamos muchas horas de nuestras vidas. El trabajar “provoca” que cada uno necesitemos sentir que el trabajo es una fuente de desarrollo personal y profesional, para seguir trabajando.

El trabajo no sólo nos proporciona seguridad económica sino que también puede constituir una importante fuente de placer y satisfacción. El trabajo puede reportar a las personas adultas beneficios importantes para la salud (apoyo social, realización de ejercicio físico, satisfacción y enriquecimiento personal, acceso a ciertos bienes sociales, etc.) De esta forma, el trabajo puede ser enriquecedor y poseer consecuencias positivas para la salud (ver revisión de Sandín, 1999).

Las investigaciones realizadas a este respecto, muestran cómo la situación laboral está relacionada con la felicidad: las personas que tienen trabajo son más felices que las que están en el paro y los profesionales liberales o los trabajadores cualificados son más felices que los trabajadores no cualificados (Argyle, 2001). La satisfacción en el trabajo y la felicidad presentan una correlación moderada cercana a $r = 0,4$ (Diener *et al.*, 1999). Quizás esto se deba a que el trabajo puede ofrecer un nivel óptimo de estímulo que la persona encuentra agradable, una oportunidad de satisfacer su curiosidad y el desarrollo de sus aptitudes, una red de apoyo social o una sensación de identidad y de propósito. En los trabajos satisfactorios hay una buena correspondencia entre las personas y el entorno, y estos trabajos tienen unas características distintivas (Warr, 1999). A las personas que desempeñan estos trabajos se les pide que realicen unas tareas y que trabajen en unos entornos adecuados a sus aptitudes, sus capacidades y sus preferencias. Gozan de considerable autonomía o capacidad de decisión en cuanto a la forma de realizar su trabajo en lugar de tener que ceñirse a unas directrices detalladas impuestas por sus superiores. Las personas tienden a estar más satisfechas con trabajos que suponen realizar tareas intrínsecamente gratificantes y que les permiten poner en práctica sus aptitudes y con trabajos que generen beneficios sociales. Estos trabajos también suponen una gran

variedad de tareas. De esto se desprende que debemos tratar de modificar nuestra situación laboral para que las funciones que desempeñemos coincidan con nuestras aptitudes, fuerzas y preferencias, para que trabajemos en una variedad de tareas que nos interesen y para que tengamos un nivel elevado de autonomía en el trabajo. Otros factores asociados a la satisfacción en el trabajo incluyen una definición clara de los roles, una supervisión basada en el apoyo, oportunidades para el contacto interpersonal con los compañeros, una posición valorada socialmente y seguridad física y económica (Warr, 1999). Las personas felices son más productivas, por lo que la relación entre la felicidad y la productividad es bidireccional. Ciertas clases de situaciones laborales facilitan la felicidad y ésta, a su vez, facilita una mayor productividad.

Sin embargo, el trabajo también puede constituir una importante fuente de estrés personal y de riesgo para padecer problemas psicológicos, psicosomáticos y médicos. El ambiente laboral puede afectar directamente a la salud por exposición a los trabajadores a agentes químicos, físicos o biológicos, provocando accidentes laborales, heridas, enfermedades respiratorias, cáncer, etc. Aunque, el trabajo constituya, sin duda, una de las esferas más importantes de nuestra vida y al que dedicamos gran parte de nuestro tiempo, sus estresores salpican de forma cotidiana a las más diversas profesiones. No obstante, un ambiente que ha sido menos estudiado es el ambiente laboral psicológico, en concreto el estrés psicológico. Por las horas que nos pasamos trabajando a lo largo de la vida, el estrés crónico se ha venido identificando con el Estrés Laboral u ocupacional (aunque pueden existir otras formas de estrés crónico no vinculadas al Estrés Laboral), y constituye una forma de estrés que puede perturbar significativamente la salud y bienestar del trabajador (ver revisión de Sandín, 1999).

De esta forma, a menudo el trabajo es la principal causa de estrés en las personas (ver revisión de Ramos, 1999). Esta fue la conclusión más importante que se desprende del estudio internacional realizado en 1994 por la organización británica Arise. En este estudio, que lleva por título *Estrés, relajación y placer*, recoge los resultados de una encuesta realizada a 5000 trabajadores de 16 países de cuatro continentes (Europa, América, Asia y Oceanía). En la muestra total, el 54% de los encuestados identificó el trabajo como lo más estresante. Por otro lado, la idea de que existe una relación fuerte entre el tipo de trabajo que realizan los individuos y la posibilidad de disfrutar de una buena salud, o de padecer una enfermedad, parece generalmente aceptada entre los estudiosos del Estrés Laboral.

Finalmente, se calcula que alrededor de dos tercios de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés, considerándose éste un factor importante que interacciona con otras variables biológicas, psicológicas y sociales, y que da lugar a numerosas enfermedades físicas y mentales (Ramos, 1999; Olmedo y Santed, 1999). No obstante, toda persona hace constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para afrontar y manejar adecuadamente las situaciones que se le presentan, por lo tanto no todo el estrés tiene consecuencias negativas. Sólo cuando la situación desborda la capacidad de control del sujeto se producen consecuencias negativas. Este resultado negativo se denomina *distrés*, a diferencia del estrés positivo, o *euestrés*, que puede ser un buen dinamizador de la actividad laboral (Merín, Cano y Miguel-Tobal, 1995).

5.3.1. Concepto

El término estrés, considerado de forma general, se encuentra ampliamente extendido por muy diversas áreas del conocimiento, tanto científico como popular. Y, puesto que es empleado de forma diferente por diferentes autores, no posee una definición científica totalmente satisfactoria. A pesar de la ambigüedad reinante en este campo de investigación, el concepto de estrés debe implicar siempre una alteración, interferencia o perturbación del funcionamiento habitual del individuo, pudiendo ser entendido este funcionamiento habitual tanto en términos biológicos (homeostasis) como psicológicos (rutina comportamental; integridad operativa del organismo), cuya alteración ha sido generada por algún tipo de estimulación (externa o interna) que denominamos estresor (estímulo, pensamiento, suceso, etc.) (ver revisión de Sandín, 1999).

Actualmente, el modelo dominante es el transaccional o mediacional, tanto en la vida cotidiana como en el mundo laboral (Gil Monte y Peiró, 1997; Sandín, 1995). Bajo la consideración de este modelo, el Estrés Laboral se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno laboral. De esta forma, en el momento actual el estrés se considera como un proceso (Lazarus y Folkman, 1984), el cual incluye diversos componentes relevantes tales como la evaluación cognitiva (de amenaza, pérdida o desafío), las respuestas fisiológicas y emocionales, el afrontamiento, los factores moduladores personales y sociales, etc. Al considerar el estrés como un proceso, queda patente que todas las otras teorías formuladas sobre el mismo han venido consistiendo en

situar el concepto de estrés únicamente en alguna fase del proceso (situacional, evaluación, respuestas, etc.).

El *Modelo procesual del estrés* de Lazarus y Folkman (1984) (para más detalle véase adaptación de Sandín, 1995, p. 12-13) se desarrolla en siete etapas: 1) demandas psicosociales, 2) evaluación cognitiva, 3) respuesta de estrés, 4) estrategias de afrontamiento, 5) variables sociales, 6) variables disposicionales, y 7) estatus de salud. Mediante la consideración de este modelo procesual del estrés, el estrés puede actuar sobre la salud a través de diversos mecanismos. Unos son directos, como los producidos por un cambio neuroendocrino, inmunológico o emocional (p.ej.: depresión), y otros son indirectos, como los asociados a las respuestas de afrontamiento nocivas (fumar, no hacer ejercicio físico, dormir en exceso, abusar de drogas o alcohol, etc.). Por otra parte, es importante tener en cuenta la importancia de las posibles variables que modulan el estrés actuando a diferentes niveles del proceso de estrés (ver revisión de Pérez-García, 1999), tales como las variables personales (neuroticismo, alexitimia, afectividad, etc.) y sociales (apoyo social, estatus socioeconómico, etc.).

Centrándonos en el concepto de Estrés Laboral, podemos definirlo como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento que se dan ante ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo (ver revisión de Miguel-Tobal y Casado, 2011). Es un estado que se caracteriza de forma general por altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación por parte del individuo de no poder afrontar la situación en su lugar de trabajo.

La mayoría de las concepciones actuales sobre el Estrés Laboral (p.ej., enfoques transaccionales, de adecuación persona-trabajo, etc.) lo entienden como un fenómeno consistente en una relación o transacción (definida, por ejemplo, en término de adecuación, interacción, etc.) entre la persona (el trabajador, definido por sus capacidad y recursos personales) y el entorno o ambiente (en este caso el laboral, definido por las condiciones y demandas del trabajo) que resulta ser gravosa (o que la persona percibe como tal) para el bienestar de la persona, y que deviene en trastornos psicológicos, conductas insanas y finalmente en enfermedad (Olmedo y Santed, 1999). Además, asociados a estos procesos de estrés aparecerían, en el contexto laboral, una disminución de la motivación y de la implicación en los objetivos organizacionales, una mayor vulnerabilidad a los accidentes, un mayor absentismo y, en definitiva, una disminución del rendimiento y productividad. Por otro lado, existen diversos modelos que han conceptualizado el estrés, pero que en

todos ellos se encuentran tres grandes grupos de variables a considerar: el ambiente, la persona y las consecuencias individuales (salud y bienestar) y organizacionales (Olmedo y Santed, 1999). Asimismo, y como ya se ha comentado, la concepción del estrés como un proceso es el enfoque predominante en estos momentos. El *Modelo procesual del estrés* de Lazarus y Folkman (1984) ya expuesto recoge las tres variables antes mencionadas y se constituye como un modelo perfectamente aplicable al ámbito del Estrés Laboral.

De esta forma, el Estrés Laboral es considerado como un proceso de adaptación al medio de trabajo en el que se da una constante interacción individuo-entorno laboral. En dicha interacción hay que tener en cuenta dos elementos: a) las demandas del ambiente: estresores internos o externos y variables situacionales, y b) los recursos disponibles del sujeto: variables individuales y capacidad de afrontamiento. Cualquier factor de desequilibrio, relativo a las características del trabajo (demandas) o a las características de la persona (recursos), dependerá de su magnitud/intensidad, del grado de acumulación y de su prolongación (ver revisión de Miguel-Tobal y Casado, 2011).

Inicialmente, el proceso de estrés dinamiza la actividad del individuo, provocando un proceso de incremento de recursos (atención, memoria, activación fisiológica, rendimiento, etc.) que hace aumentar su rendimiento y productividad. Pero cuando este proceso de activación es muy intenso o dura mucho tiempo, los recursos se acaban y llega el cansancio, el agotamiento y, por lo tanto, la disminución de rendimiento. Para realizar tareas simples se necesita un cierto grado de activación; sin embargo, un exceso de activación dificulta la realización de dichas actividades.

En el ámbito laboral los estresores son muy diversos. La naturaleza de cada trabajo exige una mayor o menor cantidad de recursos a los trabajadores independientemente de sus diferencias individuales. Así, atendiendo a la naturaleza de las exigencias propias de las tareas laborales, podríamos enumerar, entre otras: la prisa o inmediatez, la precisión o exactitud, un gran esfuerzo físico, un importante esfuerzo mental, una gran responsabilidad (las consecuencias de un error pueden ser vitales), etc. (ver revisión de Miguel-Tobal y Casado, 2011). Por lo tanto los estresores que se presentan en el trabajo influyen de forma importante en el sujeto. Como se muestra en la *Tabla 12*, existen profesiones con niveles de estrés más altos que otros. A partir de esta tabla, elaborada por el Instituto de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Manchester (Casalnova y Di Martino, 1994), se puede concluir que existen situaciones laborales objetivas, con mucha fuerza contextual, que son

potencialmente más estresantes que otras. Al menos, así las valoran las muestras de los distintos colectivos de trabajadores del estudio.

Tabla 12
Grado de estrés de distintas profesiones (escala 0-10) (Casalnova y Di Martino, 1994)

Profesión	Grado de Estrés
Mineros	8,3
Policías	7,7
Trabajadores de la construcción	7,5
Pilotos de líneas aéreas	7,5
Periodistas	7,5
Dentistas	7,3
Médicos	6,8
Enfermeros	6,5
Conductores de ambulancia	6,3
Músicos	6,3
Profesores	6,3
Directores de personal	6,0

5.3.2. La medida del Estrés Laboral

Kompier y Levi (1995) clasificaron los instrumentos utilizados para evaluar el estrés en el trabajo en tres categorías: listados (o “*checklists*”), datos administrativos y cuestionarios. Los listados son los instrumentos más útiles para evaluar aspectos concretos de una pequeña organización o empresa, diseñándose muchas veces “ad hoc”. Suelen presentar una falta de baremación por lo que no se pueden contrastar con otras muestras. Los datos administrativos nos ofrecen un perfil del estado de salud de la propia organización y de sus trabajadores mediante el registro de bajas laborales, absentismo, puntualidad, quejas somáticas, rotación, accidentes laborales, etc. Por último, existe una gran profusión de cuestionarios empleados para evaluar el Estrés Laboral. En la *Tabla 13* elaborada por Merín y colaboradores (1995) se presentan algunos de los instrumentos confeccionados para evaluar distintos aspectos del estrés en el trabajo: variables contextuales, variables individuales y consecuencias del Estrés Laboral.

Como se puede observar en dicha tabla, las variables individuales se refieren sobre todo a las Estrategias de Afrontamiento que emplea el trabajador para afrontar las situaciones estresantes en su lugar de trabajo. El afrontamiento del Estrés Laboral se tratará en el siguiente apartado. Por otro lado, la presente investigación dejará de lado las variables contextuales y se centrará en las consecuencias del estrés en el trabajo, por lo que a continuación se describirán brevemente los tres instrumentos que las evalúan específicamente.

***“*Stress and Cope*” (SCOPE) (Brenghelmann, 1986):** El proyecto *Estresa* dio lugar al desarrollo de este instrumento válido para la evaluación de la ansiedad y el Estrés Laboral a nivel internacional. Pretende la evaluación de 2 dimensiones de la respuesta de afrontamiento: eficacia (efecto positivo del afrontamiento) y estrés (efecto negativo del afrontamiento). Está compuesto por 300 ítems. El análisis factorial de los mismos dio lugar a 50 factores de primer orden o características específicas, 10 de segundo orden o características principales (a saber: prudencia, autodeterminación, afán de éxito, control de la ira, competencia social, reacciones al estrés, vivencias negativas, incompetencia social, reserva emocional y desinterés social) y 3 de tercer orden o dimensiones generales (tendencia al éxito, estrés y reserva). El SCOPE, además de evaluar las consecuencias del Estrés Laboral (reacciones comportamentales y somáticas), evalúa las variables contextuales (desencadenantes del estrés) y las variables

individuales (estrategias equivocadas y positivas). Después de muchos años de desarrollo del proyecto, los datos parecen ser satisfactorios. Además, a través del SCOPE y mediante la unificación de criterios a nivel internacional sobre qué es el Estrés Laboral y cómo se evalúa ha servido para clarificar y profundizar en este campo de estudio.

***“Occupational Stress Indicator” (OSI) (Cooper, Sloan y Williams, 1988):** Este instrumento está compuesto por 61 ítems. El OSI evalúa seis tipos diferentes de estresores, constituyéndose como subescalas del mismo: factores intrínsecos al puesto de trabajo (p. ej., *“tener mucho trabajo que hacer”*); estresores de rol (p. ej., *“ambigüedad en la naturaleza del trabajo a desempeñar”*); estresores por relaciones con otras personas en el trabajo (p. ej., *“dirigir o supervisar el trabajo de otras personas”*); estresores relacionados con el desarrollo de la carrera profesional (p. ej., *“falta de promoción en mi carrera”*); estresores de estructura y cultura organizacional (p. ej., *“hay discriminación y favoritismo”*) y estresores por interferencia entre el trabajo y familia (p. ej., *“desarrollar mi carrera profesional a costa de la vida familiar”*). El formato de respuesta es una escala Likert de seis puntos que van de 1 (*“con toda evidencia no es una fuente de presión”*) a 6 (*“con toda evidencia es una fuente de presión”*). El OSI no sólo evalúa las consecuencias del Estrés Laboral (satisfacción laboral, salud mental y respuestas de estrés), sino que también evalúa las variables contextuales (fuentes de estrés) y las variables individuales (locus de control e interpretación de los eventos estresantes).

***“Maslach Burnout Inventory” (MBI) (Maslach y Jackson, 1981, 1986):** Se trata del instrumento de medida del síndrome de burnout más aceptado y utilizado internacionalmente (este síndrome se describirá detalladamente más adelante). De esta forma evalúa las consecuencias del Estrés Laboral bajo las tres dimensiones de dicho síndrome. El cuestionario consta de 22 ítems que recogen afirmaciones sobre pensamientos, sentimientos, emociones y conductas del profesional relacionados con el trabajo. Estos 22 ítems se distribuyen en las tres dimensiones de las que se compone el síndrome de burnout: Cansancio Emocional (CE) (9 ítems), Despersonalización (DP) (5 ítems) y falta de Realización Personal (RP) (8 ítems). El formato de respuesta de los ítems es una escala tipo Likert en la que los participantes deben identificar la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita

durante el último año. Esta escala de frecuencia tiene 7 puntos que van de 0 (“nunca”) a 6 (“todos los días”). Las puntuaciones de los sujetos son categorizadas mediante un sistema de percentiles para cada escala, que permite evaluar la existencia o no del síndrome y el grado de intensidad del mismo (ver Redondo, Gómez y Moreno, 2008). Hay que señalar que existen diferentes versiones del MBI dirigidas a diferentes colectivos profesionales: el MBI-HSS (personal sanitario), el MBI-ES (personal docente) y el MBI-GS (profesionales cuyo objeto de trabajo no sean personas). Este inventario ha sido aplicado en diferentes poblaciones de educadores, personal sanitario y otros profesionales de nuestro país, con alta fiabilidad y alta validez en sus tres dimensiones citadas (Manzano y Ramos, 1999; Moreno y Oliver, 1993; Valero, 1997). Tanto el MBI-HSS como el MBI-ES serán descritos con más detalle en el apartado de *Instrumentos de Medida*.

Tabla 13
Instrumentos de medida del Estrés Laboral (Merín, Cano y Miguel-Tobal, 1995)

INSTRUMENTO	Variables Contextuales	Variables Individuales	Consecuencias del Estrés Laboral
"Stress and Cope" (SCOPE) (Brenghelmann, 1986)	- Desencadenantes del estrés	- Estrategias equivocadas - Estrategias positivas	- Reacciones comportamentales - Reacciones somáticas
"Occupational Stress Indicator" (OSI) (Cooper, Sloan y Williams, 1988)	- Fuentes de estrés.	- Locus de Control. - Interpretación de los eventos estresantes.	- Satisfacción Laboral - Salud Mental - Respuestas de estrés.
"Maslach Burnout Inventory" (MBI) (Maslach y Jackson, 1981, 1986)			- Cansancio Emocional - Despersonalización - Falta de realización personal
"Work Stress Inventory Scale" (WSIS) (Moos, Insel y Humphrey, 1974)	- Estructura social del puesto de trabajo		
"Ways of Coping Questionnaire" (WCQ) (Folkman y Lazarus, 1980, 1985)		- Estrategias de afrontamiento	
"Coping Orientation to Problems Experienced" (COPE) (Carver, Scheier y Weintraub, 1989)		- Estrategias de afrontamiento	
"Inventario de Valoración y Afrontamiento" (IVA) (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1992)		- Valoración (3 tipos) de situación laboral estresante - Estrategias de afrontamiento (6 tipos)	
Cuestionario de Satisfacción Laboral (Meliá y Peiró, 1989)	- Supervisión - Ambiente físico - Prestaciones recibidas		
Cuestionario sobre el estrés en el lugar de trabajo (Kompier y Levi, 1995)	- Exigencias del trabajo. - Condiciones de empleo - Apoyo del supervisor y de los compañeros	- Facultades de decisión - Utilización de las capacitaciones.	
Escala de Apercepción del Estrés (Fernández Seara, 1992)	- Escala general de estrés - Acontecimientos vitales - Estrés en ancianos - Estrés sociolaboral - Estrés en la conducción		

5.3.3. Efectos del Estrés Laboral sobre la Salud y el Bienestar

Como diría Lennart Levi (1996) (citado en la revisión de Sandín, 1999), el estrés puede ser tanto la salsa de la vida (“*spice of life*”) como el beso de la muerte (“*kiss of death*”). De esta forma, el estrés (bajo ciertas circunstancias) puede ser positivo y saludable, e incluso estimulante (“la salsa de vida”). Sin embargo, y en la sociedad en la que vivimos, el estrés puede estar implicado en la morbilidad, mortalidad, vulnerabilidad, causa y curso de muchas enfermedades y trastornos (“el beso de la muerte”).

Actualmente no parece existir duda de que el Estrés Laboral, como una forma más de estrés, constituye un importante factor de riesgo, tanto para nuestra salud física y mental, como para nuestro bienestar. El estrés en el trabajo puede alterar o afectar la salud y el bienestar a través de diversas formas y mecanismos (precipitando la ocurrencia de un trastorno, afectando el curso de una enfermedad, generando nuevas fuentes de estrés, produciendo malestar físico y psíquico, reduciendo nuestro bienestar y calidad vida, etc.).

La vinculación existente entre las condiciones relacionadas con el Estrés Laboral y la salud es asumida y reconocida, tanto en el ámbito empresarial como legal. A este respecto, la legislación estadounidense y europea se han ido fortaleciendo en los últimos años. Concretamente en España, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL 31/1995 de 8 de noviembre BOE nº 269, 10-11-1995), define el concepto de prevención como “*el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo*”. Hay que señalar que, en las Directrices europeas, con las que nuestra Ley debe y pretende explícitamente estar en consonancia, se recogen de una forma explícita los perjuicios psicológicos en la definición de riesgos profesionales como “*cualquier situación en relación con el trabajo que pudiese causar un perjuicio físico o psicológico a la seguridad o salud del trabajador*”, con lo que el estrés queda englobado y reconocido como un perjuicio a la salud de los trabajadores. Por otro lado, aunque en esta Ley no aparece definido el concepto de salud, parece no obstante, que la pertenencia de España a la Organización Mundial de la Salud (OMS), obliga a interpretar dicho término según la definición del citado organismo internacional. Como ya se ha expuesto, la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social (y no solamente la ausencia de enfermedad), estado que resulta cuando la gente libre de enfermedad vive en armonía con su entorno y con los demás. Por lo tanto, queda clara la inclusión de la salud mental y psicosocial dentro de esta definición.

El Estrés Laboral posiblemente constituye la forma de estrés que, en general, afecta de forma más significativa a la salud y el bienestar de las personas. Esto quizás no sólo se debe a que generalmente se produce de forma crónica, sino también a que el trabajo constituye un factor de enorme importancia y repercusión en nuestras vidas (gran parte de nuestra vida la pasamos trabajando). La relación entre el Estrés Laboral y la salud se ha demostrado a partir de las investigaciones que han demostrado una estrecha asociación entre el Estrés Laboral y la perturbación de la salud, del bienestar y del rendimiento laboral de los trabajadores (p.ej., incrementando el absentismo laboral por motivos de salud (ver revisión de Sandín, 1999).

Ya se ha comentado que la consideración del estrés como un proceso es el enfoque dominante en este campo. Desde esta perspectiva más integradora, el *Modelo procesual del estrés* elaborado Lazarus y Folkman (1984) también es aplicable al ámbito laboral y a los efectos que sobre la salud y el bienestar tiene el estrés que en él se da. De esta forma, y apoyándose en dicho modelo, Sandín (1999) ofrece en su revisión una explicación del Estrés Laboral y sus consecuencias para la salud cardiovascular. Dicha aplicación del modelo procesual del estrés al ámbito laboral, solamente constituye un ejemplo muy específico, ya que (con ligeras modificaciones) podría explicar otros tipos de perturbaciones en la salud y bienestar de las personas provocadas por el Estrés Laboral.

Aparte de la elevada e intensa activación psicofisiológica con sus correspondientes consecuencias negativas tanto psicológicas como físicas (ampliamente documentadas por la literatura) que produce el estrés en general, y en consecuencia, también el Estrés Laboral, éste último tiene una serie de consecuencias negativas específicas sobre la salud y el bienestar de las personas.

Según Antonio Cano (2002), presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), el Estrés Laboral puede influir negativamente sobre la salud y el bienestar de las personas mediante tres vías:

- 1) Aumentando las conductas no saludables y reduciendo las saludables:** el Estrés Laboral (con las prisas, falta de tiempo, la tensión, etc.) modifica los hábitos relacionados con la salud, existiendo colectivos que presentan tasas más altas de tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones que otros. Asimismo, existen profesiones cuyos trabajos hacen que se reduzcan las conductas saludables, como hacer ejercicio físico (trabajos sedentarios), guardar una dieta

equilibrada (trabajos que obligan a “comer fuera de casa”), dormir lo suficiente (turnos nocturnos), etc.

- 2) **Disfunciones psicofisiológicas o psicosomáticas:** debidas a la activación psicofisiológica mantenida en el cuerpo que pueden provocar dolores de cabeza tensionales, problemas cardiovasculares, problemas digestivos, problemas sexuales y cambios en el sistema inmunológico que pueden aumentar el riesgo de infecciones o la probabilidad de desarrollar enfermedades inmunológicas como el cáncer.
- 3) **Sesgos o errores cognitivos:** éstos afectarían a la interpretación de su activación psicofisiológica, conducta, pensamientos o de algunas situaciones. Estos sesgos y errores cognitivos pueden conllevar la adquisición de una serie de temores irracionales, fobias, etc., y producir, finalmente, trastornos de ansiedad que pueden seguir deteriorando la salud y el bienestar en otras formas.

Sin embargo, una de las consecuencias más investigadas y más importantes del Estrés Laboral es el síndrome de burnout, el cual surge como respuesta al Estrés Laboral crónico. Diversas investigaciones sobre Estrés Laboral revelaron que las personas que tuvieran un contacto directo con pacientes, clientes, usuarios o alumnos cuyas exigencias desbordaban la capacidad de actuación del profesional, presentaban múltiples problemas de salud, tanto físicos como mentales. Estos profesionales desarrollaban en un período de tiempo más o menos variable el llamado síndrome de burnout (“*síndrome de estar quemado*”, “*síndrome de quemarse por el trabajo*”, “*síndrome de la quemazón*”, “*síndrome del estrés laboral asistencial*”, “*síndrome del desgaste profesional*”). Cuando se dice que el profesional está quemado se indica que la situación (familiar, social o laboral) le ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación (ver revisión de Ramos, 1999).

5.3.3.1. El síndrome de burnout

El burnout es considerado como un síndrome relativamente reciente, que está relacionado con el ámbito laboral y que aparece como respuesta al Estrés Laboral crónico. Podríamos definirlo como un trastorno emocional propio del ámbito laboral, que conlleva graves consecuencias físicas y psicológicas. Una de las principales características del

síndrome es que se produce en profesiones que uno ha elegido libremente, es decir, que son más vocacionales que obligatorias (ver revisión de Ramos, 1999). Las profesiones relacionadas con el mundo sanitario, la educación o la administración pública suelen ser las que más incidencia reflejan en las estadísticas, porque están en contacto con personas con problemas y suelen ser ellos los que deben solucionar esos problemas. La frustración se produce cuando ven que su trabajo no es productivo y sienten su trabajo como algo inútil.

El síndrome de agotamiento profesional o síndrome de burnout fue descrito por primera vez por Herbert Freudenberger en 1974 como el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás (Freudenberger, 1974). Los primeros estudios empíricos sistemáticos se realizaron pocos años después por Christina Maslach (1976, 1978, 1979) con el objetivo de analizar los estados emocionales de los trabajadores y sus reacciones ante los clientes e investigar su posible relación con determinadas características del trabajo.

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada, sin embargo hay consenso en considerar que el síndrome de burnout aparece en el individuo como una respuesta al Estrés Laboral crónico, que surge al trabajar bajo “condiciones difíciles” en contacto directo con los usuarios (clientes, pacientes, alumnos, presos,...) de tales instituciones y que tiene consecuencias muy negativas para la persona y para la organización. Sin embargo, la definición más aceptada actualmente es la propuesta por Maslach y Jackson (1981) señalando tres síntomas principales del mismo: Cansancio Emocional, Despersonalización y falta de Realización Personal en el trabajo. Por lo tanto, y en general, se aceptan las tres dimensiones anteriores que contribuyen a delimitar este constructo:

-Cansancio Emocional (CE): se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga,..., etc.

-Despersonalización (DP): manifestada por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas.

-Falta de Realización Personal (RP): con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

De forma más amplia, podemos precisar que por Cansancio Emocional (a veces se utiliza la palabra Agotamiento Emocional que es más realista e intensa) se entiende la

situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, alumnos, etc.). La Despersonalización puede ser considerada como el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas. La falta de Realización Personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo, desmotivados en el trabajo e insatisfechos con los resultados (Ramos, 1999).

El modelo creado por Maslach y Jackson está centrado en la respuesta emocional, motivo por el que la dimensión de agotamiento emocional es la más importante del síndrome de burnout para estas autoras. Numerosas investigaciones han mostrado que esta dimensión es la más consistente y, además, es la que tiene una mayor correlación con las otras dimensiones. Sin embargo, y paradójicamente, es la dimensión menos específica, ya que es la que más se asocia a todos los trastornos derivados del Estrés Laboral (Moreno, Bustos, Matallana y Miralles, 1997). Los principales problemas se han encontrado en la dimensión de despersonalización, especialmente cuando se ha utilizado en contextos no asistenciales. Diferentes autores (entre ellos Maslach y Jackson) han considerado que la dimensión de despersonalización resulta fundamental en la concepción del síndrome de burnout, ya que es la más específica y la que evalúa directamente las repercusiones del síndrome en el ejercicio asistencial (Evans y Fisher, 1993).

Desde la definición del síndrome de burnout y de sus dimensiones por parte de Maslach y Jackson, se ha llevado a cabo una amplia línea de investigación para confirmar la existencia de las tres dimensiones del síndrome. Diferentes estudios factoriales han reproducido una estructura del síndrome de tres factores similar a la original (Byrne, 1994; Leiter, 1988). Sin embargo, otros autores son críticos con esta tridimensionalidad. En general, no cuestionan que el factor fundamental del síndrome sea el agotamiento emocional, pero destacan la falta de independencia de la subescala de despersonalización. Basándose en esto, algunos defienden la existencia de tan sólo dos factores: uno formado por los ítems de estas dos subescalas (agotamiento emocional y despersonalización) y otro

formado por los ítems de la subescala de realización personal (Brooking, Bolton, Brown y McEvoy, 1985). Otros autores, por el contrario, consideran que existen más de tres factores. De momento, ninguna de estas nuevas propuestas ha conseguido convencer al resto de investigadores (Firth, McIntee, McKeown y Britton, 1986). En nuestro país, Moreno y colaboradores (1997) han criticado las dimensiones del síndrome de burnout propuestas por Maslach y Jackson al considerar que éstas no incluyen elementos estrictamente cognitivos en la evaluación del proceso, a pesar de que están presentes de forma evidente en el síndrome, como son la pérdida de expectativas y la pérdida de implicación laboral. Por otro lado, estiman que tampoco incluye elementos conductuales que evalúen las prácticas de despersonalización o de pérdida de realización personal. Por tanto, estos autores consideran que el ámbito fundamental de evaluación del síndrome es el emocional que, aunque válido, no deja de ser un enfoque parcial del mismo. Sin embargo, a pesar de las críticas recibidas al modelo del síndrome de burnout creado por Maslach y Jackson, actualmente es el más aceptado y empleado internacionalmente.

Entre los modelos que pretenden explicar el burnout se pueden distinguir los que consideran que las variables organizacionales son las que determinan fundamentalmente el síndrome (p.ej.: el modelo de “resultados múltiples” de Golembiewsky, Mezenreider y Stevenson, 1986) y aquéllos que suponen que estas condiciones contextuales interactúan con las características de los sujetos (p.ej.: el modelo de Lee y Ashford, 1993). El modelo de “resultados múltiples” (Golembiewsky *et al.*, 1986) propone que cuando los factores laborales (seguridad en el trabajo, compensaciones, compañeros de trabajo, supervisores, motivación laboral intrínseca, conocimiento de los resultados, responsabilidad por los resultados o significado del trabajo) son negativos se puede sufrir burnout. Este se manifiesta de diferentes maneras: altos niveles de enfermedad, bajos niveles de ejecución y bajos niveles de productividad. El modelo incluye los efectos del feedback, que refuerzan y ayudan a mantener los efectos principales del puesto de trabajo. El modelo de Golembiewsky y colaboradores (1986) se basa en los tres factores propuestos por Maslach (despersonalización, falta de realización personal y cansancio emocional) para explicar su modelo procesual mediante el cual se puede observar un aumento progresivo de los tres factores en una secuencia lógica. Según dicho modelo, el cansancio emocional es considerado la fase más virulenta del burnout y la despersonalización la que menos. Frente al modelo de Golembiewsky y colaboradores (1986), Lee y Ashford (1993) han establecido que el proceso de burnout se puede entender a partir del paradigma de estrés-

tensión-afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1984). Así, el cansancio emocional puede ser visto como una forma de tensión, mientras que la despersonalización es una forma de afrontamiento. Los resultados de una investigación llevada a cabo por Merín y colaboradores (1995) están en la línea planteada por Lee y Ashford (1993), encontrándose que cuando el sujeto realiza una valoración negativa de las situaciones problemáticas de su trabajo es más susceptible de sufrir agotamiento emocional.

Por último, el síndrome de burnout puede tener resultados muy negativos tanto para el sujeto que lo padece, como para la organización en la que desempeña su rol profesional. Para el profesional de la salud puede afectar a su salud física y/o mental, dando lugar a alteraciones psicosomáticas (como por ejemplo, alteraciones cardio-respiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos,...) o incluso estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc. Para la institución sanitaria esto se podría traducir en un grave deterioro del rendimiento profesional del sujeto y, por lo tanto, en un deterioro de la calidad asistencial o del servicio, absentismo laboral, rotaciones excesivas, incluso el abandono del puesto de trabajo (Ramos, 1999).

La presente investigación se centrará en la evaluación del Estrés Laboral presente en el mundo sanitario y docente. Como se podía comprobar en la anterior *Tabla 13*, tanto el personal sanitario como docente, son de los colectivos que mayor grado de Estrés Laboral deben de afrontar en su trabajo. Asimismo, la incidencia del síndrome de burnout entre médicos, enfermeros y profesores es de las más altas, tal y como muestra la *Tabla 14*.

Tabla 14
Incidencia del burnout (%) por profesiones (Miguel-Tobal y Casado, 2011)

Estudio	Profesión	Burnout (%)
Kyriacou (1980)	Profesores	25
Pines, Arason y Kafri (1981)	Diversas profesiones	45
Maslach y Jackson (1982)	Enfermeros	20-35
Henderson (1984)	Médicos	30-40
Smith, Birch y Manchart (1984)	Bibliotecarios	12-40
Rosse, Boss, Johnson y Crown (1991)	Policías y personal sanitario	20
García Izquierdo (1991)	Enfermeros	17
Jorgesen (1992)	Estudiantes de enfermería	39
Price y Spence (1994)	Policías y personal sanitario	20
Deckard, Meterko y Field (1994)	Médicos	50

A continuación se muestran las consecuencias del Estrés Laboral tanto en el personal sanitario como docente.

5.3.3.2. Estrés Laboral en personal sanitario

La Medicina es por naturaleza una profesión con importante estrés debido al tipo de tareas a realizar y a las personas que son objeto de estas tareas (Daniel y Pérez, 1999; Mingote, 1997). Además, en los últimos años estamos asistiendo a unas transformaciones importantes en el sistema sanitario, lo que repercute directamente en el personal, afectando tanto a la división del trabajo como a la posición social. Los cambios que aparecen en la profesión abarcan las principales áreas en las que se desarrolla su labor, la organización del trabajo, el contenido del mismo, la relación con los pacientes, la gestión, la formación, los avances tecnológicos e informáticos, la necesidad de trabajar en equipo, la reducción de costes, la necesidad de mejorar la calidad del servicio, etc. Los profesionales de la Sanidad (médicos, personal de enfermería, fisioterapeutas, etc.), debido a tener que adaptarse continuamente a situaciones imprevistas y de emergencia se encuentran situados entre las profesiones que producen mayor intensidad de estrés, por lo que el personal sanitario es uno de los colectivos con mayor índice de estrés (ver revisión de Ramos, 1999), tal y como se mostró en la *Tabla 13*.

Por otro lado, gran parte de los hospitales presentan un ambiente frío y desagradable para el paciente, y también para los propios profesionales de la Sanidad. En ocasiones esta situación se puede sobrellevar trabajando mecánicamente, marcando distancias, evitando implicarse, sin tener en cuenta que se trabaja con personas. Estas estrategias de actuación, para hacer frente a las múltiples situaciones estresantes que se presentan, dan una imagen de “robot”, gente sin sentimientos, tratando los temas con gran frialdad emocional, pues de otra forma sería francamente duro seguir trabajando en tales condiciones laborales (ver revisión de Ramos, 1999).

Florez (1994) afirma que el burnout lo sufre más del cincuenta por ciento del personal sanitario. Además, más de la mitad de los profesionales sanitarios que trabajan en hospitales no volverían a elegir su profesión. La creciente falta de motivación de los trabajadores influye negativamente en la calidad de la atención al paciente. También se destaca que la situación cognitiva y emocional causada por este síndrome, lleva, en algunos casos, a adicciones como el alcoholismo o el consumo excesivo de medicamentos, que, en este caso concreto, “*es más fácil porque lo tienen muy a mano*”. Además, este sector profesional registra una tasa de tabaquismo superior a las de otros colectivos profesionales (ver revisión de Ramos, 1999).

El personal de enfermería es el colectivo más numeroso dentro de los profesionales de la salud. Específicamente, muchos de estos profesionales no encuentran motivación en su trabajo, tienen la impresión de que el tiempo pasa muy lentamente y se han olvidado de que el cometido de la enfermería debe ser la máxima “*curar a veces, aliviar frecuentemente y consolar siempre*”. Ramos (1999) en su revisión ordenó las situaciones que producen más Estrés Laboral entre el personal de enfermería y, que favorecerían la aparición del síndrome de burnout:

- 1) Trato diario y continuo con personas deprimidas o moribundas.
- 2) Sobrecarga de trabajo.
- 3) Conflicto y ambigüedad de rol.
- 4) Turnos rotatorios y trabajos nocturnos que perturban el ritmo biológico de los trabajadores.
- 5) Cargas de trabajo familiares (más del 80% de los profesionales son mujeres).
- 6) Alta responsabilidad de las tareas que realizan.
- 7) Alto índice de contratación temporal.
- 8) Impotencia ante la enfermedad.

Al igual que el personal de enfermería, el ambiente laboral y el trato con los pacientes influyen decisivamente en el Estrés Laboral percibido por los médicos. Como subrayan Daniel y Pérez (1999), la tensión laboral que se genera en este trabajo es alta debido a la sobrecarga de trabajo, las guardias, la competitividad, la necesidad de estar al día, la burocracia, la jerarquización, la convivencia con otros miembros del equipo y, sobre todo, el trato con el paciente. Las demandas físicas y emocionales de los pacientes son trasladadas al médico y constituyen una fuente de angustia. A la vez los avances tecnológicos y la velocidad con que se producen los mismos impiden que el médico tenga conocimiento o, al menos, manejo de todos. Así mismo, hacen que la profesión en muchas ocasiones se limite a la fría aplicación de una serie de técnicas sin que se mantenga la relación entre médico y paciente. Como consecuencia de esto, el médico se convierte en un instrumento más del sistema sanitario (Mingote, 1997). Por otra parte, el médico, aunque ha perdido parte del poder y del prestigio que tuvo en otro tiempo, ha de continuar luchando contra el sufrimiento humano y la muerte. Y esto en un clima difícil y a veces duro, donde la relación con los pacientes no siempre es fácil porque a veces se fracasa. Pero también la relación con los pacientes ha cambiado. Estos ahora son más conscientes de sus derechos, están mejor informados y cuestionan el papel que el médico ha ocupado

en la sociedad. Por otra parte, el número de demandas y reclamaciones a médicos ha crecido en nuestro país en los últimos años. Como se puede comprobar, los factores que favorecen el Estrés Laboral entre los médicos son tanto laborales, como personales y sociales [para una revisión más detallada ver Daniel y Pérez (1999) y Mingote (1997)].

5.3.3.3. Estrés Laboral en personal docente

Ya que la muestra de personal sanitario se va a contrastar con otra de profesores, se hará mención brevemente al Estrés Laboral al que tienen que hacer frente este colectivo. La profesión docente es una de las más extendidas y en mayor contacto con las personas como receptores de su actividad profesional. La docencia ha venido experimentando la presión de la sociedad no sólo para impartir a los escolares conocimientos académicos, sino también para intentar corregir problemas sociales (p. ej., las drogas, la delincuencia, etc.). La escuela (en sus diferentes ámbitos: guardería, primaria, secundaria, formación profesional, universidad, etc.) fomenta actividades de enriquecimiento personal, da respuesta a las necesidades de los escolares con muy diferente nivel actitudinal y facilita el desarrollo de los futuros profesionales (ver revisión de Ramos, 1999). Sin embargo, el ejercicio de la docencia es tan duro que algunos profesores deciden abandonar, “quemados” por la labor diaria. Uno de los primeros estudios sobre problemas de estrés en el profesorado (Kyriacou y Sutcliffe, 1978) encontraba en Inglaterra que un 22,6% de los maestros consultados confesaban sufrir ansiedad y/o estrés. El mal comportamiento de los alumnos, las malas condiciones de trabajo, las presiones de tiempo, y el devaluado contexto escolar destacaban como principales fuentes de estrés. Años más tarde, Kyriacou (1989) consideraba que los principales estresores eran los siguientes: poca motivación, indisciplina de los alumnos, malas condiciones de trabajo, presiones de tiempo en el trabajo, bajo estatus social y profesional y conflictos con los compañeros. Travers y Cooper (1997), utilizando el análisis factorial, han identificado diez factores diferentes de estrés docente: 1) interacción docente/discente, 2) dirección/estructura de la escuela, 3) tamaño del aula/masificación, 4) cambios que tienen lugar en la enseñanza, 5) evaluación del profesorado, 6) preocupaciones directivas, 7) falta de estatus/promoción, 8) carencia de suplentes y de personal, 9) inseguridad laboral, y 10) ambigüedad del papel del docente.

Sin embargo, Capel (1991) comprobó que los niveles de estrés del personal docente cambian en función de la época del curso, sufriendo altibajos según las actividades o vacaciones escolares. En nuestro país, Valero (1997) encontró factores relacionados con el estrés docente muy similares a los anteriormente señalados: mal comportamiento de los alumnos, dificultades de tiempo o de recursos, reconocimiento de las necesidades profesionales, y pobres (malas) relaciones con los compañeros. El análisis de regresión de estos datos realizado por dicho autor ha encontrado dos factores fundamentales: la presión en el trabajo y el mal comportamiento de los alumnos.

5.4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS LABORAL

Aunque las consecuencias negativas del Estrés Laboral (entre las cuáles se encuentra el síndrome de burnout) surgen como respuesta al mismo (y de forma crónica en el burnout), hay que señalar que éstas aparecen como resultado de un proceso continuo en el que, sobre todo, fallan las Estrategias de Afrontamiento que suele emplear el profesional. De esta forma, las Estrategias de Afrontamiento actúan como variables mediadoras entre el estrés percibido y sus consecuencias. Estas Estrategias de Afrontamiento están, a su vez, determinadas por múltiples variables (ver revisión de Ramos, 1999).

5.4.1. Concepto

Una vez que la persona valora una situación como amenazante el hecho de que aparezcan finalmente las manifestaciones de Estrés Laboral va a depender de la eficacia de las acciones que pongan en marcha para hacer frente a dicha amenaza. Estas acciones reciben el nombre de Estrategias de Afrontamiento, siendo su objetivo final la recuperación del equilibrio en las relaciones de la persona con su entorno (ver revisión de Pérez-García, 1999). De esta manera, el afrontamiento sería el proceso por el que la persona intenta “manejar” la discrepancia entre las demandas que percibe de la situación (en el trabajo en este caso) y los recursos de los que dispone o cree disponer, y que la lleva finalmente, a la valoración de la situación como estresante. Los esfuerzos por afrontar una situación o problema pueden ser muy variados y no llevar necesariamente a la solución del problema, sino que también pueden ayudar a la persona a cambiar su percepción de la situación, a aceptarla con resignación, y a escapar o evitarla (Lazarus y Folkman, 1984). Sin embargo, tal y como señala Bermúdez (1996) y Carver y Connor-Smith (2010) en sus respectivas revisiones, el afrontamiento no sería una simple reacción defensiva (como los mecanismos de defensa), sino que tiene un carácter intencional y deliberado, fruto del análisis de la situación y adaptado a las características de la misma.

El debate sobre la naturaleza intencional o inconsciente del afrontamiento viene de largo, ya que la personalidad ha sido esencialmente identificada por algunos autores como

rasgos estables que influyen en las percepciones de los eventos y que determinan las respuestas adaptativas o no adaptativas (Suls, David y Harvey, 1999). Sin embargo, y aunque en la actualidad la mayoría de los investigadores separan la personalidad del afrontamiento, algunas conceptualizaciones del afrontamiento siguen siendo muy generales. Por ejemplo, el afrontamiento como rasgo ha sido definido como maneras características de responder a los cambios de cualquier tipo de ambiente (Beutler, Moos y Lane, 2003) y muchos expertos consideran que las respuestas automáticas, inconscientes e involuntarias son características del afrontamiento (Eisenberg, Fabes y Guthrie, 1997; Skinner, 1995). Por el contrario, el modelo transaccional del estrés y del afrontamiento enfatiza el papel de los rasgos estables, definiendo el afrontamiento como una respuesta consciente, intencional y dirigida a un objetivo, desarrollada ante las demandas específicas a un estresor determinado (Lazarus y Folkman, 1984). Por lo tanto, en la presente investigación, y siguiendo las revisiones de Bermúdez (1996) y de Carver y Connor-Smith (2010), se limita el afrontamiento a los intentos conscientes y volitivos de regular el ambiente o a una reacción propia al ambiente bajo condiciones estresantes. Así, el afrontamiento incluiría continuas transacciones con la situación, viéndose como un proceso dinámico de valoraciones y revaloraciones de las cambiantes relaciones persona-situación. Estos cambios pueden venir de que los esfuerzos realizados cambien la situación, de que la persona cambie su forma de percibirla, o que factores ajenos a la persona introduzcan un cambio en la situación. Y, a su vez, estos cambios afectan a los nuevos esfuerzos por seguir afrontando el problema (ver revisión de Pérez-García, 1999).

Por tanto, hay dos formas de entender el afrontamiento: 1) como un estilo consistente de aproximación a los problemas (Vaillant y Choquette, 1977), o al menos, relativamente consistente, cuando se repite el mismo estilo al tratar con el mismo problema o los mismos estresores en distintas ocasiones (Pearlin y Schooler, 1978); y 2) como un estado, proceso, o estilo dependiente de la situación (Lazarus y Folkman, 1984). De esta forma se podría diferenciar el afrontamiento situacional (coincidente con la consideración del afrontamiento como proceso) y el afrontamiento disposicional (que lo consideraría como un estilo). Bouchard, Guillemette y Landry-Léger (2004) concluyen que, aunque son constructos que están muy relacionados, son independientes entre sí. Además, en su investigación encontraron que la relación entre el afrontamiento disposicional y el estrés estaba mediada por el afrontamiento situacional. Por otro lado, Carver y Scheier (1994) defienden una concepción del afrontamiento como estilo

comparándola con el afrontamiento situacional definido por Lazarus y Folkman (1984). Sin embargo, los resultados de su estudio concluyeron que el afrontamiento disposicional predice un afrontamiento situacional a un nivel bajo-moderado, por lo que el peso del afrontamiento como estilo no es tan significativo.

En el debate sobre la consideración del afrontamiento como estilo o como proceso (es decir, sobre su consistencia), podría sugerirse que su variabilidad refleja el efecto de factores situacionales, mientras que su estabilidad refleja el efecto de los factores de personalidad (ver revisión de Pérez-García, 1999). De esta forma, se adopta una concepción interaccionista, resultado del producto persona x situación, donde el afrontamiento es tanto un proceso dinámico, cambiante, determinado por las situaciones, como un proceso individualmente distinto, influenciado por rasgos y experiencias personales (Lu, 1996). Este enfoque interaccionista queda reflejado en la presente investigación, como se explicará más adelante, mediante la consideración del afrontamiento a un nivel intermedio entre el nivel disposicional (influenciado por características de la personalidad) y el nivel situacional (influenciado por la situación).

Sin embargo, una cuestión aún más profunda subyace al anterior debate sobre la consideración del afrontamiento como estilo o como proceso (afrontamiento disposicional vs. situacional). Desde una perspectiva disposicional del afrontamiento, existe evidencia de que el afrontamiento es estable a lo largo del tiempo en un dominio determinado de estrés (p.ej., Gil, Wilson y Edens, 1997) y que la gente tiene estilos y tendencias de afrontamiento habituales (Moos y Holahan, 2003). De esta manera, si las disposiciones de afrontamiento son consideradas como rasgos de personalidad, *¿qué importancia tiene relacionar el afrontamiento con la personalidad?* Para resolver esta cuestión, Murberg, Bru y Stephens (2002) argumentan que se deberían dar varias condiciones para que la personalidad y el afrontamiento sean considerados como parte del mismo constructo. Primero, deberían estar altamente correlacionados. Segundo, ya que la personalidad es bastante estable, el afrontamiento debería también ser altamente estable. Tercero, el afrontamiento no debería explicar una varianza sustancial de los resultados después de controlar la personalidad. En general, estas condiciones no son mantenidas. Las relaciones entre la personalidad y el afrontamiento son modestas, el afrontamiento es menos estable que la personalidad y el afrontamiento predice el ajuste más allá de la personalidad (Connor-Smith y Flachsbart, 2007; Murberg *et al.*, 2002). Los estilos de afrontamiento son sólo modestamente heredables y las bases genéticas para la personalidad y el

afrontamiento no se solapan potentemente (Jang, Thordarson, Stein, Cohan y Taylor, 2007). Aunque la personalidad y el afrontamiento están relacionados, el afrontamiento no es simplemente una manifestación directa de la personalidad bajo condiciones adversas.

5.4.2. Dimensiones del Afrontamiento

Al margen de su consideración como estilo consistente o como proceso, el afrontamiento ha sido evaluado en la investigación de forma similar: listas de estrategias ante las que el sujeto debe señalar en qué medida las utiliza cuando se enfrenta a situaciones de carácter estresante. La diferencia entre unas y otras dimensiones del afrontamiento consideradas por los diferentes autores vendría dada por los planteamientos teóricos de los mismos. Cuando se habla de estilo se busca el modo general de afrontar los problemas, sin embargo, cuando se habla de proceso se analiza la especificidad, es decir, las estrategias concretas ante distintos problemas, bien prefijados en el inventario o por el experimentador, bien señalados por el sujeto como acontecimientos que le han ocurrido recientemente. En suma, los inventarios de Estrategias de Afrontamiento y las dimensiones del mismo están estrechamente vinculados con los planteamientos teóricos de sus autores (ver revisión de Pérez-García, 1999). Este hecho ha supuesto que, en la actualidad, se encuentren numerosos modelos para describir la estructura de afrontamiento. A continuación, se expondrá una breve revisión de las dimensiones del afrontamiento que engloban las estrategias del mismo empleadas por las personas ante situaciones estresantes.

Tal y como muestran las extensas revisiones realizadas en este campo por Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth (2001) y Skinner, Edge, Altman y Sherwood (2003), numerosos modelos han sido empleados para describir la estructura del afrontamiento, distinguiendo entre afrontamiento centrado en el problema y en la emoción, afrontamiento de compromiso (de aproximación, activo) y falta de compromiso (evitativo), y afrontamiento de control primario (asimilativo) y secundario (acomodativo). Desde una revisión histórica de la investigación relacionada con el estudio de las reacciones y respuestas de las personas a situaciones estresantes (Parker y Endler, 1996), la investigación moderna sobre el afrontamiento comienza con la distinción entre afrontamiento centrado en el problema y el centrado en la emoción. El primero intentaría

influir en la fuente del estrés y, el segundo, intentaría minimizar las emociones negativas a través de estrategias como expresiones emocionales, búsqueda de apoyo y evitación (Lazarus y Folkman, 1984). Esta distinción parte del modelo transaccional del estrés de los anteriores autores (Lazarus y Folkman, 1984) que se centra en la interacción del sujeto con su medio, en cómo éste hace frente a las demandas que el medio le efectúa de forma continuada. Brevemente, el sujeto realiza dos tipos de valoraciones de la situación estresante: una primaria (de la situación como tal) y una secundaria (de los recursos que dispone para hacerla frente). Dependiendo del resultado de estas dos valoraciones, el sujeto pondrá en marcha una u otra estrategia de afrontamiento. Así, Lazarus señala que las estrategias pueden servir, principalmente, para dos fines: alterar el problema que causa estrés o regular la respuesta emocional ante el mismo. Más concretamente, el afrontamiento centrado en la emoción se dirige a controlar la respuesta emocional ante la situación estresante, bien a través de conductas como consumir tabaco, alcohol o drogas, buscar apoyo en amigos o familiares, o realizar actividades que distraen la atención del problema, como ver la televisión o practicar deportes; bien a nivel cognitivo, como cambiar el significado de la situación o negar el problema. Este tipo de estrategias es utilizado en mayor medida cuando las personas creen que no pueden hacer nada para cambiar las condiciones estresantes (p.ej., la muerte de un ser querido), o dicho en otros términos, cuando la situación escapa al control por parte del individuo. Por su parte, el afrontamiento centrado en el problema se dirigiría a solucionar el problema directamente o buscar recursos encaminados a dicha solución. Este tipo de estrategias se utilizaría en mayor medida cuando las personas creen que la situación es modificable (p.ej., cambiar de empleo, cortar una relación, etc.), o el sujeto cree que puede ejercer algún control sobre la misma. Endler, Speer, Johnson y Flett (2000) demostraron la importancia del control percibido como reductor del estrés situacional concluyendo que el tener control sobre el estresor es beneficioso. Así, en su estudio los sujetos con alto control percibido informaron de menos estrés y utilizaron más Estrategias de Afrontamiento centradas en la tarea y menos en la emoción.

De todas las críticas realizadas al modelo transaccional del estrés, quizás la que más nos interesa en este campo, es que dentro de las Estrategias de Afrontamiento centradas en la emoción diferentes autores han considerado otro tipo de estrategias cuya inclusión no está muy clara. Así, en los anteriormente mencionados estudios de Bouchard y colaboradores (2004) y de Carver y Scheier (1994), se echan de menos Estrategias de

Afrontamiento disfuncionales, es decir, no adaptativas, incluyendo dentro de las estrategias centradas en la emoción a la evitación. De esta forma surgen otras conceptualizaciones que incluyen otros tipos de afrontamiento no incluidos en el modelo transaccional del estrés. Autores como Moos y Schaffer (1993), Roth y Cohen (1986) y Skinner y colaboradores (2003) distinguen entre afrontamiento de compromiso (“*engagement*”) y falta de compromiso (“*disengagement*”), poniendo el foco de atención sobre la orientación del sujeto haciendo frente a la fuente de estrés o no haciéndola frente. Así, un afrontamiento de compromiso involucraría intentos activos para manejar la situación o las emociones asociadas a la misma, y el afrontamiento de falta de compromiso supondría el propio distanciamiento del estresor o de sentimientos relacionados con el mismo. Dentro del afrontamiento de compromiso se incluirían estrategias como el afrontamiento centrado en el problema y diversas formas de afrontamiento centrado en la emoción, como la búsqueda de apoyo, la regulación emocional, la aceptación y la reestructuración cognitiva. Por otro lado, dentro del afrontamiento de falta de compromiso se incluirían respuestas tales como la evitación, la negación, el rechazo y el pensamiento ilusorio, siendo a menudo identificado con el afrontamiento centrado en la emoción, ya que supone un intento de escapar de los sentimientos provocados por el estrés.

Hay que señalar que en la presente investigación se ha optado por traducir al castellano el término inglés “*engagement coping*” como “*afrontamiento de compromiso*”, en lugar de otras posibles traducciones como “*afrontamiento de enganche*” o “*afrontamiento de aproximación*”. Por otro lado, el término “*disengagement coping*” se ha traducido como “*afrontamiento de falta de compromiso*” en vez de “*afrontamiento evitativo*” o “*afrontamiento no adaptativo*”. De esta manera, se considera el afrontamiento como una forma de “comprometerse” o de “no comprometerse” a hacer frente a la fuente de estrés.

Por último, la distinción entre afrontamiento de control primario (asimilativo) y control secundario (acomodativo) centra su foco de atención en los objetivos del afrontamiento. Tal y como indican Rothbaum, Weisz y Snyder (1982), un afrontamiento de control primario estaría orientado hacia el cambio del estresor o de emociones relacionadas con el mismo, mediante estrategias tales como la solución de problemas o la regulación emocional. Es decir, el sujeto asimilaría tanto el estresor como sus emociones asociadas. Mientras tanto, el afrontamiento de control secundario se emplearía para

facilitar la adaptación al estrés mediante estrategias tales como la aceptación o la reestructuración cognitiva, facilitando así la acomodación del sujeto al estresor o a las emociones asociadas al mismo.

Aunque todas estas distinciones continúan siendo ampliamente empleadas, los análisis factoriales confirmatorios han mostrado que ninguna distinción por sí sola refleja adecuadamente la estructura del afrontamiento, tal y como reflejan en sus conclusiones las extensas revisiones realizadas en este campo por Compas y colaboradores (2001) y Skinner y colaboradores (2003). Aún más, estos autores critican igualmente estas distinciones por fracasar a la hora de incluir todo el campo de Estrategias de Afrontamiento (p. ej., la distinción de control primario/secundario ignora a la falta de compromiso) y por la disparatada combinación de estrategias en demasiadas dimensiones.

No es de extrañar que esta falta de consistencia haga de la agregación de los diferentes estudios una tarea desalentadora. Sin embargo, Connor-Smith y Flachsbart (2007) señalan en su meta-análisis que, análisis factoriales confirmatorios recientes han generado una gran consistencia sobre una estructura jerárquica del afrontamiento. Así, como se puede observar en la *Tabla 15*, en lo más alto de esta jerarquía se encontraría la distinción entre el afrontamiento de compromiso y de falta de compromiso. En el siguiente nivel, el afrontamiento de compromiso puede ser diferenciado por los objetivos del afrontamiento en Estrategias de Afrontamiento de control primario y secundario. Por lo tanto, este modelo jerárquico del afrontamiento produce tres familias centrales de afrontamiento (afrontamiento de falta de compromiso, de compromiso de control primario y de compromiso de control secundario) cada una compuesta por más estrategias específicas de afrontamiento. Así, el afrontamiento de falta de compromiso incluye estrategias tales como la evitación, la negación, el pensamiento ilusorio y la retirada. El afrontamiento de compromiso de control primario incluye estrategias dirigidas hacia el cambio del estresor y de emociones relacionadas, mediante el afrontamiento orientado al problema o esfuerzos para regular y expresar adecuadamente las emociones. El afrontamiento de compromiso de control secundario incluye estrategias que enfatizan la adaptación al estrés, tales como la aceptación, la reestructuración cognitiva, el pensamiento positivo o la distracción. Aunque algunos modelos hacen diferenciaciones adicionales dentro de estas tres categorías (p.ej., un factor de apoyo social por separado),

estas distinciones pueden ser reflejadas en análisis de subescalas específicas del afrontamiento.

Mediante esta breve revisión de las dimensiones del afrontamiento se ha intentado aclarar que hay muchas maneras de agrupar las respuestas de afrontamiento, que estas distinciones no forman un modelo unitario en el que todas las Estrategias de Afrontamiento puedan ser clasificadas. Una respuesta de afrontamiento determinada frecuentemente se puede ajustar en diferentes tipos de estrategias. Por ejemplo, la búsqueda de apoyo emocional puede ser un tipo de afrontamiento de compromiso, centrado en la emoción o acomodativo. Esto refleja que cada distinción del afrontamiento tiene un foco de conveniencia y que es útil para responder a diferentes cuestiones sobre las respuestas al estrés. Además, y quizás lo más importante es el hecho de que, ninguna distinción representa completamente la estructura del afrontamiento. Sin embargo, como se ha comentado, los análisis confirmatorios apoyan claramente modelos jerárquicos y multidimensionales del afrontamiento. Por último, Carver y Connor-Smith (2010) afirman en su reciente revisión que, la distinción que parece tener mayor importancia es la de afrontamiento de compromiso vs. falta de compromiso. Como se verá más adelante, en la presente investigación se agruparán las Estrategias de Afrontamiento en estas dos grandes categorías, distinguiendo dentro de la categoría de afrontamiento de compromiso entre control primario y secundario, tal y como se refleja en la *Tabla 15*.

Tabla 15

Organización jerárquica de las Estrategias de Afrontamiento y definición de las mismas (adaptado de Connor-Smith y Flachsbart, 2007)

Estrategia de Afrontamiento	Definición
Orientación Negativa a la Emoción	Estrategias de regulación y expresión emocional que pueden sugerir una falta de control (p.ej., golpear, arrojar objetos), estrés (p.ej. llanto, gritar, auto-culpación) u hostilidad hacia los otros.
Orientación Mixta a la Emoción	Respuestas emocionales al estrés que son una mezcla de estrategias de regulación y expresión emocional controladas y no controladas.
Afrontamiento de Compromiso	Gran categoría de respuestas de aproximación dirigidas hacia el estresor y hacia las propias reacciones al mismo.
Control Primario	Intentos activos de control o cambio de una situación estresante o de reacciones emocionales propias hacia la misma.
Solución de Problemas	Intentos activos para resolver la situación estresante mediante la planificación, la generación de posibles soluciones, análisis lógicos y evaluación de opciones, implementación y organización de soluciones posibles.
Apoyo Instrumental	Apoyo social orientado al problema, incluyendo búsqueda de ayuda, recursos o consejos sobre posibles soluciones al problema.
Apoyo Emocional	Apoyo social orientado a la emoción, incluyendo búsqueda de confort, empatía y cercanía con los otros.
Apoyo Social mixto	Combinación del apoyo instrumental y emocional.
Regulación Emocional	Intentos activos de disminuir las emociones negativas a través del empleo controlado de estrategias tales como la relajación, el ejercicio o la modulación de expresiones de la emoción para asegurar que los sentimientos son expresados en el momento apropiado y de manera constructiva.
Control Secundario	Intentos para adaptarse a la situación estresante para crear un mejor ajuste entre el ambiente y uno mismo.
Distracción	Tomarse un pequeño descanso de la situación estresante mediante la realización de una actividad agradable. La distracción NO supone intentos de evitar o negar los problemas.
Reestructuración Cognitiva	Encontrar una manera positiva y realista de pensar en la situación estresante, viendo el lado bueno, identificando los beneficios que emergen de la situación (p.ej., crecimiento personal), o encontrando el lado cómico de la misma.
Aceptación	Llegar a la conclusión de que hay aspectos de la situación estresante que no se pueden cambiar, comprendiendo que hay que convivir con el estresor, desarrollando un sentido de comprensión.
Afrontamiento Religioso	Tener fe en Dios, rezando por la situación estresante y participando en servicios y actividades religiosas.
Afrontamiento de Falta de Compromiso	Gran categoría de respuestas orientadas hacia fuera de la situación estresante y las reacciones provocadas por la misma. Históricamente, las escalas de falta de compromiso han incluido la distracción, el uso de sustancias y síntomas de distrés.
Falta de Compromiso Estricto	Respuestas de falta de compromiso con la situación que incluyen la distracción, el uso de sustancias y los síntomas de distrés.
Evitación	Intentos de evitar el problema, los recuerdos del mismo, pensamientos que se pueden tener, o emociones relacionadas.
Negación	Intentos activos de negar u olvidar el problema, de ocultar las propias respuestas emocionales a los otros.
Pensamiento Ilusorio	Esperar ser rescatado mágicamente de la situación estresante o que la situación desaparezca, fantaseando sobre resultados poco probables y deseando que la propia persona o la situación se transformen radicalmente.
Retirada	Aislarse intencionalmente, pasando el tiempo solo, eligiendo no compartir la situación estresante y las emociones provocadas por la misma con los otros.
Abuso de Sustancias	Beber alcohol, fumar o consumir drogas ilegales teniendo como objetivo específico afrontar el estrés.

5.4.3. La medida del Afrontamiento al Estrés Laboral

En la *Tabla 13* ya se mostraron los instrumentos más utilizados para evaluar el Estrés Laboral. A la hora de evaluar específicamente las Estrategias de Afrontamiento para manejar las situaciones estresantes en el trabajo, dos de los instrumentos de medida más utilizados son el WCQ y el COPE. Siguiendo la revisión de Rueda (2011) ambos cuestionarios responden a la consideración del afrontamiento como proceso o como estilo, evaluándose el afrontamiento según cada conceptualización. A continuación se exponen brevemente las características de cada uno de ellos.

***“Ways of Coping Questionnaire” (WCQ) (Folkman y Lazarus, 1980, 1985):** Este cuestionario se basa en la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984), que no considera que el afrontamiento tenga un carácter exclusivamente disposicional (como un estilo), sino que se trata de un proceso que surge de la interacción entre la persona y el ambiente. El WCQ contiene un listado de estrategias que se emplean ante las situaciones de estrés. El participante debe de indicar en una escala Likert de cuatro puntos en qué grado ha utilizado cada una de las estrategias cuando ha tenido que hacer frente a un acontecimiento estresante determinado. El WCQ consta de 66 ítems agrupados en ocho subescalas, resultantes de diferentes análisis factoriales, y que están enfocadas o a la solución del problema o al manejo de la emoción (según la teoría del estrés de los anteriores autores). Así, la subescala de “*afrontamiento confrontativo*” (intentos agresivos de cambiar la situación) y la de “*planificación y solución del problema*” (elaborar y seguir un plan con varias soluciones) están dirigidas a solucionar el problema. Sin embargo, las subescalas de “*distanciamiento*” (desvincularse de la situación o considerarla con una cierta perspectiva), “*autocontrol*” (controlar la conducta o la expresión de los sentimientos), “*aceptación de la responsabilidad*” (asumir la responsabilidad en la aparición o en la solución del acontecimiento negativo), “*escape- evitación*” (huir o desear que desaparezca el acontecimiento negativo), “*revaluación positiva*” (construir un significado positivo sobre el acontecimiento centrándose en el crecimiento personal) y de “*búsqueda de apoyo social*” (buscar en los demás apoyo emocional, instrumental o informacional), están enfocadas al manejo de la emoción. Algunas de las críticas que ha recibido este instrumento han ido dirigidas a la validez de constructo del mismo ya que, como indican Parker y Endler (1992), se han

encontrado dificultades para replicar la estructura factorial del WCQ empleando estresores y muestras diferentes.

***“Coping Orientation to Problems Experienced” (COPE) (Carver, Scheier y Weintraub, 1989):** si consideramos que el afrontamiento tiene un carácter situacional y que se trata, por lo tanto, de un estado, el COPE nos permite evaluarlo de este modo. Como ya se ha comentado, sus autores consideraron que la conceptualización de Lazarus y Folkman (1984) del afrontamiento centrado en el problema y en la emoción era demasiado simple, ya que existen estrategias que parecían cumplir diferentes funciones y tener consecuencias también distintas. El COPE consta de 60 ítems repartidos en 15 escalas con 4 ítems cada una, a los que se contesta siguiendo una escala Likert de cuatro puntos, en la que el sujeto evalúa en qué medida desarrolla cada una de las actividades propuestas ante situaciones estresantes. Cinco de sus escalas miden conceptualmente distintos aspectos del afrontamiento centrado en el problema (afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento y búsqueda de apoyo social instrumental), otras cinco de sus escalas miden aspectos que pueden ser considerados como afrontamiento centrado en la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, reevaluación positiva, aceptación, negación y religión) y, finalmente, las cinco escalas restantes miden respuestas de afrontamiento que posiblemente son menos utilizadas (desahogo emocional, desvinculación emocional, desvinculación mental, consumo de drogas y humor). Sin embargo, las muestras utilizadas informaban que era excesivamente largo y redundante, ya que los ítems de cada escala eran distintas formas de preguntar el mismo contenido. Por ello y más adelante, Carver (1997) presenta una versión abreviada, el “*Brief COPE*”, que consta de 14 escalas de dos ítems cada una. Se tomaron los dos ítems con más peso en cada escala, se omitieron dos escalas del COPE completo y se reenfocaron conceptualmente algunas escalas. Resultaron las siguientes escalas: afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva, aceptación, humor, religión, utilización de apoyo emocional, utilización de apoyo instrumental, auto-distracción, negación, desahogo, consumo de sustancias, abandono y auto-culpa. Tanto el COPE como el Brief-COPE (con sus respectivas escalas) serán descritas con más detalle en el apartado de *Instrumentos de Medida*. Hay que señalar que, aunque a grandes rasgos el COPE considera el afrontamiento como un estilo, una de las peculiaridades de

este cuestionario es que fue diseñado para ser aplicado en versiones tanto disposicional (p.ej., “*qué es lo que hace el sujeto habitualmente para afrontar situaciones estresantes*”) como situacional (p.ej., “*cómo hace frente a un problema específico o a los problemas acaecidos en un período de tiempo determinado*”). Por lo tanto, empleando la versión situacional, tanto del COPE como del Brief COPE, permite evaluar las situaciones estresantes en el ámbito laboral. De esta manera, y como se comentará más adelante, la versión así aplicada del cuestionario se encontraría a “medio camino” entre la disposicional y situacional. Esta consideración se adecua a los principios ya comentados del interaccionismo, convirtiéndole como un instrumento idóneo para la presente investigación.

5.4.4. Efectos del Afrontamiento al Estrés Laboral sobre la Salud y el Bienestar

En general, se puede considerar que el afrontamiento puede ser adaptativo si promueve en el individuo un funcionamiento físico, psicológico y social adecuado. Por el contrario, el afrontamiento resultaría desadaptativo cuando las consecuencias que se deriven de su uso sean negativas (Lazarus, 1993). Por lo tanto, aunque a priori, la estrategia puede ser considerada como desadaptativa, puede resultar adaptativa cuando, ante un acontecimiento severo o importante, el individuo se distancia y se desvincula de aquellos aspectos ante los que no puede hacer nada. Pero sólo si al mismo tiempo, el individuo pone en marcha otras acciones dirigidas a aproximarse a las dimensiones del suceso negativo que sí pueden ser modificables (ver revisión de Rueda, 2011).

Sin embargo, también hay que tener en cuenta la eficacia relativa de las Estrategias de Afrontamiento. Tal y como señala Rueda (2011), teóricamente se ha sostenido que, cuando el acontecimiento al que hay que enfrentarse resulta controlable, las Estrategias de Afrontamiento centradas en el problema resultan más efectivas que las centradas en la emoción. De esta forma, la planificación, la búsqueda de información, o la puesta en marcha de soluciones alternativas, resultan más apropiadas para que la persona pueda cambiar una situación conflictiva; mientras que cuando el acontecimiento estresante se percibe como no controlable, la utilización de estrategias orientadas al manejo de la

emoción parece más conveniente. Este fenómeno se ha denominado como “*bondad de ajuste*” refiriéndose al grado de ajuste que se establece entre la valoración de control que hace el individuo con respecto a la situación de estrés, y el tipo de afrontamiento que pone en marcha. Por el contrario, empíricamente, la “*bondad de ajuste*” ha recibido un apoyo parcial. Rueda (2011) concluye que la efectividad del afrontamiento debe estudiarse, y evaluarse, en función de las consecuencias que tengan las diferentes estrategias y, por lo tanto, en función de lo adaptativas que sean para el individuo (ver revisión de Rueda, 2011).

Tal y como señalan Carver y Connor-Smith en su revisión (2010) nos encontramos ante un gran número de cuestiones metodológicas a la hora de analizar las relaciones entre las diferentes Estrategias de Afrontamiento, la salud y el bienestar que perciben las personas. Estas cuestiones van desde la frecuencia de medida de dichas estrategias, el intervalo de tiempo que deberíamos dejar pasar entre la ejecución de la estrategia y las consecuencias para la salud y, por último, si el afrontamiento debería ser considerado como un grupo o una secuencia de respuestas. A su vez, estos autores señalan que, en los meta-análisis realizados en este campo, los efectos del tamaño de la muestra habitualmente son de pequeños a moderados, teniendo como consecuencia que el afrontamiento esté más potentemente relacionado con consecuencias psicológicas que con la salud física.

Analizando dichos meta-análisis, los anteriores autores exponen en su revisión las diferentes relaciones encontradas en los estudios realizados entre las Estrategias de Afrontamiento empleadas, la salud y el bienestar. Así, la mayoría del afrontamiento de compromiso se relaciona con una mejor salud física y mental a la hora de afrontar estresores tan diversos como eventos traumáticos, estrés social, VIH, cáncer de próstata, y diabetes. Por el contrario, respuestas involuntarias que podrían ser vistas como un reflejo del afrontamiento de falta de compromiso, incluyendo la rumiación, la autoculpa y la frustración (mediante el desahogo), predicen consecuencias emocionales y físicas peores. La aceptación, considerada como una estrategia de afrontamiento de compromiso de control secundario (acomodativa), si está dirigida a adaptarse al estrés es útil, pero si está dirigida al abandono de los objetivos que busca la persona, es cuando predice más estrés y malestar subjetivo. Por otro lado, el afrontamiento de falta de compromiso habitualmente predice peores consecuencias, tales como mayores síntomas de ansiedad y de depresión, menos afecto positivo y peor salud física, aunque el afecto negativo parece menos pronunciado cuando la persona se enfrenta a estresores incontrolables.

Siguiendo a estos mismos autores, las relaciones entre el afrontamiento, la salud y el Bienestar percibido son también moderadas por la naturaleza, duración, contexto y controlabilidad del estresor. De esta manera, los intentos activos de solventar problemas y cambiar las circunstancias son útiles para estresores controlables pero son potencialmente perjudiciales como respuestas a estresores incontrolables. De forma similar, comprometerse a la hora de afrontar estresores incontrolables predice más estrés y malestar subjetivo. Por el contrario, el afrontamiento centrado en la emoción (p.ej., autorregulación y expresión controlada de la emoción) es el más beneficioso para los estresores incontrolables. Por último, el afrontamiento de evitación es más perjudicial a la hora de afrontar los estresores agudos que los crónicos, quizás porque los estresores agudos son más controlables y manejables cuando se intenta solucionar la situación.

Por último, aunque no exista un criterio único y universalmente válido para definir el afrontamiento adaptativo o efectivo, Rueda (2011) señala que en la literatura se han propuesto con bastante frecuencia algunas características para referirse a afrontamiento y a la adaptación del individuo. De esta manera, Zeidner y Saklofske (1996) indican como características del afrontamiento adaptativo (ver revisión de Rueda, 2011, para más detalle) las siguientes:

- **Resolución del conflicto:** si elimina o amortigua la situación estresante.
- **Reducción de respuestas fisiológicas:** si permite reducir el nivel de activación del individuo.
- **Adecuación con el funcionamiento social:** si permite un funcionamiento ajustado del individuo dentro de su entorno social.
- **Promoción del bienestar:** cuando no sólo promueve el bienestar del individuo, sino también el de las personas afectadas por la situación de estrés.
- **Mantenimiento de una autoestima positiva:** si permite un buen ajuste psicológico del individuo.
- **Retorno (si es posible) a las actividades previas a la situación de estrés:** cuando permite que individuo vuelva a un estado de normalidad.
- **Percepción subjetiva de la efectividad del afrontamiento:** si el individuo valora positivamente los beneficios reportados por la estrategia empleada.

6. RESUMEN

Tras la anterior *Revisión Teórica* se puede concluir que nos encontramos ante un área de investigación muy prolífica, haciendo más acuciante la necesidad de que los resultados encontrados sean unificados para que lleguen a ser más consistentes. Asimismo, también sería conveniente la elaboración de un modelo integrador, como ya se comentará más adelante, en el que se concentren de manera parsimoniosa todos los hallazgos en este campo. Sin embargo, los resultados de las investigaciones realizadas hasta la fecha se pueden resumir en los siguientes apartados.

Por un lado, y por lo que respecta a las aproximaciones al Bienestar percibido propuestas desde la Medicina y la Psicología, éste puede ser entendido como:

- Estado de Salud integrado por dos componentes: Componente Físico y Componente Mental.
- Bienestar Subjetivo compuesto por tres dimensiones: Satisfacción con la Vida, Afecto Positivo y Afecto Negativo.
- Bienestar Psicológico constituido, desde un modelo multidimensional, por seis dimensiones: Autoaceptación, Relaciones Positivas con otras personas, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal.

Hay que señalar, que todas las anteriores aproximaciones son parte de una terminología que se relaciona con la dimensión subjetiva del Bienestar y, por lo tanto, con su carácter percibido.

Por lo que respecta a las relaciones encontradas entre las anteriores tres aproximaciones al Bienestar percibido, los resultados hallados muestran que:

- El Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico son dos constructos distintos, pero relacionados positivamente. En la actualidad, esta asunción pertenece a la teoría emergente, y cada vez más aceptada, en este campo de investigación.
- El Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico están relacionados con el Estado de Salud sobre el que suelen ejercer, en términos generales, una influencia beneficiosa. A pesar de que exista actualmente una escasa diferenciación terminológica y conceptual entre el Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico en las investigaciones llevadas a cabo, el término más

utilizado para relacionarlos con la salud es el de Afecto Positivo. De esta manera se ha propuesto, y en base a los resultados obtenidos, que el Afecto Positivo puede tener efectos beneficiosos, tanto directos como amortiguadores del estrés, sobre el Bienestar considerado como Estado de Salud.

Por otro lado, la evidencia científica ha propuesto diversos Factores Psicosociales que pueden contribuir al Bienestar percibido por los individuos. En la presente investigación se analizarán la Resiliencia, el Apoyo Social, las Consecuencias del Estrés Laboral y las Estrategias de Afrontamiento del mismo. Los resultados encontrados en las relaciones entre los anteriores Factores Psicosociales analizados y las tres aproximaciones al Bienestar percibido muestran que:

- La Resiliencia ha demostrado ser una característica de la personalidad ampliamente asociada con un mayor Bienestar percibido. De este modo, se han propuesto tres enfoques mediante los cuáles la Resiliencia ejerce sus efectos beneficiosos sobre el Bienestar percibido: el de reducción del daño, el de protección y el de promoción.
- El Apoyo Social ha sido el factor más rotundamente confirmado por la investigación como condicionante del Bienestar percibido, constituyéndose como un factor muy beneficioso para el mismo. Asimismo, los efectos beneficiosos del Apoyo Social sobre el Bienestar percibido pueden ser tanto directos, como amortiguadores del estrés.
- Las Consecuencias del Estrés Laboral, dado que el trabajo es una de las esferas más importantes de nuestras vidas, han recibido una constante atención por parte de la investigación como factor condicionante del Bienestar percibido. Dentro de las mismas, la más investigada ha sido el síndrome de burnout por sus graves efectos negativos sobre el Bienestar percibido en los trabajadores.
- Las Estrategias de Afrontamiento del Estrés Laboral actúan como variables mediadoras entre el estrés percibido y sus consecuencias, por lo que se han relacionado con el Bienestar percibido. De esta manera, el Afrontamiento de Compromiso (considerado como una estrategia adaptativa) se relaciona positivamente con el Bienestar percibido, mientras que el Afrontamiento de

Falta de Compromiso (considerado como una estrategia no adaptativa) se relaciona negativamente con el mismo.

Finalmente, la investigación sobre Estrés Laboral ha demostrado que, tanto los profesionales sanitarios como los docentes, son dos de los colectivos sometidos en mayor medida al mismo en sus entornos laborales y, por lo tanto, su Bienestar percibido se ve más afectado. Sin embargo, y a pesar de la extensión de este campo de investigación y de la abundante literatura existente, hasta el momento no se han estudiado en profundidad la contribución de los Factores Psicosociales anteriormente expuestos sobre el Bienestar percibido en el personal sanitario y docente. Asimismo, tampoco se ha propuesto un modelo integrador que explique el Bienestar percibido en el personal sanitario y en el que se concentren los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación y su influencia en las tres aproximaciones propuestas sobre el Bienestar percibido (como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico).

CAPÍTULO III. ESTUDIO EMPÍRICO

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta la anterior *Revisión Teórica* sobre este campo de investigación y los estudios realizados hasta la fecha al respecto (quedando así definido el marco teórico de la presente investigación), a continuación se formulan los objetivos de la misma.

Como **objetivos generales** se consideran los siguientes:

1. Establecer si las relaciones encontradas en el presente estudio entre las tres aproximaciones propuestas al Bienestar percibido (considerado como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico) y los Factores Psicosociales analizados en el mismo (Resiliencia, Apoyo Social, Consecuencias del Estrés Laboral y Estrategias de Afrontamiento del mismo) son consistentes con las encontradas en la literatura existente.
2. Determinar, en primer lugar, si los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación y las Variables Sociodemográficas medidas en la misma (Sexo, Edad, Convivencia con otras personas, tener Hijos o no y Número de Años como Profesional) predicen el Bienestar percibido en una muestra de personal sanitario y en otra de personal docente. En segundo lugar, determinar si existen diferencias en los Factores Psicosociales y Variables Sociodemográficas que predicen el Bienestar percibido en las dos muestras seleccionadas.
3. Determinar si existen diferencias significativas en función del Sexo de la muestra de personal sanitario y del docente en todas las variables psicológicas consideradas en el presente estudio (en las tres aproximaciones propuestas al Bienestar percibido y en los Factores Psicosociales analizados) y en las Variables Sociodemográficas medidas en el mismo.
4. Establecer, en primer lugar, si existe una estructura del Bienestar empleando una muestra de personal sanitario en la que se integren las tres aproximaciones propuestas al mismo. En segundo lugar, establecer si a dicha estructura del Bienestar se pueden incluir los Factores Psicosociales

analizados en la presente investigación, obteniendo específicamente una estructura del Bienestar percibido en el personal sanitario.

Respecto a los **objetivos específicos** de la presente investigación, los mismos se señalan a continuación, formulándose las correspondientes hipótesis de partida para cada uno de ellos:

1. Definir la relación existente entre el Bienestar considerado como Estado de Salud con el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico percibidos en el personal sanitario y el docente. Para ello, y basándose en estudios previos (Howell *et al.*, 2007; Lyubomirsky *et al.*, 2005; Pressman y Cohen, 2005), se plantea la siguiente hipótesis:

- **Hipótesis 1:** *Los Componentes Físico y Mental del Bienestar considerado como Estado de Salud se relacionarán positivamente con la mayor parte de las dimensiones que componen el Bienestar Subjetivo (a excepción del Afecto Negativo, que lo harán negativamente) y el Bienestar Psicológico percibidos en el personal sanitario y el docente.*

2. Analizar la relación existente entre las dimensiones que componen el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico percibidos en el personal sanitario y el docente. Por lo tanto, y teniendo en cuenta los resultados de investigaciones previas (Keyes *et al.*, 2002; Linley *et al.*, 2009), se formulan las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis 2:** *La mayor parte de las dimensiones que componen el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico percibidos en el personal sanitario y el docente se relacionarán en sentido positivo (a excepción del Afecto Negativo, que se relacionará en sentido negativo).*

- **Hipótesis 3:** *El Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico son dos constructos distintos, cuyas respectivas dimensiones saturan en dos factores diferentes, y que se relacionan positivamente.*

3. Definir las relaciones existentes entre los Factores Psicosociales analizados en el presente estudio en la muestra de personal sanitario y en la del docente. De entre todas las posibles relaciones que se puedan encontrar, y en base a

hallazgos anteriores (revisión de Rueda, 2011; Tugade y Fredrickson, 2004; Zeidner y Saklofske, 1996), específicamente se plantean las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis 4:** *La Resiliencia se relacionará positivamente con aquellas Estrategias de Afrontamiento más adaptativas al Estrés Laboral empleadas por el personal sanitario y el docente, mientras que lo hará negativamente con aquellas menos adaptativas.*
- **Hipótesis 5:** *Aquellas Estrategias de Afrontamiento más adaptativas del Estrés Laboral empleadas por personal sanitario y el docente se relacionarán negativamente con el Agotamiento Emocional y la Despersonalización, mientras que lo harán positivamente con la Realización Personal. Dichas relaciones se invertirán en el caso de las Estrategias de Afrontamiento menos adaptativas de dicho estrés.*

4. Analizar las relaciones existentes entre los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación y las Variables Sociodemográficas medidas en la misma con las tres aproximaciones propuestas al Bienestar percibido en el personal sanitario y el docente. Las relaciones encontradas contribuirán a definir los factores que predicen el Bienestar percibido en ambas muestras. Por lo tanto, y basándose en estudios previos (Cano, 2002; revisiones de Pérez-García, 2011 y de Rueda, 2011; Tugade y Fredrickson, 2004), se formula la siguiente hipótesis:

- **Hipótesis 6:** *La Resiliencia, el Apoyo Social, la Realización Personal y las Estrategias de Afrontamiento más adaptativas del Estrés Laboral se relacionarán positivamente con la mayor parte de las dimensiones que componen las tres aproximaciones propuestas al Bienestar percibido (como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico) en el personal sanitario y el docente (a excepción del Afecto Negativo con el que se relacionará negativamente). Dichas relaciones se invertirán en el caso del Agotamiento Emocional, la Despersonalización y las Estrategias de Afrontamiento menos adaptativas de dicho estrés.*

5. Definir si existen diferencias en los distintos factores encontrados que predicen el Bienestar percibido en el personal sanitario y docente. Es de esperar, que dadas las diferentes condiciones laborales del entorno sanitario y docente, se encuentren diferencias en los Factores Psicosociales que predicen el Bienestar percibido en ambas muestras. De entre todas las posibles diferencias que se puedan encontrar, y en base a resultados de investigaciones previas (Arrogante y Pérez-García, 2012a, 2013a), específicamente se plantea la siguiente hipótesis:

- **Hipótesis 7:** *La Resiliencia será un factor más importante a la hora de predecir el Bienestar percibido (como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico) en el personal sanitario que en el docente.*

6. Explorar la posibilidad de encontrar un modelo estructural del Bienestar percibido en el personal sanitario en el que se integren tanto las tres aproximaciones propuestas al mismo, como los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación. En este caso, y al no llevarse a cabo hasta la fecha ninguna investigación en la que se haya evaluado específicamente dicho modelo estructural en los profesionales sanitarios, se formulan las siguientes preguntas de investigación:

- **Pregunta de investigación 1:** *¿El Bienestar considerado como Estado de Salud, el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico se podrán integrar en un modelo estructural del Bienestar empleando una muestra de personal sanitario?*
- **Pregunta de investigación 2:** *¿Los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación (Resiliencia, Apoyo Social, Consecuencias del Estrés Laboral y Estrategias de Afrontamiento del mismo) se podrán incluir en el anterior modelo estructural del Bienestar, obteniendo un modelo específico del Bienestar percibido en el personal sanitario?*

2. MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

En la presente investigación participaron un total de 375 sujetos, de los cuales 117 eran hombres (31,2%) y 258 eran mujeres (68,8%), de edades comprendidas entre 20 y 70 años ($M = 38,02$ y $DT = 9,34$). Del total de sujetos participantes, 255 pertenecían a la muestra de personal sanitario (68%) y 120 a la de personal docente (32%).

La muestra de personal sanitario fue extraída del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) estando constituida por 255 sujetos, de los cuales 69 eran hombres (27,1%) y 186 eran mujeres (63,9%), de edades comprendidas entre 22 y 62 años ($M = 35,63$ y $DT = 8,25$). Las diferentes categorías de personal sanitario que trabajaban en dicho hospital estuvieron representadas del siguiente modo: 35 eran Licenciados/as en Medicina (13,7%), 133 eran Diplomados/as Universitarios en Enfermería (52,2%), 61 eran Auxiliares de Enfermería (23,9%), 14 eran Matronas (5,5%) y, por último, 12 eran Fisioterapeutas (4,7%). Dichos profesionales de la salud se distribuían por un total de 15 servicios hospitalarios: Quirófano, Reanimación/Anestesia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Cirugía General Digestiva/Otorrinolaringología (CGD/ORL), Cardiología/Oncología, Partorio, Ginecología, Neonatología, Pediatría, Psiquiatría, Medicina Interna, Traumatología/Urología, Hospital de Día, Urgencias y, por último, Rehabilitación.

La muestra de personal sanitario anteriormente descrita se consideró como la muestra principal del presente estudio, a partir de la cual se realizaron todos los análisis pertinentes para alcanzar los objetivos y comprobar las hipótesis de la presente investigación.

Por lo que respecta a la muestra de personal docente, ésta estuvo constituida por 120 sujetos, de los cuales 48 eran hombres (40%) y 72 eran mujeres (60%), con edades comprendidas entre 28 y 70 años ($M = 43,09$ y $DT = 9,54$). Dicha muestra fue extraída de un total de 4 centros asociados de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) de Madrid: 44 sujetos pertenecían al de “Francisco Giner de los Ríos” (36,7%), 31 al de “Jacinto Verdaguer” (25,8%) (ambos centros situados en la capital de Madrid), 30 pertenecían al centro asociado de Móstoles (25%) y, por último, 15 al de Fuenlabrada (12,5%) (ambos centros situados en el sur de Madrid). Los docentes participantes en el estudio impartían sus clases para un total de 12 carreras universitarias: Ingeniería

Informática, Economía, Turismo, Educación Social, Historia del Arte, Ciencias Políticas, Sociología, Administración y Dirección de Empresas (ADE), Filosofía, Antropología, Geografía e Historia y, por último, Pedagogía. Hay que señalar que, como se comentará posteriormente en el apartado de *Procedimiento*, se evitó la participación en el estudio de docentes que impartían el Grado/Licenciatura en Psicología ante posibles sesgos que se pudieran producir. Asimismo, del total de docentes participantes, 100 (83,3%) ejercían la docencia como actividad principal y solamente 20 docentes (16,7%) se dedicaban a otras actividades además de la docencia.

Con la muestra de personal docente anteriormente descrita no se llevaron a cabo todos los análisis realizados en la presente investigación ya que, como ya se ha comentado, esta muestra se empleará para contrastar algunos aspectos que se consideren relevantes con la muestra de personal sanitario.

2.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y VARIABLES ANALIZADAS

A continuación se muestran los instrumentos de medida que se emplearon en la presente investigación, así como las variables que se analizaron en la misma. En primer lugar se presentan los instrumentos que evalúan el Bienestar desde las diferentes aproximaciones al mismo (el Bienestar considerado como Estado de Salud, el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico). En segundo lugar se muestran los instrumentos que evalúan los Factores Psicosociales analizados (Resiliencia, Apoyo Social, las Consecuencias del Estrés Laboral y las Estrategias de Afrontamiento del mismo). En tercer y último lugar, se presentan las Variables Sociodemográficas consideradas en el estudio.

2.2.1. “SF-12 Health Survey” (Ware, Kosinski y Keller, 1996; versión española de Alonso *et al.*, 1998)

El SF-12 Health Survey (Ware *et al.*, 1996) se trata de la versión reducida del SF-36 Health Survey (Ware *et al.*, 1993). El SF-36 es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en todo el mundo para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y sus propiedades psicométricas se han evaluado en más de 400 artículos (Garrat, Schmdit, Mackintos y Fitzpatrick, 2002) y también en nuestro país (Villagut *et al.*, 2005). Por otro lado, el SF-12, como su antecesor, proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general, como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación (Villagut *et al.*, 2008).

Por lo que respecta al SF-36, está constituido por 36 ítems divididos 8 dimensiones, descritas en el capítulo de *Revisión Teórica*: Función Física, Rol Físico, Rol Emocional, Función Social, Salud Mental, Salud General, Dolor Corporal y Vitalidad. Contiene además un ítem adicional (que no forma parte de ninguna dimensión) y que mide el cambio de la salud en el tiempo. En dicho capítulo previo se expuso que los estudios llevados a cabo con el SF-36 (Gandek *et al.*, 1998; Ware *et al.*, 1993, 1994) corroboraron claramente la existencia de 2 dominios o componentes principales de salud calculados a partir de las anteriores dimensiones: el componente físico y el componente mental. De esta manera, y mediante la aplicación de una serie de algoritmos, las dimensiones que

contribuyen al cálculo del componente físico son: la Función Física, el Rol Físico, el Dolor Corporal y la Salud General; mientras que para calcular el componente mental se consideran las siguientes dimensiones: la Vitalidad, la Función Social, el Rol Emocional y la Salud Mental (Villagut *et al.*, 2008). En los anteriores estudios, los componentes físico y mental de la salud recogían entre un 80 y un 85% de la varianza en las 8 dimensiones originales, argumentado de esta manera la importancia del desarrollo y la adopción de componentes sumarios. Todos estos resultados respaldan la estructura bidimensional (salud física y mental) de las diferentes versiones del cuestionario de salud SF-36 en estos países.

Aunque el tiempo de administración del SF-36 oscila entre 5 y 10 min., en determinados proyectos en que se administra junto a otros instrumentos o en contextos con limitaciones importantes de tiempo puede representar una carga excesiva. Así, la creación de los 2 componentes sumarios del SF-36 ofreció la oportunidad de desarrollar una versión reducida del cuestionario, el SF-12, que era capaz de reproducirlos y que podría contestarse en un tiempo medio aproximado de 2 min. El SF-12 (Ware *et al.*, 1996) está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, seleccionados mediante regresión múltiple (se seleccionaron uno o 2 ítems de cada una de las dimensiones del SF-36), a partir de los cuales se construyen los componentes sumario físico y mental del SF-12 (CSF y CSM, respectivamente) como únicas puntuaciones.

Hay que señalar que existen dos versiones del Cuestionario de Salud SF-12. La versión 1 (anteriormente descrita) y la versión 2 (Ware, Kosinski, Turner-Bowker y Gandek, 2002) que permite obtener puntuaciones de las ocho dimensiones del SF-36. Las modificaciones respecto a la versión 1 son básicamente de dos tipos: a) mejoras en instrucciones y presentación destinadas a facilitar la auto-administración; y b) número de opciones de respuesta. En la presente investigación se empleará la versión 1 del SF-12 ya que los componentes sumarios respecto a las 8 dimensiones del SF-36 ofrecen la ventaja de disminuir el número de comparaciones estadísticas y, además, de presentar una distribución simétrica (Villagut *et al.*, 2008).

Para la puntuación de los componentes CSF y CSM de la versión 1 del SF-12 se siguen 3 pasos: a) creación de variables indicadoras (puntuadas 1/0) para cada una de las categorías de respuesta de los ítems, excepto la que indica el mayor estado de salud de cada ítem (del total de 47 posibles respuestas, entre los 12 ítems se crean 35 variables indicadoras); b) cálculo de las puntuaciones agregadas mediante la suma de las variables

indicadoras ponderadas; c) adición de una constante, con la que las puntuaciones agregadas CSF y CSM se estandarizan para obtener una media de 50 y una desviación típica de 10 en población general de referencia. Al igual que los componentes sumarios del SF-36, los del SF-12 pueden estimarse según el método estándar (con pesos de EE.UU.) o el específico (con los pesos del país correspondiente).

Las normas poblacionales de referencia y los pesos específicos de los componentes sumarios para la población española, tanto para la versión 1 como para la versión 2, fueron obtenidos por Villagut y colaboradores (2008) y Monteagudo, Hernando y Palomar (2011) respectivamente. Los pesos obtenidos en ambas investigaciones fueron muy similares a los de la versión original norteamericana (correlación > 0,9). Por lo tanto, en la población española se podrían utilizar los pesos de los componentes sumarios pertenecientes a EE.UU. (es decir, empleando el método estándar). Por otro lado, se recomienda que tanto la recodificación de ítems como la puntuación de los componentes sumarios se hagan en un ordenador utilizando los algoritmos de puntuación documentados o el software disponible (Alonso *et al.*, 1998). Sin embargo, en el presente estudio la puntuación de los componentes sumarios ha podido ser calculada automáticamente introduciendo las puntuaciones en cada ítem a través de la página Web <http://www.sf-36.org/demos/SF-12.html> (consultada durante los meses de mayo y junio de 2012). En la misma, los cálculos para obtener los dos componentes emplean el método estándar que, como se ha comentado, son válidos para estudios realizados en nuestro país.

Hay que señalar que la particularidad más destacada del CSF y CSM respecto a las dimensiones originales del SF-36 reside en que están estandarizados y en que su interpretación está basada en normas. Esto ofrece la ventaja de aportar una interpretación directa de las puntuaciones en relación con la población general española, ya que tienen una media de 50 y una desviación típica de 10. Así, las puntuaciones superiores a 50 indican un mejor estado de salud que la población general de nuestro país, mientras que las puntuaciones inferiores a 50 indican un peor estado de salud.

Respecto a las propiedades psicométricas de los componentes sumarios CSF y CSM, Villagut y colaboradores (2008) indican que éstas son muy adecuadas. Cabe destacar la adecuada validez criterio del SF-12 en relación con el SF-36, ya que consigue explicar, para ambos componentes, el 91% de la variabilidad de las puntuaciones sumarias de la versión original del cuestionario, resultados similares a los obtenidos por Ware y colaboradores (1996). Iraurgi (2006) obtuvo que la proporción de varianza explicada por el

CSF oscilaba entre un 88-92%, y entre el 88-94% para el caso del CSM respecto a los componentes sumarios del SF-36. Respecto a la fiabilidad, las estimaciones de los dos componentes sumarios del SF-12 fueron algo inferiores a los del SF-36 (próximas a 0,9), aunque superaron el estándar previsto de 0,7 para comparaciones entre grupos (Valderas, Ferrer y Alonso, 2005). Así, la consistencia interna osciló entre 0,72 y 0,89. La fiabilidad test-retest oscila entre 0,73 y 0,86. Sin embargo, Villagut y colaboradores (2008) resaltan que los coeficientes de fiabilidad obtenidos para ambos cuestionarios no son directamente comparables, como se verá más adelante. Por último, señalar que la validez concurrente del SF-12 es satisfactoria cuando se compara con otras medidas de salud física y mental en una población de personas con una enfermedad mental grave (Salyers, Bosworth, Swanson, Lamb-Pagone y Osher, 2000).

En la presente investigación se empleará la adaptación al castellano del “Cuestionario de Salud SF-12” elaborada por Alonso y colaboradores (1998) que es la utilizada en todos los estudios realizados en nuestro país (ver *Anexo VI*). Se trata de un cuestionario autoadministrado compuesto por 12 ítems que se puntúan siguiendo varias modalidades de respuesta. Algunos ítems tienen cinco opciones de respuesta acerca de un aspecto de salud, que va de “*nada*” a “*mucho*” o desde “*siempre*” a “*nunca*”; otros ofrecen tres opciones de respuesta acerca de las limitaciones que le causa su estado de salud en su vida diaria, valorándose estos aspectos como muy limitantes a nada limitantes; otros ítems hacen referencia a las repercusiones de su salud en algún aspecto de su vida, contestando con un “*sí*” o un “*no*”; y, por último, otros valoran las sensaciones físicas y emocionales de la persona a través de seis opciones de respuesta. Finalmente, se empleará la versión “estándar” del cuestionario en cuanto al período recordatorio de los ítems, refiriéndose a las 4 últimas semanas (en la versión “aguda” se refieren a la última semana).

2.2.2. “Satisfaction With Life Scale” (SWLS) (Diener *et al.*, 1985; versión española de Cabañero *et al.*, 2004)

Como ya se ha comentado, el constructo de satisfacción con la vida está considerado como un juicio global en el que el sujeto utiliza sus propios criterios para sopesar los distintos aspectos de su vida (Diener *et al.*, 1985). La SWLS consta solamente de 5 ítems en los que se pide al participante que valore, en una escala de respuesta tipo

Likert de siete puntos, en qué medida cada una de las afirmaciones describe adecuadamente distintos aspectos de su vida. Dicha escala de respuesta va de 1 (“no me describe en absoluto”) a 7 (“me describe totalmente”). Por lo tanto, el intervalo posible de puntuaciones en el cuestionario va desde 5 (baja satisfacción) hasta 35 (alta satisfacción).

El cuestionario original fue aplicado en una muestra de 176 estudiantes universitarios estadounidenses. La puntuación media en la SWLS fue de 23,5, con una desviación estándar de 6,43. Sus autores llevaron a cabo un test-retest a los dos meses, obteniendo un coeficiente de correlación de 0,82 y un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87. Además, el análisis factorial exploratorio mostró una estructura unifactorial que explicó el 66% de la varianza, con elevados pesos factoriales en sus ítems. Por todo ello, Diener y colaboradores (1985) concluyeron que la SWLS tenía propiedades psicométricas adecuadas, incluyendo una alta consistencia interna y una alta fiabilidad en el tiempo. Asimismo, las puntuaciones en la SWLS correlacionan desde moderada hasta altamente con otras medidas del Bienestar Subjetivo, mostrando así una adecuada validez convergente. Este mismo resultado fue alcanzado por Lucas y colaboradores (1996) que, además, encontraron una adecuada validez discriminante respecto a los afectos positivos y negativos, la autoestima y el optimismo. Posteriormente, la SWLS fue revisada por Pavot y Diener (1993).

En nuestro país se han llevado a cabo distintas adaptaciones y traducciones de la SWLS. Atienza y colaboradores (2000) aplicaron su traducción al castellano a 697 adolescentes de la comunidad valenciana y Cabañero y colaboradores (2004) emplearon una muestra de 588 mujeres en período de gestación y puerperio para validar la suya. Estas dos investigaciones alcanzaron resultados similares a los de Diener y colaboradores (1985) concluyendo que sus correspondientes adaptaciones tenían propiedades psicométricas adecuadas. Así, la consistencia interna hallada por Atienza y colaboradores (2000) de 0,84 y por Cabañero y colaboradores (2004) de 0,82, son muy similares a la de Diener y colaboradores (1985) que fue de 0,87. Por otro lado, en ambas investigaciones el análisis factorial exploratorio mostró una estructura unifactorial con elevados pesos factoriales en sus ítems. Sin embargo, los resultados alcanzados fueron ligeramente inferiores a los obtenidos por los autores del cuestionario original, ya que Atienza y colaboradores (2000) hallaron que el único factor encontrado explicaba el 53,7% de la varianza y Cabañero y colaboradores (2004) que explicaba el 58,6%, frente al 66% de la varianza explicada por dicho factor único encontrado por Diener y colaboradores (1985). A pesar de ello, se

puede concluir que ambas investigaciones nos proveen de una medida en castellano adecuada y con buenas propiedades psicométricas del constructo de satisfacción con la vida.

Hay que señalar que la adaptación al castellano de la SWLS de Cabañero y colaboradores (2004) respeta la escala tipo Likert de 1 a 7, mientras que Atienza y colaboradores (2000) emplean una escala que va del 1 al 5. Sin embargo, y como se ha podido comprobar, ambas versiones españolas del SWLS tienen similares propiedades psicométricas. En la presente investigación se empleó la versión española, denominada “Cuestionario de Satisfacción con la Vida” (CSV) elaborada por Cabañero y colaboradores (2004) (ver *Anexo VII*) por ser la más fiel a la escala original.

2.2.3. “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS) (Watson *et al.*, 1988; versión española Sandín y Chorot, 1995)

La estructura de la afectividad, como se ha señalado anteriormente, está conformada por dos grandes dimensiones relativamente independientes entre sí, denominadas afecto positivo y negativo. En análisis factoriales, tales dimensiones han aparecido consistentemente como los dos primeros factores (en rotaciones ortogonales y oblicuas). Con objeto de obtener una medida breve y fácil de administrar sobre el afecto positivo y negativo, Watson y colaboradores (1988) construyeron el cuestionario PANAS, que es una de las medidas más empleadas y con excelentes propiedades psicométricas con muestras de Estados Unidos. Uno de los principales objetivos que guiaron a los autores en la construcción del PANAS fue la obtención de descriptores lo más puros posibles del afecto (es decir, marcadores bien del afecto positivo o bien del negativo), partiendo de la base de los estudios previos presentados por Zevon y Tellegen (1982) y Watson y Tellegen (1985), entre otros. Los autores aislaron finalmente 10 marcadores del afecto positivo y 10 para el afecto negativo, los cuales constituyen los 20 ítems de la actual versión del PANAS. Así pues, mediante el PANAS puede obtenerse una puntuación de la afectividad positiva (subescala AP) y de la afectividad negativa (subescala AN).

Los datos psicométricos presentados por Watson y colaboradores (1988) sugieren que ambas subescalas del PANAS poseen niveles adecuados de fiabilidad y validez (convergente y discriminante), manteniéndose las propiedades psicométricas aun cuando

se modifiquen las instrucciones temporales de aplicación (p.ej., estado vs. rasgo). Así, según los datos aportados por los propios autores, las escalas muestran tener una alta consistencia interna (los coeficientes alfa de Cronbach fueron aceptablemente altos, desde 0,86 a 0,90 para AP y desde 0,84 a 0,87 para AN), no estaban correlacionadas (la correlación entre la escala AN y la AP es invariablemente baja, desde -0,12 a -0,23 ; compartiendo las dos escalas aproximadamente del 1 al 5% de su varianza) y tenían niveles estables en un período de dos meses (fiabilidad test-retest). Por último, la validez externa del cuestionario resultó ser adecuada y puesta a prueba con diferentes escalas que evaluaban depresión y ansiedad. Finalmente, hay que señalar que, además de obtenerse puntuaciones en los dos afectos por separado, puede calcularse un índice de balance afectivo restando el afecto negativo al positivo (Myers y Diener, 1995).

La versión española del PANAS fue realizada por Sandín en 1991 (documento publicado por Sandín y Chorot en 1995). Sandín y colaboradores (1999) investigaron la validez factorial de la versión española del PANAS, en una muestra de 712 estudiantes universitarios residentes en Madrid. Para ello emplearon técnicas exploratorias y confirmatorias (EQS) de análisis factorial, evaluando la estructura del PANAS y el modelo bifactorial del afecto. Los resultados indicaron la existencia de una estructura bidimensional robusta y estable (afecto positivo y negativo), proporcionando un fuerte apoyo a la validez de constructo y fiabilidad (consistencia interna) de la versión española del PANAS. A su vez, los resultados demostraron una validación transcultural del cuestionario y de la naturaleza bidimensional del afecto. En términos generales, los autores consideran que la actual versión española del cuestionario PANAS posee una elevada consistencia factorial, siendo cierto también que las subescalas AP y AN poseen un gran nivel de consistencia interna (fiabilidad inter-ítem). Finalmente, Sandín (2003) elaboró y comprobó la validez de la versión española del PANAS con niños y adolescentes mostrando adecuadas propiedades psicométricas.

Como la versión original, la versión española del PANAS consta de 20 ítems, diez de los cuales evalúan el afecto positivo y diez afecto negativo. Los ítems consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y emociones, que califica la persona, según el grado en que las experimenta, en una escala Likert de cinco puntos, en donde 1 significa “*nada o casi nunca*”, y 5 “*muchísimo*”. Todos los ítems se pueden contestar en respuesta a una o más de siete instrucciones diferentes: 1) en el momento actual, 2) en el día de hoy, 3) en días recientes, 4) durante la semana pasada, 5) en las semanas pasadas, 6) en el

último año y 7) generalmente. En la presente investigación se ha escogido esta última instrucción donde se evalúan los sentimientos y emociones de los participantes preguntando cómo se sienten generalmente (ver *Anexo VIII*).

2.2.4. “Scales of Psychological Well-Being” (SPWB) (Ryff, 1989a y b; versión española de Díaz *et al.*, 2006)

Como ya se ha comentado en el capítulo de *Revisión Teórica*, Carol Ryff (1989a y b) sugirió un modelo multidimensional del Bienestar Psicológico compuesto por seis dimensiones: Autoaceptación, Relaciones Positivas con otras personas, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal. Para medir estas dimensiones teóricas Ryff desarrolló un instrumento conocido como “Escala de Bienestar Psicológico” (EBP) (Scales of Psychological Well-Being, SPWB). En el laborioso proceso de construcción, uno de sus puntos fuertes (van Dierendonck, 2004), se pasó de 80 ítems por dimensión propuestos por tres investigadores a 20 ítems por escala tras aplicarse el banco de ítems a una muestra de 321 adultos en un estudio piloto. Sin embargo, dada la longitud del instrumento resultante (120 ítems en total), se han venido proponiendo varias versiones de las EBP en años posteriores. De esta manera, Ryff y colaboradores (1994) propusieron una versión de 14 ítems por escala. Posteriormente, Ryff y Keyes (1995) elaboraron otra de 3 ítems por dimensión. Finalmente, Ryff y Singer (2002) desarrollaron una versión de 9 ítems por escala.

Van Dierendonck (2004) analizó las propiedades psicométricas de estas tres versiones cortas de las EBP realizando un estudio comparativo entre las mismas. Tanto la versión de 14 ítems como la de 9, mostraron una buena consistencia interna, aunque los niveles de ajuste al modelo teórico de seis dimensiones no fueron aceptables. La versión de 3 ítems mostró un buen ajuste al modelo propuesto y, sin embargo, su consistencia interna fue baja. Con los objetivos de mejorar la consistencia interna de las EBP y de mantener un ajuste relativamente aceptable de los datos al modelo teórico de seis dimensiones al mismo tiempo, van Dierendonck (2004) propuso una versión compuesta de 39 ítems (entre 6 y 8 ítems por escala). En su estudio, las escalas mostraron una buena consistencia interna (con valores α entre 0,78 y 0,81) y un ajuste relativamente aceptable (CFI = 0,88) al modelo teórico propuesto.

En nuestro país, y en contraste al interés por el estudio del Bienestar Psicológico o eudaimónico por parte de numerosos investigadores (Ryff, 1989a y b; Ryff y Keyes, 1995; Keyes *et al.*, 2002; Ryan y Deci, 2001; Blanco y Díaz, 2004 y 2005), no existía aún ninguna traducción al castellano validada de ninguna de las versiones de las EBP. Con dicho propósito, Díaz y colaboradores (2006) adaptaron al español la versión de van Dierendonck (2004) (ya que era la versión que mostraba mejores características psicométricas) de las EBP propuestas por Carol Ryff (1989a y b) y estudiaron sus propiedades. Para ello aplicaron dichas escalas a un total de 467 personas con edades comprendidas entre 18 y 72 años (258 hombres y 209 mujeres). Dichas escalas fueron traducidas por dos traductores bilingües. Posteriormente, otro traductor bilingüe retrotradujo la versión en castellano de las escalas y el propio van Dierendonck la comparó con la original. De esta forma, inicialmente el instrumento contó con un total de seis escalas y 39 ítems a los que los participantes respondieron utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (“*totalmente en desacuerdo*”) y 6 (“*totalmente de acuerdo*”).

Las escalas mostraron una buena consistencia interna con valores α de Cronbach comprendidos entre 0,83 (Autoaceptación) y 0,68 (Crecimiento Personal). Aunque el modelo teórico propuesto que mejor se ajustó a los datos fue el compuesto por seis factores (Autoaceptación, Relaciones Positivas, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal) y un factor de segundo orden denominado Bienestar Psicológico, la versión propuesta por van Dierendonck (2004) mostró unos niveles de ajuste insatisfactorios. En consecuencia, con el objetivo de mejorar las propiedades psicométricas de las escalas que permitiera un mejor ajuste de los datos en la población española, los autores desarrollaron una nueva versión reducida que además facilitó su aplicación (al reducir el número de ítems). Para ello llevaron a cabo una selección de los ítems en función de unos criterios técnicos (ítems con una correlación ítem-total de su escala superior a 0,30 con bajas cargas factoriales en el resto de dimensiones en el análisis factorial) y teóricos (coherencia teórica y validez aparente). Las escalas resultantes estuvieron compuestas por un número de ítems que osciló entre 4 y 6, eliminándose un total de 10 ítems, por lo que la nueva versión abreviada estuvo compuesta por 29 ítems finalmente. A pesar de esta reducción, las escalas mantuvieron una consistencia interna similar a la mostrada por las escalas de la versión propuesta por van Dierendonck (2004), e incluso mejoraron (α de Cronbach 0,84 a 0,70) ya que subió la consistencia interna de la

escala de Crecimiento Personal (que fue la más baja inicialmente). Además, la nueva versión propuesta mostró unos buenos indicadores de ajuste al modelo teórico propuesto por dicho autor de seis factores y uno de segundo orden (valores CFI y NNFI mayores o iguales de 0,94, valores RMSEA menores de 0,060 y valores SRMR menores de 0,08), concluyéndose que las escalas mostraron un nivel de ajuste excelente al modelo teórico propuesto por van Dierendonck (2004).

Díaz y colaboradores (2006) consideran que la nueva versión abreviada, la primera desarrollada en castellano, es una buena herramienta para el estudio del Bienestar Psicológico en el campo de la Psicología Positiva desde el enfoque paradigmático de la felicidad eudaimónica desarrollado entre otros autores por Carol Ryff (1989a y b; Ryff y Singer, 1998). El instrumento así desarrollado por ellos, reduce la longitud de las escalas originales, facilitando su aplicación en diferentes ámbitos como las organizaciones, la intervención social, la promoción de la salud, la gerontología o la psicoterapia. Además mejora las propiedades psicométricas de la mayor parte de las versiones existentes en inglés.

En la presente investigación se va a emplear la adaptación al castellano de las SPWB de los anteriores autores (Díaz et al, 2006). Las EBP se trata de un instrumento autoinformado de 29 ítems que está basado en las seis dimensiones propuestas por Carol Ryff en su modelo (Ryff, 1989a y b) y que evalúan diferentes aspectos del funcionamiento psicológico positivo: auto-aceptación (4 ítems), relaciones positivas con otros (5 ítems), autonomía (6 ítems), dominio del entorno (5 ítems), propósito en la vida (5 ítems) y crecimiento personal (4 ítems). Los ítems se puntúan en una escala de 6 puntos desde 1 (“*totalmente en desacuerdo*”) a 6 (“*totalmente de acuerdo*”) (ver Anexo IX).

2.2.5. “10-Item CD-RISC” (Campbell-Sills y Stein, 2007; versión española de Notario-Pacheco *et al.*, 2011)

La 10-Item CD-RISC se trata de la versión abreviada de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) (Connor y Davidson, 2003). El CD-RISC original es una escala autoadministrada compuesta de 25 ítems que presenta unas excelentes propiedades psicométricas, constituyéndose como una de las medidas adecuadamente validadas del constructo de Resiliencia. Los análisis preliminares del CD-RISC en muestras de

población general, de atención primaria, de pacientes externos y de ensayos clínicos apoyan su consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez convergente y divergente (Connor y Davidson, 2003). El CD-RISC también ha mostrado una relación moderada entre los informes retrospectivos en el maltrato infantil y síntomas psiquiátricos padecidos (Campbell-Sills *et al.*, 2006). Finalmente, las puntuaciones del CD-RISC han ido mostrando un incremento con los tratamientos propuestos para incrementar la Resiliencia (Davidson *et al.*, 2005).

Connor y Davidson (2003) llevaron a cabo un análisis factorial exploratorio de la CD-RISC en una muestra de la población general de 577 adultos. Dicho análisis arrojó una solución de 5 factores que representaban “competencia personal, altos estándares, y tenacidad”, “confianza en los propios instintos, tolerancia al afecto negativo y los efectos fortalecedores del estrés”, “aceptación positiva al cambio y relaciones seguras”, “control”, e “influencias espirituales” (Connor y Davidson, 2003, p.80). Aunque los autores ofrecieron estas descripciones de los cinco factores, no trataron las implicaciones de la estructura factorial propuesta, revelándose ciertas limitaciones al proponer la Resiliencia como un constructo multidimensional.

De esta manera, Campbell-Sills y Stein (2007) trataron las cuestiones metodológicas de la CD-RISC justificando el reanálisis de la estructura factorial de la escala. Para ello realizaron un análisis factorial exploratorio de la escala CD-RISC original en dos muestras independientes de estudiantes universitarios ($n = 511$ y $n = 512$). No pudieron especificar un modelo que contuviera los 25 ítems originales, revelando la inestabilidad de la estructura multidimensional de la escala. Después llevaron a cabo un nuevo análisis factorial exploratorio de la versión más corta del CD-RISC en otras dos muestras independientes de estudiantes universitarios ($n = 532$ y $n = 539$). Después, mediante la realización de un análisis factorial confirmatorio, encontraron un modelo de un solo factor constituido por 10 ítems de la escala original y que se ajustada en otra muestra independiente de 537 estudiantes universitarios.

Campbell-Sills y Stein (2007) evaluaron la consistencia interna de la 10-Item CD-RISC calculando el coeficiente alfa de Cronbach obteniendo un valor alfa de 0,85 que indicó una fiabilidad adecuada. Los análisis de validez se llevaron a cabo en una submuestra de 131 estudiantes universitarios que completaron el “Brief Symptom Inventory 18” (BSI; Derogatis, 2001) (para evaluar los síntomas psiquiátricos actuales) y el “Childhood Trauma Questionnaire Short Form” (CTQ-SF; Bernstein *et al.*, 2003) (para

evaluar el maltrato infantil). Se obtuvo que la Resiliencia moderaba el impacto del maltrato infantil sobre los síntomas psiquiátricos actuales. Los individuos que informaban de un trauma significativo y una baja Resiliencia padecían más síntomas psiquiátricos, mientras que los individuos que informaban de un trauma significativo y una alta Resiliencia tenían bajos niveles de psicopatología. Los individuos resilientes maltratados fueron diferentes de los individuos resilientes con bajos niveles de maltrato.

Notario-Pacheco y colaboradores (2011) adaptaron recientemente al castellano el 10-Item CD-RISC mediante un estudio transversal observacional que incluyó a 681 estudiantes universitarios de primer año de la Universidad de Castilla-La Mancha. La validez de constructo se evaluó mediante el análisis de componentes principales, obteniéndose un valor de 0,90 en la prueba KMO y la esfericidad de Barlett fue significativa ($\chi^2 = 2074,7$; g.l. = 45; $p < 0,001$). Un único factor explicó un 44,1% de la varianza. El análisis factorial confirmatorio especificó un modelo de un solo factor que se ajustó adecuadamente al sexo de los participantes y sin mostrar diferencias significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2 \text{ diff} = 9,4$; $df = 9$; $p = 0,40$). Así, los autores afirmaron que en la versión española del 10-Item CD-RISC subyació una sola dimensión como en la versión original inglesa. Por otra lado, la validez convergente fue adecuada al obtenerse que la media de las puntuaciones en el componente mental del SF-12 (CSM) (Alonso *et al.*, 1998) y la calidad del sueño medida mediante el Índice de Sueño de Pittsburgh (PSQ) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989; Macías y Royuela, 1996) en hombres y mujeres eran significativamente peores en los que tenían menores niveles de Resiliencia. La consistencia interna del cuestionario fue estimada mediante el coeficiente α de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,85, no incrementándose después de eliminar ninguno de los ítems. La fiabilidad del cuestionario obtenida es igual a la obtenida por los autores de la versión inglesa original, ya que ellos obtuvieron un α de Cronbach de 0,85, y los pesos en el análisis factorial estuvieron dentro del rango de 0,48-0,76 en la versión española y de 0,44-0,74 en la versión original. Por último, la fiabilidad test-retest fue examinada en una submuestra de 95 estudiantes seleccionados aleatoriamente de la muestra total empleada, obteniéndose un coeficiente de correlación intraclase de 0,71 entre la primera aplicación del cuestionario y la puntuación al mismo dos semanas después.

Por lo tanto, la versión española de la 10-Item CD-RISC de Notario-Pacheco y colaboradores (2011) mostró buenas propiedades psicométricas en adultos jóvenes, por lo que puede ser empleado como un instrumento válido y fiable para evaluar la Resiliencia.

Además, el estudio de los autores confirmó que un solo factor subyació al constructo de Resiliencia, tal y como es el caso de la versión original inglesa.

En la presente investigación se va a emplear la adaptación al castellano de los anteriores autores (ver *Anexo X*) de la escala de Resiliencia 10-Item CD-RISC. Dicha escala es autoadministrada y consta de 10 ítems a los que los participantes deben de contestar en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta de 0 (“*nunca*”) a 4 (“*siempre*”) y que tiene una única dimensión. La puntuación final del cuestionario es la suma de las respuestas obtenidas en cada ítem (rango de 0 a 40) y las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de Resiliencia. Hay que señalar que los autores tradujeron y adaptaron la escala original inglesa al español con los mínimos cambios.

Por último, Vaishnavi y colaboradores (2007) elaboraron una versión aún más abreviada del CD-RISC original consistente en tan sólo dos ítems (la 2-Item CD-RISC): a saber, “Soy capaz de adaptarme a los cambios” y “Tiendo a recuperarme después de una enfermedad o de las dificultades” (los ítems 1 y 5 respectivamente de la 10-Item CD-RISC). Aunque las propiedades psicométricas de la versión más breve del CD-RISC encontradas por los anteriores autores fueron aceptables, fueron peores y más bajas que las de la versión original y de la versión de 10 ítems. Por esta razón y por considerar que con tan solo 2 ítems no se puede aprehender y evaluar un constructo como la Resiliencia, se decidió emplear en el presente estudio la 10-Item CD-RISC que, como se ha podido comprobar, presenta unas propiedades psicométricas excelentes y muy similares a la versión original.

2.2.6. “Subescala de Apoyo Social del Cuestionario de Calidad de Vida”(CCV) (Ruiz y Baca, 1993)

Ruiz y Baca desarrollaron en 1993 el Cuestionario de Calidad de Vida (CCV) con el objetivo de disponer de un cuestionario genérico, breve y fácil de utilizar para valorar la calidad de vida percibida de la población española. Inicialmente, los autores pidieron a 10 adultos sanos (profesores universitarios y estudiantes de postgrado) que elaboraran una lista de los principales aspectos que, según su propio criterio, estaban relacionados con la “calidad de vida”. A esta lista se le añadieron otras dos: una elaborada según el criterio de los propios autores y la otra lista estuvo formada por los ítems extraídos de la revisión del

contenido de otros cuestionarios genéricos de la calidad de vida. El resultado de estas tres listas fue la obtención de una lista inicial de ítems. Con la ayuda de técnicas de consenso (mediante un grupo de discusión y el método delphi) se acordó una lista provisional de 96 ítems que cubrían 11 áreas distintas de la calidad de vida. Dichas áreas eran: actividades habituales, estado de salud, estado emocional, soporte social, actividad sexual, consecución de objetivos, sentimientos de competencia personal, ocio y pasatiempos, estado económico, satisfacción y otras actividades relacionadas con el medio ambiente. La selección de los ítems finales se llevó a cabo a partir de esta lista inicial por 245 adultos sanos de diversas características sociodemográficas. Los integrantes de esta muestra evaluaron la importancia de cada ítem de acuerdo con el concepto de calidad de vida de cada individuo, eligiéndose para el cuestionario definitivo los ítems valorados como bastante o muy importantes por lo menos por un 80% de los participantes. En total se seleccionaron 44 ítems, de los que 40 ítems podían ser contestados por todos los sujetos y 4 ítems eran exclusivos para aquellas personas con pareja estable, ya que incluían aspectos tales como sentir una atracción sexual y satisfacción personal aceptables con su pareja. De esta manera, los autores consiguieron que los ítems del cuestionario provisional reflejaran aquellos aspectos que la población sana considera más relevantes en su concepto personal de calidad de vida.

Antes de elaborar el cuestionario final, los autores llevaron a cabo un estudio para analizar las características psicométricas del cuestionario. Sin embargo, antes del análisis, de los 44 ítems iniciales se eliminaron 5 ya que sus redacciones no parecían lo suficientemente claras a un número significativo de sujetos. De esta manera, para evaluar la validez del cuestionario definitivo, los 39 ítems fueron sometidos a un análisis factorial en una muestra de 2810 individuos de la población general procedentes de siete provincias españolas. Los autores extrajeron los siguientes cuatro factores o áreas:

- **Apoyo social (13 ítems):** el contenido específico de los ítems que componen esta subescala se refiere básicamente al tipo de relaciones establecidas con la familia y los amigos, así como el nivel de ayuda y apoyo social percibido.
- **Satisfacción general (13 ítems):** el contenido de sus ítems trata sobre el grado de satisfacción global percibida en lo que se refiere a la vida, el trabajo u otras actividades desarrolladas, el dinero, el carácter, etc.

- **Bienestar psicológico y físico (7 ítems):** los ítems de esta subescala hacen referencia a la satisfacción con la salud así como los niveles de salud percibidos, la energía, el sueño, el descanso, la ansiedad, etc.
- **Ausencia de sobrecarga laboral (6 ítems):** el contenido de sus ítems se refiere al grado de disfrute con las actividades y el tiempo de ocio y descanso, así como a la relación (positiva o negativa) entre estos aspectos y el trabajo o la actividad que usualmente el individuo desarrolla.

En dicho estudio psicométrico, tanto la puntuación total del cuestionario como la de las diferentes subescalas, tuvieron una validez concurrente, una fiabilidad interna (con un coeficiente alfa de Cronbach total de 0,94), una sensibilidad a los cambios y una discriminación entre grupos, adecuados (Ruiz y Baca, 1993). El cuestionario final se denominó “Cuestionario de Calidad de Vida” (CCV) y está compuesto por 39 ítems (35 para los individuos sin pareja estable), cada uno de ellos con una escala de cinco respuestas tipo Likert, desde 1 (“*nada*”) a 5 (“*mucho*”), que cubren las anteriores áreas mencionadas. El cuestionario resultante es autoadministrado y puede obtenerse una puntuación global y una para cada subescala.

Dadas las buenas propiedades psicométricas del CCV, se puede concluir que el CCV es uno de los pocos instrumentos de calidad de vida desarrollados por investigadores españoles en población española. Por todo ello, su utilización es altamente recomendable en estudios que se realicen en nuestro país (Badía *et al.*, 1996).

Respecto a las características psicométricas de la Subescala de Apoyo Social, los autores en su estudio psicométrico, obtuvieron una validez concurrente aceptable, analizándola en una submuestra de 477 individuos, correlacionando la puntuación de la subescala de Apoyo Social, con las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton. El coeficiente de correlación así obtenido fue estadísticamente significativo con un valor de -0,53 con depresión, y también con ansiedad. Además, se obtuvo una fiabilidad interna aceptable de la subescala, con valores α de Cronbach de 0,89 para los individuos sin pareja estable y de 0,92 para los que sí la tenían, en una muestra total de $N = 2704$ (de los cuales 758 no tenían pareja estable y el resto sí). Por lo que respecta a la estabilidad de las respuestas (con un intervalo de un mes), ésta se evaluó en una submuestra de 106 individuos, obteniéndose un coeficiente test-retest de 0,95. Por último, en lo referente a la sensibilidad a los cambios de la subescala, ésta se analizó en muestra de pacientes con insomnio que fueron tratados posteriormente con imidazopirina, obteniéndose una

correlación altamente significativa entre la calidad del apoyo social percibido antes y después de 22 días de tratamiento.

Tanto el CCV con todas sus subescalas, como la Subescala de Apoyo Social por separado, han sido empleados en numerosos estudios realizados en nuestro país y en ámbitos muy diversos (Álvarez y Esteve, 2009; Cortés-Funes, Abián y Cortés-Funes, 2003; González, Fernández, Pérez y Amigo, 2007; Martínez *et al.*, 1997; Pérez-García, Ruiz, Sanjuán y Rueda, 2011), mostrando en todos unas adecuadas propiedades psicométricas y revelándose como instrumentos válidos y fiables.

En la presente investigación se ha utilizado la Subescala de Apoyo Social (AS) del Cuestionario de Calidad de Vida (CCV) (Ruiz y Baca, 1993) que está formada por 13 ítems para individuos con pareja que miden el apoyo social percibido. Sin embargo, en este estudio se prefirió utilizar los 9 ítems correspondientes a los individuos sin pareja estable, que se pueden considerar como los ítems “generales” de la subescala, para facilitar la corrección de la misma y evitar excluir de la investigación a aquellos individuos sin pareja. Por otro lado, además se excluyó el ítem 6 referido a la satisfacción con las relaciones sexuales, cuya puntuación debe invertirse y que en la investigación se ha mostrado como el menos fiable dentro de la subescala (Pérez-García *et al.*, 2011). Por lo tanto, en la presente investigación se empleó la Subescala de Apoyo Social del Cuestionario de Calidad de Vida (Ruiz y Baca, 1993) consistente en 8 ítems. Como ya se ha comentado, el formato de respuesta es tipo Likert con una escala de intensidad de cinco puntos, de 1 (“*nada*”) a 5 (“*mucho*”) (ver *Anexo XI*).

2.2.7. “Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey” (MBI-HSS) y “Maslach Burnout Inventory-Educators Survey” (MBI-ES) (Maslach y Jackson, 1981, 1986; Maslach, Jackson y Schwab, 1986; versiones españolas de Seisdedos, 1997)

El cuestionario MBI fue elaborado por Maslach y Jackson (1981) con el objetivo de obtener una evaluación multidimensional del grado de agotamiento profesional. Las autoras realizaron una segunda y una tercera versión posteriormente (Maslach y Jackson, 1986; Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

El MBI es un cuestionario tridimensional que se puede completar de forma autoaplicada en aproximadamente 10 minutos. Se subdivide en tres escalas, que miden las tres dimensiones del síndrome de burnout: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

Según la última edición del manual, en la actualidad existen tres versiones del MBI (Maslach *et al.*, 1996):

- a) **MBI-Human Services Survey (MBI-HSS):** que en realidad se corresponde con la versión clásica del MBI de 1986 y que está dirigido a profesionales de la salud. Es un cuestionario que analizaremos más adelante en profundidad (ver *Anexo XII*).
- b) **MBI-Educators Survey (MBI-ES):** elaborado por las anteriores autoras junto a Schwab en 1986, está dirigido a profesionales de la educación. En los ítems se sustituye la palabra “paciente” por “alumno”, pero se mantiene el nombre de las escalas y la misma estructura factorial del MBI clásico (ver *Anexo XIII*).
- c) **MBI-General Survey (MBI-GS):** en esta nueva versión, elaborada por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson en 1996, el cuestionario presenta un carácter más genérico, de manera que puede utilizarse en profesionales cuyo objeto de trabajo no sean personas. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI sólo contiene 16 ítems, y las dimensiones se denominan: eficacia profesional (seis ítems), agotamiento (cinco ítems) y cinismo (cinco ítems).

En la presente investigación se emplearán el MBI-HSS y el MBI-ES para evaluar las consecuencias del Estrés Laboral en la muestra sanitaria y docente respectivamente.

La primera versión del MBI, realizada en 1981, constaba de 47 ítems, con dos formatos de respuesta: frecuencia e intensidad. En la segunda versión los análisis factoriales obligaron a reducir el número de ítems de 47 a 22, los existentes en la actualidad. En los distintos ítems se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación a diversos aspectos de su interacción con el trabajo que desempeña. En la versión de 1986 se suprimió la evaluación de la intensidad, de manera que desde entonces cada individuo ha de contestar a cada uno de los enunciados con la pregunta: “¿con qué frecuencia siente usted...?”

Los 22 ítems del MBI clásico (actualmente MBI-HSS) se agrupan en las 3 subescalas anteriormente señaladas: Agotamiento o Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP). Estas subescalas constituyen las tres dimensiones del síndrome de burnout (descritas con detalle en el capítulo de *Revisión Teórica*) y constan de 9, 5 y 8 ítems respectivamente.

Para computar las respuestas a cada pregunta se utiliza una escala de puntuación tipo Likert con siete niveles de 0 (“*nunca*”) hasta 6 (“*todos los días*”). Para determinar la puntuación de cada subescala, se suman las puntuaciones obtenidas en los ítems pertenecientes a cada una de ellas. Así, las puntuaciones máximas de cada subescala son: 54 (Agotamiento Emocional), 30 (Despersonalización) y 48 (Realización Personal).

La relación entre la puntuación y el grado de burnout es dimensional, es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no el síndrome. Sin embargo se han distribuido los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala para tratar de evaluar el nivel de burnout (que se han definido como alto, medio o bajo) (ver Redondo *et al.*, 2008). En general, la existencia de puntuaciones altas en las dos primeras subescalas (Agotamiento Emocional y Despersonalización) y baja en la tercera (Realización Personal) indican un alto nivel de burnout.

Respecto a las características psicométricas del MBI, los estudios de validez convergente indican que las puntuaciones del MBI se correlacionan significativamente con las reacciones de los empleados antes sus clientes, con la conducta en casa y con el tiempo dedicado al contacto directo con los clientes. Los estudios de validez discriminante han mostrado escasas correlaciones entre el burnout y otros constructos, como la satisfacción con el trabajo (Arthur, 1990; Meier, 1984). Por otro lado, sobre la consistencia interna del instrumento en la primera versión del MBI, las autoras obtuvieron un coeficiente alfa de Cronbach de 0,76 para el instrumento completo (0,87 para la escala de Agotamiento Emocional; 0,73 para la de Despersonalización y 0,76 para la de Realización Personal) (Maslach y Jackson, 1981, 1986). La fiabilidad del MBI ha sido ampliamente contrastada en diversas investigaciones, con un nivel de consistencia interna que ha oscilado entre 0,75 y 0,90 (Jackson, Schwab y Schuler, 1986).

A pesar de las críticas recibidas y comentadas en el capítulo de *Revisión Teórica*, el MBI está considerado como el instrumento de evaluación más aceptado y utilizado internacionalmente para el síndrome de agotamiento profesional o burnout.

El MBI ha tenido varias adaptaciones al castellano. Moreno, Rodríguez y Escobar (2001) realizaron una primera adaptación del cuestionario al castellano, pero no consiguieron reproducir la estructura factorial original (Moreno, Oliver y Aragonese, 1993). Por otro lado, Gil-Monte ha validado adaptaciones al castellano de los cuestionarios MBI-HSS y el MBI-GS, y en este caso ha conseguido reproducir la estructura tridimensional del instrumento y reunir los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleada en la estimación del síndrome de agotamiento profesional en nuestro contexto sociocultural (Gil-Monte, 2002, 2005). Oliver, Pastor, Aragonese y Moreno (1990) establecieron otra versión de la adaptación al castellano con sólo 20 ítems, suprimiendo dos de la escala de Despersonalización.

En la presente investigación se emplearán las adaptaciones españolas realizadas por Seisdedos (1997) del MBI-HSS y MBI-ES, a partir de la segunda edición del original (ver *Anexos XII y XIII* respectivamente). En las mismas se le pide al sujeto que identifique la frecuencia con la que ha experimentado la situación descrita en el ítem durante el último año, según la misma escala de frecuencia tipo Likert de 7 puntos del original. Estas versiones al castellano del MBI han sido aplicadas en nuestro país en diferentes poblaciones de educadores, personal sanitario y otros profesionales, con alta fiabilidad y alta validez en sus tres dimensiones citadas (Manzano y Ramos, 1999; Moreno y Oliver, 1993; Valero, 1997). Dado que la evaluación del síndrome de burnout no es un objetivo del presente estudio, en el mismo se evaluarán las tres subescalas por separado del cuestionario para determinar las consecuencias del Estrés Laboral en las dos muestras participantes.

2.2.8. “Brief COPE” (Carver, 1997; versión española de Pérez-García, 2008)

Está basado en el COPE (“Coping Orientation to Problems Experienced”) elaborado por Carver, Scheier y Weintraub (1989), el cual consta de 60 ítems repartidos en 15 escalas con 4 ítems cada una. Cinco de sus escalas (de cuatro ítems cada una) miden conceptualmente distintos aspectos del afrontamiento centrado en el problema (Afrontamiento activo, Planificación, Supresión de actividades distractoras, Refrenar el afrontamiento, Búsqueda de apoyo social instrumental). Otras cinco de sus escalas miden

aspectos que pueden ser considerados como afrontamiento centrado en la emoción (Búsqueda de apoyo social emocional, Reevaluación positiva, Aceptación, Negación, Religión); y tres escalas miden respuestas de afrontamiento que posiblemente son menos utilizadas (Desahogo emocional, Desvinculación emocional, Desvinculación mental). Posteriormente a estas tres escalas se añadieron Consumo de drogas y Humor. Una de las peculiaridades de este cuestionario es que fue diseñado para ser aplicado en versiones tanto disposicional (p.ej., qué es lo que hace el sujeto habitualmente para afrontar situaciones estresantes) como situacional (p.ej., cómo hace frente a un problema específico o a los problemas acaecidos en un período de tiempo determinado). Para ello, Carver y colaboradores (1989), recurren a la introducción de variaciones en las instrucciones y en los tiempos verbales de los ítems en las que se modifica el marco de referencia. De este modo, el cuestionario puede utilizarse para evaluar disposiciones o estilo de afrontamiento y estrategias específicas, dependiendo de las necesidades concretas. Por otro lado, el paralelismo entre ambas versiones permite el establecimiento de comparaciones y relaciones entre ambos aspectos del afrontamiento.

Por lo que respecta a las características psicométricas del instrumento, éstas son adecuadas. Así, mediante datos aportados por los propios autores, el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach para las diferentes escalas oscila entre 0,60 y 0,92 (sólo una de las escalas, la de Desvinculación mental, tiene un coeficiente menor de 0,45). Finalmente, el inventario COPE fue adaptado en España por Crespo y Cruzado (1997).

Sin embargo, y a pesar de lo adecuado del cuestionario, las muestras utilizadas informaban que era excesivamente largo y redundante, ya que los ítems de cada escala eran distintas formas de preguntar el mismo contenido. Por ello y más adelante, Carver (1997) presenta una versión abreviada del anterior COPE, que es utilizada en investigaciones relacionadas con la salud. Es el “Brief COPE”, que consta de 14 escalas, de dos ítems cada una. En principio, se toman 2 de los ítems con más peso en cada escala en los análisis factoriales originales por la claridad, y por el sentido del ítem para los que responden (Carver *et al.*, 1989). Esta versión abreviada omite dos escalas del COPE completo (Supresión de actividades distractoras y Refrenar el afrontamiento) ya que no fue confirmada su validez en los trabajos previos. Otras tres escalas fueron ligeramente reenfocadas debido a que habían demostrado ser problemáticas en los estudios precedentes. Así, a la escala originalmente denominada Reevaluación positiva y crecimiento, se la denomina solamente Reevaluación positiva. Y también cambian

Desvinculación mental por Auto-distracción. La escala llamada Humor, no forma parte del inventario original COPE y fue añadida por Carver, porque se consideró que era evidente la importancia de esta respuesta. También añaden la de Auto-culpa que no estaba previamente. Finalmente quedan 14 escalas con dos ítems cada una (28 ítems en total). Lo prueban con 168 personas supervivientes del huracán Andrew y las fiabilidades obtenidas se encuentran entre 0,50 y 0,90. De hecho, sólo en tres escalas es inferior a 0,60 (Aceptación, Negación y Desahogo).

Su creador, Carver (1997) considera que es idóneo para la investigación, ya que proporciona una medida breve y rápida de afrontamiento que evalúa las variadas respuestas conocidas relevantes para un afrontamiento efectivo o ineficaz, es decir, unas adaptativas y otras más problemáticas. Lo desarrolló con la intención de reducir la sobrecarga y el esfuerzo que tenían que realizar al responder al inventario completo. Por otro lado, indica que los investigadores pueden seleccionar aquellas escalas que tengan más interés para las muestras que vayan a analizar o los objetivos concretos de su estudio.

El “Brief COPE” consta de las siguientes escalas:

1. **Afrontamiento activo:** iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir el estresor.
2. **Planificación:** pensar acerca de cómo afrontar el estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
3. **Reevaluación positiva:** buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
4. **Aceptación:** aceptar que lo que está ocurriendo es real.
5. **Humor:** hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
6. **Religión:** la tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
7. **Utilización de apoyo emocional:** conseguir apoyo emocional de simpatía y comprensión.
8. **Utilización de apoyo instrumental:** procurar ayuda, consejo, información de personas que son competentes acerca de lo que uno debe hacer.
9. **Auto-distracción:** Centrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades para tratar de no concentrarse en el estresor.
10. **Negación:** negar la realidad del suceso estresante.

- 11. Desahogo:** aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
- 12. Consumo de sustancias (drogas, alcohol, medicamentos):** consumir alcohol u otras sustancias con el fin de sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
- 13. Abandono:** reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales interfiere el estresor.
- 14. Auto-culpa:** criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

El formato de respuesta es en una escala Likert de cuatro puntos, en la que el sujeto evalúa en qué medida desarrolla cada una de las actividades propuestas ante situaciones estresantes. Dicha escala de respuesta va desde 0 (“no, en absoluto”) a 3 (“totalmente”). En la versión disposicional y retrospectiva iría desde “no hago esto en absoluto” a “hago esto en gran medida o totalmente”. Como ya se ha comentado, cambiando determinados aspectos formales de redacción (como las instrucciones y los tiempos verbales de los ítems) puede convertirse en un formato de “estilo de afrontamiento”, de carácter disposicional, o en una forma situacional concurrente. En la presente investigación el “Brief-COPE” se empleará para evaluar las situaciones estresantes en el ámbito laboral, por lo que se encontraría en una versión a “medio camino” entre la disposicional y situacional.

En la presente investigación se va a emplear la adaptación española del “Brief COPE” realizada por Pérez-García (2008) en la que algunas traducciones de los ítems comunes se han tomado de la adaptación española del COPE de Crespo y Cruzado (1997) (ver *Anexo XIV*). Hay que señalar que Morán, Landero y González (2010) también elaboraron una adaptación al castellano del “Brief COPE”.

2.2.9. Variables Sociodemográficas

Por último, en la presente investigación se tuvieron en cuenta para su posterior análisis una serie de variables sociodemográficas. Tanto en el personal sanitario, como en el docente, cinco variables fueron comunes:

- **Sexo.**
- **Edad.**
- **Convivencia con otras personas** (“solo/a”, “casado/a o viviendo con una pareja estable”, “con sus padres y/u otros familiares”, “con amigos/as o compañeros/as de piso”).
- **Hijos** (“sí”, “no”).
- **Número de Años como Profesional** (“Sanitario” o “Docente”).

Todas las anteriores variables sociodemográficas se incluyeron en la segunda hoja del Cuadernillo de Cuestionarios (ver *Anexo IV* para sanitarios y *Anexo V* para docentes), tras las *Breves Recomendaciones Iniciales* (ver *Anexo III*).

Además se incluyeron otras variables sociodemográficas de interés para la recogida de los cuestionarios y para una descripción más completa de la muestra sanitaria (**Categoría Profesional, Unidad/Servicio**) y la docente [**Grado/Licenciatura en la que imparte su docencia, Centro Asociado, Docencia como Actividad Principal** (“sí”, “no”)], tal y como se ha mostrado en el apartado de *Participantes*.

2.3. PROCEDIMIENTO

La presente investigación tuvo dos fases diferenciadas, una para recolectar la muestra de personal sanitario y otra para la de personal docente. Dichas fases se llevaron a cabo de manera simultánea.

En primer lugar se comenzó a recoger la muestra de personal sanitario en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid). Para obtener los permisos necesarios para llevar a cabo el estudio en dicho hospital, se presentó en la primera semana de febrero de 2012 un Proyecto de Investigación a la Comisión de Gestión de Conocimiento del mismo. Un mes y medio después de su presentación y tras ser revisado por dos evaluadores independientes, la presidenta de dicha comisión dio su consentimiento para proceder a la realización de la investigación. Posteriormente se envió una *Carta de Presentación del Estudio* (ver *Anexo I*) a los correos electrónicos institucionales de todos los Jefes de Servicio y Supervisores de Enfermería del hospital. En dicho correo se pedía su colaboración a la hora de difundir el proyecto de investigación en su servicio o unidad entre sus trabajadores. Además, se les adjuntó una copia del Proyecto de Investigación que había sido evaluado y aprobado por la Comisión de Gestión de Conocimiento del hospital y una copia de los cuestionarios que se iban a distribuir en breve por cada servicio o unidad. Por último, a los Jefes de Servicio y Supervisores de Enfermería se les ofreció la posibilidad de resolver cualquier duda que tuvieran, estando a su entera disposición para ello.

Una semana después del envío del correo electrónico a los Jefes de Servicio y Supervisores de Enfermería, a principios de abril de 2012 se procedió a la distribución de los Cuadernillos de Cuestionarios y a la instalación de las urnas donde el personal sanitario podía depositar su cuadernillo una vez cumplimentado.

Todos los cuadernillos comenzaban con unas *Breves Recomendaciones Iniciales* (ver *Anexo III*), posteriormente una hoja donde se recogían las *Variables Sociodemográficas* (ver *Anexo IV*) y, finalmente, se incluyeron los cuestionarios anteriormente descritos en el apartado de *Instrumentos de Medida* (ver *Anexos VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII y XIV*). Al principio de cada cuadernillo se incluyó la *Carta de Presentación del Estudio* (ver *Anexo I*). Respecto a la instalación de las urnas, se optó por colocarlas en aquellos lugares donde no se viera entorpecida la labor asistencial de los profesionales sanitarios, por lo que se situaron en lugar lo suficientemente visible dentro de

las Áreas de Descanso de las que disponía cada servicio o unidad. Los cuadernillos se colocaron al lado de las urnas. Asimismo, se fijaron carteles informativos de la realización del estudio dentro de las zonas comunes de cada servicio o unidad (controles de enfermería y salas de reuniones) y del propio hospital (vestuarios, pasillos y cafetería de personal).

La distribución de los cuadernillos y la instalación de las urnas se realizó de manera paulatina y escalonada en los 15 Servicios Hospitalarios de los que disponía el centro sanitario: Quirófano, Reanimación/Anestesia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Cirugía General Digestiva/Otorrinolaringología (CGD/ORL), Cardiología/Oncología, Paritorio, Ginecología, Neonatología, Pediatría, Psiquiatría, Medicina Interna, Traumatología/Urología, Hospital de Día, Urgencias y Rehabilitación. Se distribuyeron un total de 800 cuadernillos.

En cada servicio hospitalario se dejaron las urnas y los cuestionarios durante un período de tres semanas. Pasado ese tiempo se procedió a la retirada de las urnas en cada servicio, por lo que a primeros de junio de 2012 se retiraron la totalidad de las urnas colocadas. Al final de esta fase se recogieron un total de 297 cuadernillos, de los cuales se tuvieron que rechazar 42, ya que 31 fueron cumplimentados por personal no sanitario (16 eran celadores) o que no habían finalizado sus estudios [15 eran estudiantes de Enfermería (de Grado, de Especialista o de Máster)] y los 11 cuestionarios rechazados restantes estaban incompletos y/o mal contestados. Por lo tanto, la muestra definitiva de personal sanitario estuvo compuesta por 255 sujetos (el 31,88% de los cuestionarios distribuidos).

En segundo lugar, y de forma simultánea, a principios de Marzo de 2012 se procedió a la recolección de la muestra de personal docente en 4 centros asociados madrileños de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED): los centros de “Francisco Giner de los Ríos” y de “Jacinto Verdaguer” situados en la capital y los centros Móstoles y Fuenlabrada situados al sur de Madrid. Previamente se contactó vía e-mail con la directora de los centros asociados de UNED de la capital de Madrid y con el director de los centros asociados de Madrid Sur. De forma similar, se les envió un e-mail a su correo corporativo en el que se pedía su colaboración y permiso para llevar a cabo el estudio. En dicho correo se les adjuntó una *Carta de Presentación del Estudio* (ver Anexo II) del mismo, una copia del Proyecto de Investigación y una copia del Cuadernillo de Cuestionarios que se pretendía distribuir por los centros de los que eran responsables. Una vez obtenido el permiso y consentimiento de los directores de los centros asociados, se les envió el mismo correo electrónico a los 4 coordinadores de los mismos, recalcándoles que

ya se contaba con el permiso de sus respectivos directores. Establecido este primer contacto con los coordinadores, se concretó telefónicamente una reunión con los mismos para valorar la distribución más adecuada de los cuadernillos en cada centro. Tras mantener dicha reunión con los 4 coordinadores, se acordó repartir los cuadernillos en los cajetines asignados a cada profesor en los diferentes centros, menos en el de Fuenlabrada. Ya que dicho centro no disponía de cajetines, los cuadernillos se colocaron al lado de la urna de recogida de los mismos. Asimismo, se acordó dejar la urna de recogida de los cuestionarios ya cumplimentados dentro de la Secretaría del centro asociado.

A principios de abril de 2012 se comenzó a distribuir los cuadernillos por los cajetines de cada profesor y a colocar las urnas en las secretarías de los 4 centros asociados de la UNED. Hay que señalar que, para evitar sesgos, los cuadernillos no se repartieron a los profesores de Grado/Licenciatura de Psicología en los centros de “Jacinto Verdaguer” y de Móstoles. Asimismo, y para difundir la realización de la investigación entre los profesores que impartían sus tutorías en los mismos, se les envió a cada uno de ellos un correo electrónico a su dirección corporativa (menos a los de Psicología) donde se les adjuntaba la *Carta de Presentación del Estudio* (ver *Anexo II*) y una copia del cuadernillo.

La estructura del Cuadernillo de Cuestionarios era idéntica a la del distribuido en la muestra sanitaria: todos ellos comenzaban con unas *Breves Recomendaciones Iniciales* (ver *Anexo III*), posteriormente una hoja donde se recogían las *Variables Sociodemográficas* (ver *Anexo V*) y, finalmente, se incluyeron los cuestionarios anteriormente descritos en el apartado de *Instrumentos de Medida* (ver *Anexos VI, VII, VIII, IX, X, XI, XIII y XIV*). Sin embargo, dichos cuadernillos se adaptaron a la muestra docente, por lo que hubo ligeras diferencias respecto a la sanitaria: se incluyeron las variables sociodemográficas ya comentadas como específicas del personal docente y se sustituyó el MBI-HSS por el MBI-ES, ya que este último evalúa concretamente las consecuencias del Estrés Laboral en docentes. Igualmente, al principio de cada cuadernillo se incluyó la *Carta de Presentación del Estudio* (ver *Anexo II*). Asimismo, se colocaron carteles informativos de la realización del estudio en las salas de profesores, en sus zonas de descanso, en los tabloneros de anuncios situados en la secretaría del centro y al lado de la hoja de firmas para controlar la asistencia de los profesores. En total se distribuyeron 400 cuadernillos.

Como en la muestra sanitaria, a primeros de junio de 2012 se retiró la totalidad de las urnas tras un período de tres semanas en cada centro asociado. Hay que señalar, que el

personal de las secretarías de los centros asociados colaboró activamente a la hora de animar a los docentes a participar en el estudio. El propio secretariado informó que algunos docentes no cumplimentaron el cuadernillo, ya que lo habían hecho en otro centro participante en la investigación. Al final de esta fase se recogieron un total de 143 cuadernillos, de los cuales se tuvieron que rechazar 23, ya que 7 fueron cumplimentados por docentes que impartían el Grado/Licenciatura de Psicología y los 16 cuestionarios rechazados restantes lo fueron por estar incompletos y/o mal contestados. Por lo tanto, la muestra definitiva de personal docente estuvo compuesta por 120 sujetos (el 30% de los cuestionarios distribuidos).

3. RESULTADOS

Considerando los objetivos que se habían propuesto en la presente investigación, se decidió dividir los resultados alcanzados en la misma en tres estudios:

- **Estudio I:** Factores relevantes para el Bienestar percibido en el Personal Sanitario.
- **Estudio II:** Factores relevantes para el Bienestar percibido en el Personal Docente.
- **Estudio III:** Estructura del Bienestar percibido en el Personal Sanitario.

Hay que señalar que, tanto el *Estudio I* como el *Estudio II* tienen la misma estructura, llevándose a cabo los mismos análisis en los dos, aunque referidos cada uno de ellos a la muestra sanitaria y docente respectivamente.

En los tres estudios los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 21.0 para Windows desarrollada por IBM. Además, en el *Estudio III* se empleó el programa AMOS (*Analysis of Moment Structures*) versión 21.0 (componente integrado en el SPSS) para llevar a cabo los Análisis Factoriales Confirmatorios (AFC), procedimiento a su vez encuadrado dentro de los Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM, Structural Equation Models).

Tanto en el *Estudio I* como en el *II* se llevaron a cabo una serie de análisis preliminares. En primer lugar se determinaron las posibles diferencias en las variables sociodemográficas consideradas en el estudio en función del Sexo en la muestra sanitaria y docente. A continuación se analizaron los estadísticos descriptivos y la fiabilidad de las escalas empleadas en los dos estudios. Posteriormente se definieron las Categorías de Afrontamiento que se iban a emplear en posteriores análisis. Por último, se analizaron las posibles diferencias en las variables psicosociales y psicológicas medidas en la presente investigación (Factores Psicosociales analizados y escalas pertenecientes a las tres aproximaciones del Bienestar) en función del Sexo en las muestras de profesionales sanitarios y docentes.

Posteriormente, se realizó un análisis correlacional para determinar las relaciones existentes entre las variables consideradas en el *Estudio I* y *II*. En base a las interrelaciones encontradas se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple. Dicho análisis permitió establecer los Factores Psicosociales (Resiliencia, Apoyo Social, las Consecuencias del

Estrés Laboral y las Estrategias de Afrontamiento del mismo) que predecían el Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) percibido en las dos muestras analizadas (personal sanitario y docente).

Finalmente, en el *Estudio III* se procedió a la realización de distintos AFC para encontrar un modelo estructural del Bienestar percibido en el personal sanitario. En primer lugar, se elaboró un modelo estructural del Bienestar en dicha muestra donde se incluyeran las tres aproximaciones al mismo existentes (el Bienestar considerado como Estado de Salud, el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico). Posteriormente, al anterior modelo alcanzado se añadieron aquellos Factores Psicosociales (Resiliencia, Apoyo Social, las Consecuencias del Estrés Laboral y las Estrategias de Afrontamiento del mismo) relevantes para el Bienestar percibido en el personal sanitario.

ESTUDIO I: Factores relevantes para el Bienestar Percibido en el Personal Sanitario

3.1. ANÁLISIS PRELIMINARES

3.1.1. Análisis de las Variables Sociodemográficas y diferencias encontradas en función de las mismas

Antes de proceder al análisis de las posibles diferencias en función de las variables sociodemográficas consideradas en la presente investigación, se analizaron los resultados obtenidos en las mismas. Tras el mismo se decidió dicotomizar la variable **Convivencia con otras personas**, ya que se observó que la mayoría de los participantes saturaban adecuadamente en sólo dos opciones de respuesta de la misma y que se aumentaba, de esta manera, la parsimonia de los resultados alcanzados. Así, la variable Convivencia con otras personas se decidió dicotomizarla en solo/a o acompañado/a.

Para analizar las características de la muestra en cuanto a Convivencia con otras personas e Hijos en función del Sexo, se utilizó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) y para analizar las diferencias en Edad y Número de Años como Sanitario entre varones y mujeres (Sexo) se utilizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA).

Tabla 16
Datos descriptivos sobre Convivencia e Hijos en función del Sexo en la muestra sanitaria

	Total N (%)	Varones N (%)	Mujeres N (%)	χ^2	Sig.
Convivencia					
Solo/a	25 (9,8)	2 (2,9)	23 (12,4)	5,10	0,024
Acompañado/a	230 (90,2)	67 (97,1)	163 (87,6)		
Hijos					
Sin hijos	114 (44,7)	22 (31,9)	92 (49,5)	6,29	0,012
Con hijos	141 (55,3)	47 (68,1)	94 (50,5)		

Tal y como muestra la *Tabla 16*, se encontraron diferencias significativas en cuanto a Convivencia con otras personas [$\chi^2 = 5,10$; $p < 0,024$] y tener o no Hijos [$\chi^2 = 6,29$; $p < 0,012$] en función del Sexo de los participantes. Es decir, los hombres y las mujeres de la muestra sanitaria se diferenciaron en función de si vivían o no solos y de si tenían o no hijos.

A continuación se procedió a la estimación del tamaño del efecto de las anteriores diferencias encontradas, ya que un resultado estadísticamente significativo no nos ofrece información acerca de la potencia y robustez del mismo (Leech, Barret y Morgan, 2005). Así, el tamaño del efecto se define como la intensidad o potencia de la relación entre la variable independiente y la dependiente. Siguiendo el procedimiento propuesto por estos autores y basándose en las tablas de interpretación del tamaño del efecto ofrecidas por Cohen (1988), las diferencias encontradas en función del Sexo de la muestra sanitaria alcanzaron un tamaño del efecto pequeño, tanto en cuanto a la Convivencia con otras personas (η parcial = 0,14), como en cuanto el tener o no Hijos (η parcial = 0,16).

En cuanto a las diferencias en Edad, los análisis de varianza de un factor realizados mostraron que, igualmente, hubo diferencias significativas en función del Sexo [$F_{(1,254)} = 10,54$; $p < 0,001$]. Asimismo, y por lo que respecta a la variable Años como Sanitario, se encontraron diferencias significativas en función del Sexo [$F_{(1,254)} = 13,06$; $p < 0,000$]. Es decir, los sanitarios que eran hombres eran más mayores y llevaban más tiempo en la profesión que las mujeres sanitarias. En la *Tabla 17* se muestran los estadísticos descriptivos de las variables Edad y Años como Sanitario en función del Sexo.

Tabla 17
Datos descriptivos sobre Edad y Años como Sanitario en función del Sexo en la muestra sanitaria

	Varones M (DT)	Mujeres M (DT)	$F_{(1,254)}$	Sig.
Edad	38,33 (7,22)	34,63 (8,40)	10,54	0,001
Años Sanitario	15,36 (6,29)	11,63 (7,66)	13,06	0,000

Asimismo, también se procedió a la estimación del tamaño del efecto de las diferencias encontradas. Siguiendo el procedimiento de Leech y colaboradores (2005) e interpretando el resultado alcanzado según Cohen (1988), se obtuvieron en ambos casos tamaños del efecto pequeños en las diferencias en función del Sexo de la muestra sanitaria, tanto en cuanto a la Edad (η parcial = 0,20), como en cuanto a los Años como Sanitario (η parcial = 0,22).

Como se ha podido comprobar, en todos los casos hubo diferencias significativas entre las variables sociodemográficas analizadas anteriormente (Convivencia, Hijos, Edad y Años como Sanitario) en función del Sexo en la muestra sanitaria. Por lo tanto, se decidió incluir en posteriores análisis las anteriores cuatro variables sociodemográficas.

3.1.2. Estadísticos descriptivos y fiabilidad de las escalas

Seguidamente se procedió al análisis de los estadísticos descriptivos y de la fiabilidad de las escalas empleadas en la presente investigación, tanto de los Factores Psicosociales analizados (del Apoyo Social, de la Resiliencia, de las Consecuencias del Estrés Laboral y de las Estrategias de Afrontamiento del mismo), como de las escalas que componían las tres aproximaciones existentes del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico). Para determinar la fiabilidad de las escalas se empleó el coeficiente alfa de Cronbach ya que es el más utilizado en la mayoría de las investigaciones. Los resultados de estos análisis se muestran en la *Tabla 18* para las escalas que componen los Factores Psicosociales analizados y en la *Tabla 19* para las dimensiones del Bienestar.

Por un lado, respecto a los estadísticos descriptivos de la muestra sanitaria, cabe señalar que estos datos se sitúan, en general, en torno al punto medio del rango teórico posible de puntuación existente para cada variable psicosocial y psicológica analizada en la presente investigación (ver *Tablas 18 y 19*).

Por otro lado, y aunque no existe un total acuerdo de cuál es el punto de corte del coeficiente alfa de Cronbach para determinar si la fiabilidad de una escala es o no aceptable, la teoría viene considerando que un alfa de Cronbach igual o superior a 0,70 es aceptable y adecuado, mientras que valores iguales o superiores a 0,50 se consideran

suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala (Nunnally, 1978). Obviamente, cuanto más se acerque este valor a 1, mayor será la fiabilidad de la misma (Cohen y Manion, 1990).

Tabla 18

Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las escalas que miden los Factores Psicosociales analizados en la muestra de Personal Sanitario

	Nº de ítems	α	Media	DT	Rango real	Rango posible
Resiliencia	10	0,86	31,51	3,94	21-40	0-40
Apoyo Social	8	0,85	36,13	3,61	22-40	8-40
Consecuencias del Estrés Laboral						
Agotamiento Emocional	9	0,84	17,47	10,03	0-46	0-54
Despersonalización	5	0,69	9,21	4,26	0-23	0-30
Realización Personal	8	0,84	40,48	6,19	10-48	0-48
Estrategias de Afrontamiento del Estrés Laboral						
Afrontamiento Activo	2	0,58	5,13	0,92	2-6	0-6
Planificación	2	0,46	4,99	0,97	2-6	0-6
Reevaluación Positiva	2	0,69	4,85	1,19	0-6	0-6
Aceptación	2	0,49	4,74	1,09	2-6	0-6
Humor	2	0,76	3,10	1,63	0-6	0-6
Religión	2	0,84	1,40	1,81	0-6	0-6
Utilización Apoyo Emocional	2	0,65	4,19	1,32	0-6	0-6
Utilización Apoyo Instrumental	2	0,47	4,60	1,13	1-6	0-6
Autodistracción	2	0,56	3,45	1,54	0-6	0-6
Negación	2	0,60	0,73	1,06	0-4	0-6
Desahogo	2	0,48	2,26	1,38	0-6	0-6
Consumo de Sustancias	2	0,62	0,09	0,47	0-3	0-6
Abandono	2	0,42	0,52	0,94	0-5	0-6
Autoculpa	2	0,65	1,84	1,43	0-6	0-6

Considerando lo anterior y por lo respecta a los Factores Psicosociales analizados (ver *Tabla 18*), podemos afirmar que la fiabilidad de las escalas de Resiliencia, Apoyo Social y Consecuencias del Estrés Laboral es aceptable al encontrarse entre 0,84 y 0,86. La excepción es la escala de Despersonalización, con un alfa de Cronbach de 0,69 muy

próximo a lo que la teoría considera como una fiabilidad aceptable, aunque es suficiente (Nunnally, 1978). Sin embargo, y por lo que respecta a las escalas que componen las Estrategias de Afrontamiento al Estrés Laboral, sus fiabilidades varían desde 0,42 (Abandono) a 0,84 (Religión). Como se puede observar en la *Tabla 18*, la mayoría de los alfa de Cronbach de las anteriores escalas no alcanzan una fiabilidad aceptable y, en algunos casos, ni suficiente. Por lo tanto se decidió, como se expondrá posteriormente, agrupar las distintas Estrategias de Afrontamiento en Categorías del mismo.

Respecto a las escalas que componen las distintas aproximaciones existentes al Bienestar percibido, y tal y como se muestra en la *Tabla 19*, las fiabilidades más altas son las alcanzadas por las escalas del Bienestar Subjetivo [desde 0,81 (Afecto Negativo) a 0,88 (Satisfacción con la Vida)], que son aceptables. Considerado al Bienestar como Estado de Salud, el Componente Físico alcanza un alfa de Cronbach de 0,61 que se puede considerar como suficiente, mientras que el Componente Mental alcanza una fiabilidad aceptable (0,78). Por último, las escalas que componen el Bienestar Psicológico pueden considerarse que tienen una fiabilidad aceptable, ya que alcanzan alfa de Cronbach que van desde 0,72 (Crecimiento Personal) a 0,80 (Propósito en la Vida). Hay que señalar, sin embargo, que las fiabilidades de las escalas de Autonomía y de Dominio del Entorno (0,61 y 0,67 respectivamente) pueden considerarse como suficientes (Nunnally, 1978).

Tabla 19

Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las escalas que miden las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en la muestra de Personal Sanitario

	Nº de ítems	α	Media	DT	Rango real	Rango posible
Estado de Salud						
Componente Físico	6	0,61	52,86	5,46	27,3-64,0	0-100
Componente Mental	6	0,78	52,33	7,59	19,6-62,3	0-100
Bienestar Subjetivo						
Satisfacción con la Vida	5	0,88	26,59	4,09	10-35	5-35
Afecto Positivo	10	0,84	36,78	5,76	17-49	10-50
Afecto Negativo	10	0,81	16,08	4,58	10-35	10-50
Bienestar Psicológico						
Autoaceptación	4	0,78	20,71	2,67	10-24	4-24
Relaciones Positivas	5	0,75	26,30	3,74	10-30	5-30
Autonomía	6	0,61	28,32	4,36	16-36	6-36
Dominio del Entorno	5	0,67	25,28	3,61	9-30	5-30
Propósito en la Vida	5	0,80	26,06	3,52	14-30	5-30
Crecimiento Personal	4	0,72	21,65	2,49	13-24	4-24

3.1.3. Categorías de Afrontamiento

Como se pudo comprobar en la *Tabla 18*, a la hora de analizar las fiabilidades de las 14 escalas que componen el “Brief COPE” (Carver, 1997; Pérez-García, 2008) y que miden distintas Estrategias de Afrontamiento, se observó que la mayoría de las mismas no alcanzaban una fiabilidad aceptable.

Dado el elevado número de escalas a analizar, y teniendo en cuenta el anterior resultado, se decidió reducir las Estrategias de Afrontamiento a Categorías del mismo para aumentar, una vez más, la parsimonia de los resultados obtenidos y reducir, en consecuencia, el número de análisis a realizar. Para ello se llevó a cabo un estudio adicional que pusiera a prueba la estructura jerárquica del afrontamiento (expuesta en el capítulo de *Revisión Teórica*).

En dicho estudio (Arrogante y Pérez-García, 2013b), a las muestras de personal sanitario y docente participantes en la presente investigación, se añadió otra muestra de estudiantes universitarios a los que se les aplicó también el “Brief-COPE”. La muestra total estuvo compuesta por 529 participantes con edades comprendidas entre 18 y 70 años ($M = 36,83$; $DT = 9,73$). En la *Tabla 20* se muestran los estadísticos descriptivos y las fiabilidades alcanzadas en cada una de las escalas del “Brief-COPE”.

Comparando las *Tablas 18 y 20* se puede comprobar cómo las fiabilidades alcanzadas por las escalas que miden las Estrategias de Afrontamiento no varían sustancialmente en uno y otro estudio. Asimismo, los alfa de Cronbach más altos siguen siendo la de las escalas de Humor (0,76 y 0,80 respectivamente) y Religión (0,84 y 0,85 respectivamente).

Tabla 20

Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las escalas que miden las Estrategias de Afrontamiento en la muestra empleada ($N = 529$)

	Nº de ítems	α	Media	DT	Rango real	Rango posible
Afrontamiento Activo	2	0,61	5,04	0,96	1-6	0-6
Planificación	2	0,54	4,89	1,07	1-6	0-6
Reevaluación Positiva	2	0,68	4,73	1,21	0-6	0-6
Aceptación	2	0,53	4,55	1,19	0-6	0-6
Humor	2	0,80	3,30	1,68	0-6	0-6
Religión	2	0,85	1,49	1,82	0-6	0-6
Utilización Apoyo Emocional	2	0,78	4,05	1,44	0-6	0-6
Utilización Apoyo Instrumental	2	0,65	4,43	1,30	0-6	0-6
Autodistracción	2	0,56	3,34	1,57	0-6	0-6
Negación	2	0,62	0,84	1,12	0-5	0-6
Desahogo	2	0,51	2,26	1,46	0-6	0-6
Consumo de Sustancias	2	0,79	0,18	0,63	0-4	0-6
Abandono	2	0,49	0,59	1,00	0-6	0-6
Autoculpa	2	0,69	2,04	1,52	0-6	0-6

Sin embargo, y en base a la revisión de Carver y Connor-Smith (2010) y al meta-análisis de Connor-Smith y Flaschbart (2007), se decidió dejar fuera del estudio las estrategias de Humor, Religión, Desahogo y Consumo de sustancias. Tal y como las formula Carver (1997) ninguna de dichas estrategias encajaba adecuadamente en la estructura jerárquica del afrontamiento y, además, la evidencia existente no las incluye explícitamente en ninguna categoría en concreto. Sin embargo, y dada la alta fiabilidad de las escalas de Humor y Religión, se decidió analizarlas por separado como estrategias independientes a las Categorías de Afrontamiento que pudieran resultar del estudio. Por el contrario, se consideró conveniente descartar de manera definitiva las estrategias de Desahogo y Consumo de sustancias del anterior estudio. Es cierto que podían haberse tomado estas escalas de forma separada, pero se prefirió seguir la estructura indicada para poder contrastar los resultados con investigaciones previas que siguen agrupaciones similares.

A continuación, se procedió al análisis factorial de las 10 Estrategias de Afrontamiento restantes para comprobar la agrupación resultante en Categorías de Afrontamiento de las mismas. En primer lugar se analizó la medida de adecuación muestral KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) que alcanzó un valor de 0,71. Dicho valor indicó una satisfactoria adecuación muestral (Kaiser, 1970) por lo que la idea de llevar a cabo un análisis factorial con las anteriores escalas era aceptable. En segundo lugar se consideró la prueba de esfericidad de Barlett que resultó alcanzar un valor significativo ($\chi^2 = 1374,58$; $p < 0,001$), reafirmando la pertinencia de realizar el análisis factorial propuesto. Se empleó como método de extracción un análisis de componentes principales y, como método de rotación, se aplicó una rotación ortogonal (Varimax) a las 10 escalas seleccionadas. Se obtuvieron 3 factores que se ajustaban a la estructura jerárquica del afrontamiento propuesta por Connor-Smith y Flaschbart (2007) y Carver y Connor-Smith (2010): Afrontamiento de Compromiso (Factor 1), Afrontamiento de Apoyo (Factor 2) y Afrontamiento de Falta de Compromiso (Factor 3). La varianza total explicada por los tres factores obtenidos fue del 60,2%. El Factor 1 explica el 24,71% de la misma y los Factores 2 y 3 explican valores muy similares de 17,5% y 17,9% respectivamente de la varianza total explicada. En la *Tabla 21* se muestra la matriz de componentes rotados, los pesos factoriales de cada escala y las varianzas (parciales y acumuladas) obtenidas en cada factor resultante.

Tabla 21

Matriz de componentes rotados, pesos factoriales y varianzas (parciales y acumuladas) correspondientes a la solución factorial de las Categorías de Afrontamiento (N = 529)

	Factor 1 (Afrontamiento de Compromiso)	Factor 2 (Afrontamiento de Apoyo)	Factor 3 (Afrontamiento de Falta de Compromiso)
Afrontamiento Activo	0,76	0,16	-0,19
Planificación	0,79	0,13	-0,10
Reevaluación Positiva	0,73	0,08	-0,15
Aceptación	0,76	0,04	-0,02
Utilización Apoyo Emocional	0,14	0,89	0,05
Utilización Apoyo Instrumental	0,16	0,90	-0,02
Autodistracción	0,16	0,23	0,66
Negación	-0,15	-0,08	0,76
Abandono	-0,21	-0,22	0,62
Autoculpa	-0,19	0,07	0,59
Varianza (%)	24,71	17,52	17,92
Varianza acumulada (%)	24,71	42,23	60,16

Como se puede observar en dicha tabla, las Estrategias de Afrontamiento Activo, de Planificación, de Reevaluación positiva y de Aceptación cargaron sobre la categoría de **Afrontamiento de Compromiso**. Las dos primeras estrategias suponen el afrontamiento activo y una confrontación directa de la situación estresante, mientras que las dos segundas suponen un afrontamiento adaptativo de la situación que, aunque no lleve a su solución, sí contribuye a una adecuada actuación ante las posibles consecuencias emocionales derivadas de la misma (reevaluándola o aceptándola). Las estrategias de Utilización de apoyo emocional y de Utilización de apoyo instrumental se englobaron en la categoría de **Afrontamiento de Apoyo**, debido a que en ambas el sujeto se apoya y necesita la ayuda de los demás para hacer frente al estresor. Por último, las estrategias de Autodistracción, Negación, Abandono y Autoculpa se englobaron todas ellas en la categoría de **Afrontamiento de Falta de Compromiso**, debido a que, en este caso, el sujeto no hace frente a la situación estresante sino que emplea estrategias emocionales que le alejan de la

misma, como distrayéndose en otras actividades, negándola, abandonándola o auto-culpándose de lo ocurrido.

Hay que señalar que, teniendo en cuenta el capítulo de *Revisión Teórica*, las Categorías de Afrontamiento creadas corresponderían a las categorías señaladas en el meta-análisis de Connor-Smith y Flachsbart (2007) y reflejadas en la anterior *Tabla 15*. Así, la categoría de primer orden de Afrontamiento de Compromiso está compuesta por las estrategias de Afrontamiento Activo y Planificación (clasificadas por los anteriores autores en la categoría de segundo orden de Afrontamiento de Compromiso de Control Primario) y las estrategias de Reevaluación Positiva y Aceptación (clasificadas como Afrontamiento de Compromiso de Control Secundario). Siguiendo a los anteriores autores, la otra categoría de primer orden de Afrontamiento de Falta de Compromiso estaría compuesto por las estrategias de Autodistracción, Negación, Abandono y Autoculpa. Estas dos grandes Categorías del Afrontamiento encajan con la conclusión a la que llegaron Carver y Connor-Smith (2010) en su revisión al afirmar que, la distinción que parece tener mayor importancia es la de Afrontamiento de Compromiso vs. Falta de Compromiso. Sin embargo, en el anterior estudio (Arrogante y Pérez-García, 2013b), y ante la estructura factorial obtenida en la *Tabla 19* y la importancia que parece jugar el apoyo en el afrontamiento, se decidió añadir la categoría de Afrontamiento de Apoyo a las dos grandes categorías anteriores. Según Connor-Smith y Flachsbart (2007), esta categoría estaría encuadrada en la categoría de segundo orden de Afrontamiento de Compromiso de Control Primario. Todos estos aspectos se tendrán en cuenta en el posterior apartado de *Discusión*.

Una vez obtenida una estructura jerárquica se comprobó la fiabilidad de las nuevas Categorías de Afrontamiento creadas. Se obtuvieron fiabilidades aceptables para la categoría de Afrontamiento de Compromiso y la de Apoyo (alfa de Cronbach de 0,81 y 0,82 respectivamente). El alfa de Cronbach alcanzado por la categoría de Afrontamiento de Falta de Compromiso fue de 0,67 que, aunque suficiente, puede ser considerado como aceptable, ya que está muy próximo a lo que la teoría considera como tal (Nunnally, 1978).

Teniendo en cuenta los resultados del anterior estudio (Arrogante y Pérez-García, 2013b), las Estrategias de Afrontamiento medidas en la presente investigación mediante el “Brief-COPE” (Carver, 1997; Pérez-García, 2008) se agruparon en las Categorías de Afrontamiento obtenidas en el mismo. Como ya se ha comentado anteriormente, a dichas categorías se añadieron por separado las estrategias de Humor y Religión. En la *Tabla 22* se muestran los estadísticos descriptivos y la fiabilidad de las Categorías de Afrontamiento

creadas en la muestra de personal sanitario. Hay que señalar que, para facilitar la comparación de las mismas, se decidió reducir la escala de medida de cada una de ellas a un rango de 0-3, dividiéndose cada estadístico descriptivo entre el número de ítems que componían cada Categoría de Afrontamiento.

Tabla 22

Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las Categorías de Afrontamiento creadas en la muestra de Personal Sanitario

	Nº de ítems	α	Media	DT	Rango real	Rango posible
Afrontamiento de Compromiso	8	0,81	2,49	0,42	1,13-3	0-3
Afrontamiento de Apoyo	4	0,82	2,22	0,56	0,25-3	0-3
Afrontamiento de Falta de Compromiso	8	0,67	0,83	0,42	0-2,25	0-3
Humor	2	0,80	1,65	0,84	0-3	0-3
Religión	2	0,85	0,76	0,91	0-3	0-3

Como era de esperar, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en dicha tabla, las fiabilidades de las escalas que miden las Categorías de Afrontamiento propuestas son mayores a las que miden cada estrategia de Afrontamiento por separado, mejorando notablemente. Así, los alfa de Cronbach alcanzados van desde 0,80 (Humor) a 0,85 (Religión), siendo aceptables. La fiabilidad alcanzada por la categoría de Afrontamiento de Falta de Compromiso (0,67) se puede considerar como suficiente (Nunnally, 1978). En la mayoría de los casos, los valores obtenidos por cada Categoría de Afrontamiento creadas son mayores al obtenido por cada escala medida por separado (ver *Tabla 21*).

3.1.4. Análisis de las diferencias en función del Sexo

A continuación se procedió al análisis de las diferencias en función del **Sexo** en las variables psicológicas consideradas en la presente investigación. Para ello se utilizó un ANOVA de un factor (Sexo).

En primer lugar, se analizaron las diferencias entre hombres y mujeres de la muestra sanitaria en los Factores Psicosociales analizados. En la *Tabla 23* se recogen las medias (con sus desviaciones típicas) y las F, con su significación, correspondientes a los efectos principales obtenidos. En el caso de las Categorías de Afrontamiento se ha considerado la media de las puntuaciones en función del número de ítems incluidos en cada categoría propuesta, ya que dicho estadístico representa de manera más clara y sencilla las diferencias entre las distintas categorías a la hora de establecer comparaciones entre las mismas.

Como se puede observar en dicha tabla, se encontraron diferencias significativas en función del Sexo en Apoyo Social, Afrontamiento de Apoyo (en ambos las puntuaciones fueron mayores en las mujeres), en Resiliencia y Humor (en este caso, fueron los hombres los que obtuvieron mayores puntuaciones en ambos). En consecuencia, y comparando las medias en los anteriores Factores Psicosociales analizados, las mujeres de la muestra sanitaria manifestaron percibir un mayor Apoyo Social que los hombres también sanitarios, y emplear en mayor medida un Afrontamiento de Apoyo que los mismos, a la hora de enfrentarse a las situaciones estresantes que se daban en su entorno laboral. Por el contrario, los hombres de la muestra sanitaria mostraron ser más resilientes y adaptarse mejor a la adversidad que las mujeres y, además, emplear en mayor medida el Humor que las mismas, en situaciones estresantes que se daban en su lugar de trabajo.

A continuación, y como ya se ha expuesto en anterioridad, se procedió a la estimación del tamaño del efecto de las diferencias encontradas. Dicha estimación se llevó a cabo siguiendo el procedimiento propuesto por Leech y colaboradores (2005) e interpretando el resultado alcanzado según Cohen (1988). De esta forma, el tamaño del efecto de las diferencias encontradas en función del Sexo de la muestra sanitaria se puede considerar como pequeño en cuanto a la Resiliencia (η parcial = 0,17), al Apoyo Social (η parcial = 0,16) y al Humor (η parcial = 0,17); mientras que se puede considerar como medio en cuanto al Afrontamiento de Apoyo (η parcial = 0,28).

Tabla 23

Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden los Factores Psicosociales analizados en función del Sexo en la muestra de Personal Sanitario

	Varones M (DT)	Mujeres M (DT)	F _(1,254)	Sig.
Resiliencia	32,62 (4,04)	31,09 (3,83)	7,79	0,006
Apoyo Social	35,22 (3,47)	36,46 (3,62)	6,10	0,014
Consecuencias del Estrés Laboral				
Agotamiento Emocional	16,94 (9,20)	17,67 (10,34)	0,26	0,609
Despersonalización	8,67 (4,20)	9,41 (4,28)	1,53	0,217
Realización Personal	41,43 (5,25)	40,13 (6,49)	2,25	0,135
Estrategias de Afrontamiento al Estrés Laboral				
Afrontamiento Compromiso	2,51 (0,35)	2,45 (0,43)	1,08	0,300
Afrontamiento Apoyo	1,94 (0,28)	2,29 (0,52)	22,16	0,000
Afrontamiento Falta Compromiso	0,75 (0,43)	0,84 (0,40)	2,67	0,104
Humor	1,78 (0,90)	1,47 (0,77)	7,44	0,007
Religión	0,63 (0,90)	0,73 (0,91)	0,72	0,397

En segundo lugar, se analizaron si existían diferencias en las diferentes escalas que componían cada aproximación al Bienestar percibido en la muestra sanitaria en función del Sexo. En la *Tabla 24* se recogen las medias (con sus desviaciones típicas) y las F, con sus significación, correspondientes a los efectos principales obtenidos.

Tabla 24

Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en función del Sexo en la muestra de Personal Sanitario

	Varones M (DT)	Mujeres M (DT)	F _(1,254)	Sig.
Estado de Salud				
Componente Físico	53,50 (5,47)	52,62 (5,45)	1,31	0,253
Componente Mental	53,84 (6,33)	51,77 (7,94)	3,80	0,049
Bienestar Subjetivo				
Satisfacción con la Vida	26,54 (3,26)	26,61 (4,37)	0,02	0,894
Afecto Positivo	37,06 (5,26)	36,68 (5,94)	0,22	0,640
Afecto Negativo	15,75 (4,97)	16,20 (4,43)	0,49	0,486
Bienestar Psicológico				
Autoaceptación	20,65 (2,44)	20,74 (2,76)	0,05	0,823
Relaciones Positivas	25,74 (3,38)	26,51 (3,85)	2,15	0,144
Autonomía	28,91 (4,31)	28,10 (4,37)	1,74	0,188
Dominio del Entorno	25,13 (3,53)	25,33 (3,65)	0,16	0,691
Propósito en la Vida	26,23 (3,15)	26,00 (3,65)	0,22	0,641
Crecimiento Personal	21,78 (2,31)	21,60 (2,55)	0,27	0,607

En este caso, solamente se encontraron diferencias significativas en el Componente Mental (puntuando más alto los hombres que las mujeres en el mismo) encuadrado dentro de la consideración del Bienestar como Estado de Salud. De esta manera, los hombres de la muestra sanitaria se percibían a sí mismos como más saludables mentalmente que las mujeres.

Como en el caso anterior, asimismo se procedió a la estimación del efecto de la diferencia encontrada en función del Sexo de la muestra sanitaria en cuanto al Componente Mental, que resultó ser pequeño (η parcial = 0,12) siguiendo el procedimiento propuesto por Leech y colaboradores (2005) y la interpretación ofrecida por Cohen (1988).

3.2. ANÁLISIS CORRELACIONAL

Dado el elevado número de Variables Sociodemográficas y psicológicas medidas en la presente investigación, se consideró pertinente realizar un total de cuatro análisis correlacionales entre las mismas en la muestra sanitaria:

- a) entre las Variables Sociodemográficas (Sexo, Edad, Convivencia con otras personas, tener o no Hijos y Número de Años como Sanitario) junto con las escalas pertenecientes a las tres aproximaciones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) y los Factores Psicosociales analizados (Resiliencia, Apoyo social, Consecuencias del Estrés Laboral y Estrategias de Afrontamiento del mismo),
- b) entre las Variables Sociodemográficas y las escalas que miden cada dimensión del Bienestar,
- c) entre los Factores Psicosociales analizados entre sí y, por último,
- d) entre las escalas que miden cada dimensión del Bienestar entre sí.

En cada uno de los anteriores análisis correlaciones se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, ya que es el índice numérico más comúnmente usado para medir la correlación entre dos variables. La interpretación de este coeficiente se realizó siguiendo los criterios de Cohen (1988), quien sugiere que valores iguales o mayores que 0,10 e inferiores a 0,30 indican una relación de pequeña magnitud, valores entre 0,30 y 0,49 indican una magnitud media y valores iguales o mayores de 0,50 indican un tamaño del efecto elevado.

3.2.1. Análisis correlacional entre las Variables Sociodemográficas junto con el Bienestar y los Factores Psicosociales analizados

En la *Tabla 25* se muestran las correlaciones encontradas en este estudio entre las Variables Sociodemográficas junto con las escalas que miden el Bienestar dentro de cada aproximación ofrecida al mismo y los Factores Psicosociales analizados.

En general, y por lo que respecta a las correlaciones encontradas entre las Variables Sociodemográficas y los Factores Psicosociales analizados, éstas son en su gran mayoría

de corte bajo (Cohen, 1988), tal y como se puede observar en dicha tabla. Las correlaciones más relevantes son las encontradas entre el Apoyo y el Afrontamiento de Apoyo que correlacionan con todas las Variables Sociodemográficas menos con Convivencia con otras personas (que solamente correlaciona negativamente con Humor y Religión).

Respecto a las correlaciones encontradas entre las escalas del Bienestar y los Factores Psicosociales analizados, existe una clara diferencia entre el Componente Físico del Bienestar (entendido como Estado de Salud) y el resto de las escalas que lo evalúan. De esta manera, las correlaciones entre el Componente Físico son de corte bajo (Cohen, 1988) y solamente correlaciona positivamente con Resiliencia y Apoyo Social y, negativamente, con las Consecuencias del Estrés Laboral (excepto de forma positiva con Realización Personal). Por el contrario, las correlaciones encontradas entre Componente Mental junto con las escalas que miden el Bienestar Subjetivo y Psicológico son de corte moderado e, incluso, alto (Cohen, 1988), correlacionando positivamente con todos los Factores Psicosociales analizados (aparte de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Afrontamiento de Falta de Compromiso que lo hacen de forma negativa), a excepción de Humor y Religión que alcanzan una correlación baja y positiva con Afecto Positivo y Autonomía. Hay que señalar que, todas las correlaciones encontradas se invierten en el caso del Afecto Negativo y que la escala de Autonomía no se correlacionó con el Afrontamiento de Apoyo.

Tabla 25

Correlaciones encontradas entre las Variables Sociodemográficas y las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) y los Factores Psicosociales analizados en la muestra de Personal Sanitario

	Consecuencias del Estrés Laboral					Estrategias de Afrontamiento al Estrés Laboral				
	Resiliencia	Apoyo Social	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal	Afrontamiento Compromiso	Afrontamiento Apoyo	Afrontamiento Falta Compromiso	Humor	Religión
Variables Sociodemográficas										
Sexo	0,17**	0,15*	0,03	0,08	-0,09	-0,07	0,28**	0,10	-0,17**	0,05
Edad	0,13*	-0,17**	0,14*	0,04	0,01	-0,06	-0,38**	-0,01	0,02	0,07
Convivencia	-0,02	0,01	-0,04	0,01	-0,06	-0,06	-0,06	-0,04	-0,15*	-0,13*
Hijos	0,06	0,23**	-0,05	0,03	-0,04	0,05	0,20**	0,03	0,09	0,05
Años Sanitario	-0,04	-0,21**	0,14*	0,01	0,04	-0,02	-0,37**	-0,01	0,07	0,06
Estado de Salud										
Componente Físico	0,15*	0,14*	-0,31**	-0,14*	0,15*	0,07	0,04	-0,01	-0,11	0,08
Componente Mental	0,38**	0,35**	-0,49**	-0,27**	0,25**	0,34**	0,26**	-0,43**	0,03	-0,12
Bienestar Subjetivo										
Satisfacción con la Vida	0,39**	0,51**	-0,30**	-0,18**	0,36**	0,39**	0,37**	-0,39**	0,04	-0,02
Afecto Positivo	0,63**	0,45**	-0,25**	-0,20**	0,42**	0,50**	0,36**	-0,30**	0,15*	-0,03
Afecto Negativo	-0,35**	-0,33**	0,41**	0,29**	-0,35**	-0,35**	-0,15**	-0,39**	-0,12	-0,08
Bienestar Psicológico										
Autoaceptación	0,50**	0,49**	-0,44**	-0,21**	0,54**	0,51**	0,32**	-0,48**	0,11	-0,04
Relaciones Positivas	0,30**	0,72**	-0,36**	-0,22**	0,30**	0,36**	0,31**	-0,38**	0,09	-0,04
Autonomía	0,45**	0,33**	-0,20**	-0,27**	0,28**	0,36**	0,01	-0,43**	0,17*	-0,05
Dominio del Entorno	0,47**	0,46**	-0,33**	-0,25**	0,35**	0,46**	0,34**	-0,48**	0,10	-0,05
Propósito en la Vida	0,39**	0,42**	-0,43**	-0,20**	0,49**	0,46**	0,32**	-0,45**	0,07	-0,04
Crecimiento Personal	0,43**	0,36**	-0,32**	-0,14*	0,43**	0,53**	0,35**	-0,28**	0,12	-0,03

Notas: (1) ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral); (2) Sexo: 1 = varón, 2 = mujer; (3) Convivencia: 1 = solo/a, 2 = acompañado/a; (4) Hijos: 1 = sin hijos; 2 = con hijos.

3.2.2. Análisis correlacional entre las Variables Sociodemográficas y el Bienestar.

Tal y como se puede observar en la *Tabla 26*, las correlaciones encontradas en la presente investigación entre las Variables Sociodemográficas y las distintas escalas que miden el Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) fueron escasas y de corte bajo (Cohen, 1988). Las variable sociodemográficas que correlacionaron con más escalas del Bienestar, y que lo hicieron con todas ellas de forma negativa, fueron la Edad (con Satisfacción con la Vida, Afecto Positivo, Relaciones Positivas, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal) y el Número de Años como Sanitario (con Componente Mental, Satisfacción con la Vida, Afecto Positivo, Relaciones Positivas y Crecimiento Personal).

Tabla 26

Correlaciones encontradas entre las Variables Sociodemográficas y las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en la muestra de Personal Sanitario

	Sexo	Edad	Convivencia	Hijos	Años Sanitario
Estado de Salud					
Componente Físico	-0,07	-0,02	-0,02	-0,02	0,01
Componente Mental	-0,12	-0,06	0,17**	0,02	-0,14*
Bienestar Subjetivo					
Satisfacción con la Vida	0,01	-0,15*	0,09	-0,01	-0,15*
Afecto Positivo	-0,03	-0,22**	-0,02	0,20**	-0,19**
Afecto Negativo	0,04	0,02	0,04	0,05	-0,01
Bienestar Psicológico					
Autoaceptación	0,01	-0,05	0,04	0,06	-0,07
Relaciones Positivas	0,09	-0,13*	-0,06	-0,15*	-0,18**
Autonomía	-0,08	0,03	-0,01	0,02	0,09
Dominio del Entorno	0,03	-0,06	0,06	0,01	-0,04
Propósito en la Vida	-0,03	-0,13*	0,08	0,01	-0,09
Crecimiento Personal	-0,03	-0,15*	-0,03	0,11	-0,16**

Notas: (1) ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral);

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral);

(2) Sexo: 1 = varón, 2 = mujer; (3) Convivencia: 1 = solo/a, 2 = acompañado/a;

(4) Hijos: 1 = sin hijos; 2 = con hijos.

3.2.3. Análisis correlacional entre los Factores Psicosociales analizados

En general, y teniendo en cuenta los resultados que se muestran en la *Tabla 27*, la gran mayoría de los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación correlacionan entre sí (excepto Humor y Religión que lo hacen solamente con algunos) alcanzando correlaciones de corte bajo-moderado (Cohen, 1988). En el caso del Afrontamiento de Compromiso son incluso altas (al correlacionar positivamente con Resiliencia y Realización Personal). Las correlaciones entre los factores de Agotamiento Emocional, de Despersonalización y de Afrontamiento de Falta de Compromiso son positivas entre los mismos y negativas con todos los demás factores. Hay que señalar que la correlación entre Afrontamiento de Falta de Compromiso y Religión (que solamente correlaciona con esta variable) fue positiva, aunque baja.

3.2.4. Análisis correlacional entre las escalas que miden el Bienestar

En la *Tabla 28* se muestran las correlaciones encontradas en este estudio entre las distintas escalas que componen el Bienestar dependiendo de la aproximación a la que pertenecen. En general, y a excepción de la escala que mide el Componente Físico, todas las demás escalas correlacionan entre sí, alcanzando correlaciones moderadas-altas (Cohen, 1988).

Si consideramos al Bienestar como un Estado de Salud, el Componente Físico del mismo solamente correlaciona con las tres dimensiones del Bienestar Subjetivo (negativamente en el caso del Afecto Negativo) y con Autoaceptación y Propósito en la Vida. Además las correlaciones alcanzadas por dicho componente son todas de corte bajo (Cohen, 1988). Sin embargo, el Componente Mental correlaciona positivamente con todas las demás escalas del Bienestar Subjetivo (aparte del Afecto Negativo que lo hace de forma negativa) y Psicológico, siendo las correlaciones alcanzadas de corte moderado-alto (Cohen, 1988). Hay que señalar que el Componente Físico y Mental no correlacionan entre sí.

Tabla 27
Correlaciones encontradas entre los Factores Psicosociales analizados en la muestra de Personal Sanitario

	Resiliencia	Apoyo Social	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal	Afrontamiento Compromiso	Afrontamiento Apoyo	Afrontamiento Falta Compromiso	Humor	Religión
Resiliencia										
Apoyo Social	0,31**									
Agotamiento Emocional	-0,26**	-0,29**								
Despersonalización	-0,26**	-0,15*	0,39**							
Realización Personal	0,45**	0,24**	-0,36**	-0,14*						
Afrontamiento Compromiso	0,55**	0,32**	-0,23**	-0,21**	0,56**					
Afrontamiento Apoyo	0,21**	0,33**	-0,25**	0,12*	0,19**	0,36**				
Afrontamiento Falta Compromiso	-0,31**	-0,25**	0,30**	0,38**	-0,26**	-0,35**	0,01			
Humor	0,19**	0,04	0,10	0,05	0,21**	0,33**	0,06	-0,05		
Religión	-0,07	-0,01	0,02	0,09	0,02	0,01	-0,03	0,17**	0,01	

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 28
Correlaciones encontradas entre las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en la muestra de Personal Sanitario

	Bienestar como Estado de Salud		Bienestar Subjetivo			Bienestar Psicológico					
	Componente Físico	Componente Mental	Satisfacción con la Vida	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Auto-aceptación	Relaciones Positivas	Autonomía	Dominio del Entorno	Propósito en la Vida	Crecimiento Personal
Estado de Salud											
Componente Físico											
Componente Mental	0,09										
Bienestar Subjetivo											
Satisfacción con la Vida	0,17**	0,39**									
Afecto Positivo	0,15*	0,36**	0,51**								
Afecto Negativo	-0,23**	-0,45**	-0,32**	-0,24**							
Bienestar Psicológico											
Autoaceptación	0,18**	0,55**	0,62**	0,54**	-0,55**						
Relaciones Positivas	0,09	0,44**	0,47**	0,40**	-0,49**	0,58**					
Autonomía	0,06	0,39**	0,25**	0,36**	-0,46**	0,52**	0,42**				
Dominio del Entorno	0,09	0,55**	0,66**	0,51**	-0,47**	0,75**	0,55**	0,47**			
Propósito en la Vida	0,17**	0,44**	0,63**	0,48**	-0,40**	0,76**	0,55**	0,38**	0,70**		
Crecimiento Personal	0,11	0,45**	0,41**	0,50**	-0,36**	0,58**	0,48**	0,43**	0,52**	0,50**	

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Por lo que respecta al Bienestar Subjetivo, las correlaciones entre sus dimensiones son moderadas-altas (Cohen, 1988), siendo positivas en Satisfacción con la Vida y Afecto Positivo, y negativas entre Afecto Negativo y las dos anteriores. A la hora de correlacionar las dimensiones del Bienestar Subjetivo y Psicológico, los resultados muestran que sus correspondientes escalas alcanzan correlaciones entre todas ellas de corte moderado-alto (Cohen, 1988). Una vez más, en el caso de la Satisfacción con la Vida y el Afecto Positivo las correlaciones son positivas y, en el caso del Afecto Negativo, son todas negativas. Las correlaciones más altas son las obtenidas por la Satisfacción con la Vida con Dominio del Entorno (0,66), Propósito en la Vida (0,63) y Autoaceptación (0,62).

Por último, y respecto a las correlaciones entre las escalas que evalúan el Bienestar Psicológico, la mayoría de las mismas se correlacionan entre sí altamente (Cohen, 1988) y sus correlaciones son todas positivas. De esta manera, la Autoaceptación es la que alcanza los valores más altos con Dominio del Entorno (0,75) y Propósito en la Vida (0,76) e, igualmente, éstas mismas dos escalas obtienen una correlación alta entre sí (0,70).

3.3. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

Para finalizar el estudio con la muestra sanitaria, se llevaron a cabo una serie de análisis de regresión lineal múltiple tras comprobar que se cumplían los supuestos necesarios para garantizar la validez de los modelos propuestos. Los supuestos que se comprobaron fueron: linealidad, independencia, homocedasticidad y normalidad. Además se llevó a cabo el estudio de los puntos influyentes (no existiendo ningún valor de ninguna variable que diera problemas) y el estudio de la multicolinealidad. Este último estudio mereció especial atención, ya que hubo correlaciones altas entre diferentes variables (ver anterior *Análisis Correlacional*), siendo las más altas las obtenidas entre la Autoaceptación con el Dominio del Entorno (0,75) y con el Propósito en la Vida (0,76) y la obtenida entre estas dos últimas escalas (0,70). Sin embargo, al analizar el posible efecto negativo del problema de multicolinealidad, todos los valores de tolerancia para cada variable predictoría fueron mayores que $1-R^2$ (Leech *et al.*, 2005). Por lo tanto, no se dio dicho problema en ninguno de los modelos de regresión lineal múltiple que a continuación se proponen.

Los análisis de regresión lineal múltiple se llevaron a cabo para determinar las Variables Sociodemográficas y los Factores Psicosociales analizados que predecían las diferentes aproximaciones existentes al Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) percibido en dicha muestra.

Teniendo en cuenta los análisis correlacionales, expuestos anteriormente, entre todas las variables analizadas en la presente investigación (ver *Tablas 25, 26 y 27*), y para evitar posibles sesgos producidos por la correlación entre todas ellas, se decidió incluir todas las Variables Sociodemográficas (Sexo, Edad, Convivencias con otras personas, tener o no Hijos y Número de Años como Sanitario) y todos los Factores Psicosociales analizados (Resiliencia, Apoyo Social, Consecuencias del Estrés Laboral y Estrategias de Afrontamiento del mismo) en los posteriores análisis de regresión múltiple. De esta manera, se intentó evitar excluir cualquier variable relevante a la hora de predecir el Bienestar percibido en los profesionales sanitarios.

Con el fin de lograr todo lo anterior, se empleó (como procedimiento de selección de variables en el análisis de regresión lineal múltiple) el método de Pasos Sucesivos (stepwise). Dicho procedimiento es el más frecuentemente usado y, como su propio nombre indica, consiste en ir elaborando sucesivas ecuaciones de regresión en las que se

va añadiendo un predictor más. El primer paso consiste en seleccionar el predictor de máxima correlación simple con el criterio y se define, en consecuencia, una ecuación de regresión simple con esa variable. A continuación se elabora una segunda ecuación de regresión añadiendo a la anterior otro predictor, esta vez el que más proporción de variabilidad explicada aporte sobre la ecuación anterior. Así sucesivamente hasta que no hay más predictores que aporten nada sustantivo, que es cuando el procedimiento acaba. Lo más destacable de este procedimiento es que, en este proceso de elaboración del modelo predictivo definitivo, hay una continua reevaluación de los predictores incluidos en el modelo. De esta forma, si algún predictor queda explicado por los restantes (en el sentido de que carece de contribución específica propia) queda eliminado.

Siguiendo el método de Pasos Sucesivos anteriormente descrito, se llevaron a cabo los análisis de regresión lineal múltiple pertinentes para determinar las Variables Sociodemográficas y los Factores Psicosociales analizados que predecían: a) el Bienestar como Estado de Salud, b) el Bienestar Subjetivo y c) el Bienestar Psicológico percibido en la muestra sanitaria.

Hay que señalar que los modelos de regresión lineal múltiple que se proponen en los siguientes apartados, son los modelos finales obtenidos mediante el empleo del método de Pasos Sucesivos.

3.3.1. Variables que predicen el Bienestar como Estado de Salud

En la *Tabla 29* se muestran los modelos propuestos para predecir el Componente Físico y Mental del Bienestar en la muestra sanitaria empleando el método de Pasos Sucesivos. En dicha tabla se reflejan tanto los coeficientes β tipificados, el valor t y su significación de las variables que forman el modelo, así como el valor de F , su significación y el valor R^2 ajustado para el personal sanitario. Todas las variables predictoras están ordenadas en función de su significación.

En dicha tabla se puede comprobar cómo el Agotamiento Emocional es el único factor que predice el Componente Físico del Bienestar, prediciéndolo negativamente y explicando solamente el 9% del mismo. Sin embargo, el Componente Mental es predicho

negativamente por el Agotamiento Emocional y el Afrontamiento de Falta de Compromiso y, positivamente, por la Resiliencia, la Convivencia con otras personas y el Apoyo Social. De esta manera, el modelo predictivo resultante explica el 39% de dicho componente.

Tabla 29
Análisis de regresión múltiple de las Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados sobre el Bienestar como Estado de Salud en la muestra sanitaria

		Predictor	β	t	Sig.	F _(0,254)	R ²
Componente Físico		Agotamiento Emocional	-0,31	-5,23	0,000	27,37**	0,09
		Predictor	β	t	Sig.	F _(4,250)	R ²
Componente Mental		Agotamiento Emocional	-0,32	-6,01	0,000	33,28**	0,39
		Afrontamiento Falta Compromiso	-0,24	-4,47	0,000		
		Resiliencia	0,19	3,43	0,001		
		Convivencia	0,15	3,04	0,003		
		Apoyo Social	0,14	2,57	0,011		

Notas: (1) ** p < 0,001; (2) el valor de R² es el ajustado; (3) Convivencia: 1 = solo/a, 2 = acompañado/a.

3.3.2. Variables que predicen el Bienestar Subjetivo

Como se puede comprobar en la *Tabla 30*, aunque las dimensiones del Bienestar Subjetivo percibido en los profesionales sanitarios son predichas por diferentes factores, existen variables comunes que las predicen. De esta manera, los factores de Resiliencia, Apoyo Social, Afrontamiento de Apoyo, Realización Personal y el tener o no Hijos, explican (todos ellos de forma positiva) el 51% de la varianza del Afecto Positivo. A los anteriores factores se le añade el Afrontamiento de Falta de Compromiso (este de forma negativa, como el tener o no Hijos) para explicar el 41% de la Satisfacción con la Vida percibida por la muestra sanitaria. Por lo que respecta al Afecto Negativo, el 29% de la varianza del mismo es explicada positivamente por los factores de Agotamiento Emocional y Afrontamiento de Falta de Compromiso y, negativamente, por la Resiliencia, el Apoyo Social y la Realización (estos factores ya eran comunes a la hora de predecir, pero de forma positiva, la Satisfacción con la Vida y el Afecto Positivo).

Tabla 30

Análisis de regresión múltiple de las Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados sobre el Bienestar Subjetivo en la muestra sanitaria

	Predictor	β	t	Sig.	F _(5,249)	R ²
Satisfacción con la Vida	Apoyo Social	0,35	6,36	0,000	30,85**	0,41
	Afrontamiento Falta Compromiso	-0,21	-3,99	0,000		
	Afrontamiento Apoyo	0,21	3,96	0,000		
	Hijos	-0,12	-2,33	0,021		
	Realización Personal	0,13	2,26	0,025		
	Resiliencia	0,13	2,24	0,026		
	Predictor	β	t	Sig.	F _(4,250)	R ²
Afecto Positivo	Resiliencia	0,47	9,28	0,000	54,20**	0,51
	Apoyo Social	0,20	4,02	0,000		
	Afrontamiento Apoyo	0,15	3,09	0,002		
	Realización Personal	0,14	2,87	0,004		
	Hijos	0,11	2,33	0,020		
	Predictor	β	t	Sig.	F _(4,250)	R ²
Afecto Negativo	Agotamiento Emocional	0,22	3,79	0,000	21,94**	0,29
	Afrontamiento Falta Compromiso	0,22	3,76	0,000		
	Apoyo Social	-0,14	-2,42	0,016		
	Realización Personal	-0,13	-2,04	0,043		
	Resiliencia	-0,12	-1,96	0,049		

Notas: (1) ** p<0,001; (2) el valor de R² es el ajustado; (3) Hijos: 1 = sin hijos, 2= con hijos.

3.3.3. Variables que predicen el Bienestar Psicológico

Por último, las variables que predicen el Bienestar Psicológico percibido en el personal sanitario se muestran en la *Tabla 31*. Teniendo en cuenta los resultados expuestos en la misma, y como en el caso del Bienestar Subjetivo, existen variables comunes que predicen cada una de las escalas del Bienestar Psicológico.

Un total de seis factores predicen el 55% de la Autoaceptación: Resiliencia, Apoyo Social, Realización Personal y Afrontamiento de Apoyo, positivamente; y, negativamente, Agotamiento Emocional y Afrontamiento de Falta de Compromiso. Estos mismos factores (excepto la Resiliencia), y en el mismo sentido de regresión, predicen el 44% de la varianza del Propósito en la Vida. En el caso del Crecimiento Personal, la Resiliencia, el

Afrontamiento de Apoyo y el Humor y, de forma negativa, por el Afrontamiento de Falta de Compromiso, prediciendo el 33% de la misma. El Número de Años como Sanitario se añade a los anteriores factores (excepto el Humor), y en el mismo sentido de regresión, a la hora de explicar el 44% de la varianza del Dominio del Entorno. Por último, la escala de Relaciones Positivas es predicha solamente por el Apoyo Social positivamente (teniendo éste un gran peso) y por el Agotamiento Emocional y el Afrontamiento de Falta de Compromiso negativamente. Estos tres factores predicen el 56% de las Relaciones Positivas.

Tabla 31

Análisis de regresión múltiple de las Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados sobre el Bienestar Psicológico en la muestra sanitaria.

Predictor		β	t	Sig.	F _(5,249)	R ²
Autoaceptación	Realización Personal	0,28	5,69	0,000	52,10**	0,55
	Apoyo Social	0,24	5,07	0,000		
	Afrontamiento Falta Compromiso	-0,25	-5,30	0,000		
	Resiliencia	0,17	3,45	0,001		
	Agotamiento Emocional	-0,13	-2,68	0,008		
	Afrontamiento Apoyo	0,09	1,98	0,049		
Predictor		β	t	Sig.	F _(2,252)	R ²
Relaciones Positivas	Apoyo Social	0,64	14,47	0,000	110,44**	0,56
	Afrontamiento Falta Compromiso	-0,18	-4,13	0,000		
	Agotamiento Emocional	-0,12	-2,79	0,006		
Predictor		β	t	Sig.	F _(4,250)	R ²
Autonomía	Resiliencia	0,31	5,36	0,000	26,50**	0,33
	Afrontamiento Falta Compromiso	-0,30	-5,44	0,000		
	Apoyo Social	0,21	3,61	0,000		
	Afrontamiento Apoyo	-0,16	-2,91	0,004		
	Humor	0,10	1,98	0,049		
Predictor		β	t	Sig.	F _(4,250)	R ²
Dominio del Entorno	Afrontamiento Falta Compromiso	-0,31	-6,27	0,000	40,94**	0,44
	Apoyo Social	0,25	4,76	0,000		
	Resiliencia	0,26	4,98	0,000		
	Afrontamiento Apoyo	0,21	3,97	0,000		
	Años Sanitario	0,10	2,02	0,045		
Predictor		β	t	Sig.	F _(4,250)	R ²
Propósito en la Vida	Realización Personal	0,30	5,70	0,000	40,82**	0,44
	Afrontamiento Falta Compromiso	-0,27	-5,25	0,000		
	Apoyo Social	0,19	3,68	0,000		
	Agotamiento Emocional	-0,15	-2,91	0,004		
	Afrontamiento Apoyo	0,13	2,58	0,010		
Predictor		β	t	Sig.	F _(4,250)	R ²
Crecimiento Personal	Afrontamiento Compromiso	0,33	5,14	0,000	29,16**	0,36
	Agotamiento Emocional	-0,14	-2,59	0,000		
	Resiliencia	0,15	2,48	0,014		
	Apoyo Social	0,12	2,20	0,029		
	Afrontamiento Apoyo	0,12	2,16	0,032		

Notas: (1) ** p<0,001; (2) el valor de R² es el ajustado.

Finalmente, se ha creído conveniente elaborar una tabla donde se presenten de manera esquemática todos aquellos factores (Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados) relevantes para el Bienestar percibido en el personal sanitario. En la *Tabla 32* se muestra el sentido de la regresión de cada factor relevante para cada una de las diferentes escalas que evalúan el Bienestar. También se muestra el valor R^2 ajustado para cada escala del Bienestar.

Como se puede observar en la misma, a excepción del Componente Físico que solamente era predicho por el Agotamiento Emocional, el Apoyo Social predice todas las demás escalas del Bienestar de los sanitarios en sentido positivo (a parte del Afecto Negativo que lo hace negativamente). La Resiliencia se constituye como otro factor importante al predecir un mayor número de escalas del Bienestar (excepto el Componente Físico, las Relaciones Positivas y el Propósito en la Vida) de forma positiva (a parte del Afecto Negativo que lo hace, una vez más, de forma negativa). Otro factor destacable es el Afrontamiento de Falta de Compromiso, que predice todas las escalas del Bienestar percibido en los profesionales sanitarios (con excepción del ya mencionado Componente Físico y, además, del Afecto Positivo y Crecimiento Personal) en sentido negativo, a parte del Afecto Negativo que, esta vez, es predicho positivamente. Por último, y por lo que respecta a las escalas del Bienestar que son explicadas en mayor y menor magnitud por los factores analizados en el presente estudio, la escala de Relaciones Positivas es la que más (56%) y la de Componente Físico la que menos (0,09).

Tabla 32
Signo de la regresión de las variables predictoras (Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados) sobre las variables criterio (Bienestar como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico) en la muestra de Personal Sanitario

	Bienestar como Estado de Salud		Bienestar Subjetivo				Bienestar Psicológico				
	Componente Físico	Componente Mental	Satisfacción con la Vida	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Autoaceptación	Relaciones Positivas	Autonomía	Dominio Entorno	Propósito en la Vida	Crecimiento Personal
Sexo											
Edad											
Convivencia		+									
Hijos			-	+							
Años Sanitario									+		
Resiliencia		+	+	+	-	+		+	+		+
Apoyo Social		+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Agotamiento Emocional	-	-			+	-	-			-	-
Despersonalización											
Realización Personal			+	+	-	+				+	
Afrontamiento Compromiso											+
Afrontamiento Apoyo			+	+		+		-	+	-	+
Afrontamiento Falta Compromiso		-	-		+	-	-	-	-	-	
Humor								+			
Religión											
R ² ajustado	0,09	0,39	0,41	0,51	0,29	0,55	0,56	0,33	0,44	0,44	0,36

Nota: (1) Convivencia: 1 = solo/a, 2 = acompañado/a; (2) Hijos: 1 = sin hijos, 2 = con hijos.

ESTUDIO II: Factores relevantes para el Bienestar percibido en el Personal Docente

3.4. ANÁLISIS PRELIMINARES

3.4.1. Análisis de las Variables Sociodemográficas y diferencias encontradas en función de las mismas

Como en el caso del *Estudio I*, se decidió dicotomizar la variable **Convivencia con otras personas**, ya que se observó que la mayoría de los participantes saturaban adecuadamente en sólo dos opciones de respuesta de la misma y que se aumentaba, de esta manera, la parsimonia de los resultados alcanzados. Así, la variable Convivencia con otras personas se decidió dicotomizarla en solo/a o acompañado/a.

Para analizar las características de la muestra en cuanto a Convivencia con otras personas e Hijos en función del Sexo, se utilizó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) y para analizar las diferencias en Edad y Número de Años como Docente entre varones y mujeres (Sexo) se utilizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA).

Tal y como muestra la *Tabla 33*, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a Convivencia con otras personas [$\chi^2 = 1,25$, n.s.] ni en el hecho de tener o no Hijos [$\chi^2 = 0,01$, n.s.] en función del Sexo de los docentes.

Tabla 33
Datos descriptivos sobre Convivencia e Hijos en función del Sexo en la muestra docente

	Total N (%)	Varones N (%)	Mujeres N (%)	χ^2	Sig.
Convivencia					
Solo/a	12 (10)	3 (6,3)	9 (12,5)	1,25	0,264
Acompañado/a	108 (90)	45 (93,7)	63 (87,5)		
Hijos					
Sin hijos	38 (31,7)	15 (31,3)	23 (31,9)	0,01	0,936
Con hijos	82 (68,3)	33 (68,7)	49 (68,1)		

En cuanto a las diferencias en Edad, los análisis de varianza de un factor realizados mostraron esta vez que hubo diferencias significativas en función del Sexo [$F_{(1,119)} = 5,48$; $p < 0,021$]. Por otro lado, asimismo se encontraron diferencias significativas en función del Sexo [$F_{(1,119)} = 5,21$; $p < 0,024$] por lo que respecta a la variable Número de Años como docente. Es decir, los hombres y las mujeres de la muestra docente se diferenciaban en función de su edad y de los años que llevaban trabajando como docentes. En la *Tabla 34* se muestran los estadísticos descriptivos de las variables Edad y Años como Docente en función del Sexo.

Tabla 34

Datos descriptivos sobre Edad y Años como Docente en función del Sexo en la muestra docente

	Varones M (DT)	Mujeres M (DT)	F_(1,119)	Sig.
Edad	45,54 (10,61)	41,46 (8,44)	5,48	0,021
Años Docente	14,69 (9,47)	10,96 (8,27)	5,21	0,024

Al igual que en el *Estudio I*, a continuación se procedió a la estimación del tamaño del efecto de las diferencias encontradas en función del Sexo en la muestra docente. Dicha estimación se llevó a cabo siguiendo el procedimiento propuesto por Leech y colaboradores (2005) e interpretando el resultado alcanzado según Cohen (1988). De esta forma, los tamaños del efecto obtenidos tanto en el caso de la Edad (η parcial = 0,21), como en el de los Años como Docente (η parcial = 0,20), fueron pequeños en ambos casos.

A pesar de que, como se ha podido comprobar, no en todos los casos hubo diferencias significativas entre las Variables Sociodemográficas en función del Sexo en la muestra docente, se decidió incluir todas ellas (Convivencia, Hijos, Edad y Años como Docente) en posteriores análisis. Esta decisión fue tomada teniendo en cuenta los resultados del *Estudio I* (donde se encontraron diferencias significativas en todas las anteriores variables en función del Sexo) y con el objetivo de minimizar las posibles diferencias con la presente muestra debidas a la exclusión de dichas variables.

3.4.2. Estadísticos descriptivos y fiabilidad de las escalas

Seguidamente se procedió al análisis de los estadísticos descriptivos y de la fiabilidad de las escalas empleadas, tanto de los Factores Psicosociales analizados (del Apoyo Social, de la Resiliencia, de las Consecuencias del Estrés Laboral y de las Estrategias de Afrontamiento del mismo), como de las escalas que componían las tres aproximaciones existentes del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico). Como en el *Estudio I* y para determinar la fiabilidad de las escalas, se empleó el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados de estos análisis se muestran en la *Tabla 35* para las escalas que componen los Factores Psicosociales analizados y en la *Tabla 36* para las dimensiones del Bienestar.

En la muestra docente, como en la sanitaria, los estadísticos descriptivos de la misma se sitúan, en general, en torno al punto medio del rango teórico posible de puntuación existente para cada variable psicosocial y psicológica analizada (ver *Tablas 35* y *36*). Igualmente, en este estudio se tomaron como referencia un alfa de Cronbach igual o superior a 0,70 para garantizar que la fiabilidad de la escala era adecuada y aceptable, mientras que valores iguales o superiores que 0,50 se consideraron como suficientes (Nunnally, 1978).

Teniendo en cuenta los resultados de la *Tabla 35*, podemos afirmar que la fiabilidad de las escalas de Resiliencia, Apoyo Social y Consecuencias del Estrés Laboral es aceptable al encontrarse entre 0,86 y 0,71. La excepción es la escala de Despersonalización, con un alfa de Cronbach de 0,61 que puede ser considerado como suficiente (Nunnally, 1978). Sin embargo, y por lo que respecta a las escalas que componen las Estrategias de Afrontamiento al Estrés Laboral, sus fiabilidades varían desde 0,45 (Abandono) a 0,92 (Consumo de Sustancias). Como se puede observar en la *Tabla 35*, la mayoría de los alfa de Cronbach de las anteriores escalas no alcanzan una fiabilidad aceptable y, ni siquiera, suficiente. Por lo tanto se decidió, al igual que en el *Estudio I*, agrupar las distintas Estrategias de Afrontamiento en Categorías del mismo.

Tabla 35

Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las escalas que miden los Factores Psicosociales analizados en la muestra de Personal Docente

	Nº de ítems	α	Media	DT	Rango real	Rango posible
Resiliencia	10	0,86	30,88	4,80	18-40	0-40
Apoyo Social	8	0,83	35,62	3,66	24-40	8-40
Consecuencias del Estrés Laboral						
Agotamiento Emocional	9	0,76	16,53	8,26	0-46	0-54
Despersonalización	5	0,61	7,44	4,34	0-24	0-30
Realización Personal	8	0,71	40,10	5,11	0-48	0-48
Estrategias de Afrontamiento del Estrés Laboral						
Afrontamiento Activo	2	0,64	5,08	1,03	1-6	0-6
Planificación	2	0,57	4,94	1,14	1-6	0-6
Reevaluación Positiva	2	0,59	4,88	1,92	1-6	0-6
Aceptación	2	0,62	4,65	1,28	0-6	0-6
Humor	2	0,88	3,59	1,72	0-6	0-6
Religión	2	0,86	1,66	1,98	0-6	0-6
Utilización Apoyo Emocional	2	0,87	3,94	1,65	0-6	0-6
Utilización Apoyo Instrumental	2	0,78	4,30	1,56	0-6	0-6
Autodistracción	2	0,61	2,87	1,65	0-6	0-6
Negación	2	0,76	0,65	1,14	0-5	0-6
Desahogo	2	0,47	2,00	1,41	0-6	0-6
Consumo de Sustancias	2	0,92	0,18	0,66	0-4	0-6
Abandono	2	0,45	0,43	0,85	0-4	0-6
Autoculpa	2	0,70	2,03	1,52	0-6	0-6

Respecto a las escalas que componen las distintas aproximaciones existentes al Bienestar percibido, y tal y como se muestra en la *Tabla 36*, las fiabilidades más altas son las alcanzadas por las escalas del Bienestar Subjetivo (desde 0,81 a 0,85), que son altas. Considerando al Bienestar como Estado de Salud, tanto las escalas de Componente Físico como Mental tienen una fiabilidad aceptable (0,74 y 0,72 respectivamente). Por último, las escalas que componen el Bienestar Psicológico pueden considerarse que tienen una fiabilidad aceptable, ya que alcanzan alfa de Cronbach que van desde 0,72 (Crecimiento Personal) a 0,81 (Relaciones Positivas). Hay que señalar, sin embargo, que las fiabilidades

de escalas de Autonomía y de Dominio del Entorno pueden considerarse como suficientes al obtener ambas un alfa de Cronbach de 0,61 (Nunnally, 1978).

Tabla 36

Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las escalas que miden las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en la muestra de Personal Docente

	Nº de ítems	α	Media	DT	Rango real	Rango posible
Estado de Salud						
Componente Físico	6	0,74	52,53	6,78	25,7-64,0	0-100
Componente Mental	6	0,72	52,16	7,26	29,0-62,3	0-100
Bienestar Subjetivo						
Satisfacción con la Vida	5	0,85	26,10	4,02	17-34	7-35
Afecto Positivo	10	0,81	37,14	4,98	24-50	10-50
Afecto Negativo	10	0,85	17,44	5,38	10-36	10-50
Bienestar Psicológico						
Autoaceptación	4	0,76	20,59	2,52	13-24	4-24
Relaciones Positivas	5	0,81	25,73	4,37	10-30	5-30
Autonomía	6	0,61	27,99	4,12	16-36	6-36
Dominio del Entorno	5	0,61	25,12	3,46	17-30	5-30
Propósito en la Vida	5	0,73	25,48	3,32	15-30	5-30
Crecimiento Personal	4	0,72	21,08	2,80	12-24	4-24

3.4.3. Categorías de Afrontamiento

Como se pudo comprobar en la *Tabla 35*, a la hora de analizar las fiabilidades de las 14 escalas que componen el “Brief COPE” (Carver, 1997; Pérez-García, 2008) y que miden distintas Estrategias de Afrontamiento, se observó que la mayoría de las mismas no alcanzaban una fiabilidad aceptable.

Dado el gran número de escalas a analizar, y teniendo en cuenta el anterior resultado, se decidió reducir las Estrategias de Afrontamiento a Categorías del mismo para aumentar, una vez más, la parsimonia de los resultados obtenidos y reducir, en consecuencia, el número de análisis a realizar.

Dicha reducción se llevó a cabo en base al anterior estudio expuesto de Arrogante y Pérez-García (2013b) (ver *Estudio I*). La solución factorial resultante en el mismo arrojó una estructura del afrontamiento compuesta por tres factores: **Afrontamiento de Compromiso** (compuesto por las Estrategias de Afrontamiento activo, de Planificación, de Reevaluación positiva y de Aceptación), **Afrontamiento de Apoyo** (con la Utilización de apoyo emocional y la Utilización de apoyo instrumental como estrategias componentes) y **Apoyo de Falta de Compromiso** (compuesto por las estrategias de Autodistracción, Negación, Abandono y Auto-culpa). A estas Categorías del Afrontamiento se añadieron por separado las estrategias de Humor y Religión. Como ya se ha comentado, la estructura jerárquica del afrontamiento obtenida por los anteriores autores apoya las conclusiones a las que llegan Carver y Connor-Smith (2010) en su revisión y son consistentes con los resultados del meta-análisis de Connor-Smith y Fläschsbart (2007).

En la *Tabla 37* se muestran los estadísticos descriptivos y la fiabilidad de las Categorías de Afrontamiento creadas en la muestra de personal docente. Como en el *Estudio I*, se decidió reducir la escala de medida de cada una de ellas a un rango de 0-3, dividiéndose cada estadístico descriptivo entre el número de ítems que componían cada Categoría de Afrontamiento. Esta reducción facilitaba la comparación entre dichas categorías.

Tabla 37
Estadísticos descriptivos y Fiabilidad (α) de las Categorías de Afrontamiento creadas en la muestra de Personal Docente

	Nº de ítems	α	Media	DT	Rango real	Rango posible
Afrontamiento de Compromiso	8	0,77	2,44	0,45	1,13-3	0-3
Afrontamiento de Apoyo	4	0,84	2,06	0,75	0-3	0-3
Afrontamiento de Falta de Compromiso	8	0,52	0,74	0,42	0,13-2	0-3
Humor	2	0,88	1,80	0,86	0-3	0-3
Religión	2	0,86	0,83	0,99	0-3	0-3

Una vez más, las fiabilidades de las escalas que miden las Categorías de Afrontamiento propuestas son mayores a las que miden cada estrategia de Afrontamiento por separado (ver *Tabla 35*), mejorando notablemente. Así, los alfa de Cronbach alcanzados van desde 0,77 (Afrontamiento de Compromiso) a 0,88 (Humor), garantizando una fiabilidad aceptable. Asimismo, el alfa de Cronbach de la categoría de Afrontamiento de Falta de Compromiso (0,52) se puede considerar suficiente (Nunnally, 1978).

3.4.4. Análisis de las diferencias en función del Sexo

A continuación se procedió al análisis de las diferencias en función del **Sexo** en las variables psicológicas consideradas en la presente investigación. Para ello se utilizó un ANOVA de un factor (Sexo).

En primer lugar, se analizaron las diferencias entre hombres y mujeres de la muestra docente en los Factores Psicosociales analizados. En la *Tabla 38* se recogen las medias (con sus desviaciones típicas) y las F, con su significación, correspondientes a los efectos principales obtenidos. En el caso de las Categorías de Afrontamiento se ha considerado la media de las puntuaciones en función del número de ítems incluidos en cada categoría propuesta, ya que dicho estadístico representa de manera más clara y sencilla las diferencias entre las distintas categorías a la hora de establecer comparaciones entre las mismas.

Como se puede observar en dicha tabla, se encontraron diferencias significativas en función del Sexo en Apoyo Social, Despersonalización, Afrontamiento de Apoyo y Religión, puntuando más alto las mujeres en los cuatro factores psicosociales. Por lo tanto, y comparando las medias obtenidas en los mismos, las mujeres de la muestra docente manifestaron percibir un mayor Apoyo Social que los profesores varones, sentirse más despersonalizadas en su trabajo que los mismos y emplear en mayor medida un Afrontamiento de Apoyo y recurrir a la Religión en comparación con los docentes varones, a la hora de enfrentarse a las situaciones estresantes que se daban en su entorno laboral.

Siguiendo el procedimiento propuesto por Leech y colaboradores (2005) e interpretando el resultado alcanzado según Cohen (1988), las diferencias encontradas en función del Sexo de la muestra docente obtuvieron un tamaño del efecto que se puede

considerar pequeño en cuanto al Apoyo Social (η parcial = 0,26), a la Despersonalización (η parcial = 0,19) y a la Religión (η parcial = 0,21); mientras que la diferencia encontrada en cuanto al Afrontamiento de Apoyo obtuvo un tamaño del efecto medio (η parcial = 0,44).

Tabla 38

Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden los Factores Psicosociales analizados en función del Sexo en la muestra de Personal Docente

	Varones M (DT)	Mujeres M (DT)	F_(1,119)	Sig.
Resiliencia	31,46 (5,14)	30,49 (4,56)	1,18	0,279
Apoyo Social	34,44 (4,06)	36,40 (3,16)	8,85	0,004
Consecuencias del Estrés Laboral				
Agotamiento Emocional	15,71 (7,85)	17,07 (8,53)	0,78	0,379
Despersonalización	8,44 (4,54)	6,78 (4,11)	4,32	0,040
Realización Personal	39,60 (5,45)	40,43 (4,88)	0,75	0,387
Estrategias de Afrontamiento al Estrés Laboral				
Afrontamiento Compromiso	2,49 (0,44)	2,41 (0,46)	0,86	0,351
Afrontamiento Apoyo	1,66 (0,81)	2,33 (0,57)	28,93	0,000
Afrontamiento Falta Compromiso	0,78 (0,46)	0,72 (0,40)	0,53	0,470
Humor	1,76 (0,81)	1,82 (0,86)	0,14	0,714
Religión	0,58 (0,83)	1,01 (0,99)	5,59	0,020

En segundo lugar, se analizó si existían diferencias en las diferentes escalas que componían cada aproximación al Bienestar percibido en la muestra docente en función del Sexo. En la *Tabla 39* se recogen las medias (con sus desviaciones típicas) y las F, con su significación, correspondientes a los efectos principales obtenidos. En este caso, se encontraron diferencias significativas en la escala de Relaciones Positivas y Crecimiento Personal a favor de las mujeres una vez más. De esta manera, las mujeres de la muestra

docente manifestaron mantener más relaciones positivas con otras personas y haber crecido más personalmente que los hombres también docentes.

Tabla 39

Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en función del Sexo en la muestra de Personal Docente

	Varones M (DT)	Mujeres M (DT)	F _(1,119)	Sig.
Estado de Salud				
Componente Físico	51,98 (7,33)	52,90 (6,41)	0,53	0,470
Componente Mental	52,95 (6,37)	51,64 (7,80)	0,95	0,333
Bienestar Subjetivo				
Satisfacción con la Vida	26,33 (3,53)	25,94 (4,34)	0,27	0,606
Afecto Positivo	37,79 (5,55)	36,71 (4,56)	1,37	0,245
Afecto Negativo	18,17 (5,35)	16,96 (5,36)	1,46	0,230
Bienestar Psicológico				
Autoaceptación	20,46 (2,73)	20,68 (2,39)	0,22	0,638
Relaciones Positivas	24,17 (4,66)	26,76 (3,86)	11,06	0,001
Autonomía	27,23 (4,15)	28,50 (4,02)	2,79	0,098
Dominio del Entorno	24,60 (3,84)	25,46 (3,17)	1,76	0,187
Propósito en la Vida	25,38 (3,31)	25,56 (3,34)	0,09	0,771
Crecimiento Personal	20,38 (3,06)	21,56 (2,52)	5,32	0,023

Como en el caso anterior, asimismo se procedió a la estimación del tamaño del efecto de las diferencias encontradas en función del Sexo de la muestra docente siguiendo el procedimiento propuesto por Leech y colaboradores (2005) y la interpretación ofrecida por Cohen (1988). De esta forma, se obtuvo un tamaño del efecto medio en cuanto a las Relaciones Positivas (η parcial = 0,29) y pequeño en cuanto al Crecimiento Personal (η parcial = 0,21).

3.5. ANÁLISIS CORRELACIONAL

Dado el elevado número de Variables Sociodemográficas y psicológicas medidas en la presente investigación, y siguiendo la misma estrategia que con la muestra sanitaria, se realizaron cuatro análisis correlacionales entre las mismas:

- entre las Variables Sociodemográficas (Sexo, Edad, Convivencia con otras personas, tener o no Hijos y Número de Años como Sanitario) junto con las escalas pertenecientes a las tres aproximaciones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) y los Factores Psicosociales analizados (Resiliencia, Apoyo Social, Consecuencias del Estrés Laboral y Estrategias de Afrontamiento del mismo),
- entre las Variables Sociodemográficas y las escalas que miden cada dimensión Bienestar,
- entre los Factores Psicosociales analizados entre sí y, por último,
- entre las escalas que miden cada dimensión del Bienestar entre sí.

En cada uno de los anteriores análisis de correlaciones se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, ya que es el índice numérico más comúnmente usado para medir la correlación entre dos variables. Al igual que en el *Estudio I*, la interpretación de este coeficiente se realizó en base a los criterios establecidos por Cohen (1988).

3.5.1. Análisis correlacional entre las Variables Sociodemográficas junto con el Bienestar y los Factores Psicosociales analizados

En la *Tabla 40* se muestran las correlaciones encontradas en este estudio entre las Variables Sociodemográficas junto con las escalas que miden el Bienestar dentro de cada aproximación ofrecida al mismo y los Factores Psicosociales analizados.

En general, y por lo que respecta a las correlaciones encontradas entre las Variables Sociodemográficas y los Factores Psicosociales analizados, éstas fueron escasas y eran en su mayoría de corte bajo (Cohen, 1988), tal y como se puede observar en dicha tabla. Sin embargo, el Afrontamiento de Apoyo alcanzó correlaciones moderadas a la hora de

relacionarse con el Sexo (más en las mujeres), la Edad y el Número de Años como Docente (negativamente con ambos).

Respecto a las correlaciones encontradas entre las escalas del Bienestar y los Factores Psicosociales analizados, las correlaciones fueron variadas y de diferente magnitud dependiendo del factor psicosocial considerado. En general, estas correlaciones son de corte bajo-moderado (Cohen, 1988), excepto la alta correlación entre Apoyo Social y Relaciones Positivas (0,67). Respecto al signo de la correlación, los factores psicosociales de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Afrontamiento de Falta de Compromiso son los que concentran todas las correlaciones negativas con las escalas del Bienestar (aparte del Afecto Negativo, correlacionándose todos ellos positivamente con el mismo). Por lo que respecta a las escalas del Bienestar, es en el Afecto Negativo donde se encuentran todas la correlaciones negativas con los Factores Psicosociales (a excepción, obviamente, con los tres factores anteriormente mencionados).

3.5.2. Análisis correlacional entre las Variables Sociodemográficas y el Bienestar

Tal y como se puede observar en la *Tabla 41*, las correlaciones encontradas en la presente investigación entre las Variables Sociodemográficas y las distintas escalas que miden el Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) fueron escasas y de corte bajo (Cohen, 1988). La excepción la constituye la correlación moderada entre Crecimiento Personal y Número de Años como Docente (-0,31). El Componente Mental es la escala del Bienestar que correlaciona con más Variables Sociodemográficas (positivamente con Edad y Número de Años como Docente y, negativamente con tener o no Hijos).

Tabla 40

Correlaciones encontradas entre las Variables Sociodemográficas y las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) y los Factores Psicosociales analizados en la muestra de Personal Docente

	Consecuencias del Estrés Laboral					Estrategias de Afrontamiento al Estrés Laboral				
	Resiliencia	Apoyo Social	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal	Afrontamiento Compromiso	Afrontamiento Apoyo	Afrontamiento Falta Compromiso	Humor	Religión
Variables Sociodemográficas										
Sexo	-0,10	0,26**	0,08	-0,19*	0,08	-0,09	0,44**	-0,07	0,03	0,21*
Edad	0,17	-0,12	-0,30**	-0,11	0,05	0,06	-0,31**	-0,13	-0,14	-0,03
Convivencia	-0,17	-0,08	0,25**	0,05	-0,10	-0,25**	-0,17	0,09	-0,03	0,10
Hijos	0,01	-0,05	0,09	0,05	-0,08	0,03	0,02	0,12	0,04	-0,09
Años Docente	0,09	-0,17	-0,12	0,02	0,03	-0,01	-0,37**	-0,06	-0,14	0,05
Estado de Salud										
Componente Físico	0,06	0,08	-0,04	-0,11	0,26**	0,12	-0,01	0,11	-0,04	0,04
Componente Mental	0,28**	0,19*	-0,28**	-0,14	0,13	0,24**	0,13	-0,19*	0,14	-0,12
Bienestar Subjetivo										
Satisfacción con la Vida	0,10	0,32**	-0,17	0,07	0,22*	0,09	0,13	-0,35**	0,13	-0,14
Afecto Positivo	0,47**	0,19*	-0,09	0,10	0,35**	0,23*	0,17	0,06	0,28**	0,15
Afecto Negativo	-0,28**	-0,20*	0,32**	0,30**	-0,07	-0,27**	-0,15	0,31**	0,07	0,02
Bienestar Psicológico										
Autoaceptación	0,35**	0,30**	-0,42**	-0,24**	0,34**	0,43**	0,21*	-0,39**	0,14	0,04
Relaciones Positivas	0,05	0,67**	-0,17	-0,14	0,24**	0,09	0,50**	-0,18	0,14	-0,04
Autonomía	0,18*	0,01	-0,08	-0,17	0,21*	0,22*	0,04	-0,34**	0,15	0,10
Dominio del Entorno	0,31**	0,38**	-0,24**	-0,07	0,39**	0,41**	0,38**	-0,23**	0,19*	0,03
Propósito en la Vida	0,31**	0,24**	-0,36**	-0,04	0,48**	0,45**	0,26**	-0,28**	0,22*	-0,11
Crecimiento Personal	0,19*	0,29**	-0,05	-0,10	0,26**	0,36**	0,33**	-0,16	0,03	0,08

Notas: (1) ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral); (2) Sexo: 1 = varón, 2 = mujer; (3) Convivencia: 1 = solo/a, 2 = acompañado/a; (4) Hijos: 1 = sin hijos; 2 = con hijos.

Tabla 41

Correlaciones encontradas entre las Variables Sociodemográficas y las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en la muestra de Personal Docente

	Sexo	Edad	Convivencia	Hijos	Años Sanitario
Estado de Salud					
Componente Físico	0,07	-0,20*	0,01	-0,10	-0,05
Componente Mental	-0,09	0,29**	-0,08	-0,30**	0,21*
Bienestar Subjetivo					
Satisfacción con la Vida	-0,05	0,06	0,29**	-0,22*	0,06
Afecto Positivo	-0,11	-0,08	0,14	-0,01	-0,08
Afecto Negativo	0,11	-0,11	0,19*	0,25**	0,03
Bienestar Psicológico					
Autoaceptación	0,04	0,07	-0,02	-0,14	0,06
Relaciones Positivas	0,29**	-0,08	-0,25**	0,03	-0,17
Autonomía	0,15	0,02	0,04	-0,10	-0,11
Dominio del Entorno	0,12	-0,03	0,01	-0,21*	-0,06
Propósito en la Vida	0,03	0,06	0,06	-0,12	0,01
Crecimiento Personal	0,21*	-0,17	-0,05	0,08	-0,31**

Notas: (1) ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral);

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral);

(2) Sexo: 1 = varón, 2 = mujer; (3) Convivencia: 1 = solo/a, 2 = acompañado/a;

(4) Hijos: 1 = sin hijos; 2 = con hijos.

3.5.3. Análisis correlacional entre los Factores Psicosociales analizados

En general, y teniendo en cuenta los resultados mostrados en la Tabla 42, las correlaciones entre los Factores Psicosociales analizados en el presente estudio son escasas y de corte bajo (Cohen, 1988), a excepción de la correlación entre la Resiliencia y el Afrontamiento de Compromiso (0,59) y entre éste y la Realización Personal (0,54). Lo más destacable de la anterior tabla es el hecho de que el Apoyo Social solamente correlacione con el Afrontamiento de Apoyo (0,46) y que la Religión correlacione negativamente con dicho afrontamiento (-0,29).

3.5.4. Análisis correlacional entre las escalas que miden el Bienestar

En la *Tabla 43* se muestran las correlaciones encontradas en este estudio entre las distintas escalas que componen el Bienestar dependiendo de la aproximación a la que pertenecen. Estas correlaciones son variadas y, siguiendo los criterios de Cohen (1988), abarcan un amplio abanico que va desde el corte bajo (sobre todo las obtenidas por el Componente Físico) pasando por el moderado (las alcanzadas, por ejemplo, por el Afecto Positivo) hasta el corte alto (las obtenidas por la Autoaceptación y la Satisfacción con la Vida con algunas escalas).

La escala del Bienestar que más correlaciona con las demás es Dominio del Entorno y la que menos Componente Físico. Respecto al sentido de la correlación, todas las correlaciones negativas se concentran en el Afecto Negativo con las demás escalas. Las correlaciones más altas son entre la Autoaceptación y el Propósito con la Vida (0,69), entre éste y el Dominio del Entorno (0,69) y entre éste y la Autoaceptación (0,59).

Tabla 42
Correlaciones encontradas entre los Factores Psicosociales analizados en la muestra de Personal Docente

	Resiliencia	Apoyo Social	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal	Afrontamiento Compromiso	Afrontamiento Apoyo	Afrontamiento Falta Compromiso	Humor	Religión
Resiliencia										
Apoyo Social	0,08									
Agotamiento Emocional	-0,26**	-0,05								
Despersonalización	-0,10	-0,04	0,45**							
Realización Personal	0,34**	0,14	-0,34**	-0,16						
Afrontamiento Compromiso	0,59**	0,14	-0,26**	-0,12	0,54**					
Afrontamiento Apoyo	0,12	0,46**	0,11	0,13	0,29**	0,33**				
Afrontamiento Falta Compromiso	-0,11	-0,07	0,33**	0,35**	-0,18*	-0,12	0,14			
Humor	0,36**	0,12	0,19*	-0,05	0,42**	0,44**	0,26**	0,01		
Religión	0,15	0,11	0,08	0,08	0,20	0,29**	-0,29**	0,17	0,06	

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 43
Correlaciones encontradas entre las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en la muestra de Personal Docente

	Bienestar como Estado de Salud		Bienestar Subjetivo				Bienestar Psicológico				
	Componente Físico	Componente Mental	Satisfacción con la Vida	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Auto-aceptación	Relaciones Positivas	Autonomía	Dominio del Entorno	Propósito en la Vida	Crecimiento Personal
Estado de Salud											
Componente Físico											
Componente Mental	0,29**										
Bienestar Subjetivo											
Satisfacción con la Vida	-0,01	0,22*									
Afecto Positivo	0,20*	0,01	0,35**								
Afecto Negativo	-0,19*	-0,34**	0,04	0,15							
Bienestar Psicológico											
Autoaceptación	0,06	0,34**	0,52**	0,39**	-0,29**						
Relaciones Positivas	0,01	0,23*	0,29**	0,11	-0,29**	0,22*					
Autonomía	0,21*	0,05	0,08	0,12	-0,22*	0,23*	0,01				
Dominio del Entorno	0,16	0,30**	0,55**	0,36**	-0,32**	0,59**	0,43**	0,29**			
Propósito en la Vida	0,08	0,32**	0,53**	0,43**	-0,16	0,69**	0,23*	0,17	0,69**		
Crecimiento Personal	0,02	0,01	0,07	0,39**	-0,13	0,29**	0,31**	0,10	0,25**	0,24**	

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

3.6. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

Para finalizar el estudio con la muestra docente, y al igual que en el *Estudio I*, se llevaron a cabo una serie de análisis de regresión lineal múltiple tras comprobar que se cumplieran supuestos necesarios para garantizar la validez de los modelos propuestos. Asimismo, los supuestos que se comprobaron fueron: linealidad, independencia, homocedasticidad y normalidad. Igualmente se llevó a cabo el estudio de los puntos influyentes (no existiendo ningún valor de ninguna variable que diera problemas) y el estudio de la multicolinealidad. Como pasara en el *Estudio I*, el estudio de la multicolinealidad mereció especial atención, ya que hubo correlaciones altas entre diferentes variables (ver anterior *Análisis Correlacional*), siendo las más altas las obtenidas entre la Autoaceptación y el Propósito con la Vida (0,69), entre éste y el Dominio del Entorno (0,69) y entre éste y la Autoaceptación (0,59). Sin embargo, al analizar el posible efecto negativo del problema de multicolinealidad, todos los valores de tolerancia para cada variable predictoría fueron mayores que $1-R^2$ (Leech *et al.*, 2005). Por lo tanto, tampoco se dio dicho problema en ninguno de los modelos de regresión lineal múltiple que a continuación se proponen para la muestra docente.

Los análisis de regresión lineal múltiple se realizaron para determinar las Variables Sociodemográficas y los Factores Psicosociales analizados que predecían las diferentes aproximaciones existentes al Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) percibido en dicha muestra.

Al igual que en el *Estudio I*, se tuvieron en cuenta los análisis correlacionales, expuestos anteriormente entre todas las variables analizadas en el presente estudio (ver *Tablas 40, 41 y 42*), decidiéndose incluir todas las Variables Sociodemográficas (Sexo, Edad, Convivencia con otras personas, tener o no Hijos y Número de Años como Sanitario) y todos los Factores Psicosociales analizados (Resiliencia, Apoyo Social, Consecuencias del Estrés Laboral y Estrategias de Afrontamiento del mismo) en los posteriores análisis de regresión múltiple. De esta manera, se intentó evitar excluir cualquier variable relevante a la hora de predecir el Bienestar percibido en los profesionales sanitarios, evitándose posibles sesgos producidos por la correlación entre todas las anteriores variables.

Como en el anterior estudio, se seleccionó (como procedimiento de selección de variables en el análisis de regresión lineal múltiple) el método de Pasos Sucesivos

(stepwise). Este método fue ya ampliamente explicado en el *Estudio I* y consiste, básicamente, en ir elaborando sucesivas ecuaciones de regresión hasta conseguir un modelo predictivo definitivo con los predictores más relevantes.

Siguiendo el método de Pasos Sucesivos, se llevaron a cabo los análisis de regresión lineal múltiple pertinente para determinar las Variables Sociodemográficas y los Factores Psicosociales analizados que predecían: a) el Bienestar como Estado de Salud, b) el Bienestar Subjetivo y c) el Bienestar Psicológico percibido en la muestra docente.

Hay que señalar que, igual que en el *Estudio I*, los modelos de regresión lineal múltiple que se proponen en los siguientes apartados, son los modelos finales obtenidos mediante el empleo del método de Pasos Sucesivos.

3.6.1. Variables que predicen el Bienestar como Estado de Salud

En la *Tabla 44* se muestran los modelos propuestos para predecir el Componente Físico y Mental del Bienestar en la muestra docente empleando el método de Pasos Sucesivos. En dicha tabla se reflejan tanto los coeficientes β tipificados, el valor t y su significación de las variables que forman el modelo, así como el valor de F , su significación y el valor R^2 ajustado para el personal docente. Todas las variables predictoras están ordenadas en función de su significación.

En dicha tabla se puede comprobar como, por un lado, el 14% del Componente Físico es explicado negativamente por la Edad y el Humor y, positivamente, por la Realización Personal. Por otro lado, la Edad, la Resiliencia y el Afrontamiento de Apoyo (los tres de forma positiva) y el tener o no Hijos y la Religión (ambos de forma negativa) explican el 24% de la varianza del Componente Mental. Es destacable que la Edad sea la variable común que prediga los dos componentes del Bienestar considerado como Estado de Salud, y que lo haga negativamente con el Componente Físico y positivamente con el Componente Mental.

Tabla 44

Análisis de regresión múltiple de las Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados sobre el Bienestar como Estado de Salud en la muestra docente

	Predictor	β	t	Sig.	F (2,117)	R ²
Componente Físico	Realización Personal	0,37	3,93	0,000	7,29**	0,14
	Edad	-0,25	-2,91	0,004		
	Humor	-0,23	-2,46	0,015		
	Predictor	β	t	Sig.	F (4,115)	R ²
Componente Mental	Hijos	-0,53	-2,93	0,004	8,65**	0,24
	Resiliencia	0,25	2,95	0,004		
	Religión	-0,25	-2,93	0,004		
	Afrontamiento Apoyo	0,25	2,83	0,006		
	Edad	0,23	2,53	0,013		

Notas: (1) ** p<0,001; (2) el valor de R² es el ajustado;
 (3) Hijos: 1 = sin hijos, 2 = con hijos.

3.6.2. Variables que predicen el Bienestar Subjetivo

Como se puede comprobar en la *Tabla 45*, los factores que predicen el Bienestar Subjetivo percibido en la muestra docente son variados dependiendo de la escala del mismo, no existiendo ningún factor común que prediga a las tres.

Por que respecta a la Satisfacción con la Vida, el 39% de la misma es explicada positivamente por la Convivencia con otras personas, el Apoyo Social y la Despersonalización y, negativamente, por el Afrontamiento de Falta de Compromiso y el Agotamiento Emocional. La varianza del Afecto Positivo viene explicada positivamente en un 34% por la Convivencia con otras personas, la Resiliencia, el Apoyo Social, la Despersonalización y la Realización Personal. Respecto al Afecto Negativo, se encontraron hasta seis factores que predicen el 28% del mismo. Así, el tener o no Hijos, el Número de Años como Docente, el Agotamiento Emocional, el Afrontamiento de Falta de Compromiso y el Humor lo predicen positivamente y, negativamente, la Resiliencia. Resulta destacable que la Despersonalización prediga positivamente tanto la Satisfacción con la Vida como el Afecto Positivo percibido en la muestra docente.

Tabla 45

Análisis de regresión múltiple de las Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados sobre el Bienestar Subjetivo en la muestra docente

	Predictor	β	t	Sig.	F (4,115)	R ²
Satisfacción con la Vida	Afrontamiento Falta Compromiso	-0,38	-4,89	0,000	16,16**	0,39
	Convivencia	0,40	5,32	0,000		
	Apoyo Social	0,32	4,47	0,000		
	Despersonalización	0,31	3,72	0,000		
	Agotamiento Emocional	-0,26	-3,12	0,002		
	Predictor	β	t	Sig.	F (4,115)	R ²
Afecto Positivo	Resiliencia	0,44	5,52	0,000	13,39**	0,34
	Convivencia	0,24	3,17	0,002		
	Realización Personal	0,23	2,90	0,004		
	Despersonalización	0,17	2,28	0,024		
	Apoyo Social	0,15	2,03	0,045		
	Predictor	β	t	Sig.	F (5,114)	R ²
Afecto Negativo	Resiliencia	-0,32	-3,70	0,000	8,71**	0,28
	Hijos	0,29	3,44	0,001		
	Humor	0,25	2,95	0,004		
	Años Docente	0,25	2,85	0,005		
	Agotamiento Emocional	0,24	2,74	0,007		
	Afrontamiento Falta Compromiso	0,17	2,04	0,043		

Notas: (1) ** p<0,001; (2) el valor de R² es el ajustado; (3) Convivencia: 1 = solo/a, 2 = acompañado/a; (4) Hijos: 1 = sin hijos, 2 = con hijos.

3.6.3. Variables que predicen el Bienestar Psicológico

Por último, las variables que predicen el Bienestar Psicológico percibido en el personal docente se muestran en la *Tabla 46*. A pesar de que no se encontró ningún factor común que predijera las seis escalas del Bienestar Psicológico de dicha muestra, tanto el Apoyo Social como el Afrontamiento de Compromiso predijeron cinco de las mismas (el primero no predijo la Autonomía y el segundo no predijo las Relaciones Positivas).

Es destacable que un total de seis factores predicen el 41% del Propósito en la Vida: Convivencia con otras personas, Apoyo Social, Realización Personal, Afrontamiento

de Compromiso, positivamente; y, negativamente, Agotamiento Emocional y Religión. Sin embargo, el 14% de la varianza de la Autonomía viene explicada por dos factores: el Afrontamiento de Compromiso de forma positiva y, de forma negativa, el Afrontamiento de Falta de Compromiso. A estos dos factores (y en el mismo sentido de la regresión) se les añade la Convivencia con otras personas, el Apoyo Social (ambos positivamente) y el Agotamiento Emocional (éste negativamente) a la hora de predecir el 40% de la Autoaceptación. Las Relaciones Positivas es la escala del Bienestar Psicológico que es explicada en mayor proporción por los factores analizados en el presente estudio (un total del 56% de la misma es explicada por ellos). De esta manera, el Apoyo Social (que lo hace en gran medida) y el Afrontamiento de Apoyo predicen positivamente esta escala, mientras que lo hacen negativamente la Convivencia con otras Personas, el Afrontamiento de Falta de Compromiso y la Religión. Respecto a la escala de Dominio del Entorno, el 31% de la misma viene predicha de forma positiva por el Apoyo Social, la Realización Personal y el Afrontamiento de Compromiso y, de forma negativa, por el tener o no Hijos. Por último, el Apoyo Social y el Afrontamiento de Compromiso predicen positivamente el Crecimiento Personal percibido en los docentes, mientras que el Número de Años como Docente lo hace negativamente. Así, el 24% de la varianza de dicha escala viene explicada por los anteriores factores.

Tabla 46

Análisis de regresión múltiple de las Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados sobre el Bienestar Psicológico en la muestra docente

	Predictor	β	t	Sig.	F _(4,115)	R ²
Autoaceptación	Afrontamiento Compromiso	0,33	4,41	0,000	16,78**	0,40
	Afrontamiento Falta Compromiso	-0,25	-3,34	0,001		
	Apoyo Social	0,24	3,28	0,001		
	Agotamiento Emocional	-0,28	-3,52	0,001		
	Convivencia	0,18	2,34	0,021		
	Predictor	β	t	Sig.	F _(4,115)	R ²
Relaciones Positivas	Apoyo Social	0,53	7,69	0,000	31,49**	0,56
	Afrontamiento Apoyo	0,30	4,12	0,000		
	Religión	-0,18	-2,87	0,005		
	Convivencia	-0,16	-2,53	0,013		
	Afrontamiento Falta Compromiso	-0,14	-2,14	0,035		
	Predictor	β	t	Sig.	F _(1,118)	R ²
Autonomía	Afrontamiento Falta Compromiso	-0,32	-3,71	0,000	10,33**	0,14
	Afrontamiento Compromiso	0,19	2,16	0,033		
	Predictor	β	t	Sig.	F _(3,116)	R ²
Dominio del Entorno	Apoyo Social	0,30	3,92	0,000	14,60**	0,31
	Afrontamiento Compromiso	0,27	2,95	0,004		
	Hijos	-0,18	-2,37	0,020		
	Realización Personal	0,19	2,14	0,035		
	Predictor	β	t	Sig.	F _(5,114)	R ²
Propósito en la Vida	Afrontamiento Compromiso	0,36	4,01	0,000	14,63**	0,41
	Religión	-0,25	-3,26	0,002		
	Realización Personal	0,27	3,02	0,003		
	Convivencia	0,21	2,83	0,005		
	Apoyo Social	0,18	2,54	0,012		
	Agotamiento Emocional	-0,20	-2,49	0,014		
	Predictor	β	t	Sig.	F _(2,117)	R ²
Crecimiento Personal	Afrontamiento Compromiso	0,33	4,07	0,000	13,72**	0,24
	Años Docente	-0,27	-3,39	0,001		
	Apoyo Social	0,20	2,44	0,016		

Notas: (1) ** p<0,001; (2) el valor de R² es el ajustado;

(3) Convivencia: 1 = solo/a, 2 = acompañado/a; (4) Hijos: 1 = sin hijos, 2 = con hijos.

Finalmente, y al igual que en el *Estudio I*, se ha creído conveniente elaborar una tabla donde se presenten de manera esquemática todos aquellos factores (Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados) relevantes para el Bienestar percibido en el personal docente. En la *Tabla 47* se muestra el sentido de la regresión de cada factor relevante para cada una de las diferentes escalas que evalúan el Bienestar. También se muestra el valor R^2 ajustado para cada escala del Bienestar.

Como se puede observar en la misma, las Variables Sociodemográficas predicen algunas de las escalas empleadas en el presente estudio para evaluar el Bienestar de los docentes. De entre ellas, la Convivencia con otras personas es la variable que más escalas predice. Sin embargo, y dentro de los Factores Psicosociales, el Apoyo Social es el factor más relevante a la hora de predecir el Bienestar percibido en esta muestra, prediciendo positivamente hasta un total de siete escalas que evalúan el mismo (Satisfacción con la Vida, Afecto Positivo y todas las escalas que miden el Bienestar Psicológico a excepción de la Autonomía). Otro factor destacable es el Afrontamiento de Compromiso que predice positivamente todas las escalas que evalúan el Bienestar Psicológico menos la de Relaciones Positivas. Hay que señalar que, el Afrontamiento de Falta de Compromiso también predice cinco escalas del Bienestar percibido en los docentes: una de forma positiva (Afecto Negativo) y cuatro de forma negativa (Satisfacción con la Vida, Autoaceptación, Relaciones Positivas y Autonomía). Por último, y por lo que respecta a las escalas del Bienestar que son explicadas en mayor y menor magnitud por los factores analizados en el presente estudio, la escala de Relaciones Positivas es la que más (56%) y las de Componente Físico y Autonomía las que menos (14% ambas).

Tabla 47
Signo de la regresión de las variables predictoras (Variables Sociodemográficas y Factores Psicosociales analizados) sobre las variables criterio (Bienestar como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico) en la muestra de Personal Docente

	Bienestar como Estado de Salud		Bienestar Subjetivo				Bienestar Psicológico				
	Componente Físico	Componente Mental	Satisfacción con la Vida	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Autoaceptación	Relaciones Positivas	Autonomía	Dominio Entorno	Propósito en la Vida	Crecimiento Personal
Sexo											
Edad	-	+									
Convivencia			+	+		+	-			+	
Hijos		-			+				-		
Años Sanitario					+						-
Resiliencia		+		+	-						
Apoyo Social			+	+		+	+		+	+	+
Agotamiento Emocional			-		+	-				-	
Despersonalización			+	+							
Realización Personal	+			+					+	+	
Afrontamiento Compromiso						+		+	+	+	+
Afrontamiento Apoyo		+					+				
Afrontamiento Falta Compromiso			-		+	-	-	-			
Humor	-				-						
Religión		-					-			-	
R² ajustado	0,14	0,24	0,39	0,34	0,28	0,40	0,56	0,14	0,31	0,41	0,24

Notas: (1) Convivencia: 1 = solo/a, 2 = acompañado/a; (2) Hijos: 1 = sin hijos, 2 = con hijos.

ESTUDIO III: Estructura del Bienestar Percibido en el Personal Sanitario

Como ya se ha comentado al principio del apartado de *Resultados*, para la realización del *Estudio III* se empleó el programa AMOS (*Analysis of Moment Structures*) versión 21.0 (componente integrado en el SPSS de la misma versión). Mediante este programa se llevaron a cabo los Análisis Factoriales Confirmatorios (AFC) con el fin de encontrar un modelo estructural del Bienestar percibido en el personal sanitario. Hay que señalar que, el AFC está encuadrado dentro de los Modelos de Ecuaciones Estructurales (*SEM, Structural Equation Models*) que, en general, se considera como una técnica que combina tanto la regresión múltiple como el análisis factorial.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en la presente investigación, el *Estudio III* se dividió en dos partes diferenciadas:

- 1. Modelo estructural del Bienestar:** el propósito de la elaboración de este modelo era compararlo con la estructura del Bienestar obtenida por autores como Keyes y colaboradores (2002) y Linley y colaboradores (2009). En dicho modelo se pretendió incluir, además del Bienestar Subjetivo y Psicológico, el Bienestar considerado como Estado de Salud.
- 2. Modelo estructural del Bienestar percibido en el personal sanitario:** al modelo anteriormente obtenido se añadieron aquellos Factores Psicosociales (la Resiliencia, el Apoyo Social, las Consecuencias del Estrés Laboral y las Estrategias de Afrontamiento del mismo) relevantes para el Bienestar percibido en dicha muestra.

Dado que el AFC es una técnica de análisis ciertamente exigente (Byrne, 2001), la preparación previa de los datos antes de su análisis resulta crucial por dos razones:

- La mayor parte de los métodos de estimación en SEM (donde se incluye el AFC) imponen ciertas asunciones sobre la distribución de los datos, y
- Ciertos problemas relacionados con los datos pueden hacer que el AFC fracase en encontrar una solución plausible.

Por todo lo anterior, previamente a la elaboración de los anteriores modelos estructurales se procedió a la comprobación de los siguientes requisitos:

- **Normalidad multivariada:** este requisito se cumplió al transformar todas las puntuaciones originales en cada variable analizada, con el objetivo de que los nuevos valores tuviera una distribución más próxima a la normal. La transformación que se escogió fue la función logarítmica ($\log_{10}X$) que es la más común en estos casos (Hair, Black, Babin, Anderson y Tatham, 2006). Mediante esta transformación de los datos se consiguió controlar los casos atípicos multivariados (outliers), remediándose posibles problemas provocados por asimetría o curtosis extremas.
- **Homocedasticidad:** mediante el examen de dispersigramas bivariados se comprobó la falta de la misma en los datos empleados.
- **Multicolinealidad:** se comprobó que los datos empleados estuvieran libres de multicolinealidad, no existiendo una correlación muy elevada entre las variables analizadas en la presente investigación. Como se pudo comprobar en los apartados de *Análisis Correlacional* del *Estudio I*, no se obtuvo ningún valor superior a $r = 0,85$ que pudiera señalar potenciales problemas (Kline, 2005).
- **VARIABLES RELEVANTES:** en los modelos evaluados en el presente estudio solamente se incluyeron aquellas variables que pudieran ser relevantes en base a la evidencia científica existente (ver *Revisión Teórica*) y a los Análisis Correlacionales y de Regresión Lineal Múltiple llevados a cabo en el *Estudio I*.
- **Modelos supraidenticados:** como se podrá comprobar posteriormente, los modelos evaluados en el presente estudio son todos supraidenticados. Esto implica que los grados de libertad fueron siempre positivos al ser el número de datos mayor que el de parámetros a estimar. Hay que señalar que, cuanto más grados de libertad, más parsimonioso es el modelo.
- **Número mínimo de observaciones:** la muestra sanitaria supera los 150 participantes, valor mínimo adecuado de observaciones considerado por Kline (2005). Este mismo autor indica que una muestra adecuada debería tener entre 10 a 20 participantes por parámetro estimado, requisito que también se cumple en la muestra sanitaria.

- **Número de indicadores por variable latente:** como se comprobará posteriormente, cada constructo (variable latente) dispone al menos de 3 escalas (variables independientes o indicadores).
- **Número de indicadores del modelo:** los modelos evaluados en el presente estudio no superan los 30 indicadores, por lo que pueden ser considerados como eficaces (Bentler y Chu, 1987).

Tras comprobar los requisitos expuestos, se llevó a cabo la elaboración de los modelos estructurales anteriormente especificados y que pudieran dar cuenta del Bienestar percibido en el personal sanitario.

3.7. MODELO ESTRUCTURAL DEL BIENESTAR

En base a los modelos de la estructura del Bienestar elaborados por Keyes y colaboradores (2002) y Linley y colaboradores (2009), se procedió a la realización del AFC de los mismos. Es decir, se emplearon dichos modelos previamente establecidos a modo de Análisis Factoriales Exploratorios (AFE) para probar las hipótesis y teorías de los anteriores autores, mediante el AFC pertinente. Asimismo, se comprobó si en el modelo resultante había cabida para el Bienestar considerado como Estado de Salud, aproximación del Bienestar no contemplada por dichos autores.

Como método de estimación del AFC realizado, se empleó el de Máxima Verosimilitud (*ML, Maximum Likelihood*) del programa AMOS versión 21.0 por ser un método estándar que facilita posibles comparaciones con otros estudios (Dunn, Everitt y Pickles, 1993). Debido a que el propósito del presente estudio era comparar el modelo resultante con otros modelos teóricos y a que dicho método también fue empleado por Keyes y colaboradores (2002) y Linley y colaboradores (2009), se consideró el de ML como el método más idóneo. Hay que señalar que, autores como Bentler (1995) han indicado que los datos basados en cuestionarios tipo Likert (como es el caso de las escalas empleadas en esta investigación) pueden presentar problemas de distribución normal, por lo que recomiendan utilizar otros métodos. Sin embargo, y como ya se ha comentado, estos problemas se solventaron con los datos empleados en este estudio transformando sus

puntuaciones. Por lo tanto, y una vez cumplidos los supuestos de normalidad multivariada, el método de ML se constituye como una técnica eficiente y no sesgada.

Por otro lado, hay poco acuerdo entre los investigadores para determinar cuál es el mejor índice de ajuste a utilizar en el AFC (Hoyle y Panter, 1995), siendo lo más adecuado para aceptar o rechazar un modelo emplear una combinación de varios índices. De esta manera, la literatura recomienda emplear múltiples indicadores para evaluar el ajuste del modelo (Hu y Bentler, 1995, 1999). Entre los más utilizados destacan: el estadístico chi-cuadrado (χ^2), la razón de chi-cuadrado sobre los grados de libertad ($\chi^2/g.l.$), la raíz cuadrada media residual estandarizada (*SRMR, Standardized Root Mean Square Residual*), el índice de bondad de ajuste (*GFI, Goodness of Fit Index*), el índice modificado de bondad de ajuste (*AGFI, Adjusted Goodness of Fit Index*), el índice de ajuste comparativo (*CFI, Comparative Fit Index*) y la raíz cuadrada media de error de aproximación (*RMSEA, Root Mean Square Error of Approximation*).

Todos los anteriores índices se tuvieron en cuenta a la hora de evaluar el ajuste de los modelos alcanzados mediante los AFC llevados a cabo en el presente estudio. Los valores críticos de referencia de los mismos considerados en esta investigación son los siguientes:

- χ^2 : su valor es la medida tradicionalmente utilizada para evaluar el ajuste global del modelo. Para la interpretación del mismo se tienen en cuenta su significación y la razón de chi-cuadrado sobre los grados de libertad ($\chi^2/g.l.$). Por lo que respecta a su significación, el χ^2 debería no ser significativo, ya que se rechazaría la hipótesis nula de que el modelo se ajusta perfectamente a los datos de la población. Sin embargo, el χ^2 es muy sensible al tamaño de la muestra (Jöreskog y Sörbom, 1984). De esta manera, existe evidencia de que el valor de χ^2 aumenta al incrementarse el número de sujetos, por lo que, con una muestra elevada como la empleada en este estudio, es normal encontrar un χ^2 elevado y estadísticamente significativo, sin que ello suponga que el modelo no se ajusta a los datos, debiendo basarnos más bien en otros estadísticos de bondad de ajuste como los parciales (Crowley y Fan, 1997). Lo que se intenta obtener, por lo tanto, es un χ^2 lo más pequeño posible. Para ello se emplea la razón $\chi^2/g.l.$ como estándar para juzgar si el valor de χ^2 es grande o pequeño. Respecto al valor de referencia de dicha razón no existe un consenso unánime. El criterio más restrictivo es el Byrne (1989) que

considera que debe ser menor o igual a 2. Marsh y Hocevar (1985) indican que valores menores o iguales a 2 y mayores o iguales a 5 son aceptables. Para Carmines y McIver (1981) valores menores o iguales a 3 son recomendables. Por último Wheaton, Muthén, Alwin y Summers (1977) al igual que Bentler (1989) sugieren que ratios de aproximadamente 5 o menos son indicadores de ajuste aceptables entre los datos de la muestra y el modelo hipotético.

- **SRMR:** cuanto más se acerque su valor a 0 es mejor. Se consideran que valores inferiores a 0,08 son aceptables (Hu y Bentler, 1999).
- **CFI y GFI:** mejor cuanto más próximo este su valor de 1. Valores superiores a 0,90 indican un ajuste satisfactorio y valores superiores a 0,95 un ajuste óptimo (Hu y Bentler, 1995; Jöreskog y Sörbom, 1984).
- **AGFI:** cuanto más se acerque su valor a 1 es mejor. Se consideran que valores superiores a 0,8 indican un buen ajuste del modelo a los datos (Jöreskog y Sörbom, 1984).
- **RMSEA:** se considera que un modelo es totalmente rechazable cuando el RMSEA es superior a 0,10 (Browne y Cudeck, 1993). Estos mismos autores consideran que valores de 0,08 a 0,10 son suficientes; de 0,06 a 0,08 son recomendables y aceptables; y óptimos si sus valores están por debajo de 0,05. Asimismo, hay que señalar que también se considera el valor de RMSEA situado por debajo del 90% del intervalo de confianza para rechazar o aceptar los modelos propuestos.

Una vez comentados el método de estimación utilizado, los índices de ajuste y sus valores críticos de referencia, se procedió a la elaboración del modelo. El modelo obtenido alcanzó un valor aceptable del estadístico chi-cuadrado [$\chi^2 (255) = 102,80; 26 \text{ g.l.}; p < 0,001$] y una razón $\chi^2/\text{g.l.}$ de 3,95 aceptable según Wheaton y colaboradores (1977) y Bentler (1989). Asimismo, todos los pesos de regresión estandarizados fueron significativos. Respecto a los demás índices de ajuste, éstos también resultaron ser aceptables: SRMR = 0,053; GFI = 0,915; AGFI = 0,853 y CFI = 0,936. Sin embargo, el valor del índice RMSEA fue superior a 0,10 (RMSEA = 0,118), lo que haría rechazar el modelo obtenido.

La decisión de rechazar definitivamente el modelo se tomó a la hora de contemplar el diagrama *path* (o de vectores) resultante. En la *Figura 10* se muestra dicho diagrama donde se pueden observar los coeficientes estandarizados de regresión entre las diferentes escalas del Bienestar y los constructos creados de Bienestar Subjetivo y Psicológico.

Además, se muestra la correlación entre dichos constructos. En dicha figura, ya se observa que el modelo obtenido no se ajusta a los modelos del Bienestar de Keyes y colaboradores (2002) y Linley y colaboradores (2009) al alcanzarse relaciones entre las variables contrarias a la propia teoría del Bienestar desde la Psicología. De esta manera, si consideramos el modelo obtenido, la Satisfacción con la Vida y el Afecto Positivo correlacionan negativamente con el Bienestar Subjetivo. Sin embargo, el modelo obtenido es aún más rechazable si consideramos la correlación entre Bienestar Subjetivo y Psicológico (-1,04). A pesar de que el programa AMOS v.21 acepte correlaciones mayores de 1, éstas no son teóricamente plausibles. Además, la correlación negativa entre Bienestar Subjetivo y Psicológico no es aceptable desde la evidencia científica existente (ver *Revisión Teórica*).

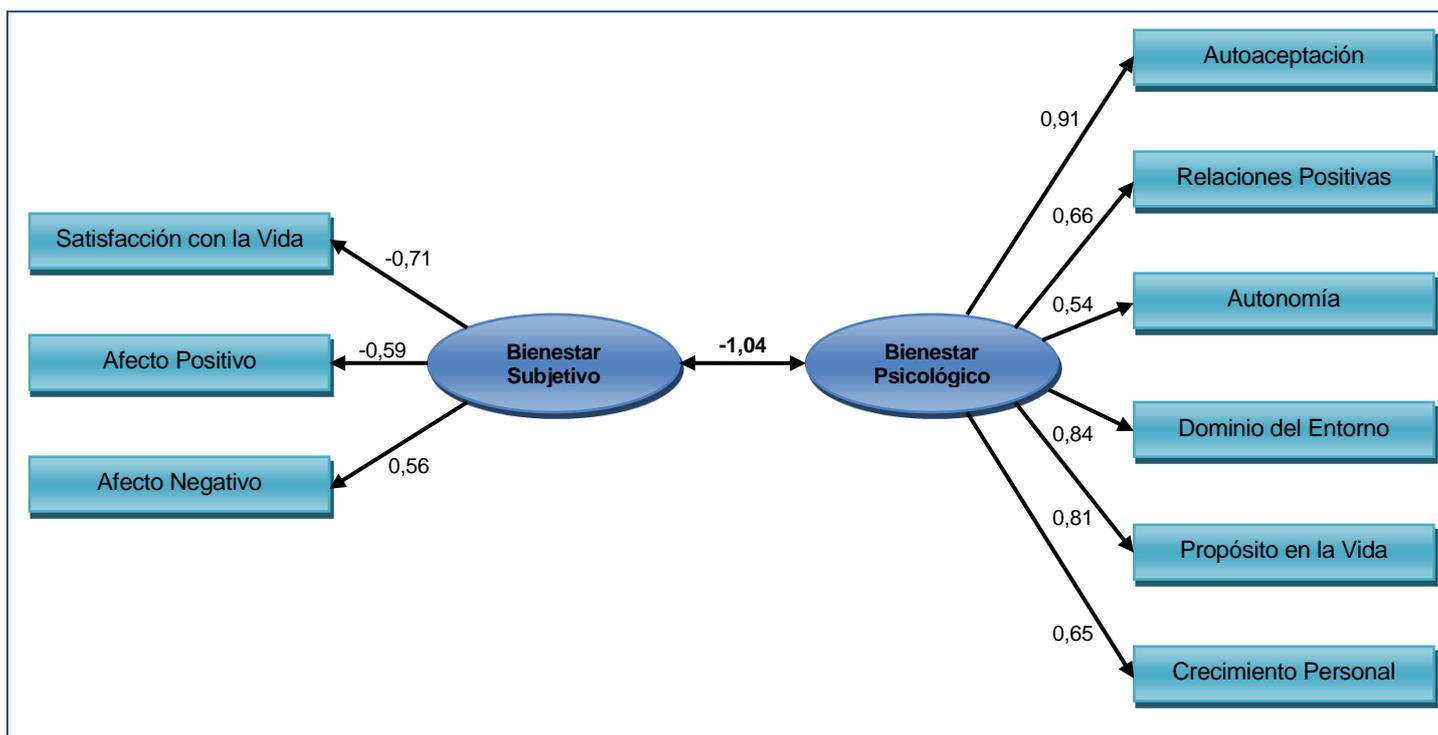


Figura 10. Modelo estructural rechazado del Bienestar en la muestra de Personal Sanitario tomando como modelos teóricos los obtenidos por Keyes *et al.* (2002) y Linley *et al.* (2009)

Nota: Los coeficientes de regresión son estandarizados

En vista de los resultados obtenidos, se decidió elaborar un modelo estructural del Bienestar alternativo al de Keyes y colaboradores (2002) y Linley y colaboradores (2009). Siguiendo el mismo procedimiento previo a la elaboración de los modelos definitivos propuestos por los anteriores autores, se llevó a cabo el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de las 9 escalas que evalúan el Bienestar Subjetivo y Psicológico empleadas en la presente investigación. Para ello utilizó el programa SPSS versión 21.0, empleándose el método de extracción de análisis de componentes principales y una rotación ortogonal (Varimax) de los mismos. Aunque la medida de adecuación muestral KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) resultó ser muy buena (Kaiser, 1970) con un KMO = 0,91 y la prueba de esfericidad de Barlett alcanzó un valor significativo ($\chi^2 = 1216,58$; $p < 0,001$), se obtuvo una solución unifactorial del Bienestar compuesta por un solo factor (que, en consecuencia, no pudo ser rotada) que explicaba el 55,77% de la varianza del mismo (ver *Tabla 48*).

Tabla 48

Matriz de componente principales, pesos factoriales y varianzas correspondientes a la solución unifactorial de las escalas de Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico

	Factor 1
Satisfacción con la Vida	0,74
Afecto Positivo	0,67
Afecto Negativo	-0,63
Autoaceptación	0,90
Relaciones Positivas	0,74
Autonomía	0,62
Dominio del Entorno	0,85
Propósito en la Vida	0,82
Crecimiento Personal	0,71
Varianza (%)	55,77

Considerando la anterior solución factorial, se creyó conveniente incluir en el AFE las otras dos escalas del Bienestar considerado como Estado de Salud (Componente Físico y Mental). De esta forma, se pretendía obtener una solución factorial del Bienestar teniendo en cuenta las tres aproximaciones existentes al mismo (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico).

Para la realización del AFE de las 11 escalas que evalúan el Bienestar se siguió el mismo procedimiento anteriormente descrito. En primer lugar, se analizó la medida de adecuación muestral KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) que alcanzó un valor muy bueno (Kaiser, 1970) de 0,91 (valor idéntico al anteriormente obtenido). Dicho valor indicó que la idea de llevar a cabo un análisis factorial con las anteriores escalas era aceptable. En segundo lugar se consideró la prueba de esfericidad de Barlett que resultó alcanzar un valor significativo ($\chi^2 = 1360,04$; $p < 0,001$), reafirmando la pertinencia de realizar el análisis factorial propuesto. Se empleó como método de extracción un análisis de componentes principales y, como método de rotación, se aplicó una rotación ortogonal (Varimax) a las 11 escalas seleccionadas. En la *Tabla 49* se muestra la matriz de componentes rotados, los pesos factoriales de cada escala y las varianzas (parciales y acumuladas) obtenidas en cada factor resultante.

Se obtuvieron dos factores: a) al Factor 1 se le denominó Bienestar Psíquico para diferenciarlo del Bienestar Psicológico (Ryff, 1989a y b), mientras que al Factor 2 se le denominó Bienestar Físico. En el Factor 1 se incluían la escala del Componente Mental del Bienestar como Estado de Salud, las tres escalas del Bienestar Subjetivo y las seis del Bienestar. En el Factor 2 se incluía únicamente la escala de Componente Físico del Bienestar como Estado de Salud. Esta estructura factorial daba cuenta de la clara diferenciación entre lo físico y lo psicológico en el Bienestar percibido en la muestra sanitaria. La varianza total explicada por los dos factores obtenidos fue del 58,9%. El Factor 1 explica el 49,71% de la misma y el Factor 2 explica, únicamente, el 9,18% de la varianza total. Sin embargo, la varianza que comparte el Componente Físico con el Factor 2 es muy elevada ($0,96^2 = 92\%$).

Tabla 49

Matriz de componentes rotados, pesos factoriales y varianzas (parciales y acumuladas) correspondientes a la solución factorial del Bienestar

	Factor 1 (Bienestar Psíquico)	Factor 2 (Bienestar Físico)
Componente Físico	0,06	0,96
Componente Mental	0,69	-0,01
Satisfacción con la Vida	0,69	0,26
Afecto Positivo	0,65	0,16
Afecto Negativo	-0,62	-0,20
Autoaceptación	0,88	0,15
Relaciones Positivas	0,74	0,02
Autonomía	0,65	-0,12
Dominio del Entorno	0,85	0,06
Propósito en la Vida	0,79	0,19
Crecimiento Personal	0,72	0,01
Varianza (%)	49,71	9,18
Varianza acumulada (%)	49,71	58,89

Posteriormente, se llevó a cabo el AFC de la solución bifactorial del Bienestar obtenida en el anterior AFE expuesto. Para ello se tuvieron en cuenta los Análisis Correlacional y de Regresión Lineal Múltiple llevados a cabo en el *Estudio I*, con el objetivo de especificar las relaciones entre los dos factores obtenidos. Hay que señalar que, en el análisis gráfico (*path analysis*) de las posibles relaciones entre las anteriores 11 escalas mediante el AMOS versión 21.0, solamente se pudo construir una variable latente o constructo (el Bienestar Psíquico compuesto por 10 variables observables o independientes, es decir, las 10 escalas anteriormente mencionadas) ya que el factor Bienestar Físico estaba compuesto por una sola variable independiente (el Componente Físico). Hay que señalar que, de aquí en adelante, al Componente Mental integrado en el

Bienestar Psíquico se le denominó Salud Mental para diferenciarlo claramente como un componente del Bienestar entendido como Estado de Salud. Como ya se ha comentado, cada variable latente debe existir un mínimo de indicadores (variables independientes) por cada variable latente o constructo, que es de tres. Por lo tanto, en el modelo propuesto se consideró al Bienestar Físico como una posible variable independiente que pudiera predecir el Bienestar Psíquico.

En el modelo obtenido, todos los pesos de regresión estandarizados fueron significativos y oscilaron entre 0,20 y 0,91. Al ser todos los parámetros (relaciones entre las variables observables y la latente) significativos, todas las variables incluidas en el modelo obtenido se consideraron como relevantes. El valor del estadístico chi-cuadrado fue aceptable [χ^2 (255) = 132,44; 44 g.l.; $p < 0,001$] y la razón χ^2 /g.l. alcanzó un valor igual a 3 siendo, igualmente, un valor aceptable (Bentler, 1989; Carmines y McIver, 1981; Wheaton *et al.*, 1977). Asimismo, los demás índices de ajuste considerados en el presente estudio también resultaron ser aceptables: SRMR = 0,065; GFI = 0,928; AGFI = 0,913 y CFI = 0,934. Aunque el valor del índice RMSEA fue suficiente (RMSEA = 0,079), resultó ser totalmente aceptable si consideramos como límite el situado por debajo del 90% del intervalo de confianza (RMSEA = 0,062).

En la *Figura 11* se muestra el diagrama *path* donde se pueden observar los coeficientes estandarizados de regresión entre las diferentes escalas del Bienestar con el constructo creado de Bienestar Psíquico y, entre éste y el Bienestar Físico. En dicho diagrama se puede comprobar cómo el Bienestar Psíquico tiene más peso a la hora de predecir las diferentes escalas que componen el Bienestar Psicológico (Ryff, 1989a y b), siendo la predicción más elevada sobre la Autoaceptación ($\beta = 0,91$). Por otro lado, la magnitud de la predicción del Bienestar Físico sobre el Psíquico es baja ($\beta = 0,20$).

Esta misma estructura del Bienestar se comprobó en la muestra de personal docente, ya que se cumplía el requisito de 10 a 20 participantes por parámetro estimado (Kline, 2005). En el modelo obtenido en dicha muestra, todos los pesos de regresión estandarizados fueron significativos y oscilaron entre 0,11 y 0,82. Los índices de ajuste del modelo propuesto fueron inferiores en dicha muestra (los docentes eran menos de la mitad que los sanitarios), aunque no dejaron de ser satisfactorios. El valor estadístico de chi-cuadrado fue aceptable [χ^2 (120) = 142,77; 44 g.l.; $p < 0,001$] con una razón χ^2 /g.l. de 3,24 igualmente aceptable según Bentler (1989) y Wheaton y colaboradores (1977) y muy próximo al criterio de aceptabilidad del modelo según Carmines y McIver (1981).

Asimismo, los demás índices de ajuste considerados en la puesta a prueba del modelo propuesto del Bienestar fueron aceptables en la muestra docente: SRMR = 0,078; GFI = 0,922; AGFI = 0,905 y CFI = 0,921. Sin embargo, y aunque el valor del índice RMSEA estaba al límite de rechazar el modelo propuesto en el personal docente (RMSEA = 0,086), resultó ser aceptable en el límite por debajo del 90% del intervalo de confianza (RMSEA = 0,069). A pesar del escaso número de la muestra docente en comparación con la sanitaria, se puede concluir que el modelo propuesto es satisfactorio y aceptable también en la muestra docente.

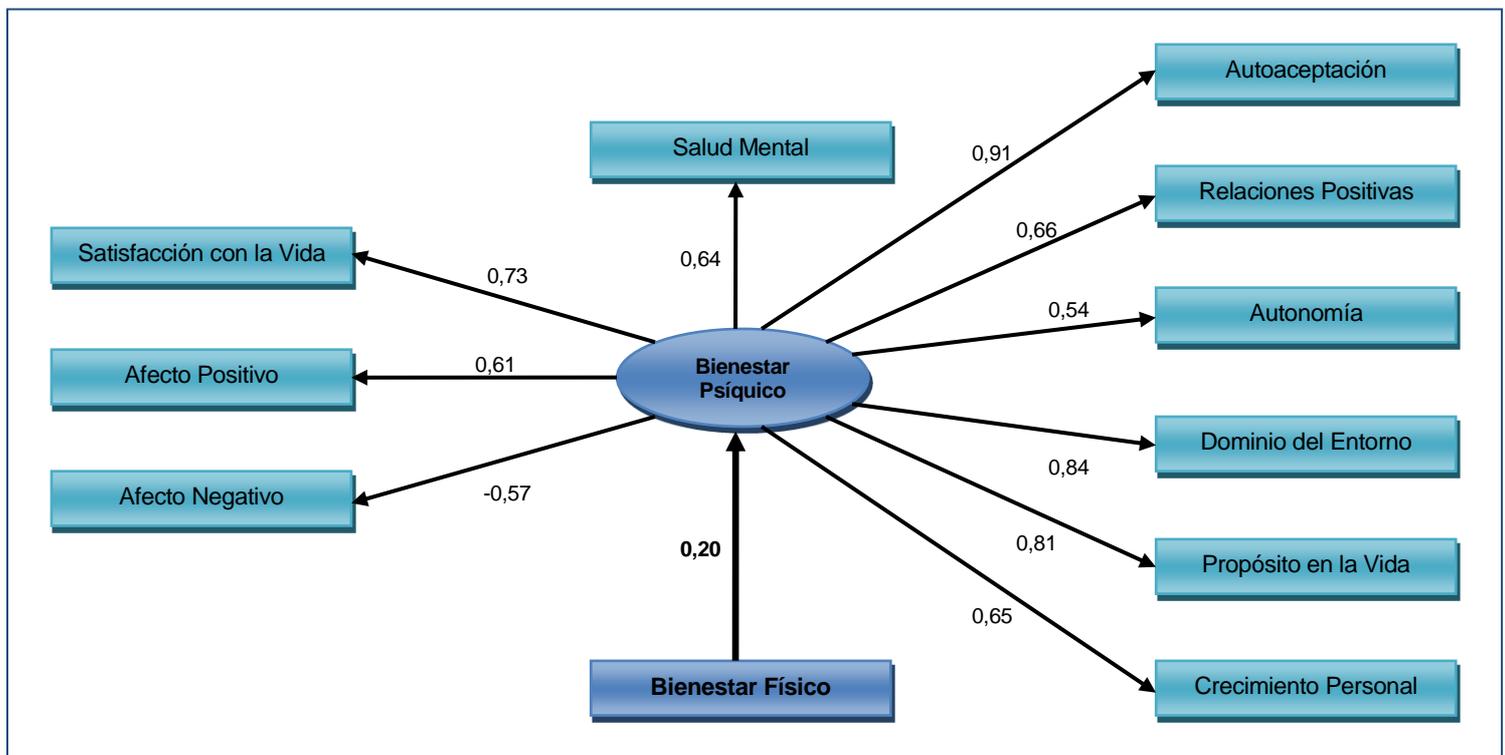


Figura 11. Modelo estructural obtenido del Bienestar en la muestra de Personal Sanitario (N = 255) con sus correspondientes coeficientes de regresión estandarizados

En la Figura 12 se muestra el diagrama *path* del modelo propuesto puesto a prueba en la muestra docente. Comparándolo con el obtenido en la Figura 11, se puede comprobar cómo la magnitud de la predicción del Bienestar Físico sigue siendo baja ($\beta =$

0,11) y que el Bienestar Psíquico sigue teniendo más peso a la hora de predecir las diferentes escalas que componen el Bienestar Psicológico (Ryff, 1989a y b) que sobre las que constituyen el Bienestar Subjetivo.

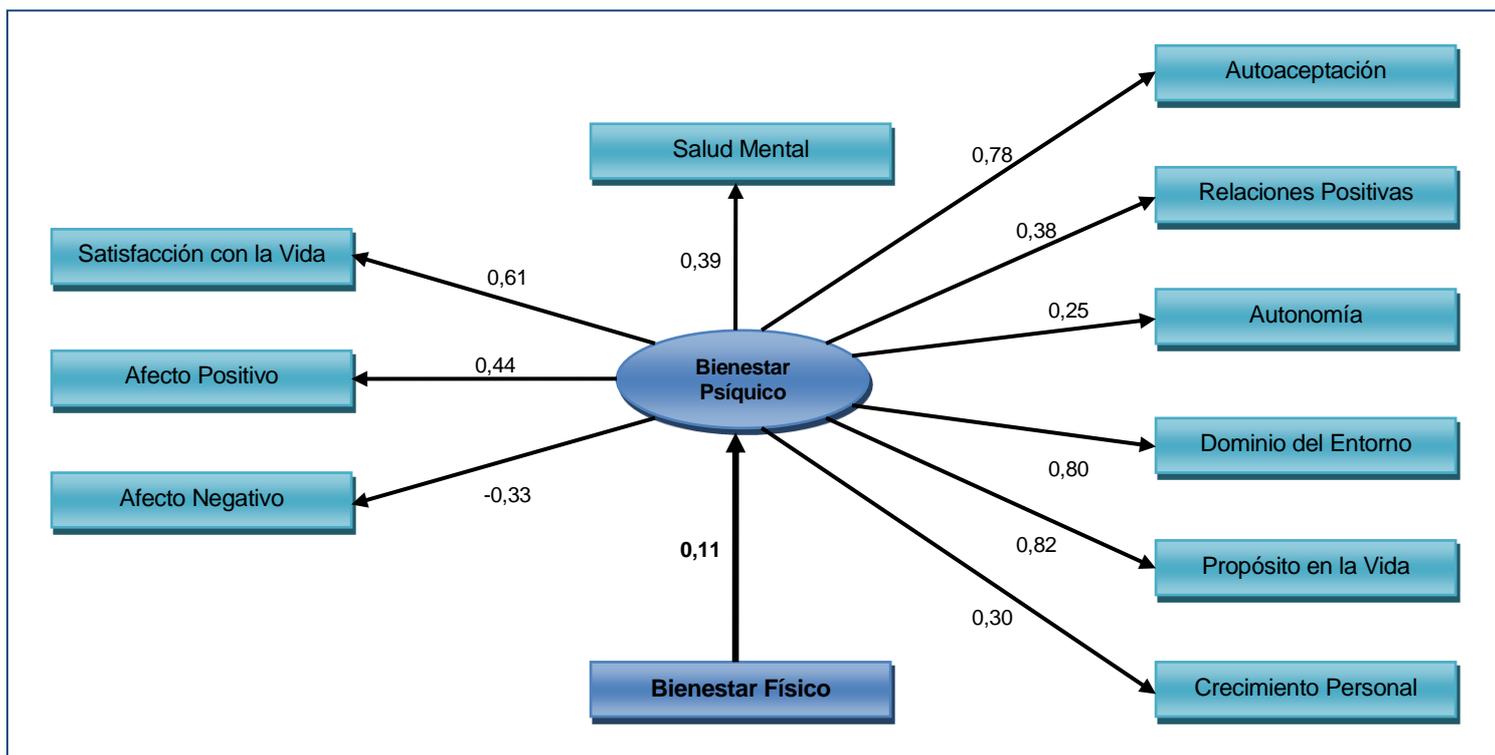


Figura 12. Modelo estructural obtenido del Bienestar en la muestra de Personal Docente (N = 120) con sus correspondientes coeficientes de regresión estandarizados

3.8. MODELO ESTRUCTURAL DEL BIENESTAR PERCIBIDO EN EL PERSONAL SANITARIO

En base a la teoría previa y a la evidencia conocida (ver capítulo de *Revisión Teórica*) se procedió a la elaboración de un modelo estructural del Bienestar percibido en el personal sanitario. A pesar de que no se ha propuesto hasta la fecha ningún modelo previo que diera cuenta del Bienestar percibido en los sanitarios, se llevó a cabo un AFC mediante el programa AMOS v.21. Como señalan muchas autoridades en la materia (por ejemplo, Arbuckle, 2000; Cribbie, 2007; Hancock, 1999; Loehlin, 2004) en algunas ocasiones el AFC no tiene un carácter tan estrictamente “confirmatorio”. Los anteriores autores subrayan que los modelos SEM pueden ser concebidos como meramente exploratorios en aquellos casos en que no existen modelos previos claramente establecidos, ni la teoría es suficiente sólida.

Por lo tanto, se establecieron las relaciones entre las escalas empleadas en la presente investigación basándose en la teoría previa, en los resultados obtenidos en el *Estudio I* (ver *Análisis Correlacional* y de *Regresión Lineal Múltiple* del mismo) y aplicando la estructura del Bienestar anteriormente obtenida.

Se construyeron dos constructos o variables latentes: el de Afrontamiento del Estrés Laboral constituido por las Estrategias de Afrontamiento creadas; y el de Consecuencias del Estrés Laboral constituido por las tres escalas que evalúan el síndrome de burnout.

De este modo, se establecieron las siguientes relaciones:

- a) Entre el constructo de Bienestar Psíquico y los Factores Psicosociales analizados (Resiliencia, Apoyo Social, Estrategias de Afrontamiento y Consecuencias del Estrés Laboral), considerándose éstos últimos como predictores del primero.
- b) Entre la denominada escala de Bienestar Físico (originariamente Componente Físico del Bienestar considerado como Estado de Salud) y, como predictores del mismo, la Resiliencia, el Apoyo Social y las Consecuencias del Estrés Laboral. Se dejó fuera de estas relaciones las Estrategias de Afrontamiento al no hallarse correlaciones significativas entre las mismas y el Componente Físico (ver *Tabla 25*).

- c) Entre la Resiliencia, por un lado y como predictor, y las Estrategias de Afrontamiento y las Consecuencias del Estrés Laboral, por otro lado.
- d) Entre el Apoyo Social y los demás Factores Psicosociales (Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Consecuencias del Estrés Laboral), considerándose como predictor de los mismos.

Hay que señalar que no se consideró a la Resiliencia como predictor del Apoyo Social, ya que dicha relación no resulta teóricamente plausible. La reciente ampliación de la *Teoría del Apego* de Bowlby (1969) mediante la incorporación del constructo Resiliencia, hace pensar que la adquisición de ésta va unida al apego seguro de la infancia. Sin embargo, es posible su recuperación posterior mediante una relación de apego seguro en la edad adulta siendo, por ejemplo, una relación amorosa un importante generador de Resiliencia (Cyrulnik, 2002, 2005). Mikulincer y Florian (1998), señalan en esta misma línea que tener relaciones satisfactorias y estables es un factor general de Resiliencia para afrontar las situaciones vitales. Es decir, el Apoyo Social parece constituir un factor necesario y anterior al desarrollo de la Resiliencia.

Teniendo en cuenta las anteriores relaciones entre las escalas empleadas en la presente investigación, se procedió al AFC del modelo propuesto del Bienestar percibido en la muestra sanitaria empleada en la misma. Sin embargo, el programa AMOS v.21 no identificó ningún modelo que se ajustará a los datos de la muestra sanitaria. La recomendación del programa fue, que probablemente fuera necesario, establecer dos restricciones adicionales. Para ello se comprobó que las relaciones no identificadas que fueron las que se establecieron entre sí en los constructos creados de Afrontamiento del Estrés Laboral y las Consecuencias del Estrés Laboral, entre las diferentes escalas que los componían y entre la Resiliencia y el Apoyo Social con ambos constructos.

Por todo ello se decidió crear un único constructo que unificara a los dos anteriores. A este nuevo constructo o variable latente se le denominó Adaptación al Estrés Laboral y estuvo integrado por las diferentes Estrategias de Afrontamiento y las Consecuencias del Estrés Laboral. Como ya se comentó en el capítulo de *Revisión Teórica*, el Estrés Laboral es considerado como un proceso de adaptación al medio de trabajo en el que se da una constante interacción individuo-entorno laboral (ver revisión de Miguel-Tobal y Casado, 2011). A pesar de que existen diversos modelos que han conceptualizado este proceso de adaptación, en todos ellos se encuentran tres grandes grupos de variables a considerar: el

ambiente, la persona y las consecuencias individuales (salud y bienestar) y organizacionales (Olmedo y Santed, 1999). Por lo tanto, mediante la creación del constructo Adaptación al Estrés Laboral se considera tanto a la persona (mediante las Estrategias de Afrontamiento que pone en marcha) como a las consecuencias para su salud y bienestar. Una vez creado este nuevo constructo se establecieron las mismas relaciones ya indicadas anteriormente con los demás componentes del modelo propuesto.

En el modelo obtenido, el valor del estadístico chi-cuadrado fue aceptable [χ^2 (255) = 658,981; 180 g.l.; $p < 0,001$] y una razón χ^2 /g.l. de 3,66 igualmente aceptable según Bentler (1989) y Wheaton y colaboradores (1977). Sin embargo, los demás índices de ajuste considerados en el presente estudio no resultaron ser satisfactorios: SRMR = 0,1198; GFI = 0,798; AGFI = 0,741; CFI = 0,795 y RMSEA = 0,102 (aunque el modelo no fuera totalmente rechazable por debajo del 90% del nivel de confianza, RMSEA = 0,094).

Por otro lado, no todos los pesos de regresión estandarizados fueron significativos. Los parámetros que no alcanzaron la significación estadística fueron los siguientes: las relaciones del Bienestar Físico con la Resiliencia, el Apoyo Social, la Despersonalización y la Realización Personal (aunque sí fue significativa su relación con el Agotamiento Emocional; la relación del Bienestar Psíquico con la Resiliencia y el Bienestar Físico; y las relaciones de la Adaptación al Estrés con el Humor y la Religión).

En la *Figura 13* se muestra el diagrama *path* donde se pueden observar los coeficientes estandarizados de regresión de los diferentes componentes del modelo propuesto. Las líneas discontinuas indican los parámetros que no fueron significativos.

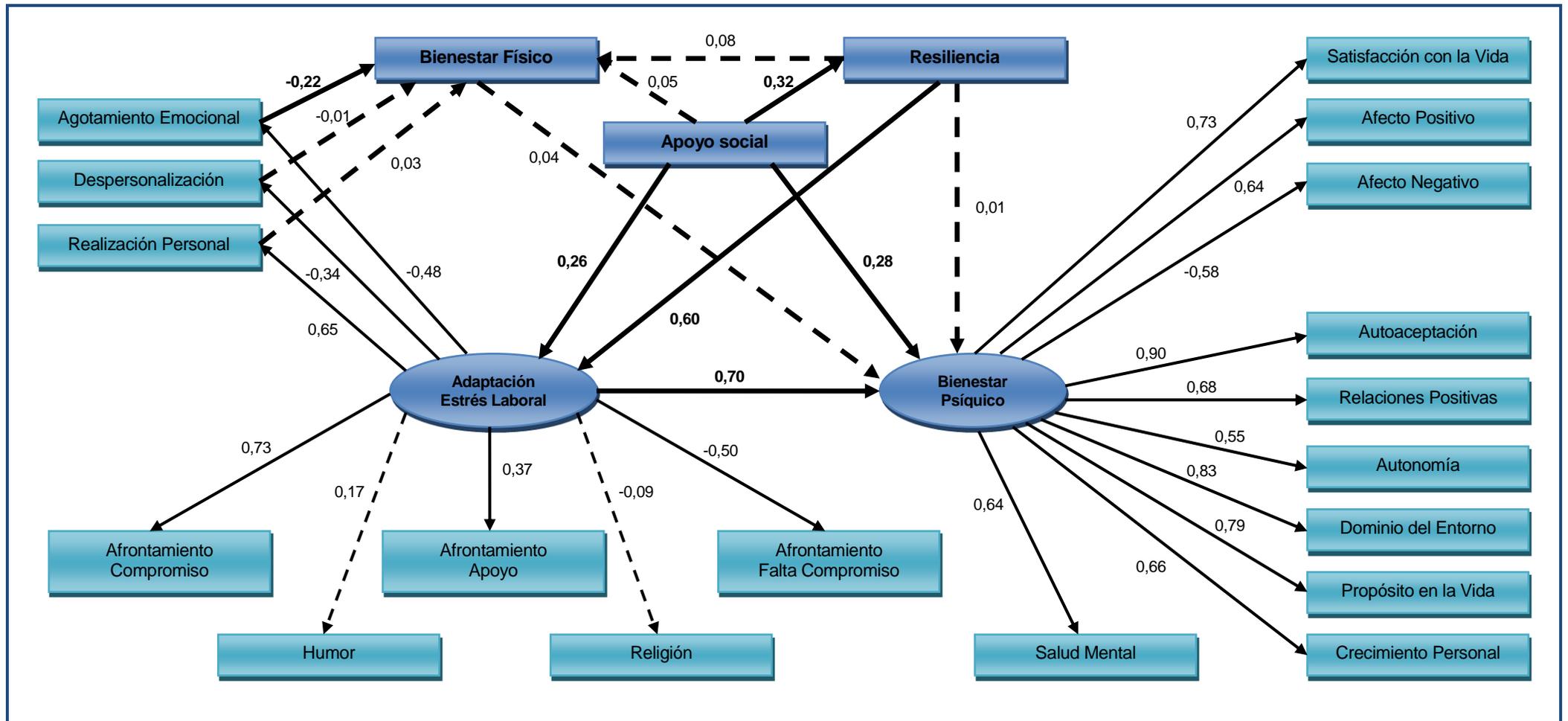


Figura 13. Modelo estructural obtenido del Bienestar percibido en el Personal Sanitario (N = 255) con sus correspondientes coeficientes de regresión estandarizados

Nota: las líneas discontinuas representan los parámetros no significativos.

Como ya se comentó al inicio del presente estudio, uno de los requisitos para la obtención de un modelo satisfactorio mediante el empleo de SEM que se ajuste a los datos de la muestra empleada, es que solamente se incluyan en el mismo aquellas variables que sean relevantes. Por lo tanto, se eliminaron del anterior modelo obtenido aquellas relaciones o parámetros que no alcanzaron la significación estadística.

Esta vez todos los pesos de regresión estandarizados fueron significativos y oscilaron entre -0,27 y 0,90. Al ser todos los parámetros (relaciones entre las variables observables y las latentes) significativos, todas las variables incluidas en el modelo obtenido se consideraron como relevantes. El valor del estadístico chi-cuadrado fue aceptable [χ^2 (255) = 501,732; 149 g.l.; $p < 0,001$] y la razón χ^2 /g.l. alcanzó un valor igual a 3,36 igualmente aceptable según Bentler (1989) y Wheaton y colaboradores (1977) y muy próximo al criterio de aceptabilidad del modelo según Carmines y McIver (1981). Asimismo, los demás índices de ajuste considerados en el presente estudio también resultaron ser aceptables: SRMR = 0,0739; GFI = 0,936; AGFI = 0,903 y CFI = 0,934. Aunque el valor del índice RMSEA fue suficiente (RMSEA = 0,071), resultó ser totalmente aceptable si consideramos como límite el situado por debajo del 90% del intervalo de confianza (RMSEA = 0,062).

En la *Figura 14* se muestra el diagrama *path* donde se pueden observar los coeficientes estandarizados de regresión entre los diferentes componentes del modelo estructural definitivo del Bienestar percibido en el personal sanitario. En dicho diagrama se puede comprobar cómo la Adaptación al Estrés Laboral es el factor psicosocial que más peso tiene a la hora de predecir el Bienestar Psíquico de la muestra sanitaria ($\beta = 0,73$). Hay que señalar que, a su vez, la Adaptación al Estrés Laboral es predicha por el Apoyo Social ($\beta = 0,27$) y, en mayor medida, por la Resiliencia ($\beta = 0,59$). Simultáneamente, el Apoyo Social también predice la Resiliencia ($\beta = 0,32$). Por lo que respecta al Bienestar Físico, éste solamente es predicho por el Agotamiento Emocional manifestado por los sanitarios ($\beta = -0,27$). Respecto a las otras relaciones directas entre los Factores Psicosociales analizados y el Bienestar Psíquico, el Apoyo Social influye directamente en el mismo ($\beta = 0,27$), aunque también lo hace indirectamente influyendo éste, y en la misma medida, en la Adaptación al Estrés Laboral. Por último, es destacable el hecho de que la Resiliencia no influya directamente en el Bienestar Psíquico percibido en el personal sanitario, sino que lo haga indirectamente prediciendo la Adaptación al Estrés Laboral ($\beta = 0,59$).

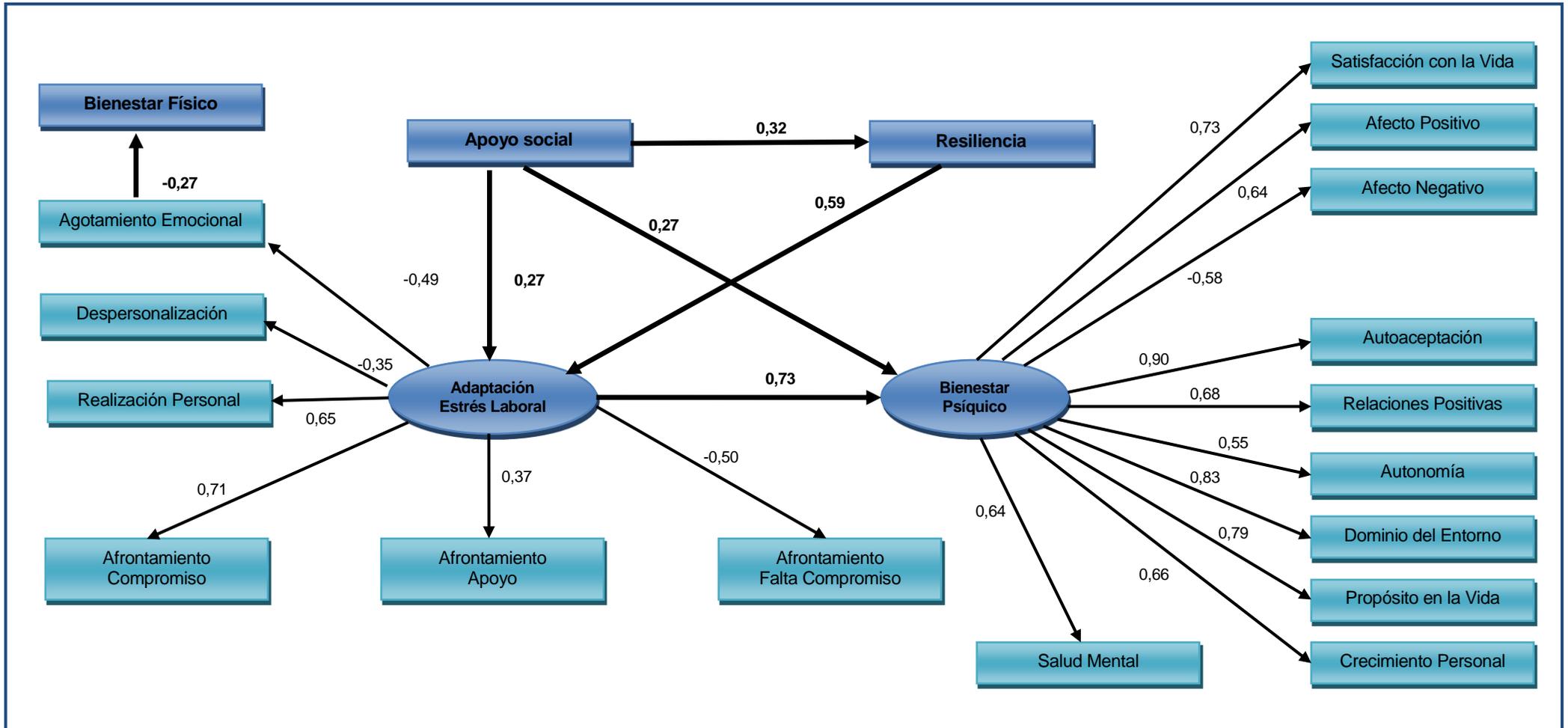


Figura 14. Modelo estructural definitivo del Bienestar percibido en el Personal Sanitario (N = 255) con sus correspondientes coeficientes de regresión estandarizados

4. DISCUSIÓN

La presente investigación, tras analizar los resultados obtenidos en la misma, ve cumplidos los objetivos generales y específicos que se había marcado y, respecto a estos últimos, la amplia mayoría de sus hipótesis de partida se ven confirmadas.

A continuación se discutirán dichas hipótesis mediante su contrastación con los resultados obtenidos en la presente investigación y en investigaciones previas. Asimismo, se darán respuesta a las dos preguntas de investigación formuladas en la misma. Además, se indicarán los hallazgos más relevantes a partir de los resultados obtenidos en los tres estudios llevados a cabo en la investigación. Por último, se mostrarán las limitaciones de la misma y las posibles líneas de investigación a seguir en el futuro en este campo de estudio.

4.1. CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS EN EL ESTUDIO

Hipótesis 1:

Los resultados anteriormente mencionados confirman la *Hipótesis 1* de la presente investigación, ya que las correlaciones encuentran consistentemente que los Componentes Físico y Mental del Bienestar considerado como Estado de Salud se relacionan positivamente con la mayor parte de las dimensiones que componen el Bienestar Subjetivo (a excepción del Afecto Negativo, con el que se relacionan negativamente) y el Bienestar Psicológico percibidos en el personal sanitario y docente.

Concretamente, y por lo que respecta al personal sanitario, tanto el Componente Físico como el Mental correlacionan positivamente con la Satisfacción con la Vida y el Afecto Positivo y negativamente con el Afecto Negativo. Por otro lado, en esta misma muestra el Componente Mental se relaciona positivamente con las seis dimensiones que integran el Bienestar Psicológico, mientras que el Componente Físico lo hace únicamente, y también de forma positiva, con la Autoaceptación y el Propósito en el Vida (ver *Tabla 28*). Sin embargo, los hallazgos en la muestra de personal docente indican que la dirección

de tales relaciones es coincidente, aunque son menos las dimensiones del Bienestar percibido implicadas en las mismas. De esta forma, en dicha muestra el Componente Físico se relaciona positivamente con el Afecto Positivo y la Autonomía, y negativamente con el Afecto Negativo. Por otro lado, el Componente Mental se asocia positivamente con las dimensiones de Satisfacción con la Vida, Autoaceptación, Relaciones Positivas, Dominio del Entorno y Propósito en la Vida, y negativamente con el Afecto Negativo percibido por el personal docente (ver *Tabla 43*).

Como se comentará más adelante, esta diferencia de resultados entre la muestra sanitaria y docente puede ser debida al menor número de esta última. De lo que no cabe duda es de la consistencia de las relaciones en ambas muestras entre el Componente Mental del Bienestar considerado como Estado de Salud con la mayoría de las dimensiones del Bienestar Subjetivo y Psicológico, siendo menores las relaciones encontradas entre estas últimas y el Componente Físico. Este resultado determinará, como se podrá comprobar en la *Pregunta de investigación 1*, un modelo estructural del Bienestar percibido donde ambos componentes del Bienestar como Estado de Salud se separan al saturar en diferentes factores de primer orden del Bienestar percibido.

Sin embargo, hay que señalar que el Componente Físico y el Componente Mental no se correlacionaron significativamente en la muestra de personal sanitario, mientras que sí lo hicieron, y de forma positiva, en el personal docente. En otras palabras, los docentes que se percibieron como más sanos físicamente, también se percibieron como más sanos mentalmente. De todas formas, la correlación hallada es baja (0,29) (ver *Tabla 43*), por lo que quizás al ir aumentando el número de muestra dicha relación va desapareciendo, tal y como ocurre en la muestra sanitaria (constituida por más del doble de participantes). Por otro lado, y si consideramos que la salud mental está más vinculada con un estado de Bienestar emocional y psicológico propiciando que se llegue a confundir con la propia felicidad, la anterior suposición vendría apoyada por aquellos estudios que han demostrado que la salud sólo predice la felicidad en el caso de que la enfermedad o trastorno sea muy grave o crónico (Verbrugge *et al.*, 1994).

A un nivel más general, los resultados obtenidos en la presente investigación dejan aún más patente la relación entre salud y Bienestar (o felicidad, como se le conoce comúnmente). En otras palabras, las personas que se perciben a sí mismas como más sanas física y mentalmente, se sienten mejor consigo mismas y más felices que las personas con

peor salud. Este resultado es coherente con los alcanzados por los tres estudios más importantes llevados a cabo hasta la fecha en este campo de investigación: las revisiones de Lyubomirsky y colaboradores (2005) y de Pressman y Cohen (2005) y el meta-análisis de Howell y colaboradores (2007). Como ya se comentó en el capítulo de Revisión Teórica, estos tres estudios muestran de forma consistente la relación entre Bienestar percibido y salud y los efectos beneficiosos del mismo sobre esta última. En dicho capítulo también se pudo comprobar cómo la relación entre salud y Bienestar ha sido estudiada desde muy antiguo, desde los primeros médicos más importantes de la historia (como Hipócrates y Galeno), pasando por los trabajos de Canon, la medicina psicosomática de Alexander, el “síndrome general de adaptación” de Selye, la “indefensión aprendida” de Seligman y, más recientemente, los estudios sobre las emociones positivas de Fredrickson y sus colaboradores. Por lo tanto, los resultados de la presente investigación irían en la misma línea marcada desde los primeros estudios hasta las últimas investigaciones llevadas a cabo en este campo hasta la fecha.

A pesar de que salud y Bienestar o felicidad van de la mano, hay que tener en cuenta tres consideraciones a la hora de sostener tal afirmación:

- *Las relaciones entre salud y Bienestar no se pueden reducir en un modelo simplista:* A priori, la asociación entre el Estado de Salud y el Bienestar percibido parece intuitivamente clara. Así, la enfermedad parece estar asociada a menudo con el dolor y el malestar, así que puede aumentar directamente el Afecto Negativo. Además, la enfermedad en ocasiones provoca una serie de limitaciones que pueden disminuir el Bienestar percibido. A pesar de que los resultados empíricos han apoyado estas especulaciones, la relación entre salud y Bienestar parece ser más compleja de lo que uno se podía esperar, ya que la salud no se deriva de modelos simplistas (ver revisión de Fernández-Abascal, 2009). Por lo tanto, en sus relaciones con el Bienestar percibido habría que tener en cuenta otros factores fisiológicos, cognitivos, sociales y conductuales (Salovey *et al.*, 2000).
- *La escasa diferenciación terminológica y conceptual entre Bienestar Subjetivo y Psicológico:* Esta cuestión ya fue comentada en el capítulo de *Revisión Teórica* al analizar con detalle los tres estudios más importantes en esta área, llegándose a englobar bajo el término de “Afecto Positivo” a la felicidad en general, es

decir, al Bienestar Subjetivo y Psicológico (Lyubomirsky *et al.*, 2005; Pressman y Cohen, 2005). De esta forma Lyubomirsky y colaboradores (2005, p. 804) incluyen las siguientes características dentro del Afecto Positivo: “confianza, optimismo y autoeficacia, simpatía y valoración positiva de otros; sociabilidad, actividad y energía; conducta prosocial; bienestar inmune y físico; afrontamiento efectivo con desafíos y estrés, y originalidad y flexibilidad”. En la presente investigación todas las anteriores características mencionadas están presentes en las dimensiones del Bienestar Subjetivo y Psicológico evaluadas en la misma pero, obviamente, de forma separada por lo que la misma proporciona una visión más completa de lo que es la felicidad o el Afecto Positivo. Asimismo, y aunque en la presente investigación se ha establecido una diferenciación entre ambas conceptualizaciones del Bienestar percibido, los resultados obtenidos en la misma en general permiten afirmar que salud y bienestar van de la mano al relacionarse la amplia mayoría de las dimensiones del Bienestar Subjetivo y Psicológico con los Componente Físico y Mental de la salud.

- *Coincidencia entre las evaluaciones subjetivas y objetivas de la salud:* Esta cuestión se relaciona con el hecho de que las evaluaciones subjetivas de la salud personal están más influenciadas por rasgos de la personalidad que por la salud objetiva (Carr, 2007), pudiendo llegar a conducir a evaluaciones sesgadas de la salud. Así, las personas optimistas pueden sobrevalorar su salud subjetiva, incluso cuando (objetivamente) están enfermas. Por otro lado, hay que considerar que la salud autoinformada o subjetiva predice un mejor funcionamiento saludable objetivo en algunos casos (como a la hora de padecer enfermedades), mientras que es menos recomendable en otros casos (Johnston, Proper y Shields, 2009). Sin embargo, y con la excepción de las personas muy discapacitadas por problemas de salud, la mayoría de las personas se adaptan con relativa rapidez a sus problemas de salud y desarrolla una percepción de su salud que coincide con su felicidad (Carr, 2007). Asimismo y salvo excepciones (p. ej., Binder y Coad, 2013), la mayoría de los estudios realizados en este campo han empleado muestras de población sana, y sus resultados señalan los efectos beneficiosos del Bienestar en la salud. Las muestras participantes en la presente investigación formaban parte de la población sana por lo que, en principio, las evaluaciones subjetivas de su Estado de Salud recogidas en la misma deberían de coincidir con su salud objetiva.

Hipótesis 2:

Por lo que respecta a la *Hipótesis 2*, también ésta se confirma en base a los resultados alcanzados en la presente investigación, dado que la mayor parte de las dimensiones que componen el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico percibidos en el personal sanitario y el docente se relacionan positivamente entre sí (a excepción del Afecto Negativo, que se relaciona negativamente con los demás).

Es en el personal sanitario donde la totalidad de las tres dimensiones que componen el Bienestar Subjetivo y de las seis dimensiones del Bienestar Psicológico se relacionan entre sí y en el sentido hipotetizado (todas ellas de forma positiva, menos el Afecto Negativo de forma negativa) (ver *Tabla 28*). En el personal docente se mantiene la misma dirección en las relaciones encontradas entre las dimensiones, aunque no llegaron a ser significativas entre determinadas dimensiones. Concretamente, la Satisfacción con la Vida no se relacionó ni con la Autonomía ni con el Crecimiento Personal; el Afecto Positivo hizo lo propio con las Relaciones Positivas y la Autonomía; y el Afecto Negativo no se relacionó ni con el Propósito en la Vida ni con el Crecimiento Personal (ver *Tabla 43*).

Una vez más, la diferencia en los resultados obtenidos en la muestra sanitaria y docente puede ser debida al mayor número de la primera (más del doble de sanitarios que de docentes). Este aspecto se analizará con más detalle a la hora exponer las limitaciones de la presente investigación. Sin embargo, la relación entre las dimensiones que componen el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico queda totalmente patente a tenor de los resultados alcanzados.

Este mismo resultado es consistente con la mayor parte de los estudios llevados a cabo en este campo de investigación, indistintamente de los componentes del Bienestar Subjetivo y Psicológico evaluados en los mismos. De esta forma, los resultados alcanzados son consistentes con aquellos estudios que han empleado diferentes dimensiones del Bienestar Subjetivo y Psicológico (Compton et al, 1996; Linley *et al.*, 2009; Sanjuán, 2011; Waterman, 2007) o escalas de ítem único para evaluar las dimensiones cognitivas y afectivas del Bienestar Subjetivo (Keyes *et al.*, 2002; Ryff y Keyes, 1995). Hay que señalar que las correlaciones alcanzadas en la presente son de corte bajo-moderado (ver *Tabla 28 y 43*), al igual que las obtenidas por

los estudios ya mencionados, como el de Compton y colaboradores (1996), Keyes y colaboradores (2002) y Sanjuán (2011).

Sin embargo, el hecho de que las correlaciones alcanzadas en la presente investigación y en las anteriores llevadas a cabo sean bivariadas sugiere una varianza compartida entre las escalas del Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico evaluadas. Este aspecto deberá ser tenido en cuenta a la hora de contrastar la *Hipótesis 3* ya que, como se podrá comprobar en la misma, las escalas que componen ambos tipos de Bienestar percibido están tan relacionadas que, finalmente, saturan en un único factor de primer orden.

Hipótesis 3:

Contrariamente, la *Hipótesis 3* debe ser rechazada a la vista de los resultados alcanzados en la presente investigación, ya que el modelo obtenido en la misma no considera al Bienestar Subjetivo y al Bienestar Psicológico como dos constructos distintos. En consecuencia, tampoco sus respectivas dimensiones saturan en dos factores diferentes que se relacionen positivamente.

En la presente investigación, y en base a los modelos estructurales del Bienestar elaborados por Keyes y colaboradores (2002) y Linley y colaboradores (2009), se procedió a la realización del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de los mismos. En otras palabras, se emplearon dichos modelos previamente establecidos a modo de Análisis Factoriales Exploratorios (AFE) para replicar los modelos estructurales del Bienestar obtenidos por los anteriores autores. Sin embargo se obtuvo un modelo que debió ser rechazado al no ser plausible (ver *Figura 10*). Por lo tanto, se decidió seguir el mismo procedimiento que dichos autores desde el principio, llevando a cabo un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de las 9 escalas que evalúan el Bienestar Subjetivo y Psicológico previamente a la realización del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Sin embargo, el AFE arrojó únicamente un factor, por lo que en la presente investigación se alcanzó una solución unifactorial del Bienestar percibido compuesta por las 9 escalas que componen el Bienestar Subjetivo y Psicológico (ver *Tabla 48*).

Aunque este resultado no es consistente con los dos estudios más importantes en esta área de investigación de Keyes y colaboradores (2002) y de Linley y colaboradores (2009), sí que lo es con el obtenido por Kafka y Kozma (2002). Aunque estos autores evaluaron las diferentes dimensiones del Bienestar Subjetivo (donde se encontraba el SWLS) y del Bienestar Psicológico (emplearon las EBP de Ryff), obtuvieron una solución factorial de tres factores de primer orden. En dicha solución factorial, las distintas EBP saturaron diferencialmente en los tres factores y, aunque las escalas del Bienestar Subjetivo saturaron en el mismo factor, también lo hicieron otras escalas del Bienestar Psicológico.

Sin embargo, de lo que no cabe duda es que los resultados alcanzados en la presente investigación cuestionan la asunción predominante en este campo de estudio que afirma que el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico “*son dos constructos distintos, pero relacionados*”. A tenor de los resultados obtenidos más bien se podría afirmar que “*forman un mismo constructo que evalúa el Bienestar percibido*”. Hay que señalar que esta asunción en la *Pregunta de investigación 1*.

Las implicaciones de la anterior afirmación (consecuencia de los resultados alcanzados) son muy profundas a nivel teórico y metodológico y, por lo tanto, para la investigación futura. Cabe destacar las tres implicaciones siguientes:

- *No parecen existir dos tipos de Bienestar percibido o de felicidad en Psicología:* Los resultados obtenidos en la presente investigación no avalan la reformulación de las tradiciones conceptuales del Bienestar percibido en el ámbito psicológico llevada a cabo por Ryan y Deci (2001). Sin embargo, sí que apoyan la principal crítica a la misma, consistente en señalar que las tradiciones filosóficas del hedonismo y eudaimonismo no se han trasladado adecuadamente al campo psicológico del estudio de la felicidad (Kashdan *et al.*, 2008). Como se recordará, dicha reformulación daba como resultado dos tipos de felicidad (ver *Figura 2*). Además, y por el contrario, Kashdan y colaboradores (2008) concluyen que el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico “*se solapan conceptualmente y pueden incluir mecanismos psicológicos que operan conjuntamente*” (p. 219). Sin embargo, a la vista de los resultados alcanzados en la presente investigación, ambos constructos “*no sólo se solapan*

conceptualmente” sino *“empíricamente también”*. Por lo tanto, no daría lugar a distinguir entre dos tipos de Bienestar percibido o entre dos tipos de felicidad. En lugar de ello, solamente existiría un tipo de Bienestar o de felicidad constituida por diferentes dimensiones que englobarían tanto el Bienestar Subjetivo, como el Bienestar Psicológico. Sin embargo, habría que considerar en investigaciones futuras la posible inclusión de otros aspectos de Bienestar percibido en el modelo estructural del mismo obtenido en la presente investigación. En la misma no se han evaluado otros aspectos importantes que pueden influir en el Bienestar percibido, como factores socio-económicos, los cuales sería interesante incluir para obtener una visión más completa del Bienestar.

- *La diferencia entre el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico podría radicar en la influencia de otros aspectos:* Al no hallar diferencias entre ambos constructos en la presente investigación, resultando ser inseparables, cabe la posibilidad de que no se hayan tenido en cuenta la influencia de otros factores sobre ambos tipos de Bienestar percibido. Tal y como han señalado diferentes autores, se pueden encontrar diferencias entre ambos constructos al evaluarlos conjuntamente con otras variables. Por ejemplo, los análisis de Waterman (1993) revelaron diferencias significativas entre las dos concepciones de la felicidad en conjunción de otras actividades que permiten a las personas ser felices como aumentar las oportunidades para la satisfacción personal, potenciar los componentes cognitivo-afectivos o desarrollar ciertas habilidades. En otro estudio del mismo autor ya comentado (Waterman *et al.*, 2008) se señalaba que se pueden encontrar diferencias entre Bienestar Subjetivo y Psicológico en función de distintos componentes de la motivación intrínseca. Incluso en la réplica del estudio de Keyes y colaboradores (2002) realizada en China por Biaobin y colaboradores (2004) se concluyó que, aunque ambos tipos de Bienestar percibido estaban conceptualmente relacionados y eran distintos empíricamente, su integración se relacionaba directamente con las variables sociodemográficas y la personalidad. En investigaciones futuras habría que tener en cuenta los factores anteriormente mencionados a la hora de evaluar las diferencias y la relación entre los constructos de Bienestar Subjetivo y Psicológico.

- *La falta de unanimidad a la hora de evaluar los diferentes componentes del Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico:* En el presente campo de investigación es muy difícil, sino imposible, encontrar dos estudios que utilicen los mismos instrumentos de medida para evaluar ambos tipos de Bienestar percibido. A pesar de que el Bienestar Psicológico ha sido mayoritariamente evaluado con las EBP de Ryff (Ryff, 1989a y b), no todos los estudios han empleado la misma versión, empleando diferentes versiones de las mismas. Por el otro lado, existe un menor consenso al evaluar el Bienestar Subjetivo ya que, mientras el SWLS parece ser la escala que más se ha empleado para evaluar el componente cognitivo del mismo (aunque hay autores que lo han evaluado con un solo ítem), los componentes afectivos del Bienestar Subjetivo se han evaluado con diferentes instrumentos, incluso con escalas de ítem único (sin ir más lejos el estudio de Keyes *et al.*, 2002). Por lo tanto, y tal como aconseja Sanjuán (2011), debemos ser cautelosos con las conclusiones de los estudios que han relacionado ambos constructos.

Hipótesis 4:

Como paso previo a la contrastación de la *Hipótesis 4*, se definió qué Estrategias de Afrontamiento eran las más adaptativas y cuáles lo eran menos. Para ello se tuvieron en cuenta las revisiones de Carver y Connor-Smith (2010) y de Rueda (2011), y los estudios de Tugade y Fredrickson (2004) y de Zeidner y Saklofske (1996) (ver capítulo de *Revisión Teórica*). De esta manera, dentro de las Estrategias de Afrontamiento más adaptativas se englobaron a las categorías de Afrontamiento de Compromiso y de Afrontamiento de Apoyo (incluido en el primero al considerarlo como un subtipo del mismo: de control primario), mientras que dentro de las Estrategias de Afrontamiento menos adaptativas se incluyó a la categoría de Afrontamiento de Falta de Compromiso (ver *Tabla 15*).

En base al anterior criterio, la *Hipótesis 4* planteada en la presente investigación se ve confirmada por los resultados encontrados en la misma, ya que en el personal sanitario la Resiliencia se relacionó positivamente con aquellas Estrategias de

Afrontamiento más adaptativas al Estrés Laboral (Afrontamiento de Compromiso y Afrontamiento de Apoyo), mientras que las Estrategias de Afrontamiento menos adaptativas (Afrontamiento de Falta de Compromiso) se relacionaron negativamente con la misma. En el personal docente solamente se cumplió la primera parte de esta hipótesis, ya que la Resiliencia se asoció positivamente con las Estrategias de Afrontamiento más adaptativas sin encontrarse ningún tipo de relación con las menos adaptativas.

Concretamente, en el personal sanitario la Resiliencia correlacionó positivamente con el Afrontamiento de Compromiso, con el Afrontamiento de Apoyo y con el Humor. Por el contrario, la Resiliencia se asoció negativamente al Afrontamiento de Falta de Compromiso en dicha muestra (ver *Tabla 27*). Sin embargo, en el personal docente solamente se encontraron correlaciones significativas y de signo positivo entre la Resiliencia con el Afrontamiento de Compromiso y el Humor (ver *Tabla 42*).

A priori, resultaría obvia la relación entre la Resiliencia (capacidad para adaptarse positivamente a situaciones estresantes) y el Afrontamiento más o menos adaptativo. Así, los resultados de la presente investigación indican que las personas más resilientes son las que emplean en mayor medida Estrategias de Afrontamiento más adaptativas a la hora de afrontar las situaciones estresantes en su entorno laboral (incluyéndose dentro las misma el Afrontamiento Activo, la Planificación, la Reevaluación positiva, la Aceptación, y la Utilización de Apoyo emocional e instrumental) en comparación con las menos resilientes que recurren a Estrategias de Afrontamiento menos adaptativas (como la Autodistracción, la Negación, el Abandono y la Autoculpa).

Sin embargo, la Estrategia de Afrontamiento del Humor, además de no encajar adecuadamente en la estructura jerárquica del afrontamiento (Connor-Smith y Flachsbart, 2007) expuesta en dicha tabla, la evidencia existente no la incluye explícitamente en ninguna categoría en concreto (Carver, 1997). En consecuencia, habría que adoptar una perspectiva interaccionista en la que se tenga en cuenta el contexto o situación en la que se emplea el Humor y las características personales de quien la emplea (Contexto x Persona), para considerarla como una Estrategia de Afrontamiento adaptativa o no. Sin embargo, Werner y Smith (1992) y Wollin y Wollin (1993) demostraron que las personas resilientes emplean frecuentemente el Humor como Estrategia de Afrontamiento ya que éste ayuda a

las personas a afrontar efectivamente las situaciones estresantes. Además, hay que señalar que el Humor ha sido recientemente asociado en un meta-análisis a un afrontamiento más adaptativo, por lo que podría estar relacionado a su vez con la Resiliencia (Mesmer-Magnus, Glew y Viswesvaran, 2012).

Por un lado, y tal y como propuso Richardson (2002), la Resiliencia ha sido habitualmente relacionada con el afrontamiento, al considerarla según este autor como un proceso de afrontamiento con los estresores, la adversidad, el cambio o la oportunidad. Sin embargo, la base teórica de la relación entre Resiliencia y afrontamiento fue establecida por Smith y colaboradores (2010) al señalar que existen dos aspectos que pueden ser especialmente importantes para que el individuo desarrolle su capacidad de Resiliencia. El primer aspecto son los recursos de afrontamiento que han sido considerados por los modelos de afrontamiento (p.ej. Moos y Holahan, 2003) incluyendo (1) características personales estables y positivas (p.ej. el optimismo), (2) relaciones de apoyo positivas, y/o (3) estrategias adaptativas de afrontamiento. El segundo aspecto es la historia de aprendizaje que ha sido considerada por los modelos de autoeficacia (Bandura, 1994) incluyendo (1) tener experiencias exitosas de recuperación, (2) observar a otros que son similares recuperarse, y/o (3) animar verbalmente a que uno puede recuperarse. Así, la Resiliencia puede desarrollarse cuando una persona con una suficiente cantidad de recursos de afrontamiento empieza a creer a través de la experiencia, por ejemplo, o mediante el ánimo de otros, que puede recuperarse del estrés.

Por otro lado, hay que señalar que la Resiliencia y el afrontamiento se han llegado a emplear como conceptos intercambiables e, incluso, se ha llegado a identificar la Resiliencia con el Afrontamiento adaptativo. Sin embargo, como ya se comentó en el capítulo de *Revisión Teórica*, Fletcher y Sarkar (2013) afirman que existe un cuerpo de evidencia creciente que sugiere que son constructos distintos conceptualmente. Estos autores concluyen que la Resiliencia influye en cómo un suceso es valorado mientras que el afrontamiento se refiere a las estrategias empleadas que siguen a la valoración de la situación como estresante.

Por lo que respecta a la consistencia de los resultados obtenidos en la presente investigación con los alcanzados en otros estudios, hasta la fecha se han llevado a cabo pocos estudios que hayan analizado la relación entre Resiliencia y afrontamiento de forma específica, ya que la mayoría de los estudios relacionan ambos constructos de forma vaga e

imprecisa, haciendo ardua la revisión en este campo. Esto es debido, como ya se ha comentado, a la asociación de la Resiliencia con otros conceptos relacionados, sobre todo con la dureza o hardiness (Eschleman, Bowling y Alarcon, 2010), con las emociones positivas (Tugade, Fredrickson y Barrett, 2004) o con los sucesos altamente traumáticos (Littleton, Horsley, John y Nelson, 2007). Esto es especialmente llamativo ya que, desde la Psicología del desarrollo (Leipold y Greve, 2009), tradicionalmente la Resiliencia ha sido considerada como una forma importante de afrontamiento.

Más específicamente, los psicólogos del desarrollo (Greve y Staudinger, 2006) señalan que la Resiliencia necesita ser explicada mediante los procesos de Afrontamiento, los cuales darían lugar a determinadas trayectorias de desarrollo en el individuo. Así, llegan a reclamar que la diferencia entre el afrontamiento y la Resiliencia es principalmente una cuestión de jerarquía conceptual más que una cuestión empírica. De esta manera. Leipold y Greve (2009) argumentan que la Resiliencia simplemente denota el mero hecho de constituir una capacidad para lograr la estabilidad individual o la recuperación rápida (e incluso el crecimiento personal) bajo condiciones significativamente adversas. Los anteriores autores, siguiendo la línea argumental que concluye que el desarrollo de la persona viene dado por el afrontamiento, proponen que el concepto de Resiliencia puede ser considerado como una parte importante del puente conceptual entre el afrontamiento y el desarrollo.

Dejando de lado estas cuestiones y, a pesar de la escasez de estudios específicos que relacionen la Resiliencia con las diferentes Estrategias de Afrontamiento, los pocos que se han llevado a cabo señalan, en general, que el afrontamiento orientado a la tarea está positivamente relacionado con la Resiliencia y que el afrontamiento orientado a la emoción está asociado con baja Resiliencia. Sin embargo, Campbell-Sills y colaboradores (2006) concluyeron que la relación entre el afrontamiento centrado en la tarea y la Resiliencia está mediada por una dimensión de la personalidad, la de tesón. Así, las características que definen a las personas altas en tesón, como su afrontamiento activo y basado en la solución de problemas, promovería la Resiliencia en ellas. Por otro lado, en el estudio de Yi-Frazier y colaboradores (2010) se concluye de forma algo más imprecisa que la baja Resiliencia está asociada a Estrategias de Afrontamiento poco adaptativas y que la alta Resiliencia lo está con las adaptativas. Asimismo, DiCorcia y Tronick (2011) al explorar los mecanismos por los que la Resiliencia está relacionada con el afrontamiento, señalan que ésta funciona como un regulador a la hora de afrontar adaptativamente el estrés cotidiano. Por lo tanto,

los resultados obtenidos en los anteriores estudios son consistentes con los alcanzados en la presente investigación.

Hipótesis 5:

Por lo que respecta a la *Hipótesis 5*, también ésta se confirma en base a los resultados alcanzados en la presente investigación, dado que las Estrategias de Afrontamiento más adaptativas del Estrés Laboral empleadas por personal sanitario y el docente se relacionaron negativamente con el Agotamiento Emocional y la Despersonalización, mientras que lo hicieron positivamente con la Realización Personal. Asimismo, dichas relaciones se invirtieron en el caso de las Estrategias de Afrontamiento menos adaptativas de dicho estrés.

Para concluir lo anterior, se siguió el mismo criterio expuesto a la hora de contrastar la *Hipótesis 4* para considerar a las Estrategias de Afrontamiento como adaptativas o no. De esta forma, en el personal sanitario las Estrategias de Afrontamiento más adaptativas (el Afrontamiento de Compromiso y el Afrontamiento de Apoyo) se relacionaron negativamente con el Agotamiento Emocional y la Despersonalización, mientras que lo hicieron positivamente con la Realización Personal. Dichas relaciones fueron de signo contrario entre el Afrontamiento de Falta de Compromiso (el menos adaptativo) y las tres consecuencias del estrés laboral analizadas. Además en dicha muestra se encontró una relación positiva entre el Humor y la Realización Personal (ver *Tabla 27*). Respecto al personal docente, se encontró que el Afrontamiento de Falta de Compromiso se asoció positivamente con el Agotamiento Emocional y la Despersonalización, y negativamente con la Realización Personal. Dichas relaciones se invirtieron a la hora de relacionarse el Afrontamiento de Compromiso con el Agotamiento Emocional y la Realización Personal y entre ésta y el Afrontamiento de Apoyo. Asimismo, el Humor se relacionó positivamente tanto con el Agotamiento Emocional, como con la Realización Personal en la muestra docente (ver *Tabla 42*).

Hay que señalar que la única excepción a todo lo anterior fue la correlación positiva hallada entre el Afrontamiento de Apoyo y la Despersonalización en el personal

sanitario. Sin duda este resultado es incongruente con la consideración mantenida en la presente investigación del Afrontamiento de Apoyo como una Estrategia de Afrontamiento adaptativa. Sin embargo, habría que analizar más detenidamente dicho resultado en base a una perspectiva interaccionista (Contexto x Persona) en donde se tuvieran en cuenta todos los factores situacionales y personales de dicha muestra. Esto es debido a que la utilización del Afrontamiento de Apoyo a la hora de afrontar específicamente situaciones estresantes en el entorno sanitario puede resultar perjudicial en el profesional de la salud, provocando que éste manifieste irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia otras personas (pacientes y/o compañeros). Por otro lado, y como ya se ha comentado en la *Hipótesis 4*, también deberíamos acudir a dicha perspectiva a la hora de considerar al Humor como una estrategia adaptativa o no, ya que resulta incongruente también la relación encontrada entre el mismo y el Agotamiento Emocional percibido, esta vez, en el personal docente. Por lo tanto, se hacen necesarias más investigaciones en este campo que aclaren dichas relaciones encontradas en el presente estudio.

Aparentemente resulta obvia la relación entre el Afrontamiento y las Consecuencias negativas al estrés laboral ya que éstas surgen como resultado de un proceso continuo en el que, sobre todo, fallan las Estrategias de Afrontamiento que suele emplear el profesional. De esta forma, y como señala en la revisión de Ramos (1999), las Estrategias de Afrontamiento actúan como variables mediadoras entre el estrés percibido en el trabajo y sus consecuencias. Concretamente, los resultados obtenidos en la presente investigación señalan que las personas que emplean Estrategias de Afrontamiento relacionadas con el Afrontamiento de Compromiso y el Afrontamiento de Apoyo se perciben a sí mismas como menos agotadas emocional, menos despersonalizadas y más realizadas personalmente en comparación con las personas que emplean Estrategias de Afrontamiento relacionadas con el Afrontamiento de Falta de Compromiso.

En general, los resultados obtenidos son coherentes con los alcanzados por otros autores en el ámbito sanitario y docente. Por un lado, en la revisión de Galbraith y Brown (2011) sobre las intervenciones para reducir el estrés en el personal sanitario, se concluyó que las más efectivas fueron las que mejoraron las estrategias de afrontamiento más adaptativas a las situaciones estresantes, al disminuir éstas las consecuencias negativas al estrés. Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez y Monteiro (2010) encontraron igualmente relaciones entre el afrontamiento y el estrés en los profesionales de la salud, considerando las estrategias de afrontamiento más adaptativas como un recurso personal que disminuye

las consecuencias negativas del estrés laboral, como el síndrome de burnout, en este colectivo profesional. Por el otro lado, en un meta-análisis exploratorio sobre las causas y efectos del estrés en el personal docente (Montgomery y Rupp, 2005) se concluyó que las respuestas negativas orientadas a la emoción (consideradas como menos adaptativas en la literatura) están asociadas a mayores niveles de Agotamiento Emocional y de Despersonalización, y a menores niveles de Realización Personal. Hay que señalar que resulta relevante el papel que podría jugar el Humor a la hora de afrontar el estrés en el ámbito laboral. En la presente investigación se encontró que estaba relacionado positivamente con la Realización Personal tanto del personal sanitario como del docente. Este resultado es coherente con el obtenido en un reciente meta-análisis en el que se concluyó que el humor positivo está asociado a un afrontamiento más adaptativo y a una disminución de las consecuencias negativas del estrés laboral, como el síndrome de burnout (Mesmer-Magnus *et al.*, 2012).

Por último, y enlazando con la anterior *Hipótesis 4* en la que se confirmó la relación positiva entre la Resiliencia y las Estrategias de Afrontamiento más adaptativas al estrés en el trabajo, también existen estudios que han relacionado directamente la asociación entre la Resiliencia y las Consecuencias al Estrés Laboral tanto en el ámbito sanitario como en el docente. Por un lado, Mealer y colaboradores (2012) en una encuesta realizada en EEUU a nivel nacional encontraron que la Resiliencia estaba asociada a una menor prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de cuidados intensivos. Dunn, Iglewicz y Moutier (2008) concluyeron que la promoción de Resiliencia minimizaba las consecuencias negativas del síndrome de burnout en estudiantes de Medicina. Ya en nuestro medio, Arrogante (2013) comprobó como la Resiliencia estaba asociada positivamente con la Relación Personal y negativamente con el Agotamiento Emocional y la Despersonalización en una muestra de 175 profesionales sanitarios (donde se incluyeron médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) pertenecientes a 9 servicios hospitalarios. Por otro lado, Beltman, Mansfield y Price (2011) en su revisión de la investigación llevada a cabo sobre la Resiliencia en docentes, concluyen que ésta es una capacidad que permite disminuir las consecuencias negativas del estrés laboral, como el síndrome de burnout, sobre todo en profesores que acaban de empezar su carrera docente. Respecto a los docentes que ya llevan tiempo ejerciendo su profesión, Bernshausen y Cunningham (2001) ya abogaban por la introducción de programas en los centros educativos dirigidos a desarrollar y mejorar la Resiliencia de los profesores basándose en

que ésta disminuía los niveles de burnout de los mismos tras completar el programa. Los resultados de todos los anteriores estudios son coherentes con los alcanzados en la presente investigación, ya que la Resiliencia se relacionó positivamente con la Realización Personal en el personal sanitario y docente y negativamente con el Agotamiento Emocional y la Despersonalización percibidos por los sanitarios, y negativamente solamente con el Agotamiento Emocional de los docentes (ver *Tabla 27 y 42*).

Hipótesis 6:

La *Hipótesis 6* planteada en la presente investigación se ve confirmada por los resultados obtenidos en la misma, ya que la Resiliencia, el Apoyo Social, la Realización Personal y las Estrategias de Afrontamiento más adaptativas al Estrés Laboral se relacionaron positivamente con la mayor parte de las dimensiones que componen las tres aproximaciones propuestas al Bienestar percibido (como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico) en el personal sanitario y docente. Asimismo, dichas relaciones se invirtieron en su mayoría en el caso del Agotamiento Emocional, la Despersonalización y las Estrategias de Afrontamiento menos adaptativas de dicho estrés en ambas muestras (ver *Tabla 25 y 40*).

De esta forma, los resultados alcanzados en la presente investigación señalan que las personas con mayores niveles de Resiliencia, Apoyo Social, Realización Personal y que emplean Estrategias de Afrontamiento relacionadas con el Afrontamiento de Compromiso y el Afrontamiento de Apoyo se sienten mejor consigo mismas y más felices (a un nivel no sólo físico, sino también psicológico) que las que muestran mayores niveles en Agotamiento Emocional, Despersonalización y que emplean Estrategias de Afrontamiento relacionadas con el Afrontamiento de Falta de Compromiso. Como ya se expuso detalladamente en el capítulo de *Revisión Teórica*, estos resultados son todos ellos coherentes con la evidencia empírica existente en este campo de investigación.

Además, dando un paso más, es posible hablar de predicción una vez establecidas las relaciones entre los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación y las diferentes dimensiones del Bienestar percibido evaluadas en la misma. En el personal

sanitario el factor más importante que predice casi todas las dimensiones del Bienestar (a excepción del Componente Físico) es el Apoyo Social, seguido de la Resiliencia (que predice todas menos el Componente Físico, las Relaciones Positivas y el Propósito en la Vida) y del Afrontamiento de Falta de Compromiso (en este caso predice todas excepto el Componente Físico, el Afecto Positivo y el Crecimiento Personal) (ver *Tabla 32*). En el caso del personal docente, el Apoyo Social continuó siendo el factor más importante a la hora de predecir el Bienestar en dicha muestra (que predijo todas las dimensiones analizadas del mismo a excepción de los Componentes Físico y Mental, el Afecto Negativo y la Autonomía), seguido del Afrontamiento de Compromiso (que predijo la Autoaceptación, la Autonomía, el dominio del Entorno, el Propósito en la Vida y el Crecimiento Personal) y del Afrontamiento de Falta de Compromiso (en este caso predijo la Satisfacción con la Vida, el Afecto Negativo, la Autoaceptación, las Relaciones Positivas y la Autonomía) (ver *Tabla 47*). Todas las correlaciones encontradas entre los Factores Psicosociales y las dimensiones del Bienestar percibido señalados fueron positivas a excepción del Afrontamiento de Falta de Compromiso que fueron negativas, invirtiéndose todas ellas a la hora de relacionarse dichos factores con el Afecto Negativo.

Por lo que respecta al Apoyo Social, el hecho de que se constituya como el factor más importante a la hora de predecir el Bienestar percibido en ambas muestras es consistente con la mayor parte de los estudios llevados a cabo en este campo que lo señalan de forma rotunda, constante e inequívoca como factor condicionante de la felicidad (ver revisión de Fernández-Abascal, 2009). Los estudios que han demostrado tal asunción se expusieron con detalle en el capítulo de *Revisión Teórica*. Sin embargo, el estudio más importante en este campo de investigación fue la amplia revisión de Fordyce (1997) en la que se analizaron específicamente los estudios que relacionaban el Apoyo Social con la felicidad y que concluyó que en todos ellos se confirmaba la importancia primordial que tienen los vínculos sociales en la felicidad de las personas.

Respecto a la predicción del Bienestar percibido por parte de la Resiliencia, ésta ya fue demostrada en los estudios llevados a cabo por Cohn y colaboradores (2009), Smith y colaboradores (2010) y Tugade y colaboradores (2004). Asimismo, la Resiliencia ha sido ampliamente investigada en el personal sanitario (ver capítulo de *Revisión Teórica*) por lo que no es de extrañar el resultado obtenido en la presente investigación al constituirse como el segundo factor más importante a la hora de predecir el Bienestar percibido por los profesionales sanitarios. Este resultado es consistente con los obtenidos en dos estudios

previos a la presente investigación (Arrogante y Pérez-García, 2012a, 2013a) donde la Resiliencia predijo positivamente el Bienestar Subjetivo en una muestra de personal sanitario, tal y como se comentará más adelante en la *Hipótesis 7*.

Por otro lado, el hecho de que el Afrontamiento de Compromiso y el de Falta de Compromiso predigan la mayoría de las dimensiones del Bienestar percibido analizadas en la presente investigación es consistente con el resultado alcanzado por Carver y Connor-Smith (2010) en su revisión. Estos autores concluyen que un Afrontamiento de Compromiso (más adaptativo) se relaciona con un mayor Bienestar percibido, mientras que el empleo de un Afrontamiento de Falta de Compromiso (menos adaptativo) se relaciona igualmente con el mismo pero de forma negativa. Por lo tanto, resultaría obvia la utilización de estrategias de afrontamiento más adaptativas para llegar a sentirse bien, mientras que la evitación de estrategias de afrontamiento menos adaptativas conduciría a un mayor Bienestar. Sin embargo, los resultados obtenidos en las dos muestras son diferentes en este sentido. De esta forma, el Bienestar percibido por personal docente fue predicho por un mayor empleo de un Afrontamiento de Compromiso y una menor utilización o evitación de un Afrontamiento de Falta de Compromiso. Por el contrario, el personal sanitario no empleó diferencialmente y en mayor medida un Afrontamiento de Compromiso (éste solamente predijo positivamente el Crecimiento Personal en dicha muestra), sino que evitó la utilización de un Afrontamiento de Falta de Compromiso para llegar a sentirse bien consigo mismos. La falta de estudios en este campo hace necesario que se investigue con más profundidad este resultado, ya que el hecho de que los profesionales sanitarios trabajen en un entorno laboral caracterizado por una mayor adversidad (no sólo por la atención a personas enfermas, sino también por sus deficientes condiciones laborales) no parece que provoque que el profesional sanitario emplee Estrategias de Afrontamiento más adaptativas, sino más bien al contrario, evitando emplear estrategias no adaptativas. Este resultado es consistente con el alcanzado en otro estudio previo a la presente investigación (Arrogante y Pérez-García, 2012b).

Comparando la *Tabla 32* y *47* se puede observar cómo las Variables Sociodemográficas predijeron en mayor medida diferentes dimensiones del Bienestar percibido en el personal docente que en el sanitario. De entre todas ellas, la Convivencia fue la variable que más dimensiones del Bienestar percibido predijo en los profesores (positivamente la Satisfacción con la Vida, el Afecto Positivo, la Autoaceptación y el Propósito en la Vida; y negativamente las Relaciones Positivas) (ver *Tabla 47*). Sin

embargo, por un lado es necesaria la realización de más investigaciones en este campo, ya que en el presente estudio se obtuvieron resultados incongruentes a priori desde el sentido común. Por ejemplo, las predicciones negativas encontradas en el personal docente de la Convivencia sobre las Relaciones Positivas y de el tener o no Hijos sobre el Componente Mental y el Dominio del Entorno y el Afecto Negativo (en el que la predicción fue positiva). En el caso del personal sanitario, la predicción negativa de tener o no Hijos sobre la Satisfacción en la Vida debería ser investigada con más profundidad (ver *Tabla 32*). Estos resultados merecen especial atención por parte de la investigación futura, que debería aclarar el efecto negativo de los hijos en el Bienestar percibido tanto en los sanitarios, como en los docentes. Hay que considerar que dicho efecto negativo puede ser debido a que nos encontramos ante dos profesiones en las que la formación continua y el trabajo y estudio que hay que realizar fuera del lugar de trabajo (sobre todo en el propio hogar) son en ocasiones abundantes, por lo que los hijos pueden llegar a reducir el Bienestar percibido en sanitarios y docentes si éstos no pueden progresar en su carrera profesional y no pueden, al mismo tiempo, atender a sus hijos adecuadamente. Este mismo efecto negativo podría tener la Convivencia con otras personas en el caso de los docentes.

Por otro lado, el mayor peso de las Variables Sociodemográficas a la hora de predecir en mayor medida el Bienestar percibido en el personal docente que en el sanitario, puede ser debido a la mayor heterogeneidad de la muestra docente. Aunque ambas muestras estuvieron compuestas por un porcentaje similar de hombres y mujeres (siendo más numerosas estas últimas en ambos casos), la muestra docente se caracterizó por una mayor edad media de sus integrantes y una mayor dispersión de los mismos en las variables Edad y Años como Docente. Además, hay que tener en cuenta que no todos los profesores impartían sus clases de la misma carrera universitaria y ni en el mismo centro asociado. Sin embargo, la homogeneidad de la muestra sanitaria al compartir no sólo el mismo centro de trabajo, sino también por presentar similares características sociodemográficas, daría lugar a que éstas no fueran tan determinantes a la hora de predecir el Bienestar percibido en dicha muestra.

Por último, y dentro de la contrastación de la presente hipótesis, se ha creído conveniente analizar las diferencias sexuales encontradas en las variables psicológicas (Factores Psicosociales y dimensiones de las tres aproximaciones al Bienestar percibido) evaluadas en la presente investigación. Hay que señalar que, aunque el análisis de dichas diferencias formaba parte de los objetivos generales del estudio, no se formuló ninguna

hipótesis sobre las mismas ante la escasez e, incluso, inexistencia de estudios que las apoyaran.

Los resultados obtenidos en la presente investigación señalaron que las mujeres de la muestra sanitaria y docente utilizaron en mayor medida un Afrontamiento de Apoyo que los hombres de ambas muestras y, además, percibieron un Apoyo Social más elevado que los mismos (ver *Tabla 23* y *38*, respectivamente). Asimismo, las mujeres de la muestra sanitaria puntuaron más alto que los hombres de dicha muestra en la escala de Componente Mental del Bienestar considerado como Estado de Salud (ver *Tabla 24*). Por el contrario, los hombres de la muestra sanitaria puntuaron más que las mujeres de la misma muestra en las escalas de Resiliencia y de Humor (ver *Tabla 23*). Asimismo, las mujeres de la muestra docente obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres de dicha muestra en las escalas de Religión, Relaciones Positivas y Crecimiento Personal (ver *Tabla 38* y *39*).

El hecho de que las mujeres de ambas muestras emplearan un Afrontamiento de Apoyo en más medida que los hombres participantes en la presente investigación es congruente con el resultado alcanzado por Carver y colaboradores (1989) que concluyeron que las mujeres emplean más Estrategias de Afrontamiento relacionadas con el apoyo y la emoción que los hombres, los cuáles emplean estrategias activas y más orientadas al problema. Otra investigación llevada a cabo previamente a la realización del presente estudio (Arrogante y Pérez-García, 2012b), es coherente con el resultado alcanzado en el mismo al obtener las mujeres de una muestra sanitaria y no sanitaria puntuaciones más altas en el Afrontamiento de Apoyo que los hombres de ambas muestras. Además, habría que considerar que las mujeres de ambas muestras participantes en la presente investigación también percibieron un mayor Apoyo Social, constituyéndose como la posible causa de las mayores puntuaciones obtenidas por las mismas en el Afrontamiento de Apoyo. Es decir, las mujeres sanitarias y docentes al manifestar un Apoyo Social percibido más elevado que los hombres hacen un mayor uso de las Estrategias de Afrontamiento relacionadas con el apoyo al poseer más vínculos y redes sociales que las puedan apoyar a la hora de afrontar las situaciones estresantes en sus respectivos entornos laborales. Específicamente, esto mismo podría conducir a las mujeres de la muestra docente a que perciban que tienen mayores Relaciones Positivas que los hombres de dicha muestra. A su vez, las mujeres docentes podrían acogerse a la Religión y a sus creencias

religiosas en mayor medida que los hombres de la muestra docente, al beneficiarse del Apoyo Social que frecuentemente brindan las congregaciones religiosas.

Otra diferencia en cuanto al sexo obtenida en la presente investigación, y que es coherente con otros estudios llevados a cabo con anterioridad, son las mayores puntuaciones obtenidas por los hombres de la muestra sanitaria en la escala de Componente Mental del Bienestar considerado como Estado de Salud. Este resultado concuerda con los datos existentes en la literatura, y refuerza la idea defendida por H. J. Eysenck de que son las mujeres quienes obtienen mayores puntuaciones en las escalas de neuroticismo (Eysenck y Eysenck, 1985). De hecho, en uno de sus últimos estudios (Eysenck, Eysenck y Barret, 1995; p. 711) concluye que “en términos de las dimensiones fundamentales de la personalidad, las mujeres siempre han obtenido mayores puntuaciones que los hombres en neuroticismo”. Igualmente Costa, Terraciano y McCrae (2001) llegaron al mismo resultado, concluyendo que dicha diferencia es generalmente consistente con el estereotipo sexual existente al respecto. Asimismo, a este mismo resultado se llegó en un estudio llevado a cabo previamente a la presente investigación (Arrogante y Pérez-García, 2013a). Hay que recordar que la dimensión de la personalidad del neuroticismo valora el ajuste emocional, identificando a los individuos propensos al sufrimiento psicológico y que emplean Estrategias de Afrontamiento no adaptativas (ver revisión de Sanjuán, 2003). Las mayores puntuaciones en neuroticismo obtenidas consistentemente por las mujeres podrían ser la causa de una menor percepción de salud mental respecto a los hombres. Sin embargo, tal asunción debería tomarse con cautela ya que existe evidencia al respecto que señala que cuando se hacen registros emocionales diarios estas diferencias sexuales desaparecen, quizás porque en ambos sexos pesen menos los estereotipos sexuales facilitando unos autoinformes más fieles y ajustados a sus experiencias recientes (Barret, Robin, Pietromonaco y Eyssell, 1998).

Hay que señalar que, ante la falta de suficientes estudios en este campo de investigación, habría que estudiar en más profundidad las restantes diferencias halladas en función del sexo. De esta manera, habría que contrastar específicamente el hecho de que los hombres de la muestra sanitaria fueran más resilientes y con más humor que las mujeres de dicha muestra. A su vez, habría que investigar por qué concretamente éstas perciben una menor salud mental que los hombres de la muestra sanitaria. Asimismo, se hacen necesarios más estudios que corroboren el resultado obtenido en la presente investigación consistente en que las mujeres de la muestra docente se acojan más a

Religión en momentos de estrés laboral, perciban que tienen más Relaciones Positivas y un mayor Crecimiento Personal que los hombres de dicha muestra.

Finalmente, aunque la presente investigación se ha centrado en el estudio de las diferencias en cada una de la muestras (sanitaria y docente) en las variables psicológicas y sociodemográficas evaluadas en el estudio, en el *Anexo XVI* se muestra el análisis de las diferencias en la muestra total (N=375) en función de su Sexo, tanto en cuanto a las Variables Sociodemográficas, como en cuanto a los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación. Hay que señalar que se ha creído conveniente la realización de dicho análisis a pesar no formar parte de los objetivos del estudio llevado a cabo y de no formularse, en consecuencia, hipótesis en función de los mismos.

Hipótesis 7:

Por lo que respecta a la *Hipótesis 7*, también ésta se confirma en base a los resultados alcanzados en la presente investigación, dado que la Resiliencia fue un factor más importante a la hora de predecir el Bienestar percibido (como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico) en el personal sanitario que en el docente.

Como ya se comentó en la contrastación de la anterior *Hipótesis 6*, la Resiliencia predijo todas las dimensiones del Bienestar percibido en el personal sanitario (a excepción del Componente Físico, las Relaciones Positivas y el Propósito en la Vida) de forma positiva (excepto el Afecto Negativo que lo predijo negativamente). De esta forma la Resiliencia se constituyó como el segundo Factor Psicosocial predictor más importante del Bienestar en dicha muestra por detrás del Apoyo Social (ver *Tabla 32*). Sin embargo, en el personal docente la Resiliencia solamente predijo positivamente el Componente Mental y el Afecto Positivo y, negativamente, el Afecto Negativo (ver *Tabla 47*).

De esta manera, los resultados obtenidos en la presente investigación indican que los profesionales sanitarios con mayores niveles de Resiliencia son los que mejor se sienten consigo mismos (a nivel psicológico) y son más felices en comparación con los sanitarios menos resilientes.

La importancia de la Resiliencia en el Bienestar percibido en el personal sanitario ha sido demostrada en el ya mencionado estudio previo a la presente investigación (Arrogante y Pérez-García, 2013a) (ver *Anexo XV*). En dicho estudio se compararon los diferentes predictores del Bienestar Subjetivo [calculado a partir de la fórmula propuesta por Brunstein (1993) y Sheldon y Elliot (1999): Satisfacción con la Vida + (Afecto Positivo – Afecto Negativo)] en una muestra de profesionales sanitarios (N=59), constituida por personal de enfermería de cuidados intensivos y de cardiología, y en otra de profesionales no sanitarios (N=50), principalmente formada por funcionarios y profesores. Mientras que la Resiliencia y el neuroticismo fueron los factores que predijeron el Bienestar Subjetivo en la enfermería, en la muestra no sanitaria la Resiliencia perdió su papel tan destacado y fueron las dimensiones de la personalidad (concretamente fueron la extraversión, el neuroticismo y el tesón) los que cobraron mayor importancia y tuvieron más peso a la hora de predecir el Bienestar Subjetivo en dicha muestra. Además, en este mismo estudio se llevó a cabo un análisis mediacional mediante el procedimiento propuesto por Baron y Kenny (1986), comprobándose su significación estadística mediante el test de Sobel (1988). En dicho análisis se pudo comprobar cómo la Resiliencia también medió las relaciones entre la extraversión y el neuroticismo con el Bienestar Subjetivo solamente en la muestra sanitaria. Más específicamente, la mediación fue total en el caso de la relación entre la extraversión y el Bienestar Subjetivo, por lo que el personal de enfermería más sociable y más resiliente fue el que mejor y más feliz se sentía. Sin embargo, la Resiliencia medió parcialmente las relaciones entre neuroticismo y el Bienestar Subjetivo percibido en dicha muestra, sugiriendo que pudieran existir otras vías, además de la Resiliencia, por las que el neuroticismo pueda influir en el Bienestar Subjetivo de los profesionales de enfermería. La Resiliencia, a tenor de los resultados obtenidos en este estudio, se constituyó como una característica fundamental del personal de enfermería de intensivos y de cardiología (ver *Anexo XV*).

Por último, y como en el caso de la anterior *Hipótesis 6*, aunque la presente investigación se ha centrado en el estudio de las diferencias en los distintos factores que predicen el Bienestar percibido en el personal sanitario y docente, en el *Anexo XVI* se muestra el análisis de las diferencias en la muestra total (N=375) en función de su Profesión, tanto en cuanto a las Variables Sociodemográficas, como en cuanto a los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación. Igualmente, hay que señalar que se ha creído conveniente la realización de dicho análisis a pesar no formar parte de los

objetivos del estudio llevado a cabo y de no formularse, en consecuencia, hipótesis en función de los mismos.

Pregunta de investigación 1:

Los resultados obtenidos en el *Estudio III* permiten contestar a la *Pregunta de investigación 1* de forma afirmativa, ya que las tres aproximaciones al Bienestar percibido analizadas en la presente investigación (el Bienestar considerado como Estado de Salud, el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico) se integraron en un modelo estructural del Bienestar empleando una muestra de personal sanitario y docente. Dicho modelo obtenido se puede observar en la *Figura 11* y *12*.

Como ya se comentó a la hora de contrastar la *Hipótesis 3*, el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de las 9 escalas que componen el Bienestar Subjetivo y Psicológico arrojó únicamente un factor, por lo que en la presente investigación se alcanzó una solución unifactorial del Bienestar percibido compuesta por dichas escalas (ver *Tabla 48*). Dado este resultado, se creyó conveniente incluir en el AFE las otras dos escalas del Bienestar considerado como Estado de Salud (Componente Físico y Mental), con el objetivo de obtener una solución factorial del Bienestar percibido teniendo en cuenta las tres aproximaciones existentes al mismo (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico). Sorprendentemente, la realización del AFE de las 11 escalas totales arrojó una solución bifactorial del Bienestar percibido, denominándose al Factor 1 como Bienestar Psíquico (compuesto por la escala del Componente Mental del Bienestar como Estado de Salud, las tres escalas del Bienestar Subjetivo y las seis del Bienestar Psicológico) y al Factor 2 como Bienestar Físico (que incluía únicamente la escala del Componente Físico del Bienestar como Estado de Salud) (ver *Tabla 49*). Para terminar, se llevó a cabo el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) mediante la elaboración de un modelo estructural del Bienestar, tanto en el personal sanitario como en el docente (ver *Figura 11* y *12*, respectivamente). Como se puede observar en ambas figuras, la magnitud de la predicción del Bienestar Físico sobre el Bienestar Psíquico en ambos modelos fue baja y, además, las diferentes escalas que componen el Bienestar Psicológico tuvieron más peso a la hora de predecir el

Bienestar Psíquico que las que constituyen el Bienestar Subjetivo percibidos en el personal sanitario y en el docente.

Aunque el modelo estructural del Bienestar obtenido en la presente investigación es claramente inconsistente con los obtenidos por Keyes y colaboradores (2002) y Linley y colaboradores (2009), es necesario aclarar otros aspectos que sí son congruentes con los modelos de dichos autores. Por un lado, el hecho de que las diferentes escalas que componen el Bienestar Psicológico tuvieran más peso a la hora de predecir el Bienestar Psíquico es congruente con el resultado obtenido por Linley y colaboradores (2009) (ver *Figura 5*). Específicamente, este resultado implicaría que los profesionales sanitarios consideran a los componentes relacionados con el Bienestar Psicológico como los más importantes a la hora de sentirse bien consigo mismos, más que alcanzar un estado psicológico en particular, como es lo que evalúa el Bienestar Subjetivo. Esto último iría en consonancia con la idea de Sanjuán (2011) al considerar que el Bienestar Psicológico evalúa el cómo una persona vive, mientras que el Bienestar Subjetivo se refiere a un resultado.

Por otro lado, el hecho de que la Autoaceptación se constituya como uno de los componentes o dimensiones del Bienestar Psíquico más importantes que lo predicen en ambos modelos del Bienestar percibido obtenidos, tanto en el personal sanitario (ver *Figura 11*) como en el docente (ver *Figura 12*), también es consistente con los resultados obtenidos por Keyes y colaboradores (2002) y Linley y colaboradores (2009) (ver *Figura 4 y 5*). Si comparamos en conjunto las cuatro figuras, la Autoaceptación es el aspecto que más consistentemente está asociado al Bienestar percibido (considerando también al Bienestar Subjetivo) y que tiene uno de los mayores pesos predictores del mismo en dichas figuras. Hay que señalar que esta dimensión es la que consistentemente ha alcanzado los mayores coeficientes de fiabilidad de las diferentes versiones que se han realizado de las EBP de Ryff (Ryff, 1989a y b) (ver apartado de *Instrumentos de Medida*). La otra dimensión o faceta del Bienestar Psíquico más importante es el Dominio del Entorno, siendo junto con la Autoaceptación, las dos dimensiones que tienen mayor impacto sobre el Bienestar Psíquico. A este mismo resultado llegó Sanjuán (2011) al demostrar que eran las dimensiones del Bienestar Psicológico que más incidencia tienen en el desarrollo de emociones positivas. Asimismo, el resultado alcanzado respaldaría la hipótesis de Waterman (2008) de que el Afecto Positivo no forma parte del núcleo del Bienestar percibido, yendo en contra de lo

que hasta ahora se había asumido (Kashdan *et al.*, 2008). Además, en los modelos obtenidos por Keyes y colaboradores (2002) y Linley y colaboradores (2009), el Afecto Positivo tampoco fue uno de los componentes predictores más potentes del Bienestar. A tenor de los resultados obtenidos en la presente investigación, lo que parecen buscar ante todo las personas para sentirse bien consigo mismas y ser felices es tener una actitud positiva hacia sí mismas para mantener una elevada autoestima y poseer una mayor sensación de control sobre el mundo que les rodea con el objetivo de mantener un alto nivel de autoeficacia.

Retomando la contrastación de la anterior *Hipótesis 3*, en la misma se formuló una asunción que cuestionaba la conclusión predominante a la que se había llegado en este campo de estudio, y que señalaba que el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico “*son dos constructos distintos, pero relacionados*”. Dicha asunción afirmaba que ambas aproximaciones al Bienestar “*forman un mismo constructo que evalúa el Bienestar percibido*”. Sin embargo, y en base al modelo estructural del Bienestar obtenido en la presente investigación, ésta asunción se debería completar de la siguiente forma: el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico “*forman un mismo constructo que evalúa el Bienestar percibido a nivel psicológico o psíquico, claramente diferenciado de un Bienestar percibido a nivel físico con el que está relacionado, pero que éste último no lo predice de forma determinante*”.

En consecuencia, y como ocurriese en la *Hipótesis 3*, las implicaciones de la formulación de la anterior afirmación más completa son muy profundas a nivel teórico y metodológico y, por lo tanto, para la investigación futura. Entre las mismas, se destacan las siguientes tres implicaciones:

- *La compleja diferenciación entre “lo psicológico” y “lo físico”*: Todas las escalas empleadas en la presente investigación son, obviamente, subjetivas al constituir todas ellas medidas de autoinforme y, por lo tanto, están cargadas de un componente psicológico importante. Sin embargo, resulta sorprendente que todas aquéllas que evalúan el Bienestar percibido a un nivel psicológico (incluido el Componente Mental del Estado de Salud) saturan en el mismo factor y que sólo la escala que evalúa el Bienestar percibido a nivel físico, sature en otro factor distinto. Sin intención de querer caer en debates filosóficos sobre el reduccionismo cartesiano consistente en el dualismo mente-cuerpo, sin lugar a

dudas dicha diferenciación debería considerar la influencia de otros factores ya comentados: fisiológicos, cognitivos, sociales y conductuales (Salovey *et al.*, 2000). Por lo tanto, antes de acudir a un modelo tan simplista y reduccionista, deberíamos acogernos a un modelo bio-psico-social en el que puedan incluirse todos los anteriores factores mencionados. Dicho modelo nos dará una perspectiva más completa y global a la hora de entender las diferencias y relaciones entre nuestro cuerpo y lo que pensamos, sentimos, hacemos en nuestra relación con el entorno social.

- *La posibilidad de construir un instrumento único para evaluar las diferentes concepciones del Bienestar percibido:* El hecho de que las pruebas psicológicas empleadas en la presente investigación para medir el Bienestar percibido (SWLS, PANAS, EBP y SF-12) se caractericen por una alta fiabilidad y validez no solamente ya contrastadas (ver apartado de *Instrumentos de Medida*) sino también encontradas en la presente investigación (ver *Tablas 19 y 36*) y, sin embargo, los resultados obtenidos indiquen que todas ellas saturan en un único factor (excepto el Componente Físico del SF-12), deja abierta la posibilidad de elaborar un instrumento de medida que integre los ítems con mayor peso factorial de cada una de dichas escalas. En el mismo se incluiría una escala de Salud Mental, otras tres escalas que evaluarían las tres dimensiones del Bienestar Subjetivo y, por último, las seis escalas del Bienestar Psicológico. Sin duda, dicho instrumento de medida reduciría el número de ítems totales de las cuatro pruebas empleadas en la presente investigación y, obviamente, tendría la gran ventaja de evaluar el Bienestar percibido a un nivel psicológico. Queda abierta en el futuro, por lo tanto, una línea de investigación muy interesante en este campo de estudio.
- *La controvertida causalidad de la relaciones entre salud y Bienestar:* El modelo estructural del Bienestar percibido obtenido en la presente investigación está constituido por un Bienestar Psíquico y un Bienestar Físico, siendo este último un predictor poco potente del primero, tanto en la muestra sanitaria (ver *Figura 11*), como en la muestra docente (ver *Figura 12*). De dicho modelo estructural se podría concluir que la dirección de la relación entre salud y Bienestar percibido va desde la primera al segundo. Sin embargo, y aunque parece estar totalmente aceptada y consensuada la relación entre salud y Bienestar (asimismo avalada por los resultados obtenidos, ver *constrastación Hipótesis 1*), no lo está tanto la

dirección de la misma. Empíricamente se pueden distinguir dos direcciones en dicha relación dependiendo de la disciplina desde donde se lleve a cabo el estudio. De esta manera, y desde la Psicología, el Bienestar parece predecir la salud de las personas como se ha podido comprobar en los tres estudios más importantes en este campo que han evaluado el efecto unidireccional del Bienestar sobre la salud (Howell *et al.*, 2007; Lyubomirsky *et al.*, 2005; Pressman y Cohen, 2005). Mientras que desde la Medicina, o incluso la Economía, la dirección parece ir desde la salud al Bienestar percibido o felicidad (Binder y Coad, 2013; Graham, 2008; Graham, Higuera y Lora, 2011). En consecuencia, no está del todo claro qué precede a qué. Sin lugar a dudas, habría que considerar posibles variables en dicha relación, como los estados de ánimo positivos y negativos y los rasgos de personalidad (como el efecto ya comentado del optimismo hacia la sobrevaloración de la salud y/o del Bienestar). Por un lado, y sin entrar en el debate sobre la dirección entre ambos conceptos, el Bienestar percibido constituye la variable dependiente en la presente investigación, por lo que se considera como un fin a alcanzar por las personas. Por lo tanto, y siguiendo a Aristóteles, toda conducta humana se orienta a la consecución del Bienestar o de la felicidad. Por otro lado, la baja potencia predictora del Bienestar Físico sobre el Bienestar Psíquico (en dos muestras sanas clínicamente) apoyaría la afirmación de que la salud sólo predice la felicidad en el caso de que la enfermedad o trastorno sea muy grave o crónico (Verbrugge, Reoma y Gruber-Baldini, 1994). El mismo patrón se seguiría en el resto de adversidades, ya que el ser humano parece seguir siendo feliz superado un tiempo de adaptación (ver revisión de Palomera, 2009). Por último, esto mismo no ocurriría en el caso de la Salud Mental ya que, a tenor de los resultados obtenidos en la presente investigación, constituye en sí misma una dimensión o componente del Bienestar Psíquico (ver *Figura 11 y 12*).

Pregunta de investigación 2:

Asimismo, los resultados alcanzados en el *Estudio III* permiten contestar afirmativamente a la *Pregunta de investigación 2*, ya que los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación (Resiliencia, Apoyo Social, Consecuencias del Estrés Laboral y Estrategias de Afrontamiento del mismo) se pudieron incluir en el anterior modelo estructural del Bienestar (ver anterior *Pregunta de investigación 1*), obteniendo de este modo un modelo estructural específico del Bienestar percibido en el personal sanitario.

Dicho modelo fue expuesto en la *Figura 14*. Hay que señalar que las relaciones entre los distintos constructos y variables reflejados en dicha figura fueron ya justificadas en el apartado de *Resultados*, apoyándose en la *Revisión Teórica* expuesta con anterioridad a los mismos. Entre las relaciones establecidas cabe destacar la consideración del Apoyo Social como un factor necesario y anterior al desarrollo de la Resiliencia, por lo que es más plausible que éste predijera a la misma (y no al revés). Otro aspecto que se tuvo en cuenta a la hora de la elaboración del modelo definitivo del Bienestar percibido en el personal sanitario fue la creación de un nuevo constructo o variable latente denominado Adaptación al Estrés Laboral. Este constructo estuvo integrado por las diferentes Estrategias de Afrontamiento y las Consecuencias al Estrés Laboral. De esta manera se consideraron dos de las grandes variables en el proceso de adaptación al medio de trabajo: la persona (mediante las Estrategias de Afrontamiento que pone en marcha) y las consecuencias individuales para su salud y bienestar (Olmedo y Santed, 1999).

Tal y como se pudo comprobar en la *Figura 14*, la Adaptación al Estrés Laboral fue el factor psicosocial que más peso tuvo a la hora de predecir el Bienestar Psíquico de la muestra sanitaria. A su vez, la Adaptación al Estrés Laboral fue predicha por el Apoyo Social y, en mayor medida, por la Resiliencia. Simultáneamente, el Apoyo Social también predijo la Resiliencia. Por lo que respecta al Bienestar Físico, éste solamente fue predicho por el Agotamiento Emocional manifestado por los sanitarios. Respecto a las otras relaciones directas entre los Factores Psicosociales analizados y el Bienestar Psíquico, el Apoyo Social influyó directamente en el mismo, aunque también lo hizo indirectamente influyendo éste, y en la misma medida, en la Adaptación al Estrés Laboral. Por último, otro aspecto destacable de la *Figura 14* fue el hecho de que la Resiliencia no influyera

directamente en el Bienestar Psíquico percibido en el personal sanitario, sino que lo hiciera indirectamente prediciendo la Adaptación al Estrés Laboral.

A pesar de que hasta la fecha no se haya elaborado ningún modelo estructural específico del Bienestar percibido en el personal sanitario, en el que se tengan en cuenta los Factores Psicosociales y las aproximaciones al Bienestar considerados en la presente investigación (por lo que se tuvo que formular la presente *Pregunta de investigación 2*), hay diferentes aspectos del modelo obtenido en la misma que están apoyados por la evidencia empírica existente en este campo de estudio.

En primer lugar, el trabajo (y, en consecuencia, la adaptación al entorno laboral) se constituye como el factor condicionante más importante del Bienestar percibido en el personal sanitario, tal y como ya señalaron Ramos (1999) y Sandín (1999) en sus revisiones al considerarlo como una de las esferas más importantes de nuestras vidas y dónde más tiempo pasamos. A su vez, las Consecuencias al Estrés Laboral (y, en concreto, el síndrome de burnout) han sido las variables más ampliamente y mejor estudiadas como condicionantes del Bienestar en los profesionales sanitarios tal y como se expuso en el capítulo de *Revisión Teórica*. Pero antes de que el estrés laboral repercuta negativamente en el Bienestar del profesional sanitario, éste tiene la posibilidad de poner en marcha diferentes Estrategias de Afrontamiento para que esto no ocurra y se adapte eficazmente a su entorno laboral. Por lo tanto, la inclusión de los dos anteriores factores se hace necesaria en cualquier modelo que se intente elaborar para estudiar y comprender el Bienestar percibido en dichos profesionales.

Sin embargo, hay que señalar que en la presente investigación no se ha incluido la otra gran variable en el proceso de adaptación al trabajo: el ambiente, es decir, el entorno laboral en sí mismo (Olmedo y Santed, 1999). Dentro de los factores ambientales y organizacionales más estudiados, y que influyen en el Bienestar percibido por el personal sanitario, han sido las características y condiciones del trabajo y el tipo de paciente atendido. Respecto a éste último factor, se ha demostrado que los profesionales sanitarios que trabajan con enfermos oncológicos informan en mayor medida de trastornos traumáticos secundarios y de mayores niveles de burnout, repercutiendo negativamente no sólo en su Bienestar, sino también en la atención que prestan a dichos enfermos (Breen, O'Connor, Hewitt y Lobb, 2013). Por lo que respecta a las características y condiciones laborales, éstas han sido estudiadas con más profundidad en el personal sanitario.

Recientemente dos estudios transculturales a nivel internacional han analizado dicho factor en diferentes hospitales europeos (Montgomery, Todorova, Baban y Panagopoulou, 2013; Pisanti, van der Doef, Maes, Lazzari y Bertini, 2011) y han revelado que los contextos institucionales, los factores organizacionales y las características propias de la labor sanitaria imponen constricciones, tanto en la capacidad de los profesionales sanitarios para tomar decisiones, como en su Bienestar general. Sin embargo, Pisanti y colaboradores (2011) señalan que son éstas últimas (es decir, las características laborales) las que mayor impacto tienen en el Bienestar de dichos profesionales, concretamente el sistema de turnos rotatorios característico del entorno sanitario. Izquierdo, Navarro y Esteban (2000) ya llegaron a la misma conclusión empleando una muestra sanitaria de un hospital de nuestro país.

A pesar de la importancia e impacto que tienen las características y condiciones laborales y el tipo de pacientes que atienden los profesionales sanitarios en el Bienestar percibido por los mismos, estos factores son muy difíciles (sino imposible) de modificar. Como ya se ha comentado en el capítulo de *Revisión Teórica*, los profesionales sanitarios son testigos directos del sufrimiento humano y hacen frente a un entorno laboral adverso y estresante. Sin embargo, tales características se pueden considerar como inherentes a la labor sanitaria y, en consecuencia, solamente modificables mediante cambios organizacionales que implican la inversión de dinero por parte de las instituciones. Éstas son muy reacias a ello, y más si consideramos la actual situación de crisis en nuestro país, en donde se están llevando a cabo recortes presupuestarios en Sanidad que están provocando que tales condiciones laborales se agraven aún más. Por lo tanto, sin llegar a olvidar tales factores, la presente investigación se ha centrado en aquellos factores modificables (y que, en consecuencia, se pueden mejorar y/o amortiguar) en el proceso de adaptación al trabajo y que tienen una influencia directa en el Bienestar percibido en el personal sanitario (es decir, los factores personales y las consecuencias individuales).

En segundo lugar, el hecho de que el Apoyo Social sea otro factor importante en el Bienestar de los profesionales sanitarios también está ampliamente documentado en la literatura (ver *Revisión Teórica*). Aunque el Apoyo Social tiene un menor impacto directo que la Adaptación del Estrés Laboral, influye indirectamente en el Bienestar percibido en el personal sanitario al predecir tanto a la misma, como a la Resiliencia (ver *Figura 14*). Por lo tanto, su influencia sobre el Bienestar se puede considerar más relevante que la de la Adaptación del Estrés Laboral al hacerlo por diferentes vías. Dichas vías deberían ser

estudiadas con más profundidad en investigaciones futuras, con el objetivo de revelar el posible papel mediador del Apoyo Social entre los anteriores factores y el Bienestar en el personal sanitario.

En tercer lugar, parecería incongruente con otros estudios previos que la Resiliencia no influyera directamente en el Bienestar percibido en el personal sanitario, y que lo hiciera indirectamente al predecir la Adaptación al Estrés Laboral que sí lo predice de forma directa. Sin embargo, la propia definición de la Resiliencia nos indica que supone la adaptación positiva a la adversidad, por lo es más plausible teóricamente que la Resiliencia prediga previamente la Adaptación al Estrés Laboral, para después que ésta prediga el Bienestar. Sin duda la introducción del factor de Adaptación al Estrés Laboral revela una visión más completa de la influencia de la Resiliencia sobre el Bienestar, al no incluirse en estudios previos. Sin embargo, este posible papel de la Resiliencia como variable mediadora en las relaciones entre la Adaptación al Estrés Laboral y el Bienestar percibido en el personal sanitario debería ser analizado más profundamente en el futuro.

En cuarto lugar, al incluir los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación en el modelo estructural del Bienestar obtenido en la misma (ver *Figura 11*), el Bienestar Físico ya no influye directamente sobre el Bienestar Psíquico y el único factor que predice el Bienestar Físico es el Agotamiento Emocional y de forma negativa. A pesar de que se tuvieron en cuenta todas las posibles relaciones entre el Bienestar Físico y los Factores Psicosociales coherentes con la teoría (ver *Figura 13*), la anterior relación fue la única que resultó significativa. Sin embargo, resulta plausible que el Agotamiento Emocional no sólo prediga directamente el Bienestar Psíquico (al formar parte de la Adaptación al Estrés Laboral), sino también que prediga directamente el Bienestar Físico, ya que de todos los Factores Psicosociales contemplados en la presente investigación es el que más relacionado está con la salud física. Como se recordará, el Agotamiento Emocional se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el cansancio y la fatiga. A su vez, es la Consecuencia al Estrés Laboral que más se asocia a todos los trastornos derivados del Estrés Laboral (Moreno *et al.*, 1997). Por lo tanto, los efectos del Agotamiento Emocional pueden afectar directamente en la salud física del profesional sanitario dando lugar a alteraciones psicósomáticas (como por ejemplo, alteraciones cardio-respiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos,...) o incluso estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc. (ver revisión de Ramos, 1999).

Finalmente, hay que señalar que en la presente investigación no se han tenido en cuenta otros recursos personales (además de la Resiliencia, el Apoyo Social y las Estrategias de Afrontamiento) que pueden influir en el Bienestar percibido en el personal sanitario y que sí han sido contemplados en otras investigaciones. Por ejemplo, McCracken y Yang (2008) señalaron a la aceptación, el mindfulness y diferentes valores personales como herramientas de las que se podían servir los profesionales sanitarios para disminuir los efectos del burnout y mejorar su salud y bienestar. Otro factor que se ha tenido en cuenta es la inteligencia emocional que correlacionó negativamente con el Agotamiento Emocional y la Despersonalización y positivamente con la Realización Personal (Olmedo y Arrogante, 2007). Sin embargo, los factores más ampliamente estudiados en la población general, y que influyen en su bienestar, han sido el optimismo, el sentido del humor y las emociones positivas (Chida y Steptoe, 2008). No cabe duda de la influencia de tales factores, por lo que su inclusión en futuros modelos estructurales del Bienestar percibido en el personal sanitario ofrecerá una visión más integral y global del mismo.

4.2. HALLAZGOS MÁS RELEVANTES DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

Una vez comprobado que la mayor parte de los resultados obtenidos se ajustan a los ya encontrados por otros autores sobre las relaciones entre Resiliencia, Apoyo Social, Consecuencias del Estrés Laboral y Estrategias de Afrontamiento al mismo con el Bienestar percibido (ya sea entendido como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico), a continuación se indicarán los resultados más novedosos y con mayor relevancia de la presente investigación. Estos hallazgos tienen que ver con los modelos estructurales obtenidos en la misma, tanto del Bienestar como del Bienestar percibido específicamente en el personal sanitario y con las diferencias encontradas entre la muestra sanitaria y la docente.

El primer resultado que se podría considerar relevante de los alcanzados en la presente investigación, es la obtención de un modelo estructural del Bienestar en el que se incluyen las tres aproximaciones teóricas ofrecidas desde la Medicina y la Psicología (ver *Figuras 11 y 12*). Dicho modelo estructural integra al Bienestar percibido entendido como Estado de Salud, al Bienestar Subjetivo y al Bienestar Psicológico. Aunque el modelo obtenido no avala la reformulación de las tradiciones conceptuales del Bienestar percibido en el ámbito psicológico llevada a cabo por Ryan y Deci (2001) ni la asunción predominante de que el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico “*son dos constructos distintos pero relacionados*”, sí que apoya la principal crítica a las mismas, consistente en señalar que son dos constructos que se “*solapan conceptualmente*” (“...y empíricamente también” como se ha demostrado en el presente estudio) debido a que las tradiciones filosóficas del hedonismo y eudaimonismo no se han trasladado adecuadamente al campo psicológico del estudio de la felicidad (Kashdan *et al.*, 2008).

Hay que señalar que la obtención de un modelo estructural del Bienestar percibido diferente a los obtenidos por los estudios más importantes en este campo de investigación (Keyes *et al.*, 2002; Linley *et al.*, 2009) pudiera haber sido interpretado como un resultado desalentador a la hora de completar la presente tesis doctoral. Sin embargo, los manuales señalan que “*la tesis ha de terminar ofreciendo un resultado científico nuevo o diferente*” (Sevilla, 2005, p. 45), por lo que “*el doctorado se concede a una contribución original al conocimiento*” (Phillips y Pugh, 2005, p. 85). Sin duda, el novedoso modelo alcanzado deja totalmente patente la originalidad de los resultados obtenidos en el presente estudio,

no sólo aportar una interpretación distinta del Bienestar percibido, sino también abriendo nuevas vías de investigación en el futuro en este campo.

Centrándonos en el modelo estructural del Bienestar alcanzado, su originalidad no solamente radica en integrar en un único factor al Bienestar Subjetivo y al Bienestar Psicológico, sino en que en el mismo también se han integrado el Componente Físico y el Componente Mental del Bienestar como Estado de Salud. A su vez, no sólo se ha comprobado que dichos componentes forman parte del Bienestar percibido por las personas, sino también que los dos saturan en diferentes factores principales del mismo, como son el Bienestar Psíquico y el Bienestar Físico. Además, mediante la obtención de dicho modelo estructural de Bienestar se ha corroborado la relación que se conoce desde muy antiguo entre salud y Bienestar o felicidad, comprobándose cómo las personas sanas física y mentalmente son las que mejor se sienten consigo mismas y se perciben como más felices. Sin embargo, y a tenor de los resultados obtenidos, el Bienestar Físico no predeciría al Bienestar Psíquico de forma determinante, y éste estaría constituido por la Salud Mental, los tres componentes del Bienestar Subjetivo y las seis escalas del Bienestar Psicológico. En otras palabras, el Bienestar percibido por las personas tiene su núcleo en cómo de bien se sienten consigo mismas y de felices se perciben a un nivel psicológico, mientras que otorgan menos importancia a cómo se encuentren físicamente para alcanzar el Bienestar o felicidad.

Por otro lado, y dentro de las facetas que componen el Bienestar Psíquico, son las escalas del Bienestar Psicológico las que mayor impacto tienen en el Bienestar percibido por las personas. De esta forma, las personas que se sienten mejor consigo mismas y son más felices son las que mejor actitud positiva tienen hacia sí mismas con elevados niveles de autoestima (siendo conscientes, a su vez, de sus propias limitaciones) y las que poseen una mayor sensación de control sobre el mundo, sintiéndose capaces de influir sobre el contexto que les rodea y caracterizándose por un locus de control interno y un alto nivel de autoeficacia.

Por lo tanto, a la conclusión que se puede llegar tras la obtención del modelo estructural del Bienestar en la presente investigación es la siguiente: el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico *“forman un constructo que evalúa el Bienestar percibido a nivel psicológico o psíquico, claramente diferenciado de un Bienestar percibido a nivel físico con el que está relacionado, pero que este último no lo predice de forma determinante”*.

De entre todas las implicaciones que tiene la anterior conclusión (y que ya fueron señaladas en la *Pregunta de investigación 1* del presente estudio) habría que destacar, y a un nivel metodológico, que quizás dispongamos de demasiados instrumentos para evaluar el mismo constructo y que se podría construir un instrumento único para evaluar las diferentes concepciones del Bienestar percibido. De esta forma, se abre una nueva vía de investigación en la se podrían unificar los ítems con más peso de los diferentes instrumentos de medida empleados en el presente estudio (SWLS, PANAS, EBP y SF-12), y que son los más empleados en este campo, en un solo cuestionario. Esta posibilidad tiene indudables ventajas, no sólo en cuanto a minimización del tiempo de cumplimentación del mismo, sino también en cuanto a una mayor sencillez y simplicidad a la hora de evaluar el Bienestar percibido considerando las diferentes aproximaciones ofrecidas al mismo.

Otro hallazgo que se puede considerar relevante, a raíz de los obtenidos en la presente investigación, es el hecho de obtener un modelo estructural específico del Bienestar percibido en el personal sanitario (ver *Figura 14*) en el que están incluidos diferentes Factores Psicosociales (la Resiliencia, el Apoyo Social, las Consecuencias del Estrés Laboral y las Estrategias de Afrontamiento al mismo). Además de constituirse como uno de los primeros modelos estructurales del Bienestar percibido en dichos profesionales, apoya las aplicaciones prácticas del *Modelo de felicidad sostenible* de Lyubomirsky y colaboradores (2005) y la *Fórmula de la felicidad* propuesta en la revisión llevada a cabo por Palomera (2009). Por un lado, Lyubomirsky y colaboradores (2005) señalan que la genética con la que nacemos y el azar de las circunstancias ambientales a las que estamos expuestos continuamente, son importantes pero no determinantes, concluyendo que el Bienestar y la felicidad depende de nosotros mismos mediante la realización de determinadas acciones para que la persona alcance el máximo de su rango personal de felicidad. Por otro lado, Palomera (2009) concluye en su revisión que, sobre todo, los factores personales adquiridos desempeñan un papel importante a la hora de determinar hasta qué punto nos sentimos bien con nosotros mismos y felices. Por ello, considera que el Bienestar y la felicidad es un estado emocional que podemos aprender a maximizar dentro de nuestro rango personal. En definitiva, los anteriores autores concluyen que no todo está en los genes, por lo que existe un amplio margen (en torno al 40%) para desarrollar y mejorar nuestros niveles de Bienestar y felicidad, ya que éstos están influidos por determinados factores psicológicos y psicosociales que pueden ser modificados por la propia persona para sentirse bien y ser feliz.

Indudablemente, dentro de los anteriores factores se encuentran los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación, tal y como se puede comprobar tras la obtención en la misma del modelo estructural del Bienestar percibido en el personal sanitario. En dicho modelo la Adaptación al Estrés Laboral fue el factor psicosocial que más peso tuvo a la hora de predecir el Bienestar Psíquico de la muestra sanitaria, dejando patente la importancia del entorno laboral a la hora de determinar que los profesionales sanitarios se sientan bien consigo mismo y felices. Concretamente, los profesionales sanitarios que emplean Estrategias de Afrontamiento relacionadas en mayor medida con el Afrontamiento de Compromiso y el Afrontamiento de Apoyo, y en menor medida con el Afrontamiento de Falta de Compromiso, son los que mejor se sienten consigo mismos y los que más felices se percibieron. A su vez, los profesionales sanitarios que sufren peores Consecuencias al Estrés Laboral (los que estaban más agotados emocionalmente y despersonalizados y menos realizados personalmente) son los que menores niveles de Bienestar experimentan. Las implicaciones clínicas de este hallazgo son muy importantes, ya que mediante la modificación y mejora de las Estrategias de Afrontamiento del Estrés Laboral, los profesionales sanitarios podrían ser capaces de afrontar más adaptativamente aquellas situaciones estresantes en el ámbito laboral reduciendo, por lo tanto, las Consecuencias negativas asociadas a dicho estrés (tales como el síndrome de burnout). Por lo tanto, la instauración de programas de entrenamiento de Estrategias de Afrontamiento más adaptativas dentro de los centros sanitarios beneficiaría no sólo a los profesionales sanitarios a mejorar su salud física y/o mental no dando lugar a alteraciones psicosomáticas, sino también a la propia institución sanitaria al no verse deteriorado el rendimiento profesional de sus trabajadores, mejorando la calidad asistencial del mismo, disminuyendo su absentismo laboral, adaptándose mejor a las rotaciones excesivas e, incluso, reduciendo los abandonos del puesto de trabajo.

El siguiente factor psicosocial más importante para el Bienestar percibido en el personal sanitario, reflejado en el modelo estructural del mismo obtenido en la presente investigación, es el Apoyo Social. De esta forma, los profesionales sanitarios que perciben tener mayores relaciones y vínculos sociales son los que mejor se sienten consigo mismos y más felices son. Además, si consideramos que el Apoyo Social no sólo influye directamente en el Bienestar Psíquico percibido en los profesionales sanitarios, sino que también lo hace indirectamente influyendo en la Adaptación al Estrés Laboral de los mismos y en sus niveles de Resiliencia, su importancia es aún mayor. La implicación

clínica inmediata de este resultado es similar a la anterior, haciendo necesaria la instauración de programas de promoción de las relaciones sociales dentro de los centros sanitarios. Uno de los programas que más difusión ha tenido internacionalmente ha sido el elaborado por Fordyce (1997, 2000) con sus catorce claves para ser feliz (ver capítulo de *Revisión Teórica*). Estas cualidades claves están relacionadas con tres grandes ámbitos sociales: **a)** dedicar más tiempo a la vida social: promocionando la participación en actividades sociales, tanto en el plano formal (organizaciones, clubes, asociaciones, etc.) como informal (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, familia, etc.) creando sentimientos de satisfacción y de pertenencia que elevan el grado de Bienestar y felicidad; **b)** desarrollar una personalidad sociable y atractiva: favoreciendo una personalidad extravertida, y **c)** mejorar las relaciones íntimas: promocionando el desarrollo de vínculos sociales. Mediante este programa de intervención específico, o de otros derivados del mismo, los profesionales sanitarios pueden aprender a ser felices actuando como la gente feliz y haciendo aquellas cosas que nos hacen felices (Fordyce, 1997, 2000).

La Resiliencia es el siguiente factor psicosocial en orden de importancia a la hora de predecir el Bienestar percibido en el personal sanitario. Es decir, los profesionales sanitarios con mayores niveles de Resiliencia son los que perciben un mayor Bienestar. Aunque, en el modelo estructural del mismo obtenido en la presente investigación, la Resiliencia no prediga directamente el Bienestar Psíquico percibido por los profesionales sanitarios, sí que influye directamente en el mismo al predecir la Adaptación al Estrés Laboral. Dicha relación, como ya se ha comentado en el anterior apartado, es coherente con la propia definición de la Resiliencia que la define como la adaptación positiva a la adversidad. A tenor de los resultados obtenidos en el anterior modelo estructural, no cabe duda de la importancia de la Resiliencia a la hora de afrontar más eficazmente el estrés laboral al que hacen frente los profesionales sanitarios. No sólo les ayudaría a amortiguar las Consecuencias del Estrés laboral (cuyo resultado más adverso sería el desarrollo del síndrome de burnout), sino también a desarrollar unas Estrategias de Afrontamiento más eficaces y adaptativas ante las situaciones estresantes que caracterizan al entorno sanitario. Específicamente, McGee (2006) sugiere que el desarrollo de estas estrategias por parte de los profesionales de enfermería resilientes podría ser la causante, en consecuencia, de que sigan trabajando en un clima laboral difícil y adverso.

Por lo tanto, a la conclusión que se puede llegar tras la obtención en la presente investigación del modelo estructural del Bienestar percibido en el personal sanitario es la

siguiente: “*las Estrategias de Afrontamiento, el Apoyo Social y la Resiliencia constituyen tres recursos personales relevantes para el Bienestar percibido en el personal sanitario*”.

Dado que el Bienestar es un estado emocional que es posible aprender a maximizar dentro del rango personal de cada individuo mediante la intervención clínica, dicho Bienestar percibido en el personal sanitario podría ser maximizado por medio de la modificación y entrenamiento de las Estrategias de Afrontamiento, el Apoyo Social y la Resiliencia. En consecuencia, la implicación clínica de la anterior conclusión viene determinada por el hecho de que estos tres recursos personales se pueden intervenir clínicamente ya que constituyen factores modificables y que se puedan entrenar no sólo a nivel individual, sino también colectivamente mediante programas promovidos desde los propios centros sanitarios, con el objetivo de aumentar y mejorar los niveles de Bienestar percibido en los profesionales sanitarios. Los efectos positivos de dichos programas redundarían tanto en el personal sanitario, como en las propias instituciones sanitarias al mejorar el rendimiento profesional y la calidad asistencial de sus trabajadores. Además, habría que señalar que el aumento y mejora del Bienestar percibido en los profesionales sanitarios no sólo predeciría importantes porcentajes de éxito en su ámbito laboral, sino también en otros ámbitos de sus vidas como el físico, el social, el familiar o el personal.

El tercer hallazgo más relevante de la presente investigación está relacionado con que la Resiliencia fuera un factor psicosocial más importante a la hora de predecir el Bienestar percibido en la muestra sanitaria que en la docente. De esta manera, los resultados obtenidos en el presente estudio demuestran que la Resiliencia predice más dimensiones del Bienestar percibido (ya sea entendido como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico) en los profesionales sanitarios que en los profesores. Dado lo relevante que resulta ser resiliente para el personal sanitario, tal y como han indicado diferentes autores (Bright, 1997; Giordano, 1997; Hodges *et al.*, 2005; McGee, 2006; Tusaie y Dyer, 2004), la Resiliencia se podría entrenar y desarrollar en aquellos profesionales sanitarios que muestren bajos niveles de la misma. No sólo se podría promover y promocionar su desarrollo dentro de las universidades y escuelas sanitarias por los profesores, sino también en la práctica sanitaria habitual. Específicamente, Bright (1997) promueve el autodesarrollo de la Resiliencia de los profesionales de enfermería ya que, aunque éstos pasen la mayor parte del tiempo cuidando a otros, no parece que se cuiden a sí mismos. Munist, Suárez Ojeda, Galli, Álvarez y Cárcamo (2004) han desarrollado, a este respecto, un módulo de enseñanza de Resiliencia en enfermería de diez

horas de trabajo y dividido en tres sesiones (introducción, promoción y construcción de la Resiliencia). Dicho módulo también promueve el desarrollo de la Resiliencia en personas enfermas y, concretamente, consta de un anexo donde se describe un caso en cuidados intensivos. De forma específica, esto podría ayudar a los profesionales de enfermería que llevan a cabo su labor sanitaria en unidades de cuidados intensivos no sólo a aumentar sus propios niveles de Resiliencia, sino también a comprender mejor a los pacientes críticos y ayudarles a superar una situación límite como la de estar ingresados en dichas unidades. A un nivel más general y no asociado exclusivamente a los profesionales sanitarios, Brooks y Goldstein (2004) proponen una guía para una vida resiliente, en la que incluyen diez claves para llevar a cabo y donde se analizan con detalle diferentes aspectos para alcanzarla.

Por otro lado, el personal sanitario no sólo se enfrenta diariamente a un entorno laboral adverso caracterizado por situaciones estresantes, sino que, además en la actualidad, los profesionales sanitarios se enfrentan a profundos cambios en sus condiciones laborales propiciadas por la situación de crisis económica por la que atraviesa el país (Arrogante y Pérez-García, 2013a). Por lo tanto, los profesionales sanitarios son un elemento crucial en un sistema sanitario en continuo proceso de cambio (Hodges *et al.*, 2005). Este hecho, hace que el papel de la Resiliencia como recurso personal para aumentar y mejorar el Bienestar sea aún más relevante para los profesionales de la salud. En consecuencia, la Resiliencia se puede considerar como una característica esencial e inherente a los profesionales sanitarios para el desarrollo de su asistencia sanitaria diaria (Tusaie y Dyer, 2004).

A la conclusión que se puede llegar tras este hallazgo es la siguiente: *“la Resiliencia se puede considerar como una característica fundamental en los profesionales sanitarios”*.

Este hallazgo, unido al anterior en el que se determinó que la Resiliencia constituye un recurso personal relevante a la hora de predecir el Bienestar percibido en el personal sanitario, tiene una implicación clínica inmediata que hace aún más necesaria la implantación de programas de entrenamiento y desarrollo de la Resiliencia. Dichos programas no sólo deberían ser puestos en marcha previamente por parte de las universidades y escuelas sanitarias en el período formativo de sus estudiantes, sino también los propios centros sanitarios deberían promover dichos programas una vez incorporados a

la vida laboral, ofreciéndoles la posibilidad de asistir a los mismos con el objetivo de ir aumentando y mejorar sus niveles de Resiliencia de forma periódica.

Asimismo, el hallazgo consistente en que la Resiliencia constituya un recurso personal más relevante para el Bienestar en la muestra sanitaria que en la docente no es la única diferencia importante encontrada en la presente investigación. En el personal sanitario los Factores Psicosociales que predijeron el Bienestar percibido fueron, por orden de importancia, el Apoyo Social, la Resiliencia y el Afrontamiento de Falta de Compromiso (ver *Tabla 32*). Por el contrario, el Apoyo Social, el Afrontamiento de Compromiso y el Afrontamiento de Falta de Compromiso fueron los recursos personales que más predicen el bienestar del personal docente (ver *Tabla 47*). Como se puede comprobar, el Apoyo Social en las relaciones y vínculos sociales es el primer recurso personal al que recurren tanto el personal sanitario, como el docente. Sin embargo, en el personal docente la Resiliencia pierde su papel tan relevante que tenía en el Bienestar percibido en el personal sanitario, siendo sustituido por las Estrategias de Afrontamiento relacionadas con el Afrontamiento de Compromiso (afrontando activamente el problema, planificando las posibles soluciones al mismo, reevaluándolo positivamente y/o aceptándolo). Por otro lado, la evitación o el menor empleo de las Estrategias de Afrontamiento relacionadas con el Afrontamiento de Falta de Compromiso (distrayéndose en otras actividades, negando el problema, abandonando cualquier esfuerzo para solucionarlo y/o autoculpándose del mismo) se constituyen como el tercer recurso personal al que recurren ambas muestras para sentirse mejor consigo mismas y más felices. Aunque el personal docente suple este menor empleo de Estrategias de Afrontamiento menos adaptativas por otras más adaptativas (Afrontamiento de Compromiso), en el personal sanitario el afrontamiento más adaptativo no se constituye como un recurso personal importante para alcanzar un mayor Bienestar (quizás sustituido por la Resiliencia que conduce implícitamente a la adaptación positiva a la adversidad, como adverso es el entorno sanitario). Por lo tanto, y a diferencia del entorno docente, el ámbito laboral sanitario no parece que provoque que el profesional de la salud emplee en mayor medida Estrategias de Afrontamiento más adaptativas (Afrontamiento de Compromiso), sino más bien al contrario, evitando emplear estrategias no adaptativas.

Además, otra diferencia encontrada entre los factores que determinan el Bienestar percibido en ambas muestras, es el mayor peso de las Variables Sociodemográficas a la hora de predecir en mayor medida el Bienestar percibido en el personal docente que en el

sanitario. Los resultados de la presente investigación señalan que los docentes que viven acompañados (ya sea con su cónyuge, con pareja estable, con sus padres, con otros familiares, amigos o compañeros de piso) y que tienen hijos son los que mejor se sienten consigo mismos y más felices se perciben. Como ya se comentado, esta diferencia puede ser debida a la mayor heterogeneidad de la muestra docente.

Por lo tanto, a la conclusión que se puede llegar tras obtener las mencionadas diferencias en los factores que determinan el Bienestar percibido en el personal sanitario y en el docente es la siguiente: *“el Bienestar percibido en los profesionales sanitarios y en los docentes aunque está determinado por diferentes factores psicológicos, sociales y sociodemográficos, también lo está por recursos personales comunes, siendo los más importantes el Apoyo Social y la evitación o menor empleo de un Afrontamiento de Falta de Compromiso”*.

La implicación clínica inmediata de la anterior conclusión es que es posible intervenir clínicamente en aquellos factores modificables y que se puedan entrenar aumentando, en consecuencia, el Bienestar percibido específicamente en cada una de las muestras. Dentro de esos factores se incluirían únicamente los Factores Psicosociales, ya que los factores sociodemográficos son difícilmente, sino imposibles, de modificar. De esta manera, una vez identificados los recursos personales que predicen de forma específica el Bienestar percibido en los profesionales sanitarios y en los docentes, se pueden instaurar programas de entrenamiento de los mismos tanto en las instituciones sanitarias, como en las docentes.

4.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones de la presente investigación se pueden dividir en dos tipos: metodológicas y teóricas. En cuanto a las limitaciones metodológicas, la principal es la naturaleza transversal del diseño empleado. Dado que se empleó un diseño transversal en la presente investigación, el papel causal para las relaciones obtenidas en la misma no puede establecerse. Por el contrario, la investigación longitudinal podría proveer de una evidencia más robusta y podría probar la dirección de las relaciones observadas más claramente. Una posible solución a esta limitación consistiría en llevar a cabo estudios longitudinales basados en la Evaluación Ecológica Momentánea (*Ecological Momentary Assessment, EMA*). La EMA es una forma de recogida de datos en los ambientes naturales de las personas a tiempo real que se ha convertido en una metodología muy popular en las ciencias sociales y de la salud. Dentro de dicha metodología, el uso de los teléfonos móviles tienen un alto potencial para la monitorización de todo tipo de actividades de la vida cotidiana, por lo que Kuntsche y Labhart (2013) concluyen que se convertirán en el aparato más habitual y común para la recogida de datos en la futura investigación basada en la EMA. Esta metodología basada en el uso de los teléfonos móviles se comentará más detalladamente en el siguiente apartado sobre las *Propuestas para investigaciones futuras*.

Otra limitación metodológica importante de la presente investigación es el menor tamaño de la muestra docente en comparación con la muestra sanitaria (más del doble que de docentes) y el posible menor tamaño del efecto consecuente del mismo. Hay que señalar, a pesar de distribuir los cuestionarios por hasta cuatro centros asociados de la UNED, la imposibilidad de recolectar un mayor número de docentes para la investigación. Esta limitación dificulta el establecimiento de comparaciones fiables entre las dos muestras y la generalización de los resultados obtenidos a ambos colectivos profesionales. Además, cabe la posibilidad de que esta limitación sea la causante de que se hayan encontrado un menor número de relaciones significativas en la muestra docente entre las diferentes escalas psicológicas evaluadas en el estudio, a diferencia de en la muestra sanitaria. Sin embargo, hay que señalar que las correlaciones halladas en la muestra docente, aún sin llegar a ser significativas, iban en la misma dirección que las encontradas en los profesionales sanitarios. Este hecho abriría la posibilidad a encontrar las mismas relaciones significativas en ambas muestras si la muestra docente hubiera sido del mismo tamaño que la sanitaria.

Otra posible explicación a las diferencias encontradas entre ambas muestras es la mayor heterogeneidad de la muestra docente, ya que ésta se caracterizó por una mayor edad media de sus integrantes y una mayor dispersión en los mismos en las variables sociodemográficas de Edad y Años como Docente. Además, hay que tener en cuenta que no todos los profesores impartían sus clases en la misma carrera universitaria o en el mismo centro asociado de la UNED. Por el contrario, la muestra sanitaria fue más homogénea al compartir no sólo el mismo centro de trabajo, sino también por presentar similares características sociodemográficas. La solución a esta limitación claramente conduciría al empleo de muestras equilibradas con similar número de participantes en estudios futuros para poder establecer comparaciones más fiables entre las mismas.

Por otro lado, la amplia mayoría de mujeres participantes en ambas muestras hace que los resultados alcanzados sean difícilmente generalizables al sexo masculino. Sin embargo, hay que considerar la mayor presencia de la mujer tanto dentro de las instituciones sanitarias (sobre todo dentro del personal de enfermería), como dentro del profesorado universitario, suponiendo una variable difícilmente controlable.

Respecto a los instrumentos de medida empleados en la presente investigación, la limitación para la misma consistiría en la propia naturaleza de los mismos, al no dejar de ser pruebas autoinformadas (con el posible sesgo que esto supone). Sin embargo, hay que señalar que se eligieron aquellos cuestionarios cuya validez y fiabilidad están ampliamente documentadas en la literatura existente. Además, dichos instrumentos son los más empleados en este campo de investigación para evaluar los constructos considerados en el estudio.

La última limitación metodológica a tener en cuenta es la propia distribución de los cuestionarios. En el caso de la muestra docente, ésta se llevó a cabo fuera de la época de exámenes y, por lo tanto, en un período supuestamente “menos estresante” para los profesores universitarios. Sin embargo, en la muestra sanitaria es muy difícil controlar las épocas más o menos estresantes. Éstas dependen, sobre todo, de la carga asistencial (como el número de pacientes y gravedad clínica de los mismos) que soporta cada unidad hospitalaria donde trabaja cada profesional sanitario, siendo un factor que puede haber influido a la hora de evaluar los constructos considerados en la presente investigación. Para controlar esta variable habría que llevar a cabo futuros estudios longitudinales, que bien se podrían basar en la metodología EMA y el uso de teléfonos móviles.

Por lo que respecta a las limitaciones teóricas inherentes a este campo de investigación y que afectan al presente estudio, ya fueron señaladas en el clásico e influyente artículo sobre Bienestar Subjetivo de Diener (1984). La principal limitación teórica consiste en la escasez de estudios experimentales, cuasi-experimentales y longitudinales, por lo que la dirección de la causalidad es imposible de determinar en muchos casos. Diener (1984) ya auguró que esta limitación sería una de las deficiencias comunes del estudio de los factores que influyen en el Bienestar percibido o felicidad. De esta manera, normalmente se podría argumentar que la supuesta variable causal podría estar motivada por el Bienestar. En el caso del presente estudio, los Factores Psicosociales analizados en el mismo podrían ser tanto resultado del Bienestar percibido en la muestra sanitaria y docente, como causarlo. Sin embargo, y sin entrar en el debate sobre la dirección de causalidad entre ambas variables, el Bienestar percibido constituye la variable dependiente en la presente investigación. Por lo tanto, en la misma se considera al Bienestar como un fin en sí mismo a alcanzar por las personas (como ya indicó Aristóteles). Sin duda, se hacen necesarios más estudios que clarifiquen la dirección de causalidad entre los factores que influyen en el Bienestar percibido o felicidad, así como estudios con una metodología distinta a la transversal (como los estudios experimentales, cuasi-experimentales y longitudinales) que ayuden a determinarla.

Dentro de los factores que influyen en el Bienestar percibido o felicidad, existe un inmenso número de factores que pueden influir en el mismo. Este hecho constituye una limitación teórica en sí misma por la cantidad inabarcable de factores que se podrían considerar. Dichos factores pueden ir desde el tiempo meteorológico a las creencias y a las interacciones entre la personalidad y el entorno, tal y como indicó Diener (1984). Este mismo autor ya propuso que el Bienestar se podría conceptualizar en varios niveles de análisis, dado que viene determinado por un gran número de factores. Por lo tanto, esta postura sería más realista que esperar que unos pocos factores pudieran tener una importancia abrumadora a la hora de determinar el Bienestar percibido o felicidad de las personas (Diener, 1984). La investigación futura en este campo debería seguir dicha recomendación y analizar el Bienestar percibido o felicidad en distintos niveles.

Concretamente, y como ya se ha comentado, en el modelo estructural definitivo del Bienestar percibido en el personal sanitario obviamente no se incluyen todos los factores posibles que pueden influir en el Bienestar de dichos profesionales. Así, en el caso de la Adaptación al Estrés Laboral no se han tenido en cuenta las condiciones laborales

características del entorno sanitario por ser difícilmente modificables. A su vez, no se han considerado en la presente investigación otros Factores Psicosociales (además de la Resiliencia, el Apoyo Social y la Adaptación al Estrés Laboral) que pudieran influir en el Bienestar percibido en los profesionales sanitarios. Y aún es más, a la hora de analizar la influencia de dichos factores, se podría haber considerado otros aspectos del Bienestar percibido (además del Estado de Salud, el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico), como los socio-económicos relacionados con la calidad de vida. Indudablemente, la inclusión de un mayor número de factores en el modelo obtenido en el presente estudio ofrecería una visión más completa del Bienestar percibido en el personal sanitario, por lo que los estudios venideros deberían ir en esa dirección. Asimismo, el análisis por niveles de dicho Bienestar sería recomendable.

Otra limitación teórica característica en esta área de estudio es el hecho de que los efectos curvilíneos e interactivos no suelen ser examinados en la misma. Esto puede ser debido a la gran dificultad que conlleva el tratar de separar los efectos de las diferentes variables que están intercorrelacionadas. La posibilidad del efecto curvilíneo ha sido sugerido por varios estudios (ver revisión de Ruiz, 2011), proponiendo que mientras los niveles moderados de Bienestar o felicidad serían beneficiosos, tener altos niveles del mismo podrían inducir una cierta invulnerabilidad ilusoria que llevaría a la persona a no seguir correctamente los tratamientos médicos (en caso de enfermedad), a subestimar las potenciales amenazas y a utilizar, en el caso de enfrentarse a situaciones estresantes, estrategias de afrontamiento no adecuadas. Una posible solución a esta limitación teórica es la realización de estudios experimentales, cuasi-experimentales o longitudinales en los que la potenciales variables causales fluctúen de manera independiente para separar sus influencias (Diener, 1984).

A pesar de las limitaciones metodológicas y teóricas señaladas anteriormente, la presente investigación incrementa nuestro conocimiento sobre un constructo tan complejo en su medida, como lo es el Bienestar percibido o felicidad. En la misma se ha identificado un modelo estructural del Bienestar percibido en el que se han integrado tres aproximaciones conceptuales al mismo (como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico). Además, se ha construido un modelo estructural específico del Bienestar percibido en el personal sanitario en el que se incluyen distintos Factores Psicosociales. Asimismo, dichos factores se han constituido a la postre como recursos

personales relevantes en el Bienestar de dichos profesionales de la salud (Resiliencia, Apoyo Social y Estrategias de Afrontamiento).

Por último, se han establecido las diferencias en el Bienestar percibido entre los integrantes de dos mundos bien distintos y no lo suficientemente contrastados: el sanitario y el docente.

4.4. PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES FUTURAS

Como ya se ha comentado en el anterior apartado, la principal limitación metodológica de la presente investigación es el diseño transversal de misma, ya que mediante el mismo no es posible establecer relaciones causales robustas. Como ya se propuso en dicho apartado, esta limitación se podría resolver mediante investigaciones diseñadas longitudinalmente basándose en la Evaluación Ecológica Momentánea (*Ecological Momentary Assessment, EMA*). Esta metodología se basa en la recogida de datos en los ambientes naturales de las personas a tiempo real, de esta forma, y mediante el uso de evaluaciones repetidas, la EMA pretende “*capturar la vida tal y como es vivida*” (Bolger, Davis y Rafaeli, 2003). Gracias a estas evaluaciones se han producido considerables avances en el estudio fenomenológico, etiológico, de modelos psicológicos, de mecanismos biológicos, de tratamiento y de las interacciones genes-ambiente en psicopatología (ver revisión de Ebner-Priemer y Trull, 2009).

Según Kuntsche y Labhart (2013) existen dos factores principales que han contribuido al incremento de la popularidad de la EMA en las ciencias sociales y de la salud: la calidad de sus datos y el desarrollo tecnológico de los aparatos móviles para la recogida de los mismos. Respecto al primero, la minimización de los sesgos de memoria, la maximización de la validez ecológica y la captura de micro-procesos en el tiempo, han posibilitado que los estudios con EMA proporcionen una percepción única del dinamismo que caracteriza al comportamiento, la cognición y el afecto en los contextos ambientales y sociales (Bolger *et al.*, 2003). Respecto al segundo factor, el uso de las PDA (Personal Digital Assistant) ha sido desplazado por el empleo de los teléfonos móviles ya que éstos son más fáciles de usar, reducen los costes económicos y tienen un mayor potencial. Además, los recientes desarrollos tecnológicos de los teléfonos móviles y su creciente popularidad ha incrementado su potencial para la investigación mediante la EMA.

Actualmente la mayoría de los teléfonos móviles (particularmente los llamados “*smartphones*” o “*teléfonos inteligentes*” como el iPhone® y los basados en sistema Android®) combinan las funcionalidades de los teléfonos móviles (llamadas y SMS [Short Message Service] o servicio de mensajería corta) equipados con sistemas de comunicación avanzados (Internet, Bluetooth, WiFi) con aquellas que poseen los ordenadores portátiles (alta capacidad de almacenamiento de datos, emails, navegador web, programas específicos, etc.). Además, los múltiples sensores incorporados como el micrófono, la

cámara o el Sistema de Posicionamiento Global (Global Positioning System, GPS), permiten la captura y la grabación de sonidos, fotografías, localización y movimientos (Kuntsche y Labhart, 2013). Estos mismos autores afirman que, desde que cada vez hay más gente que posee un teléfono móvil y que habitualmente lo llevan encima estando más familiarizada con sus funcionalidades, los teléfonos móviles ofrecen la posibilidad de recoger diferentes datos de la vida cotidiana de las personas, independientemente de la hora y del lugar.

Los teléfonos móviles permiten la captura de datos para la investigación mediante el uso de técnicas automáticas o manuales (Kuntsche y Labhart, 2013). La captura automática se refiere a la capacidad de los teléfonos móviles de producir y grabar datos sin la acción del usuario. El primer tipo de técnica de captura de datos automática es la empleada para la geolocalización, o basada en los datos transmitidos vía GPS por los teléfonos móviles o en la localización y dirección de las antenas a las que el teléfono móvil está conectado a cualquier hora. Un segundo tipo de técnica de captura de datos automática es la desarrollada por la investigación de la salud mediante la monitorización remota de determinados parámetros biológicos (la llamada telemedicina). Ésta combina sensores externos para la captura de datos con los teléfonos móviles para la transmisión de datos. Además de la captura automática de datos, los teléfonos móviles son también eficientes y poseen herramientas fáciles de usar para una rápida recogida manual de datos, esto es, pidiendo a los participantes que produzcan o proporcionen datos acerca de ellos (p.ej., su estado de salud, comportamiento, humor, etc.) o su actual localización. Esto puede realizarse de diversas maneras, tales como mediante llamadas telefónicas, SMS, fotografías, grabaciones de video o de voz y SMS, pero también mediante la cumplimentación de cuestionarios directamente descargados desde Internet o a través de aplicaciones específicas (las llamadas “apps”). Respecto a éstas últimas, durante los dos últimos años, los usuarios de teléfonos móviles han tenido la opción de personalizar sus aparatos mediante la instalación de aplicaciones específicas. Algunas de estas aplicaciones han sido empleadas en la investigación de la salud y la enfermedad (como la diabetes, la presión arterial, los síntomas de infarto de corazón), así como el abuso de alcohol en adolescentes y el humor, el estrés y las conductas de afrontamiento.

Aunque Kuntsche y Labhart (2013) reconocen que las “apps” o aplicaciones específicas todavía son raras en la actualidad, prácticamente ofrecen posibilidades ilimitadas para la investigación mediante la EMA con teléfonos móviles. Además señalan

que la principal ventaja de las aplicaciones específicas es que toda clase de datos (p.ej., escalas, textos, sonidos, imágenes, videos, etc.) pueden ser grabados mediante diseños de estudio simples o complejos. Asimismo, estos autores indican que las principales limitaciones son los requerimientos del sistema operativo de los teléfonos móviles, las limitaciones de la transferencia de datos, la creatividad de los investigadores y las habilidades de los programadores. Entre las actuales limitaciones del método de recogida de datos desde Internet, Kuntsche y Labhart (2013) encuentran los requerimientos del navegador utilizado, la cobertura de red del teléfono móvil, los conocimientos de informática de los participantes y las condiciones de los contratos con los suministradores de la red. Sin embargo, estos mismos autores señalan que todos estos aspectos están cambiando rápidamente, por lo que llegan a afirmar que la navegación por Internet será más habitual y común en todos los teléfonos móviles modernos, que la cobertura de red y su calidad mejorarán y que (casi) todo el mundo tendrá por lo menos un aparato por lo que estará más familiarizado con sus funcionalidades básicas (incluso aquellos de subgrupos particulares tales como las personas mayores y los niños), y que los contratos con los suministradores de red serán menos costosos.

Kuntsche y Labhart (2013) proporcionan una visión general de las diferentes formas de recogida de datos mediante el uso de los teléfonos móviles (ver *Tabla 50*).

Para terminar, Kuntsche y Labhart (2013) concluyen que, dado el alto potencial que los teléfonos móviles tienen para la monitorización de todo tipo de actividades cotidianas, se convertirán en el aparato más habitual y común para la recogida de datos en la futura investigación basada en la EMA. De esta manera, consideran a los teléfonos móviles como esenciales a la hora de dibujar una fotografía incluso más completa de “*la vida tal y como es vivida*” (Bolger *et al.*, 2003).

Tabla 50

Visión general de los métodos de recogida de datos mediante el uso de teléfonos móviles (Kuntsche y Labhart, 2013)

	Captura automática			Recogida de datos manual		
	Geolocalización de los teléfonos móviles	Geolocalización de cualquier dato	Monitorización remota del estado de salud	Llamadas telefónicas y SMS	Aplicaciones específicas	Aplicaciones desde Internet
Método	Localizar la posición geográfica del teléfono móvil cuando se realiza una llamada, un SMS o se descargan datos desde Internet	Etiquetar cualquier dato (p.ej., fotografías, sonidos) con la localización (latitud y longitud)	Aplicaciones específicas que monitorizan automáticamente problemas de salud determinados (generalmente con la ayuda de sensores externos adicionales)	Recoger voces o datos de texto mediante la respuesta de voz interactiva (Interactive Voice Response, IVR), entrevistas o SMS	Aplicaciones que deben ser instaladas en el teléfono móvil	Empleo de cuestionarios disponibles en el navegador web del teléfono móvil
Requerimientos técnicos	<ul style="list-style-type: none"> Todos los teléfonos móviles (empleo de descarga de datos de la red desde el operador) 	<ul style="list-style-type: none"> GPS Transferencia de datos 	<ul style="list-style-type: none"> Instalación de un software adicional Conectividad con sensores externos (p.ej., Bluetooth) Transferencia de datos 	<ul style="list-style-type: none"> Todos los teléfonos móviles (empleo de funciones básicas) 	<ul style="list-style-type: none"> Instalación de un software adicional Transferencia de datos 	<ul style="list-style-type: none"> Todos los teléfonos móviles con acceso a Internet Transferencia de datos
Ejemplos de aplicaciones con fines investigadores	Estudio de patrones de movimientos en humanos incluyendo horas punta de tráfico	Realizar mapas del ruido urbano	Monitorización de la diabetes, hipertensión y fallo cardíaco congestivo	Muestreo de estados de ánimo, conductas alimentarias, consumo de alcohol, síndrome de abstinencia por cocaína y dolor agudo	Monitorización de consumo calórico, diabetes, presión arterial y síntomas de infarto de corazón	Recogida de múltiples partes de información en el mismo lugar (p.ej., dónde, con quién o cuánto se bebe en una determinada ocasión)

Sin duda, las aportaciones de la EMA basada en el uso de los teléfonos móviles supondrían un avance en la investigación del Bienestar percibido al proveerla de una evidencia más robusta. De esta manera, y mediante la monitorización a lo largo del tiempo de aquellos factores que influyen en el Bienestar (la propia salud, los estados de ánimo y determinados comportamientos y conductas) o mediante la evaluación periódica del mismo mediante cuestionarios en la red posibilitaría el establecimiento de relaciones causales más fiables.

Alternativamente a la investigación longitudinal, estudios futuros con muestras más amplias que las empleadas en el presente estudio permitirían probar otros modelos estructurales alternativos tanto del Bienestar en general, como del Bienestar percibido específicamente en el personal sanitario y, asimismo, establecerían diferencias más fiables entre los factores que influyen en el Bienestar percibido en los profesionales de la salud y los docentes. Asimismo, y dada la mayor presencia de la mujer en ambos ámbitos laborales, sería recomendable que las investigaciones futuras fueran más equilibradas con el objetivo de generalizar los resultados obtenidos también al sexo masculino.

Respecto a los resultados encontrados en la presente investigación que han sido significantes pero no del todo congruentes con la evidencia empírica existente, simplemente puede no existir una explicación convincente a los mismos. Sin embargo, hay que señalar que dichos resultados pueden ser debidos al error Tipo I (asumiéndose un 5% en el presente estudio), por lo que estudios futuros podrían determinar si los resultados obtenidos son fiables.

Por lo que respecta a las líneas de investigación que se puedan abrir en el futuro, y aunque quede mucho camino por recorrer en nuestra comprensión del Bienestar percibido, específicamente se proponen las siguientes:

- Determinar la variación del Bienestar percibido a lo largo del tiempo mediante la realización de estudios longitudinales, informes diarios y estudios de laboratorio para extender nuestro conocimiento sobre el mismo, más allá del conocimiento basado en los estudios transversales.
- Valorar la inclusión de otros aspectos, como los socioeconómicos relacionados con la calidad de vida, en la evaluación del Bienestar

percibido, posibilitando la obtención de una visión más completa del mismo.

- Contemplar un mayor número de factores que puedan influir en el Bienestar percibido en general y en el personal sanitario en particular, mediante análisis de los mismos por niveles.
- Incorporar más explícitamente el contexto que rodea a las personas y que influye en la percepción de su Bienestar en la investigación del mismo.
- Llevar a cabo una mayor cantidad de estudios experimentales, cuasi-experimentales y longitudinales con el fin de determinar la dirección de la causalidad de las relaciones entre la salud y el Bienestar.
- Considerar la influencia de aquellos aspectos que puedan afectar en las diferencias entre el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico.
- Comprobar que el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico no son dos constructos distintos, sino que están tan relacionados que forman un único constructo, a tenor de los resultados obtenidos en la presente investigación.
- Establecer de forma unánime por parte de la comunidad científica aquellos instrumentos específicos para evaluar el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico, con el objetivo de posibilitar comparaciones más fiables entre los estudios sobre los mismos.
- Verificar el modelo estructural del Bienestar obtenido en la presente investigación en el que se incluyan las tres aproximaciones al mismo (como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico) y en el que se confirme la clara diferenciación alcanzada entre lo psicológico y lo físico.
- Elaborar un instrumento único para evaluar el Bienestar percibido que considere las tres aproximaciones al mismo (como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico).
- Determinar las diferencias culturales y a lo largo del ciclo vital en el Bienestar percibido y en las relaciones del mismo con la Resiliencia, el Apoyo social, las Estrategias de Afrontamiento al Estrés Laboral y las Consecuencias del mismo.

- Confirmar la importancia de las Estrategias de Afrontamiento, el Apoyo Social y la Resiliencia como recursos relevantes para el Bienestar percibido en el personal sanitario, así como verificar el modelo estructural del mismo obtenido en la presente investigación.
- Determinar y concretar las diferencias existentes entre el personal sanitario y docente en los factores que influyen en el Bienestar percibido por los mismos (como Estado de Salud, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico) con muestras más amplias y equilibradas, tanto en número total como en número de hombres y de mujeres.
- Considerar la inclusión de las características y condiciones laborales, junto con las variables personales y las consecuencias del estrés laboral, en la evaluación del proceso adaptativo a dicho estrés en el personal sanitario y docente.
- Confirmar la mayor importancia de las Variables Sociodemográficas (en especial la Convivencia con otras personas) a la hora de determinar el Bienestar percibido en el personal docente en comparación con el sanitario.
- Verificar el menor empleo o la evitación de Estrategias de Afrontamiento relacionadas con el Afrontamiento de Falta de Compromiso (menos adaptativas) por parte del personal sanitario para aumentar su Bienestar percibido, en vez de emplear Estrategias de Afrontamiento relacionadas con el Afrontamiento de Compromiso (más adaptativas).
- Determinar el papel del Humor a la hora de afrontar el estrés en el ámbito laboral sanitario y docente como estrategia de afrontamiento adaptativa al mismo.
- Confirmar el papel tan importante que parece jugar la Resiliencia en el Bienestar percibido en el personal sanitario como característica fundamental de dichos profesionales, a tenor de los resultados obtenidos en la presente investigación.

En conclusión, el desafío central de la investigación en este campo es el desarrollo de modelos teóricos más sofisticados que puedan diferenciar los factores y mecanismos que promueven el Bienestar percibido a corto, medio y largo plazo. Dichos modelos ayudarían en el diseño de intervenciones más efectivas y de programas preventivos,

haciendo así posible la confección de programas que se ajusten a las necesidades específicas de los individuos.

CAPÍTULO IV: RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. RESUMEN

El campo de estudio de los recursos personales y psicosociales, que favorecen o contribuyen al bienestar percibido o felicidad (como se le conoce comúnmente), es una de las áreas que más investigación ha generado y genera en el ámbito de la Psicología de la personalidad y de la salud.

Sin embargo, no existe una definición consensuada del bienestar percibido o la felicidad (siendo incluso difícil responder si nos preguntan si somos felices al dudar sobre a qué se están refiriendo), pudiendo ser entendido como el estado de salud física y/o mental en el que nos encontramos, o como la percepción que tenemos de sentirnos bien con nosotros mismos desde un punto de vista psicológico. De esta manera, en dicho campo de estudio existen tres aproximaciones principales al bienestar percibido propuestas desde la Medicina y la Psicología, que lo consideran como:

- Estado de salud integrado por dos componentes: componente físico y componente mental.
- Bienestar subjetivo compuesto por tres dimensiones: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo.
- Bienestar psicológico constituido, desde un modelo multidimensional, por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

Asimismo, la evidencia empírica en esta área de investigación ha mostrado ampliamente que determinados factores psicológicos y psicosociales se asocian a una mayor percepción de bienestar. Entre estos factores se encuentran:

- La resiliencia o la capacidad de adaptarse positivamente a la adversidad.
- El apoyo social percibido relacionado con las relaciones y vínculos sociales.
- Las consecuencias del estrés laboral como el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal.

- Las estrategias de afrontamiento puestas en marcha ante dicho estrés. En la presente investigación estas estrategias se englobaron en las tres categorías de afrontamiento de la siguiente forma:
 - Afrontamiento de compromiso: afrontamiento activo, de planificación, de reevaluación positiva y de aceptación.
 - Afrontamiento de apoyo: utilización de apoyo emocional y utilización de apoyo instrumental.
 - Afrontamiento de falta de compromiso: autodistracción, negación, abandono y autoculpa.
 - Humor y religión: estas dos estrategias se consideraron por separado.

Todos los anteriores factores psicológicos y psicosociales determinan finalmente un afrontamiento del estrés más o menos adaptativo, responsable último de las acciones que finalmente se llevan a cabo para hacer frente a los problemas y situaciones difíciles a lo largo de la vida.

En la presente Tesis Doctoral se ha llevado a cabo el estudio del bienestar percibido en una muestra de personal sanitario teniendo en cuenta las tres aproximaciones principales al mismo. Los resultados obtenidos se compararon con una muestra de personal docente. A su vez, se han analizado las relaciones entre dichas aproximaciones al bienestar percibido, proponiéndose un modelo estructural del mismo donde se integran las tres. Asimismo, se ha analizado la influencia de la resiliencia, el apoyo social, las consecuencias al estrés laboral y las estrategias de afrontamiento al mismo en la percepción del bienestar (como estado de salud, bienestar subjetivo y bienestar psicológico) tanto en el personal sanitario, como en el docente. Estos análisis permitieron establecer las diferencias entre los factores psicológicos y psicosociales evaluados que influyen en el bienestar en dichos colectivos profesionales. Por último, se elaboró específicamente un modelo estructural del bienestar percibido en el personal sanitario donde se integraron, no sólo las tres aproximaciones principales al bienestar percibido, sino también los factores psicológicos y psicosociales evaluados.

A continuación se resumen los resultados obtenidos en la investigación llevada a cabo, así como las principales limitaciones a la misma y las propuestas para la investigación en el futuro.

Los resultados obtenidos en la presente Tesis Doctoral (tras la contrastación de las hipótesis planteadas en la misma) se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Los componentes físico y mental del bienestar considerado como estado de salud se relacionan positivamente con la mayor parte de las dimensiones que forman el bienestar subjetivo (a excepción del afecto negativo, que lo hace negativamente) y bienestar psicológico percibidos en el personal sanitario y docente.
- La mayor parte de las dimensiones que componen el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico percibidos en el personal sanitario y docente se relacionan en sentido positivo (a excepción del afecto negativo, que se relaciona en sentido negativo).
- El bienestar subjetivo y el bienestar psicológico forman parte de un mismo constructo, cuyas respectivas dimensiones saturan en un solo factor.
- La resiliencia se relaciona positivamente con aquellas estrategias de afrontamiento más adaptativas al estrés laboral, mientras que lo hizo negativamente con aquellas menos adaptativas.
- Aquellas estrategias de afrontamiento más adaptativas del estrés laboral se relacionan con el agotamiento emocional y la despersonalización, mientras que lo hacen negativamente con la realización personal. Dichas relaciones se invierten en el caso de las estrategias de afrontamiento menos adaptativas de dicho estrés.
- La resiliencia, el apoyo social, la realización personal y las estrategias de afrontamiento más adaptativas del estrés laboral se relacionan positivamente con la mayor parte de las dimensiones que componen las tres aproximaciones principales del bienestar percibido en el personal sanitario y docente (a excepción del afecto negativo con el que se relaciona negativamente). Dichas relaciones se invierten en el caso del

agotamiento emocional, la despersonalización y las estrategias de afrontamiento menos adaptativas de dicho estrés.

- La resiliencia es un factor más importante a la hora de predecir el bienestar percibido (como estado de salud, bienestar subjetivo y bienestar psicológico) en el personal sanitario que en el docente.
- Las mujeres sanitarias y docentes emplean en mayor medida más estrategias de afrontamiento relacionadas con el apoyo que los hombres de dichas muestras a la hora de enfrentarse a situaciones estresantes en sus respectivos entornos laborales.
- Las tres aproximaciones principales del bienestar percibido (como estado de salud, bienestar subjetivo y bienestar psicológico) se integran en un modelo estructural del bienestar empleando una muestra de personal sanitario. Dicho modelo está compuesto por dos factores principales: el bienestar psíquico (formado por el componente mental de la salud, las tres dimensiones del bienestar subjetivo y las seis escalas del bienestar psicológico) y el bienestar físico (formado únicamente por el componente físico de la salud). Hay que señalar que el bienestar físico no predice el bienestar psíquico de forma determinante en dicho modelo.
- Los factores psicológicos y psicosociales analizados en la investigación (resiliencia, apoyo social, consecuencias del estrés laboral y estrategias de afrontamiento del mismo) se incluyen dentro del anterior modelo estructural del bienestar, obteniendo un modelo específico del bienestar percibido en el personal sanitario. En dicho modelo, la adaptación al estrés laboral (donde se incluyen las consecuencias al mismo y las estrategias de afrontamiento puestas en marcha) es el factor más relevante que predice el bienestar psíquico de los profesionales sanitarios. El apoyo social es el segundo factor más relevante, influyendo directamente en dicho bienestar, e indirectamente en el mismo al predecir tanto la adaptación al estrés laboral como la resiliencia. Por último, la resiliencia es el tercer factor más relevante para el bienestar psíquico de los sanitarios pero que, sin embargo, no influye directamente en el mismo, sino indirectamente al predecir la adaptación al estrés laboral. Hay que señalar que el bienestar físico solamente es predicho por el

agotamiento emocional percibido por el personal sanitario en el modelo estructural obtenido.

Respecto a las limitaciones de la investigación, éstas se dividen en dos tipos: metodológicas y teóricas. Por un lado, la principal limitación metodológica señalada es el diseño transversal de la propia investigación, ya que mediante el mismo el papel causal para las relaciones obtenidas en la misma no puede establecerse. Sin embargo, la investigación longitudinal podría proveer de una evidencia más robusta y podría probar la dirección de las relaciones observadas más claramente. Por otro lado, y relacionada con la anterior, se señala como limitación teórica más importante en esta área de estudio a la escasez de estudios experimentales, cuasi-experimentales y longitudinales. Dicha limitación conduce a que la dirección de la causalidad es imposible de determinar en muchos casos.

Por lo que respecta a las propuestas para investigaciones futuras, se propone resolver la principal limitación metodológica del estudio mediante investigaciones diseñadas longitudinalmente basándose en la Evaluación Ecológica Momentánea (*Ecological Momentary Assessment, EMA*). Esta metodología se basa en la recogida de datos en los ambientes naturales de las personas en tiempo real por medio de evaluaciones repetidas. La recogida de datos mediante el uso de teléfonos móviles tiene un alto potencial para la investigación mediante la EMA, por lo que se describe detalladamente.

Asimismo, se proponen una serie de líneas de investigación, siendo las más importantes: valorar la inclusión de otros aspectos, como los socioeconómicos relacionados con la calidad de vida, en la evaluación del bienestar percibido; contemplar un mayor número de factores que puedan influir en el bienestar percibido en general y en el personal sanitario en particular, mediante análisis de los mismos por niveles; y, elaborar un instrumento único para evaluar el bienestar percibido que considere las tres aproximaciones principales al mismo (como estado de salud, bienestar subjetivo y bienestar psicológico).

2. CONCLUSIONES

Las conclusiones de la presente Tesis Doctoral se refieren a los resultados obtenidos con las muestras de personal sanitario y docente y, asimismo, al campo de investigación del bienestar percibido. En el apartado de *Discusión* ya se llegaron a dichas conclusiones, que a continuación se resumen.

En primer lugar, los resultados obtenidos permiten concluir que salud y bienestar o felicidad van de la mano, dadas las relaciones encontradas entre el estado de salud y el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico. Esta conclusión avala la asunción sobre la relación ya conocida desde antiguo entre salud y bienestar. Sin embargo, esta conclusión viene acompañada de tres consideraciones a tener en cuenta: que las relaciones entre salud no se pueden reducir a un modelo simplista, por lo que se deben de considerar otros factores fisiológicos, cognitivos, sociales y conductuales; la escasa diferenciación terminológica y conceptual entre bienestar subjetivo y bienestar psicológico, que obliga a tomar con cautela las relaciones obtenidas entre los mismos en otros estudios; y, la coincidencia de las evaluaciones subjetivas y objetivas de la salud solamente en población sana, no siendo fiables dichas evaluaciones en personas enfermas.

En segundo lugar, en la presente investigación se obtuvo un modelo estructural del bienestar percibido donde se integraron las tres aproximaciones al mismo. El modelo resultante aunó a las dimensiones del bienestar subjetivo y el bienestar psicológico con el componente mental de la salud en un solo factor de primer orden (denominado bienestar psíquico), separándolo del componente físico que saturó en otro factor (denominado bienestar físico). El modelo estructural del bienestar percibido obtenido permite concluir que el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico forman un nuevo constructo que evalúa el bienestar percibido a nivel psicológico o psíquico, claramente diferenciado de un bienestar percibido a nivel físico con el que está relacionado, pero que este último no lo predice de forma determinante.

A pesar de la relevancia de dicha conclusión para esta área de investigación, se señalan una serie de implicaciones y consideraciones. Por un lado, y al poner en tela de juicio la asunción predominante en este campo de que el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico son dos constructos distintos, se indican tres implicaciones

relacionadas con: la posible inexistencia de dos tipos de bienestar percibido o de felicidad en Psicología; la posibilidad de que la diferencia entre el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico pueda radicar en la influencia de otros aspectos; y, la falta de unanimidad a la hora de evaluar los diferentes componentes del bienestar subjetivo y el bienestar psicológico.

Por otro lado, el propio modelo estructural del bienestar percibido obtenido en la investigación trae consigo otras tres consideraciones a tener en cuenta: la compleja diferenciación entre “psicológico” y lo “físico”, que obliga a tomar con cautela los resultados obtenidos; la posibilidad de construir en estudios futuros un instrumento único para evaluar las tres aproximaciones principales al bienestar percibido; y, la controvertida causalidad de las relaciones entre salud y bienestar, que conlleva contrastar con otros estudios la dirección de dichas relaciones.

En tercer lugar, los análisis llevados a cabo señalan diferencias en los factores que determinan el bienestar percibido en la muestra de personal sanitario y docente. Dichos análisis permiten concluir que, aunque el bienestar percibido en los profesionales sanitarios y en los docentes está determinado por diferentes factores psicológicos, sociales y sociodemográficos, también lo está por recursos personales comunes, siendo los más importantes el apoyo social y la evitación o menor empleo de un afrontamiento de falta de compromiso.

En cuarto lugar, la conclusión de que la resiliencia se puede considerar como una característica fundamental en los profesionales sanitarios está avalada en base a las anteriores diferencias señaladas. Los resultados obtenidos señalan que la resiliencia predice más dimensiones del bienestar percibido (ya sea entendido como estado de salud, bienestar subjetivo y bienestar psicológico) en los profesionales sanitarios que en los profesores universitarios.

En quinto lugar, la obtención de un modelo estructural del bienestar percibido en el personal sanitario permite concluir que las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la resiliencia constituyen tres recursos personales relevantes para el Bienestar percibido en dicho colectivo profesional. En dicho modelo la adaptación al estrés laboral (integrado por las consecuencias de dicho estrés y las estrategias de afrontamiento al mismo) es el factor psicosocial que más peso tiene a la hora de predecir el bienestar psíquico de la muestra sanitaria, dejando patente la importancia del

entorno laboral a la hora de determinar que los profesionales sanitarios se sientan bien consigo mismo y felices. El siguiente factor psicosocial más importante para el bienestar percibido en el personal sanitario es el apoyo social. De esta forma, los profesionales sanitarios que perciben tener mayores relaciones y vínculos sociales son los que mejor se sienten consigo mismos y más felices son. Además, el apoyo social no sólo influye directamente en el bienestar psíquico percibido en los profesionales sanitarios, sino que también lo hace indirectamente influyendo en la adaptación al estrés laboral de los mismos y en sus niveles de resiliencia. Por último, la resiliencia es el siguiente factor psicosocial en orden de importancia a la hora de predecir el bienestar percibido en dicho colectivo profesional. Es decir, los profesionales sanitarios con mayores niveles de resiliencia son los que perciben un mayor bienestar. A pesar de que la resiliencia no influye directamente en el mismo, sí que influye indirectamente en el bienestar percibido en la muestra sanitaria al predecir la adaptación al estrés laboral. Este resultado se considera coherente con la propia definición de la Resiliencia que la define como la adaptación positiva a la adversidad.

Las implicaciones clínicas de esta última conclusión vienen determinadas por el hecho de que estos tres recursos personales (las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la resiliencia) se pueden intervenir clínicamente, ya que constituyen factores modificables. Por lo tanto, dichos recursos personales se pueden entrenar no sólo a nivel individual, sino también colectivamente, mediante programas promovidos desde los propios centros sanitarios, con el objetivo de aumentar y mejorar los niveles de bienestar percibido en los profesionales sanitarios. Los efectos positivos de dichos programas redundarían tanto en el personal sanitario, como en las propias instituciones sanitarias, al mejorar el rendimiento profesional y la calidad asistencial de sus trabajadores. Asimismo, el aumento y mejora del bienestar percibido en los profesionales sanitarios no sólo predeciría importantes porcentajes de éxito en su ámbito laboral, sino también en otros ámbitos de sus vidas como el físico, el social, el familiar o el personal.

3. CONCLUSIONES FINALES

Por lo que respecta a las conclusiones finales, y no centradas exclusivamente en el personal sanitario y docente, la presente Tesis Doctoral avala la noción aristotélica de que el bienestar o felicidad depende de nosotros mismos. Los resultados obtenidos en la misma concluyen que, mediante la puesta en marcha de determinados recursos personales relevantes para el bienestar de la persona, ésta puede alcanzar el máximo rango personal del mismo.

A pesar de que la genética con la que nacemos y el azar de las circunstancias ambientales son importantes, no son determinantes para el bienestar percibido. La evidencia empírica en esta área de investigación señala que no todo está en los genes ni en las circunstancias, existiendo un amplio margen (en torno al 40%) para desarrollar y mejorar nuestros niveles de bienestar percibido y felicidad, ya que éstos están también influidos por determinados factores psicológicos y psicosociales que pueden ser modificados por la propia persona.

Por lo tanto, dichos factores pueden ser adquiridos e incorporados dentro de los recursos personales de los que podemos disponer, desempeñando un papel importante a la hora de determinar hasta qué punto nos sentimos bien con nosotros mismos y felices. En definitiva, se puede llegar a concluir que el bienestar percibido o felicidad se trata de un estado emocional que podemos aprender a maximizar dentro de nuestro rango personal.

Dada la importancia y relevancia social que supondría la mejora del bienestar percibido en la población general, la responsabilidad de llevar a cabo programas para desarrollar recursos personales relevantes para el bienestar debería recaer sobre los propios gobiernos de cada país (y no específicamente en las instituciones sanitarias y docentes). Los gobiernos deberían proporcionar oportunidades a la comunidad que den acceso a los individuos a dichos programas para desarrollar y mejorar su bienestar de manera significativa. Por lo tanto, los políticos y demás poderes públicos deberían de participar en la incentivación de políticas públicas en las que se promocióne el bienestar de los ciudadanos.

Y esto no se trata de una utopía, sino que ya hay intentos por parte de algunos países e instituciones. Por ejemplo, el Reino Unido ha incluido medidas periódicas del

bienestar psicológico de los ingleses en sus estadísticas nacionales. Asimismo, el plan nacional de salud mental escocés se ha estructurado en torno al objetivo de salud nacional consistente en promover la resiliencia tanto individual como comunitaria, y el bienestar psicológico de sus ciudadanos. Por parte de las instituciones, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha desarrollado una guía para la medida del bienestar subjetivo, con el objetivo de proporcionar apoyo a las agencias nacionales de estadística y a otros organismos para que los datos recogidos sean comparables a nivel internacional (ver capítulo de *Revisión Teórica*, para más detalle).

De esta manera, los psicólogos nos deberíamos de constituir como el puente entre los gobiernos y los ciudadanos en sus políticas para mejorar el bienestar de los mismos. Como conocedores de los factores que influyen en el bienestar percibido por las personas y del modo de entrenar y desarrollar los recursos personales para aumentar dicho bienestar, los psicólogos somos los agentes sociales idóneos para llevar a cabo la implantación de políticas públicas que mejoren las vidas de las personas. Dichas políticas no se centrarían solamente en los recursos personales relevantes para el bienestar identificados en la presente investigación (resiliencia, apoyo social y estrategias de afrontamiento), sino también en el entrenamiento y desarrollo de otros recursos que han demostrado ser eficaces en el aumento del bienestar percibido, como son el optimismo, el sentido del humor y las emociones positivas.

Por otro lado, la implicación de los psicólogos en dichas políticas públicas no sólo ayudaría a la comunidad, sino también a que los ciudadanos comprendan el valor que tiene la Psicología para la propia comunidad. Por ello es muy importante que las personas comiencen a valorar la utilidad que puede tener la Psicología para su bienestar, no sujeto exclusivamente a factores socioeconómicos sino también a factores psicológicos y psicosociales. Sin duda, el papel de la Psicología Positiva en esta misión social que tenemos los psicólogos es de suma importancia. Sin embargo, no sólo los ciudadanos deben comprender el valor de la Psicología, sino que los propios psicólogos deberíamos de ser todos conscientes de la capacidad que tiene la propia Psicología, en general, y la Psicología Positiva, en particular, de incrementar y mantener el bienestar de los ciudadanos mediante el entrenamiento y el desarrollo de determinados recursos personales.

En definitiva, y tal y como concluye Vázquez (2013), si los psicólogos conseguimos ser conscientes de dicha capacidad que tiene la Psicología, entonces tendremos una ocasión inmejorable y excelente de llegar a participar en las políticas públicas de los gobiernos y de ayudar a la comunidad para mejorar las vidas de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L. y Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.
- Ahmed, S. (2010). *The Promise of Happiness*. Durham and London: Duke University Press.
- Alexander, F. (1939). Psychological aspects of medicine. *Psychosomatic Medicine*, 1, 17-18.
- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Comps.), *La calidad de vida* (pp. 126-134). México: F. C. E.
- Allport, G. W. (1961a). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Allport, G. W. (1961b). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Almedon, A. M. y Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 127-143.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica Barcelona*, 111, 410-416.
- Álvarez, N. y Esteve, R. (2009). Deshabitación en drogodependientes y dolor crónico. *Psicothema*, 21, 199-205.
- Andrews, F. M. y Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: American's perceptions of life quality*. New York: Plenum.
- Annas, J. (2004). Happiness as achievement. *Daedalus*, 133, 44-51.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey Bass.
- Arbuckle, J. L. (2000). *Exploratory structural equation modeling*. Fordham University. Department of Psychology colloquium series.
- Aristóteles (sIVa.c./2004). *Ética a Nicómaco*. Madrid: Alianza Editorial.
- Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness*. Londres: Methuen.
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness* (2ª ed.). Londres: Routledge.
- Argyle, M., Martin, M. y Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. En J. P. Forgas y J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective* (pp. 189-203). Amsterdam: North Holland, Elsevier Science.
- Arrogante, O. (2013). ¿Cómo nos afecta el estrés en intensivistas?: Diferencias encontradas con otros servicios y la importancia de la Resiliencia como recurso personal. En *XXXIX Congreso Nacional de la SEEIUC* [CD-ROM Resumen de las Comunicaciones], ID-18. Tenerife, España: SEEIUC.
- Arrogante, O. y Pérez-García, A. M. (2012a). Personality, resilience and subjective well-being in both health and non-health workers. En L. Di Blas, A. Carnaghi, D. Ferrante y V. Piccoli (Eds.), *16th European Conference on Personality Psychology, Books of Abstracts* (pp. 185-186). Trieste, Italia: Universtità degli studi di Trieste.
- Arrogante, O. y Pérez-García, A. M. (2012b). ¿En qué nos diferenciamos de otros profesionales?: personalidad, resiliencia, afrontamiento y bienestar subjetivo percibido por el personal de

- enfermería de intensivos y cardiología y personal no sanitario. En *XXXVIII Congreso Nacional de la SEEIUC* [CD-ROM Resumen de las Comunicaciones], ID-200. Santander, España: SEEIUC.
- Arrogante, O. y Pérez-García, A. M. (2013a). El bienestar subjetivo percibido por los profesionales no sanitarios ¿es diferente al de enfermería de intensivos? Relación con personalidad y resiliencia. *Enfermería Intensiva*, 24, 145-154. Doi: 10.1016/j.enfi.2013.07.002
- Arrogante, O. y Pérez-García, A. M. (2013b). Assessment of a hierarchical model of coping: Reliability of engagement and disengagement coping categories using the Brief-COPE. En I. Alonso-Arbiol y K. Diez (Eds.), *12th European Conference on Psychological Assessment, Book of Abstracts* (p.326). San Sebastián, España: Euskal Herriko Unibersitatea.
- Arthur, N. M. (1990). The assessment of burnout: A review of three inventories useful for research and counselling. *Journal Counselling Development*, 69, 186-189.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.
- Averill, J. R. y More, T. A. (2000). Happiness. En M. Lewis y J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (2ª ed.) (pp. 666-676). New York: Guilford Publications.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.
- Badía, X. y Carné, X. (1998). La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Medicina Clínica Barcelona*, 110, 550-556.
- Badía, X. y García, A. F. (2000). La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultado en salud. En X. Badía y A. F. García (Eds.), *La investigación de resultados de salud* (pp. 61-73). Barcelona: Edicmac.
- Badía, X., Salamero, M., Alonso, J. y Ollé, A. (Eds.) (1996). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: PPU.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1994). Regulative function of perceived self-efficacy. En M. G. Rumsey, C. B. Walker y J. Harris (Eds.), *Personnel selection and classification* (pp. 261-271). Hillsdale, NJ: Erlbaum .
- Bandura, A. (2011). A social cognitive perspective on Positive Psychology. *Revista de Psicología Social*, 26, 7-20.
- Baptista, A. (2009). Emociones positivas. Perspectiva evolucionista. En E. G. Fernández-Abascal (Coord.), *Emociones positivas* (pp. 47-62). Madrid: Pirámide.
- Baron, R. y Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barrera, M. (1980). A method for the measurement of social support networks in community survey research. *Connections*, 3, 8-13.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. En B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 69-96). Beverly Hills, CA: Sage.
- Barret, L. F., Robin, L., Pietromonaco, P. R. y Eyssell, K. M. (1998). Are women the “more emotional” sex? Evidence from emotional experiences in social context. *Cognition and Emotion*, 12, 555-578.

- Baruth, K. E. y Carroll, J. J. (2002). A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *The Journal of Individual Psychology*, 58, 235-244.
- Baumister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Plenum.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Beiser, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 320-327.
- Beltam, S., Mansfield, C. y Price, A. (2011). Thriving not just surviving: A review of research on teacher resilience. *Educational Research Review*, 6, 186-207.
- Bentham (1789). *An introduction to the principles of morals and legislation*. Oxford: Clarendon Press (editado en 1907).
- Bentler, P. M. (1989). *EQS structural equations program manual*. Los Angeles: BMDP Statistical Software.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bentler, P. M. (1995). *Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Bentler, P. M. y Chu, C. (1987). Practical issues in structural modeling. *Sociological Methods and Research*, 16, 78-117.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B y Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Pollard, W. E., Martin, D. P. y Gilson, B. S. (1976). The Sickness Impact Profile: validation of a health status measure. *Medical Care*, 14, 57-67.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 12, 314-319.
- Bermúdez, J. (1996). Afrontamiento: aspectos generales. En A. Fierro (Comp.), *Manual de Psicología de la Personalidad* (pp. 177-209). Barcelona: Paidós.
- Bernshausen, D. y Cunningham, C. (2001, Marzo). The role of resiliency in teacher preparation and retention. Comunicación oral presentada en la Annual Meeting of the American Association of Colleges for Teacher Education, Dallas, TX (EEUU).
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcom, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27, 169-190.
- Beutler, L. E., Moos, R. LL. y Lane, G. (2003). Coping, treatment planning, and treatment outcome: Discussion. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1151-1167.
- Bharadwaj, L. y Wilkening, E. A. (1977). The prediction of perceived well-being. *Social Indicators Research*, 4, 421-439.
- Biaobin, Y., Xue, Z. y Lin, Q. (2004). SWB and PWB: The distinction and integration of two well-being research orientations. *Psychological Science (China)*, 27, 836-838.
- Binder, M. y Coad, A. (2013). "I'm afraid I have bad news for you..." Estimating the impact of different health impairments on subjective well-being. *Social Science and Medicine*, 87, 155-167.

- Biswas-Diener, R., Kashdan, T. y King, L. A. (2009). Two traditions of happiness research, not two distinct types of happiness. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 208-211.
- Biswas-Diener, R., Vittersø, J. y Diener, E. (2005). Most people are pretty happy, but there is cultural variation: The Inughuit, the Amish, and the Masai. *Journal of Happiness Studies*, 6, 205-226.
- Bjørnskov, C. (2010). How comparable are the Gallup World Poll Life Satisfaction Data? *Journal of Happiness Studies*, 11, 41-60.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al estrés postraumático. *Clínica y Salud*, 15, 227-252.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17, 580-587.
- Block, J. y Block, J. H. (1980). The role of ego control and ego resiliency in the organization of behaviour. En W. A. Collins (Ed.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 13, pp. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Block, J. y Kremen, A. M. (1996). IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.
- Bolger, N., Davis, A. y Rafaeli, E. (2003). Diary methods: Capturing life as it is lived. *Annual Review of Psychology*, 54, 579-616.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G., Riper, H., Smit, F. y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119. doi: 10.1186/1471-2458-13-119
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bouchard, G., Guillemette, A. y Landry-Léger, N. (2004). Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress. *European Journal of Personality*, 18, 221-238.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. En J. Bowlby (Ed.), *Attachment* (Vol. 1). Nueva York: Basic Books.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine Publishing.
- Breen, L. J., O'Connor, M., Hewitt, L. Y. y Lobb, E. A. (2013). The "specter" of cancer: Exploring secondary trauma for health professionals providing cancer support and counselling. *Psychological Services*, 30, 1541-1559.
- Brengelmann, J. (1986). Estrés, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas. *Evaluación Psicológica*, 2, 47-78.
- Brickman, P. y Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. En M. H. Appely (Ed.), *Adaption level theory: A symposium* (pp. 287-302). New York: Academic Press.
- Bright, J. (1997). *Turning the tide*. London: Demos Publishers.
- Brook, R. H., Ware, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Rogers, W. H., ... Johnston, A. (1979). Overview of adult health measures fielded in Rand's Health Insurance study. *Medical Care*, 17, 3-131.
- Brooking, J. B., Bolton, B., Brown, C. E. y McEvoy, A. (1985). Self-reported job burnout among female human service professionals. *Journal of Occupational Behaviour*, 6, 143-150.
- Brooks, R. y el EuroQol Group (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37, 53-72.

- Brooks, R., Goldstein, S. (2004). El poder de la resiliencia. Cómo lograr el equilibrio, la seguridad y la fuerza interior necesarios para vivir en paz. Barcelona: Editorial Paidós.
- Browne, M. W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Brulde, B. (2007). Happiness theories of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 8, 15-49.
- Brummett, B. H., Boyle, S. H., Siegler, I. C., Williams, R. B., Mark, D. B. y Barefoot, J. C. (2005). Ratings of positive and depressive emotion as predictors of mortality in coronary patients. *International Journal of Cardiology*, 100, 213-216.
- Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061-1070.
- Burgoyne, R. W. y Saunders, D. S. (2001). Quality of life among urban Canadian HIV/AIDS clinic outpatients. *International Journal of STD and AIDS*, 12, 505-512.
- Buss, D. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55, 15-23.
- Busseri, M. A. y Sadava, S. W. (2011). A review of the tripartite structure of subjective well-being: Implications for conceptualization, operationalization, and synthesis. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 290-314.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. J., Berman, S. R. y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28, 193-213.
- Byrne, B. M. (1989). *A primer of LISREL: Basic applications and programming for Confirmatory Analytic Models*. New York: Springer-Verlag Inc.
- Byrne, B. M. (1994). Testing for the factorial validity, replication and invariance of measuring instrument: A paradigmatic application base don the Maslach Burnout Inventory. *Multivariate Behaviour Research*, 29, 239-311.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS. Basic Concepts, applications and programing*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cabanas, E. y Sánchez, J. C. (2012). Las raíces de la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo*, 33, 172-182.
- Cabañero, M. J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M. I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púérperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Cacioppo, J. T., Gardner, W. L. y Berntson, G. G. (1999). The affect system has parallel and integrative processing components: Form follows function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 839-855.
- Cacioppo, J. T., Priester, J. R. y Berntson, G. G. (1993). Rudimentary determinants of attitudes. II: Arm flexion and extension have differential effects on attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 5-17.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Campbell, A., Converse, P. E. y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.

- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L. y Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599.
- Campbell-Sills, L. y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019-28.
- Cannon, W. B. (1911). Emotional stimulation of adrenal gland secretion. *American Journal of Physiology*, 28, 64-70.
- Cano, A. (2002). *La Naturaleza del Estrés*. Recuperado el 16 de septiembre de 2012 de http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm.
- Cano-Vindel, A y Miguel-Tobal, J. J. (1992). *Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA)*. Facultad de Psicología. Universidad Complutense. No publicado.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Capel, S. (1991). A longitudinal study of Burnout in teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 61, 36-43.
- Caplan, G. y Killilea, M. (1976). *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. New York: Grune & Stratton.
- Carmines, E. G. y McIver, J. P. (1981). Analyzing models with unobserved variables. En G. W. Bohrnstedt y E. F. Borgatta (Eds.), *Social measurement: Current issues*. Beverly Hills: Sage.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Casalnueva, B. y Di Martino V. (1994). Por la prevención del estrés en el trabajo. Las estrategias de la IOT. *Salud y Trabajo*, 102, 17-23.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., ... Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gen. *Science*, 301, 386-389.
- Cassel, J. C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for adaption on extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161, 195-216.
- Chida, Y. y Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Childs, J., Sepples, S. y Moody, K. (2003). Mentoring youth: A service-learning course within a college of nursing. *Journal of Nursing Education*, 42, 182-186.

- Clark, L. A., Watson, D. y Leeka, J. (1989). Diurnal variation in the positive affects. *Motivation and emotion*, 13, 205-234.
- Claus-Ehlers, C. S. (2008). Sociocultural factors, resilience and coping: Support for a culturally sensitive measure of resilience. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 197-212.
- Cline, D., Reilly, C. y Moore, J. (2003). What's behind RN turnover? Uncover the "real reasons" nurses leave. *Nursing Management*, 34, 10-53.
- Coan, R. W. (1977). *Hero, artist, sage, or saint? A survey of what is variously called mental health, normality, maturity, self-actualization, and fulfillment*. New York: Columbia University Press.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-313.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, L. y Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M. y Skoner, D. P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65, 652-657.
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cohn, M. A. y Fredrickson, B. L. (2009). Positive emotions. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (2ª ed.) (pp. 13-24). New York: Oxford University Press.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. y Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 3, 361-368.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A., y Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Compton, W. (1998). Measures of mental health and a five factor theory of personality. *Psychological Reports*, 83, 371-381.
- Compton, W., Smith, M., Cornish, K. y Qualls, D. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 406-413.
- Connor, K. M. y Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Connor-Smith, J. K. y Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.
- Cooper, C., Sloan, S. y Williams, S. (1988). *Stress: Occupational Stress Indicator*. NFER-NELSON: Windsor.
- Cortés-Funes, F., Abián, L. y Cortés-Funes, H. (2003). Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. *Psicooncología*, 1, 83-92.
- Costa, P. T. Jr. y McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversión and neuroticismo on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Costa, P. T. Jr., Terraciano, A. y McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures. Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 322-331.

- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Cribbie, R. A. (2007). Multiplicity control in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14, 98-112.
- Crowley, S. L. y Fan, X. (1997). Structural equation modeling: Basic concepts and applications in personality assessment research. *Journal of Personality Assessment*, 68, 508-531.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Academic Press.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American psychologist*, 54, 821-827.
- Csikszentmihalyi, M. (2000). Beyond boredom and anxiety. Experiencing flow in work and play. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cummins, R.A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 38, 303-328.
- Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Cyrułnik, B. (2005). *El amor que nos cura*. Barcelona: Gedisa.
- Dafters, R. E. (1996). Why "negative" emotions can sometimes be positive: The spectrum model of emotions and their role in mind-body healing. *Advances: The Journal of Mind-Body Health*, 12, 6-51.
- Daniel, E. y Pérez, A. (1999). *El síndrome de Burnout en el médico*. Madrid: lab. Smithkline Beecham.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A. y Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- Davis, M. C., Luecken, L. y Lemery-Chalfant, K. (Eds.). (2009). Resilience in common life [número especial]. *Journal of Personality*, 77.
- Davis, M. H., Morris, M. M. y Kraus, L. A. (1998). Relationship-specific and a global perception of social support: Associations with well-being and attachments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 468-481.
- Davidson, J. R., Payne, V. M., Connor, K. M., Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Hertzberg, M. A., et al. (2005). Trauma, resilience, and saliostatis: Effects of treatment on posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 20, 43-48.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K. y Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495.
- Dean, A y Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *Journal of Mental Disease*, 165, 403-417.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deckard, G., Meterko, M. y Field, D. (1994). Physician burnout. An examination of personal, professional, and organizational relationships. *Medical Care*, 32, 745-754.

- Dember, W. N. y Brooks, J. (1989). A new instrument for measuring optimism and pessimism: Test-retest reliability and relations with happiness and religious commitment. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 27, 365-366.
- Derogatis, L. R. (2001). *Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson, Inc.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- DiCorcia, J. A. y Tronick, E. (2011). Quotidian resilience: Exploring mechanisms than drive resilience from a perspective of everyday stress and coping. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 1593-1602.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E. y Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*, 57, 119-169.
- Diener, E. y Biswas-Diener, R. (2009). *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener*. Dordrecht: Springer.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diener, E. y Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Diener, E. y Emmons, R. A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 71-75.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E. y Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and ideographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.
- Diener, E., Lucas, R. E., Oishi, S. y Suh, E. M. (2002). Looking up and looking down: Weighing good and bad information in life satisfaction judgments. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 437-445.
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L. y Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicators Research*, 28, 195-223.
- Diener, E., Sandvik, E. y Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. En F. Strack, M. Argyle y N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 119-139). Oxford (RU): Pergamon Press.
- Diener, E. y Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 81-84.
- Diener, E., Smith, H. y Fujita, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 130-141.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

- Diener, E., Suh, E. M., Smith, H. y Shao, L. (1995). National differences in reported subjective well-being: why do they occur? *Social Indicators Research*, 34, 7-32.
- Dunn, G., Everitt, B. y Pickles, A. (1993). *Modeling covariances and latent variables using EQS*. New York: Chapman & Hall.
- Dunn, L., Iglewicz, A. y Moutier, C. (2008). A conceptual model of medical student well-being: Promoting resilience and preventing burnout. *Academic Psychiatry*, 32, 44-53.
- Dupuy, H. J. (1984). The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. En N. K. Wenger, M. E. Mattson, C. D. Furberg y J. Elinson (Eds.), *Assessment of Quality of Life in clinical trials of cardiovascular therapies* (pp. 170-183). New York: Le Jacq Publications.
- Durkheim, É. (1897). *El suicidio*. Buenos Aires: Schapire editor (editado en 1971).
- Dykman, B. M. (1998). Integrating cognitive and motivational factors in depresión: Initial tests of a goal-orientation approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 139-158.
- Ebner-Priemer, U. W. y Trull, T. J. (2009). Ambulatory assessment. An innovative and promising approach for clinical psychology. *European Psychologist*, 14, 109-119.
- Eid, M. y Diener, E. (2001). Norms for experiencing emotions in different cultures: Inter- and intransnational differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 869-885.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A. y Guthrie, L. (1997). Coping with stress: The roles of regulation and development. En J. N. Sandler y S. A. Wolchik (Eds.), *Handbook of children's coping with common stressors: Linking theory, research, and intervention* (pp. 41-70). New York: Plenum.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Ekman, P. y Friesen, W. (1975). *Unmasking the face*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Endler, N. S., Speer, R. L., Johnson, J. M., y Flett, G. L. (2000). Controllability, coping, efficacy, and distress. *European Journal of Personality*, 14, 245-264.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, 1, 18-164.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society* (2ª ed.). New York: Norton.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Erikson, R. (1996). Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Comps.), *La calidad de vida* (pp. 101-120). México: F. C. E.
- Eschleman, K. J., Bowling, N. A., y Alarcon, G. M. (2010). A meta-analytic examination of hardiness. *International Journal of Stress Management*, 17, 277-307.
- Evans, D. R. (2002). The search hypothesis of emotion. *The British Journal for the Philosophy of Science*, 53, 497-509.
- Evans, B. K. y Fisher, D. G. (1993). The nature of burnout: a study of the three factor model of burnout in human service and no-human service samples. *Journal of Occupational Organizational Psychology*, 66, 29-38.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el metaconocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el Trait Meta-Mood Scale. *Ansiedad y Estrés*, 11, 101-122.

- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2009). Inteligencia emocional, afecto positivo y felicidad. En E. G. Fernández-Abascal (Coord.), *Emociones positivas* (pp. 229-246). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Eysenck, H. J., y Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum.
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G. y Barrett, P. (1995). Personality differences according to gender. *Psychological Reports*, 76, 711-716
- Fava, G., Fafenelly, C., Cazzaro, M., Conti, S. y Grandi, S. (1998). Well-being therapy: a novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorder. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- Fernández-Abascal, E. G. (2009). Emociones positivas, psicología positiva y bienestar. En E. G. Fernández-Abascal (Coord.), *Emociones positivas* (pp. 27-46). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ríos, L. y Novo, M. (2012). Positive psychology: Zeigeist (or spirit of the ties) or ignorance (or disinformation) of history? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 333-346.
- Fernández Seara, J. L. (1992). *Escala de Apercepción del Estrés*. Madrid: TEA ediciones.
- Firth, H., McIntee, J., McKeown, P. y Britton, P. (1986). Burnout and profesional depression. Related concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 633-642.
- Fletcher, D. y Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18, 12-23.
- Flórez, J. A. (1994). *Síndrome de estar quemado. Burnout*. Barcelona: Edikamed.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it Must be a Process: Study of Emotion an Coping during Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Fordyce, M. W. (1997). Éducation au bonheur. *Revue québécoise de psychologie*, 18, 239-252.
- Fordyce, M. W. (2000). *Human Happiness: its nature and its attainment*. Recuperado el 29 de septiembre de 2012 de <http://gethappy.net/bookhm.htm>.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2002). Positive emotions. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 120-134). New York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Fredrickson, B. L. y Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertories. *Cognition and Emotion*, 19, 313-332.
- Fredrickson, B. L. y Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172-175.

- Fredrickson, B. L. y Levenson, R. W. (1998). Positive emotions Speedy recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C. y Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237-258.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M., Waugh, C. E. y Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H. y Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14, 29-42.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H. y Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 65-76.
- Friedman, E. M., Hayney, M. S., Love, G. D., Singer, B. y Ryff, C. (2007). Plasma interleukin-6 and soluble IL-6 receptors are associated with psychological well-being in aging women. *Health Psychology*, 26, 305-313.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gable, S. y Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9, 1089-2680.
- Galbraith, N. D. y Brown, K. E. (2011). Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 709-721.
- Gallup, G. Jr. (1984). *Religion in America*. Gallup Report.
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., ... Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1171-1178.
- García Izquierdo, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7, 18, 3-12.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31, 416-430.
- Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Garrat, A., Schmidt, L., Mackintos, A. y Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324, 1417.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., Monteiro, M.J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 205-215.
- Germano, D. y Cummins, R. A. (2001). Quality of life and sense of coherence in people with arthritis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 253-261.

- Gil, K. M., Wilson, J. J. y Edens, J. L. (1997). The stability of pain coping strategies in young children, adolescents, and adults with sickle cell disease over an 18-month period. *The Clinical Journal of Pain*, 13, 110-115.
- Gil-Monte, P. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública Mexicana*, 44, 33-40.
- Gil-Monte, P. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista Saude Publica*, 39, 1-8.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Giordano, B. (1997). Resilience: a survival tool for the nineties. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal* 65, 1032-1036.
- Glantz, M. y Johnson, J. (1999). *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Golembiewsky, R., Munzenreider, R. y Stevenson, J. (1986). *Stress in Organizations: Towards a Phase Model of Burnout*. Nueva York: Praeger.
- González, S., Fernández, C., Pérez, J. y Amigo, I. (2007). Variables predictoras de los resultados de un programa de prevención secundaria de la depresión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1, 13-26.
- Gottlieb, B. H. (1981). Social networks and social support in community mental health. En B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 11-42). Londres: Sage.
- Gottlieb, B. H. (2009). Social support. En S. J. Lopez (Ed.), *The encyclopedia of positive psychology* (pp. 913-916). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Graham, C. (2008). Happiness and health: lessons and questions for public policy. *Health Affairs*, 27, 72-87.
- Graham, C., Higuera, L. y Lora, E. (2011). Which health conditions cause the most unhappiness? *Health Economics*, 20, 1431-1447.
- Gray, J. A. (1994). Personality dimensions and emotion systems. En P. Ekman y R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion* (pp. 329-331). Nueva York: Oxford University Press.
- Greve, W. y Staudinger, U. M. (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and potentials for successful aging. En D. Cicchetti, D. J. Cohen, D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation. Volumen III (2ª ed.)* (pp. 796-840). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.
- Guyatt, G., Veldhuyzen, S. J., Fenny, D. y Patrick, D. L. (1989). Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *Canadian Medical Association*, 140, 1441-1448.
- Hair, J. E., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. y Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis (6ª ed.)*. Upper Saddle River: Pearson-Prentice-Hall.
- Hancock, G. R. (1999). A sequential Scheffé-type respecification procedure for controlling Type I error in exploratory structural equation model modification. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 158-168.

- Haring, M. J., Stock, W. A. y Okun, M. A. (1984). A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. *Human Relations*, 37, 645-657.
- Haskett, M. E., Nears, K., Ward, C. S. y McPherson, A. V. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review*, 26, 796-812.
- Hegelson, V. S., Reynolds, K. A. y Tomic, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit of finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.
- Heitzmann, C. A. y Kaplan, R. M. (1988). Assessment of methods for measuring social support. *Health Psychology*, 7, 75-109.
- Henderson, G. (1984). Physician burnout. *Hospital Physician*, 20, 8.
- Henderson, S., Byrne, D. G., Duncan-Jones, P., Scott, R. y Adcock, S. (1980). Social relationships, adversity and neurosis: A study of associations in a general population sample. *British Journal of Psychiatry*, 136, 354-383.
- Hills, P. y Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33, 1071-1082.
- Hobbes (1651). *Leviatán o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil*. México: FCE (editado en 2003).
- Hodges, H. F., Keeley, A. C. y Grier, E. C. (2005). Professional resilience, practice longevity, and Parse's theory for baccalaureate education. *Journal of Nursing Education*, 44, 548-554.
- Holt-Lunstand, J., Smith, T. B. y Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7.
- House, J. S. (1981). *Work, stress and social support*. Reading, MA: Addison Wesley.
- House, J. S., Landis, K. R. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Howell, R. T., Kern, M. L. y Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1, 83-136.
- Hoyle, R. H. y Panter, A. T. (1995). Writing about structural equation models. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues and Applications* (pp. 158-176). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling. Concepts, Issues, and Applications* (pp. 76-99). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Humphreys, J. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 127-152.
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton: Princeton University Press.
- Iraurgi, I. (2006). Comparación del instrumento de salud SF-12 frente al SF-36 en pacientes en mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 19, 59-67.
- Izquierdo, M., Navarro, M. C. y Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitaria de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 215-228.

- Jackson, D., Clare, J. y Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace: a factor in recruitment and retention. *Nursing Management* 10, 13-20.
- Jackson, D., Firtko, A. y 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, 1-9.
- Jackson, D., Mannix, J. y Daly, J. (2001). Retaining a viable workplace: A critical challenge for nursing. *Contemporary Nurse*, 11, 163-172.
- Jackson, S. E., Schwab, R. L. y Schuler, R. S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal Applied Psychology*, 71, 630-640.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Jang, Y., Mortimer, J. A., Haley, W. E. y Graves, A. R. B. (2004). The role of social engagement in life satisfactions: Its significance among older individual with disease and disability. *Journal of Applied Gerontology*, 23, 266-278.
- Jang, K. L., Thordarson, D. S., Stein, M. B., Cohan, S. L. y Taylor, S. (2007). Coping styles and personality: A biometric analysis. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 20, 17-24.
- Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M., Dong, Q., Zhang, H. y Wang, C. (2003). Adolescent Problem Behavior in China and the United States: A Cross-National Study of Psychosocial Protective Factors. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 329-360.
- Jiménez, V. (2011). Psicología positiva. En A. Puente (Coord.), *Psicología contemporánea básica y aplicada* (pp. 567-589). Madrid: Pirámide.
- Johnson, J. H. y Sarason, I. G. (1979). Recent developments in research on life stress. En V. Hamilton y D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach*. Chichester, England: Wiley.
- Johnston, D., Propper, C. y Shields, M. (2009). Comparing subjective and objective measures of health: evidence from hypertension for the income/health gradient. *Journal of Health Economics*, 28, 504-522.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (1984). *LISREL-VI users guide* (3ª ed.) Moorsville, IN: Scientific Software.
- Jorgesen, M. (1992). Burnout in doctorally prepared nurse faculty. *Journal of Nursing Education*, 31, 8, 341-346.
- Joseph, S. y Linley, P. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041-1053.
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt, Brace y World.
- Kafka, G. y Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicator Research*, 57, 171-190.
- Kahneman, D. y Krueger, A. (2006). Developments in the Measurement of Subjective Well-Being. *Journal of Economic Perspectives*, 20, 19-20.
- Kahneman, D., Krueger, A., Schkade, D., Schwarz, N. y Stone, A. A. (2004). A survey method for characterizing daily life experience. *Science*, 306, 1176-1180.
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.

- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M. y Dwyer, C. (1991). Explanatory style and cell mediated immunity. *Health Psychology, 10*, 229-235.
- Kammann, R. y Flett, R. (1983). Affectometer 2: A scale to measure current level of general happiness. *Australian Journal of Psychology, 35*, 257-265.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C. y Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care, 15*, 47-58.
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R. y King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The cost of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *Journal of Positive Psychology, 3*, 219-233.
- Keltner, D. y Bonnano, G. A. (1997). A study of laughter and dissociation: Distinct correlates of laughter and smiling during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 687-702.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 61*, 121-140.
- Keyes, C. (2000). Subjective change and its consequences for emotional well-being. *Motivation and Emotion, 24*, 67-84.
- Keyes, C. (2002). Complete mental health: An agenda for the 21st century. En C. Keyes y Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 293-312). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C., Ryff, C. y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 1007-1022.
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. y Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology, 90*, 179-196.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M. y Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 420-434.
- Kirkcaldy, B. y Furnham, A. (2000). Positive affectivity, psychological well-being, accident –and traffic-deaths and suicide: An international comparison. *Studia Psychologica, 42*, 97-104.
- Kleban, M. H. y Lawton, M. P. (1982). *Psychological well-being in the aged: Factorial and conceptual dimensions*. Philadelphia: Philadelphia Geriatric Center.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2ª ed.). New York: Guilford.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaeki, H., Heikkilae, K., Kaprio, J. y Koskenvuo, M. (2001). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *American Journal of Epidemiology, 152*, 983-991.
- Kompier, M. A. y Levi, L. (1995). *Estrés en el trabajo: causas, efectos y prevención*. Madrid: Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.
- Kozma, A. y Stones, M. J. (1980). The measurement of happiness: Development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH). *Journal of Gerontology, 35*, 906-912.
- Kuling, J. (2000). Community to care: A philosophical perspective of nursing. En L. Basford y O. Slevin (Eds.), *Theory and practice of nursing: An integrated approach to patient care* (pp. 2-20). Gloucestershire, United Kingdom: Stanley Thornes.

- Kuntsche, E. y Labhart, F. (2013). Ecological momentary assessment using personal cell phones. *European Psychologist, 18*, 3-11.
- Kyriacou, C. (1980). Sources of stress among British teachers: The contribution of job factors and personality factors. En C. L. Cooper y J. Marshall (Eds.), *White collar and professional stress* (pp. 113-128). New York: Wiley.
- Kyriacou, C. (1989). The nature and prevalence of teacher stress. En M. Cole y S. Walker (Eds.), *Teaching and Stress* (pp. 27-34). Philadelphia: Open University Press.
- Kyriacou, C. y Sutcliffe, J. (1978). Teacher stress: Prevalence, sources and symptoms. *British Journal of Educational psychology, 48*, 159-167.
- Lamers, S. M., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F. y Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness. A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 35*, 538-547.
- Larsen, R. J. (1984). Theory and measurement of affect intensity as an individual difference characteristic. *Dissertation Abstracts International, 85*, 2297B.
- Larsson, R. W. (1989). Is feeling "in control" related to happiness in daily life? *Psychological Reports, 64*, 775-784.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology, 30*, 85-89.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2003). Does the positive psychology movement have legs? *Psychological Inquiry, 14*, 93, 109.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, R. T. y Ashford, B. E. (1993). A longitudinal study among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golewbiesky *et al.* (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 54*, 369-398.
- Leech, K. L., Barret, K. C. y Morgan, G. A. (2005). *SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lefcourt, H. M., Martin, R. A. y Saleh, W. E. (1984). Locus of control and social support: Interactive moderators of stress. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 378-389.
- Leipold, B. y Greve, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist, 14*, 40-50.
- Leiter, M. P. (1988). Commitment as a function of stress reactions among nurses: A model of psychological evaluations of work settings. *Canadian Journal of Community Mental Health, 7*, 117-134.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. S., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C. y Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine, 67*, 869-878.

- Levi, L. (1996). Spice of life or kiss of death? En C. L. Cooper (Ed.), *Stress, medicine, and health* (pp. 1-10). Boca Ratón, FL: C. R. C. Press.
- Levy, S. M., Lee, J., Bagley, C. y Lippman, M. (1988). Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: Seven-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 50, 520-528.
- Lewinsohn, P. M. y Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (Eds.), *Social support, life events, and depression* (pp. 17-30). Nueva York: Academic Press.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M. y Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events and illness: A model and a empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- Linley, P. A., Maltby, J., Wood, A. M., Osborne, G. y Hurling, R. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences*, 47, 878-884.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S., y Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 977-988.
- Locke (1689). *Two treatises on government*. Cambridge: Cambridge University Press (editado en 1991).
- Loehlin, J. C. (2004). *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis* (4ª ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lu, L. (1996). Coping consistency and emotional outcome: Intra-individual and inter-individual analyses. *Personality and Individual Differences*, 21, 583-589.
- Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Luhman, M., Hofman, W., Eid, M. y Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 592-615.
- Luthar, S. S. y Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Lykken, D. (1999). *Happiness: The nature and nurture of joy and contentment*. Nueva York: St. Martin's Press.
- Lykken, D. T. y Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7, 186-189.
- Lynch, J. J. (1977). *The broken hearth*. Nueva York: Basis Books.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Urano.
- Lyubomirsky, S., King, L. A. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. y Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Lyubomirsky, S. y Tucker, K. L. (1998). Implications of individual differences in subjective happiness for perceiving, interpreting, and thinking about life events. *Motivation and Emotion*, 22, 155-186.

- Macías, J. A. y Royuela, A. (1996). La versión española del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Informaciones Psiquiátricas*, 146, 465-472.
- Maier, H. y Smith, J. (1999). Psychological predictors of mortality in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, P44-P54.
- Manzano, G. y Ramos, F. (1999). La despersonalización: clave para identificar el síndrome de Burnout en personal de enfermería. *Enfermería Científica*, 206, 63-78.
- Marsh, H. W. y Hocevar, C. (1985). Application of confirmatory factor análisis to the study of self-concept: First and higher order factor models and their invariante across groups. *Psychological Bulletin*, 97, 562-582.
- Martínez, O., Beitia, K., Araluce, K., Ayerra, J. M., Cela, C., Grijalvo, J., ... Insua, P. (1997). Estudio de las primeras consultas en un Centro de Salud Mental (II). Características clínicas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 62, 203-222.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour*, 9, 16-22.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 34, 111-124.
- Maslach, C. (1979). The burn-out síndrome and patient care. In C. Garfield (Ed.), *Stress and survival: The emotional realities of life-threatening illness* (pp. 111-120). St. Louis: Mosby.
- Maslach, C. y Jackson S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: a social psychology analysis. En G. S. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (pp. 227-251). Hillsdale: Lea.
- Maslach C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2ª ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3ª ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C, Jackson, S. E. y Schwab, R. L. (1986). *Maslach Burnout Inventory-Educators Survey*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslow, A. (1954). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being* (2ª ed.). New York: Van Nostrand.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resiliency processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Mayne, T. J. (2001). Emotions and health. En T. J. Mayne y G. A. Bonanno (Eds.), *Emotions: Current issues and future directions* (pp. 361-397). Nueva York: Guilford Press.
- Mazzucchelli, T. G. y Kane, R. T. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *Journal of Positive Psychology*, 5, 105-121.
- McCracken, L. M. y Yang, S. (2008). A contextual cognitive-behavioral analysis of rehabilitation worker's health and well-being: Influences of acceptance, mindfulness, and values-based action. *Rehabilitation Psychology*, 53, 479-485.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. Jr. (1991). Adding Liebe und Arbeit: The full Five-Factor Model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 227-232.

- McGee, E. M. (2006). The healing circle: Resiliency in nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 43-57.
- McGregor, I. y Little, B. R. (1998). Personal projects, happiness, and meaning: On doing well and being yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 494-512.
- McKennell, A. (1974). Surveying subjective welfare: Strategies and methodological considerations. En B. Strumpel (Ed.), *Subjective elements of well-being* (pp. 45-72). Paris: Organization for Economic Development and Cooperation.
- McNulty, J. C. y Fincham, F. D. (2012). Beyond positive Psychology? Toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American Psychologist*, 67, 101-110.
- McMahon, D. M. (2006). *Happiness: A history*. New York: Grove Press.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 633-642.
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B. y Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 292-299.
- Meier S. T. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 211-220.
- Meliá, J. y Peiró, J. (1989). El Cuestionario de satisfacción S10/12: Estructura Factorial, Fiabilidad y Validez. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 4, 179-187.
- Melillo, A. y Suárez Ojeda, E. (2001) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Merín, J., Cano, A., y Miguel-Tobal, J. J. (1995). El estrés laboral: Bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y Estrés*, 1, 113-130.
- Merriam-Webster (Ed.) (2005). *The Merriam-Webster Dictionary* (11ª ed.). Springfield, MA: Merriam-Webster.
- Mesmer-Magnus, J., Glew, D. J. y Viswesvaran, C. (2012). A meta-analysis of positive humor in the workplace. *Journal of Managerial Psychology*, 27, 155-190.
- Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancy theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347-413.
- Miguel-Tobal, J. J. y Casado, M. I. (2011). Estrés y afrontamiento. En A. Puente (Coord.), *Psicología contemporánea básica y aplicada* (pp. 513-533). Madrid: Pirámide.
- Mikulincer, M., y Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. En J.A. Simpson y W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford Press.
- Miller, E. D. (2003). Reconceptualizing the role of resiliency in coping and therapy. *Journal of Loss and Trauma*, 8, 239-246.
- Mingote, J. C. (1997). Síndrome "Burnout": Síndrome de desgaste profesional. *Monografías de Psiquiatría*, 5, sept-oct.
- Monteagudo, O., Hernando, L. y Palomar, J. A. (2011). Normas poblacionales de referencia de la versión española del SF-12v2 para la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 25, 60-61.
- Montgomery, C. y Rupp, A. A. (2005). A meta-analysis for exploring the diverse causes and effects of stress in teachers. *Canadian Journal of Stress in Teachers*, 28, 458-486.

- Montgomery, A., Todorova, I., Baban, A. y Panagopoulou, E. (2013). Improving quality and safety in the hospital: The link between organizational culture, burnout, and quality of care. *British Journal of Health Psychology*, 18, 656-662.
- Moos, R. H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well being. *Psychological Assessment*, 4, 133-58.
- Moos, R. H., y Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-1403.
- Moos, R. H., Insel, P. y Humphrey B. (1974). *Work Environment Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press.
- Moos, R. H., y Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En L. Goldberger, S. Breznitz, L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2ª ed.) (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Moreno, B. (2007). La personalidad emocional. En B. Moreno, *Psicología de la personalidad: Procesos* (pp. 187-260). Madrid: Thompson-Paraninfo.
- Moreno B., Bustos, R., Matallana, A. y Miralles, T. (1997). La evaluación del "burnout". Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13, 185-207.
- Moreno, B., y Oliver, C. (1993). El MBI como escala de estrés en profesionales asistenciales: Adaptación y nuevas versiones. En M. Fornes y M. T. Anguera (Eds.). *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: PPU.
- Moreno, B., Oliver, C., Aragoneses, A. (1993). El "burnout", una forma específica de estrés laboral. En G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 271-284). Madrid: Siglo XXI.
- Moreno, B., Rodríguez, R. y Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del M.B.I.-G. S. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 1, 69-77.
- Morgan, C. A., Rasmusson, A. M., Wang, S., Hoyt, G., Hauger, R. L. y Hazlett, G. (2002). Neuropeptide-Y, cortisol, and subjective distress in humans exposed to acute stress: Replication and extension of previous report. *Biological Psychiatry*, 52, 136-142.
- Moskowitz, J. T. (2003). Positive affect predicts lower risk of AIDS mortality. *Psychosomatic Medicine*, 65, 395-401.
- Moskowitz, J. T., Epel, E. S. y Acree, M. (2008). Positive affect uniquely predicts lower risk of mortality in people with diabetes. *Health Psychology*, 27, 73-82.
- Moskowitz, J., Hult, J., Bussolari, C. y Acree, M. (2009). What Works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychological Bulletin*, 1, 121-141.
- Munist, M., Suárez Ojeda, E. N., Galli, A., Álvarez, R. y Cárcamo, S. (2004). Módulo de enseñanza de resiliencia en enfermería. En A. Melillo A, E. N. Suárez Ojeda y D. Rodríguez (Comps). *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida* (pp. 325-341). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Murberg, T. A., Bru, E., y Stephens, P. (2002). Personality and coping among congestive heart failure patients. *Personality and Individual Differences*, 32, 775-784.
- Myers, D. G. (1992). *The pursuit of happiness*. Nueva York: Morrow.

- Myers, D. G. (1993). *Social Psychology* (4ª ed.) Nueva York: Avon Books.
- Myers, D. G. y Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En F. Martínez, P. L. Castellanos y V. Navarro (Eds.), *Salud pública* (pp. 49-54). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Nesse, R. M. (1990). Evolutionary explanations of emotions. *Human Nature*, 1, 261-289.
- Netuveli, G. G., Wiggins, R. D., Montgomery, S. M., Hildon, Z. Z. y Blane, D. D. (2008). Mental health and resilience at older ages: Bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 987-991.
- Neugarten, B. L. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. En C. Eisdorfer y M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 311-355). Washington, DC: American Psychological Association.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. y Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Nix, G. A., Ryan, R. M., Manly, J. B. y Deci, E. L. (1999). Revitalization through self-regulation: The effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 266-284.
- Nolen-Hoeksema, S. y Davis, C. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support Networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 801-814.
- Norris, F. H. y Murrell, S. A. (1988). Prior experience as a moderator of disaster impact on anxiety symptoms in older adults. *American Journal of Community Psychology*, 16, 665-683.
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J. y Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 1-6.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Oliver, C., Pastor, J., Aragonese, A., Moreno, B. (1990). Una teoría y una medida del estrés laboral asistencial. En Colegio Oficial de Psicólogos (Ed.), *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos: Psicología y Salud* (Vol. 5, pp. 219-297). Madrid: C. O. P.
- Olmedo, M. y Arrogante, O. (2007). A questionnaire to evaluate the emotional intelligence in the sanitary work: psychometrics characteristics of CIET-S and its relation with burnout. En P. Fernández-Berrocal (Ed.), *Abstracts Book of I International Congress on Emotional Intelligence* (p. 175). Málaga, España: Universidad de Málaga.
- Olmedo, M. y Santed, M. A. (1999). *El estrés laboral*. Madrid: UNED-Klinik.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L. y Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 730-749.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-Being*. Paris: OECD Publishing.

- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S. y Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports, 92*, 1217-1222.
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Black, S. A. y Goodwin, J. S. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society, 48*, 473-478.
- Palomera, R. (2009). Educando para la felicidad. En E. G. Fernández-Abascal (Coord.), *Emociones positivas* (pp. 247-274). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Parker, J. A. y Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality, 6*, 321-344.
- Parker, J. A., y Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 3-23). Oxford: John Wiley & Sons.
- Patel, V. y Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *International Journal of Epidemiology, 36*, 703-707.
- Patrick, D., Erickson P. (1993). *Health policy, quality of life: Health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research, 28*, 1-20.
- Payne, R. L. y Jones, J. G. (1987). Measurement and methodological issues in social support. En S. V. Kasl y C. L. Cooper (Eds.), *Stress and health: issues in research methodology* (pp. 167-205). New York: Wiley.
- Pearlin, L. I., y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 2-21.
- Pennebaker, J. W. (1997). *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions*. New York: Guilford Press.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). La psicología positiva: Magia simpática. *Papeles del Psicólogo, 33*, 183-201.
- Pérez-García, A. M. (1999). *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. Madrid: UNED-Klinik.
- Pérez-García, A. M. (2008). *Versión española de la escala Brief-COPE de Carver (1997)*. Documento del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Madrid: UNED.
- Pérez-García, A. M. (2011). Personalidad y enfermedad. En J. Bermúdez, A. M. Pérez-García, J. A. Ruiz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds.), *Psicología de la personalidad* (pp. 635-700). Madrid: UNED.
- Pérez-García, A. M., Ruiz, M. A., Sanjuán, P. y Rueda, B. (2011). The association of social support and gender with life satisfaction, emotional symptoms and mental adjustment in patients following a first cardiac coronary event. *Stress and Health, 27*, e252-e260.
- Peter, L. J. (1969). *The Peter principle: Why things always go wrong*. New York: William Morrow.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2003). *The Values in Action (VIA) classification of strengths*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues. A handbook and classification*. Nueva York: APA & Oxford University Press.

- Phillips, E. M. y Pugh, D. S. (2005). *La tesis doctoral*. Barcelona: Bresca Editorial.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. Nueva York: Free Press.
- Pisanti, R., van der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D. y Bertini, M. (2011). Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: A cross-national comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 829-837.
- Plant, P., McEwen, J. y Prescott, K. (1996). Use of Nottingham Health Profile to test the validity of census variables to proxy the need for health care. *Journal of Public Health Medicine*, 18, 313-320.
- Polk, L. V. (1997). Towards a middle range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19, 1-13.
- Poloma, M. M. y Pendleton, B. F. (1990). Religious domains and general well-being. *Social Indicators Research*, 22, 255-276.
- Pressman, S. D. y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Price, L. y Spence, H. (1994). Burnout symptoms among drug and alcohol service employees. Gender differences in the interaction between work and home stressors. *Anxiety, Stress and Coping*, 7, 1, 67-84.
- Procidano, M. E. y Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.
- Racher, F. (2002). Synergism of frail rural elderly couples: Influencing independent interdependence. *Journal of Gerontological Nursing*, 28, 32-29.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de Burnout*. Madrid: UNED-Klinik.
- Rasmussen, H., Scheier, M. y Greenhouse, J. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 239-259.
- Ravazzola, M. C. (2001). Resiliencias familiares. En A. Melillo y E. Suárez Ojeda (Comps.), *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 103-122). Buenos Aires: Paidós.
- Redondo, A., Gómez, C. y Moreno, V. (2008). Evaluación del Síndrome de Agotamiento Profesional. En M. González Barón, M. A. Lacasta y A. Ordóñez (Eds.), *El síndrome de agotamiento profesional en oncología* (pp. 45-52). Madrid: Médica Panamericana.
- Reich, J. W. y Zautra, A. (1981). Life events and personal causation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 1002-1012.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.
- Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P. y Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychology*, 24, 422-429.
- Rodríguez-Carvajal, R., Díaz, D., Moreno-Jiménez, B., Blanco, A. y Van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22, 63-70.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1972). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.

- Rose, J. H. (1990). Social support and cancer: Adult patients' desire for support from family, friends and health professionals. *American Journal of Community Psychology*, 18, 439-464.
- Rosse, J.G., Boss, R.W., Johnson, A.E. y Crown, D.F. (1991). Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process. *Group and Organization Studies*, 16, 4, 428-451.
- Roth, S., y Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Roth, E. y Lacoa, D. (2009). *Análisis psicológico del emprendimiento en estudiantes universitarios: Medición, relaciones y predicción*. Recuperado el 29 de Marzo de 2011, de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v7n1/v7n1r5.pdf>.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R. y Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Rueda, B. (2011). El proceso adaptativo. En J. Bermúdez, A. M. Pérez-García, J. A. Ruiz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds.), *Psicología de la personalidad* (pp. 443-492). Madrid: UNED.
- Ruiz, J. A. (2011). Afectividad positiva y personalidad. En J. Bermúdez, A. M. Pérez-García, J. A. Ruiz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds.), *Psicología de la personalidad* (pp. 291-334). Madrid: UNED.
- Ruiz, M. A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the "Quality of Life Questionnaire": A generic health-related quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Russell, J. A. y Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*, 125, 3-30.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan, R. M., Huta, V. A. y Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions on Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C., Lee, Y. H., Essex, M. J. y Schumutte, P. S. (1994). My children and me: Midlife evaluations of grown children and of self. *Psychology and Aging*, 9, 195-205.

- Ryff, C., Love, G. D., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M. A., Friedman, E., Davidson, R. J. y Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 85-95.
- Ryff, C. y Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C. y Singer, B. (2002). From social structure to biology. En C. Snyder y A. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Londres: Oxford University Press.
- Ryff, C. y Singer, B. (2003). The role of emotion on pathways to positive health. En R. J. Davidson, K. R. Scherer y H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 1083-1104). Nueva York: Oxford University Press.
- Ryff, C., Singer, B. y Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1384.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B. y Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Salyers, M. P., Bosworth, H. B., Swanson, J. W., Lamb-Pagone, J. y Osher, F. C. (2000). Reliability and validity of the SF-12 health survey among people with severe mental illness. *Medical Care*, 38, 1141-1150.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 3-52). Madrid: McGraw Hill.
- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial*. Madrid: UNED-Klinik.
- Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 173-182.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 53-80). Madrid: McGraw Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas Panas de Afecto Positivo y Negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sanjuán, P. (2003). Estructura psicológica de la personalidad II: El modelo de los cinco factores. En J. Bermúdez, A. M. Pérez García y P. Sanjuán, *Psicología de la Personalidad: Teoría e Investigación. Volumen I* (pp. 195-236). Madrid: UNED.
- Sanjuán, P. (2011). Affect balance as mediating variable between effective psychological functioning and satisfaction with life. *Journal of Happiness Studies*, 12, 373-384.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., Hacker y Basham, R. (1985). Concomitants of social support: social skills, gender and physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 469-480.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. y Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Schaefer, C., Coyne, J. C. y Lazarus, R. S. (1981). Social support, social networks and psychological functioning. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. y Jackson, S. E. (1996). The Maslach Burnout Inventory: General Survey. En C. Maslach, S. E. Jackson y M. P. Leiter, *Maslach Burnout Inventory manual* (3ª ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- Schimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. En M. Eid y R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 97-123). New York: Guilford Press.
- Schimmack, U., Diener, E. y Oishi, S. (2002). Life-satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: The use of chronically accessible and stable sources. *Journal of Personality, 70*, 345-384.
- Schkade, D. A. y Kahneman, D. (1998). Does living California make people happy? A focusing illusion in judgments of life satisfaction. *Psychological Science, 9*, 340-346.
- Schwab, R. L. (1986). Burnout in education. En C. Maslach y S. E. Jackson, *Maslach Burnout Inventory* (2ª ed.) (pp. 18-22). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Schwarz, N. y Clore, G. (1983). Mood misattribution, and judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 513-523.
- Schwarz, N. y Clore, G. (2007). Feelings and phenomenological experiences. En E. Higgins y A. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 385-407). New York: Guilford Press.
- Schwarzer, R. y Leppin, A. (1989). Social support and health: a meta-analysis. *Psychology and Health, 3*, 1-15.
- Scollon, C. N., Kim-Prieto, C., y Diener, E. (2003). Experience sampling: Promise and pitfalls, strengths and weaknesses. *Journal of Happiness Studies, 4*, 5-34.
- Segerstrom, S., Taylor, S., Kemeny, M. y Fahey, J. (1998). Optimism is associated with mood, coping, an immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1646-1655.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression development, and dead*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. Nueva York: Pocket Books.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. P. (2011). *La vida que florece*. Barcelona: Ediciones B.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature, 138*, 32-34.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Sevilla, D. (2005). ¿Qué es un doctorado? Pautas para realizarlo. En G. Buela-Casal (Dir.), *Manual práctico para hacer un doctorado* (p. 45). Madrid: Editorial EOS.
- Sheldon, K. M. y Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being: The Self-Concordance Model. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 482-497.
- Sheldon, K., Kashdan, T. y Steger, M. (Eds.). (2011). *Designing positive psychology. Taking stock and moving forward*. New York: Oxford University Press.
- Sheldon, K. M. y Lyubomirsky, S. (2004). Achieving sustainable new happiness: Prospects, practices, and prescriptions. En A. Linley y S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 127-145). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Simpson, J. (Ed.) (2005). *Oxford English Dictionary* (3^a ed.). New York: Oxford University Press.
- Sin, N. L. y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly metaanalysis. *Journal of Clinical Psychology*, *65*, 467-487.
- Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, *11*, 94-101.
- Skinner, E. A. (1995). *Perceived control, motivation, and coping*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, *129*, 216-269.
- Smith, A. W. y Baum, A. (2003). The influence of psychological factors on restorative function in health and illness. En J. Suls y K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 431-457). Malden: Usishers.
- Smith, N.M., Birch, N.E. y Marchant, M. P. (1984). Stress, distress, and burnout: A survey of public reference librarians. *Public Libraries*, 83-85.
- Smith, B. W., Tooley, E. M., Christopher, P. J. y Kay, V. S. (2010). Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected personal resource? *The Journal of Positive Psychology*, *5*, 166-176.
- Smyth, J.S. (1998). Written Emotional Expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 174- 184.
- Snyder, C. R. y Lopez, S. J. (Eds.) (2002). *Handbook of positive psychology*. Londres: Oxford University Press.
- Sobel, M. (1988). Direct and indirect effects in linear structural equation models. En J. Long (Ed.), *Common problem/proper solutions: Avoiding error in quantitative research* (pp. 46-64). Beverly Hills, CA: Sage.
- Solberg Nes, L. y Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, *10*, 235-251.
- Spitzer, W. O., Dobson, A. J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., ... Catchlove, B. R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-Index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases*, *34*, 585-597.
- Stewart, A. L., Hays, R. D., Wells, K. B., Rogers, W. H., Spitzer, K. L y Greenfield, S. (1994). Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the Medical Outcomes Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, *47*, 719-730.
- Strachota, E., Normandin, P., O'Brien, N., Clary, M. y Krukow B. (2003). Reasons registered nurses leave or change employment status. *Journal of Nursing Administration* *33*, 111-117.
- Stroebe, W. y Stroebe, M.S. (1995). *Social Psychology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- Stroebe, W. y Stroebe, M.S. (1996). The social psychology of social support. En E. T. Higgins y A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp.597-621). New York: Guilford Press.
- Suls, J., David, J. P. y Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, *64*, 711-735.

- Swickert, R. (2009). Personality and social support processes. En P. J. Corr y G. Matthews (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 524-540). New York: Cambridge University Press.
- Tannenbaum, B. y Anisman, H. (2003). Impact of chronic intermittent challenges in stressor-susceptible and resilient strains of mice. *Biological Psychiatry*, *53*, 292-303.
- Tellegen, A. (1982). *A Brief Manual for the Differential Personality Questionnaire*. Minneapolis: Department of Psychology, University of Minnesota.
- Travers, C. J. y Cooper, C. L. (1997). *El estrés en los profesores. La presión en la actividad docente*. Barcelona: Paidós.
- Tugade, M. M. y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*, 320-333.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L. y Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, *72*, 1161-1190.
- Turner, R. J. (1983). Direct, indirect, and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. En H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress. Trends in theory and research* (pp. 105-155). New York: Academic Press.
- Tusaie, K. y Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, *18*, 3-8.
- Tsuang, M. (2000). Genes, environment, and mental health wellness. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 489-491.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T y Kielcolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and psychological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, *119*, 488-531.
- Underwood, B. y Froming, W. J. (1980). The mood survey: A personality measure of happy and sad moods. *Journal of Personality Assessment*, *44*, 404-414.
- Vaishnavi, S., Connor, K. y Davidson, J. R. T. (2007). An abbreviated version of the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, *152*, 293-297.
- Vaillant, S. K., y Choquette, K. (1977). Incentive shifts in children as they relate to the Crespi effect. *Journal of Educational Research*, *71*, 18-20.
- Valderas, J. M., Ferrer, M., Alonso, J. (2005). Lista de comprobación: Instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud y otros resultados percibidos por los pacientes. *Medicina Clínica Barcelona*, *125*, 58-62.
- Valero, L. (1997). Comportamientos bajo presión: El Burnout en los educadores. En M. T. Hombrados, *Estrés y Salud* (pp. 213-237). Valencia: Promolibro.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, *36*, 629-644.

- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A. y Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's six-factor model of psychological well-being: A Spanish exploration. *Social Indicators Research*, 87, 473-479.
- Vatne, S. y Bjorkly, S. (2008). Empirical evidence for using subjective quality of life as an outcome variable in clinical studies. A meta-analysis of correlates and predictors in persons with a major mental disorder living in the community. *Clinical Psychology Review*, 28, 869-889.
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. (2013). La psicología positiva y sus enemigos: una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del Psicólogo*, 34, 91-115.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. Dordrecht, Holanda: Reidel.
- Verbrugge, L. M., Reoma, J. M. y Gruber-Baldini, A. L. (1994). Shortterm dynamics of disability and well-being. *Journal of Health and Social Behaviour*, 35, 97-117.
- Veroff, J., Douvan, E., Kulka, R. (1981). *The Inner American: A Self-portrait from 1957-1976*. New York: Basic Books.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, M., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19, 135-150.
- Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E. y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Medicina Clínica Barcelona*, 130, 726-735.
- Vittersø, J. (2003). Flow versus life satisfaction: A projective use of cartoons to illustrate the difference between the evaluation approach and the intrinsic motivation approach to subjective quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 4, 141-167.
- Wagnild, G. M. y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Walker, K. N., McBride, A. y Vachon, L. S. (1977). Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine*, 11, 35-41.
- Ware, J. E., Gandek, B. y el IQOLA Project Group (1994). The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. *International Journal of Mental Health*, 23, 49-73.
- Ware, J. E., Kosinski, M. y Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medicine Care*, 34, 220-33.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D. M., y Gandek, B. (2002). *How to score version 2 of the SF-12® Health Survey*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center.

- Warr, P. (1999). Well-being and the workplace. En E. Kahneman, E. Diener y N. Schwartz (Comps.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 393-412). Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Watson, D. (1988). Intraindividual an interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1020-1030.
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Constrasts of personal expressiveness (eudemonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- Waterman, A. S. (2007). On the importance of distinguishing hedonia and eudaimonia when considering the hedonic treadmill. *American Psychologist*, 62, 612-613.
- Waterman, A. S. (2008). Reconsidering happiness: A eudaimonist's perspective. *Journal of Positive Psychology*, 3, 234-252.
- Waterman, A. S., Schwartz, S. J. y Conti, R. (2008). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation. *Journal of Happiness Studies*, 9, 41-79.
- Weisenberg, M., Raz, T. y Hener, T. (1998). The influence of film induced mood on pain perception. *Pain*, 76, 365-375.
- Werner, E. E. (1984). Resilient children. *Young Children*, 40, 68-72.
- Werner, E. E. y Smith, R. (1992). *Overcoming the Odds: High-risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- Wheaton, B., Muthén, B., Alwin, D. F. y Summers, G. F. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. En D. R. Heise (Ed.), *Sociological Methodology* (pp. 84-136). San Francisco: Jossey-Bass.
- Wilcox, B. L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 9, 371-386.
- Winefield, H. R., Gill, T. K., Taylor, A. W. y Pilkington, R. M. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 2, 3.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 152-169.
- Wollin, S. J. y Wollin, S. (1993). *Bound and determined: Growing up resilient in a troubled family*. New York: Villard.
- Wong, P. T. P. y Fry, P. S. (Eds.) (1998). *The human quest for meaning*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wood, V., Wylie, M. L. y Sheafor, B. (1969). An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: Correlation with rater judgments. *Journal of Gerontology*, 24, 465-469.

- World Health Organization (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. En *Official Records of the World Health Organization* (n° 2, p. 100). Recuperado el 19 de septiembre de 2012, de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, November 1986*. Geneva: WHO.
- World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL group) (1994). Developmet of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.
- Yehuda, R. y Flory, J. D. (2007). Differentiating biological correlates of risk, PTSD, and resilience following trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 435-447.
- Yi-Frazier, J. P., Smith, R. E., Vitaliano, P. P., Yi, J. C., Mai, S., Hillman, M. y Weinger, K. (2010). A person-focused analysis of resilience resources and coping in patients with diabetes. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 26, 51-60.
- Zeidner, M. y Saklofske, D. (1996). Adaptative and maladaptive coping. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp. 505-531). New York: John Wiley and Sons.
- Zevon, M. A. y Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 111-122.
- Zimbardo, P. G. (2004). Does Psychology make a significant difference in our lives? *American Psychologist*, 59, 339-351.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

ANEXOS

ANEXO I: Carta de Presentación del Estudio (Sanitarios)

Departamento de Psicología de la Personalidad,
Evaluación y Tratamientos Psicológicos



Estimado/a profesional sanitario/a:

Mi nombre es Óscar Arrogante Maroto y estoy llevando a cabo un Proyecto de Investigación para la Tesis Doctoral del Programa de Doctorado en Psicología. Dicha tesis está dirigida por la Dra. Dña. Ana M^a. Pérez-García, catedrática de Psicología de la Personalidad de la UNED.

El objetivo principal de la investigación es conocer determinadas características de su manera de sentir, pensar y/o actuar que pueden ser relevantes en nuestra forma de afrontar situaciones estresantes en el entorno laboral. Para ello le pedimos su colaboración cumplimentando el cuadernillo de cuestionarios adjunto.

La información que nos proporcione será tratada de forma anónima y confidencial. Lo que sí es importante es que responda a todos los enunciados presentados, sabiendo que no hay respuestas mejores ni peores, sólo cuenta su opinión, su respuesta sincera ante los mismos.

Le rogamos que deposite el cuadernillo una vez cumplimentado en la urna ubicada en la sala de descanso de la unidad a la que pertenece (cercana al control de enfermería). Para cualquier duda se pueden poner en contacto con nosotros. Muchas gracias por su colaboración.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Óscar Arrogante Maroto'.

D. Óscar Arrogante Maroto

A handwritten signature in blue ink that reads 'Ana M. Pérez-García'.

Dra. Dña. Ana M^a. Pérez-García

ANEXO II: Carta de Presentación del Estudio (Docentes)

Departamento de Psicología de la Personalidad,
Evaluación y Tratamientos Psicológicos



Estimado/a docente:

Mi nombre es Óscar Arrogante Maroto y estoy llevando a cabo un Proyecto de Investigación para la Tesis Doctoral del Programa de Doctorado en Psicología. Dicha tesis está dirigida por la Dra. Dña. Ana M^a. Pérez-García, catedrática de Psicología de la Personalidad de la UNED.

El objetivo principal de la investigación es conocer determinadas características de su manera de sentir, pensar y/o actuar que pueden ser relevantes en nuestra forma de afrontar situaciones estresantes en el entorno laboral. Para ello le pedimos su colaboración cumplimentando el cuadernillo de cuestionarios adjunto.

La información que nos proporcione será tratada de forma anónima y confidencial. Lo que sí es importante es que responda a todos los enunciados presentados, sabiendo que no hay respuestas mejores ni peores, sólo cuenta su opinión, su respuesta sincera ante los mismos.

Le rogamos que deposite el cuadernillo una vez cumplimentado en la urna ubicada en la secretaría del centro. Para cualquier duda se pueden poner en contacto con nosotros. Muchas gracias por su colaboración.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Óscar Arrogante Maroto'.

D. Óscar Arrogante Maroto

A handwritten signature in blue ink that reads 'Ana M. Pérez-García'.

Dra. Dña. Ana M^a. Pérez-García

ANEXO III: Breves Recomendaciones Iniciales

Departamento de Psicología de la Personalidad,
Evaluación y Tratamientos Psicológicos



Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Por favor, leer cuidadosamente

En este cuadernillo encontrará una serie de enunciados acerca de sus características personales, así como algunos aspectos relacionados con su trabajo.

Le pedimos su colaboración respondiendo a los mismos tal y como Ud. los siente.

No existen respuestas mejores o peores, la respuesta que usted dé reflejará su modo habitual de pensar, sentir y/o actuar.

La información que se obtenga es anónima y confidencial. Su objetivo es conocer determinadas características de su personalidad y los aspectos relevantes a la hora de afrontar situaciones difíciles en su entorno laboral.

Es muy importante que a continuación trate de responder a todos los enunciados presentados.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO IV: Variables Sociodemográficas (Sanitarios)

DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS

SEXO: varón mujer

EDAD: _____

¿TIENE HIJOS?: sí no

¿VIVE SOLO/A?: sí no

¿CON QUIÉN?: casado/a o viviendo con una pareja estable

con sus padres y/u otros familiares

amigos/as o compañeros/as de piso

CATEGORÍA PROFESIONAL: _____ Nº. AÑOS EN LA PROFESIÓN: _____

UNIDAD/SERVICIO: _____

**A continuación siga las instrucciones
recogidas en cada cuestionario**

ANEXO V: Variables Sociodemográficas (Docentes)

DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS

SEXO: varón mujer

EDAD: _____

¿VIVE SOLO/A?: sí no

¿TIENE HIJOS?: sí no

¿CON QUIÉN?: casado/a o viviendo con una pareja estable

con sus padres y/u otros familiares

amigos/as o compañeros/as de piso

GRADO/LICENCIATURA EN LA QUE IMPARTE SU DOCENCIA: _____

CENTRO ASOCIADO: _____ Nº. AÑOS COMO DOCENTE: _____

¿ES LA DOCENCIA SU ACTIVIDAD LABORAL PRINCIPAL?: sí no

**A continuación siga las instrucciones
recogidas en cada cuestionario**

ANEXO VI: “Cuestionario de Salud SF-12”

SF-12

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a **lo que Ud. piensa sobre su salud**. Sus respuestas permitirán saber **como se encuentra Ud. y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales**. Por favor, conteste cada pregunta **rodeando con un círculo**. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

- | | | | | | |
|---|------------------|------------------|--------------|----------------|-------------|
| | Excelente | Muy buena | Buena | Regular | Mala |
| 1. En general, usted diría que su salud es: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

- | | | | | |
|--|--|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | Sí, me limita mucho | Sí, me limita un poco | No, no me limita nada |
| 2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora..... | | 1 | 2 | 3 |
| 3. Subir varios pisos por la escalera..... | | 1 | 2 | 3 |

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- | | | | |
|---|--|-----------|-----------|
| | | Sí | No |
| 4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?..... | | 1 | 2 |
| 5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?.... | | 1 | 2 |

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- | | | | |
|--|--|-----------|-----------|
| | | Sí | No |
| 6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?... | | 1 | 2 |
| 7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?..... | | 1 | 2 |

- | | | | | | | |
|---|--|-------------|----------------|----------------|-----------------|--------------|
| | | Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
| 8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?..... | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

- | | | | | | | | |
|---|--|----------------|---------------------|---------------------|----------------------|------------------------|--------------|
| | | Siempre | Casi siempre | Muchas veces | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
| 9. se sintió calmado y tranquilo?..... | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. tuvo mucha energía?..... | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. se sintió desanimado y triste?..... | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- | | | | | | | |
|--|--|----------------|---------------------|----------------------|------------------------|--------------|
| | | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
| 12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia a salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?..... | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO VII: “Cuestionario de Satisfacción con la Vida” (CSV)

CSV

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de frases que recogen **formas de pensar y/o actuar**. Su tarea consiste en **rodear con un círculo** el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe **su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir**.

	No, en absoluto						Totalmente
1. En la mayoría de los aspectos, mi vida se parece a mi ideal.....	1	2	3	4	5	6	7
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.....	1	2	3	4	5	6	7
3. Estoy satisfecho con mi vida.....	1	2	3	4	5	6	7
4. He conseguido gran parte de lo que quiero en mi vida.....	1	2	3	4	5	6	7
5. Si pudiera vivir de nuevo cambiaría pocas cosas de mi vida.....	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO VIII: “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS)

PANAS

INSTRUCCIONES: A continuación se indican una serie de palabras que describen **diversos sentimientos y emociones**. Lea cada palabra y **rodee con un círculo** el número que mejor refleje **cómo se siente usted generalmente**.

	Nada o Casi Nunca	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo		Nada o Casi Nunca	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
1. Interesado/a	1	2	3	4	5	11. Irritable	1	2	3	4	5
2. Tenso (Malestar)	1	2	3	4	5	12. Alerta (Despierto/a)	1	2	3	4	5
3. Estimulado/a	1	2	3	4	5	13. Avergonzado/a	1	2	3	4	5
4. Disgustado/a	1	2	3	4	5	14. Inspirado/a	1	2	3	4	5
5. Fuerte (Enérgico/a)	1	2	3	4	5	15. Nervioso/a	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5	16. Decidido/a	1	2	3	4	5
7. Asustado/a	1	2	3	4	5	17. Atento/a	1	2	3	4	5
8. Hostil	1	2	3	4	5	18. Miedoso/a	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5	19. Activo/a	1	2	3	4	5
10. Orgullosa/a	1	2	3	4	5	20. Temerosa/a (Atemorizado/a)	1	2	3	4	5

ANEXO IX: “Escalas de Bienestar Psicológico” (EBS)

EBS

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de frases que recogen **formas de pensar y/o actuar**. Su tarea consiste en **rodear con un círculo** el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe **su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir**.

VALORES DE LA ESCALA: 1= Totalmente en desacuerdo; 2= Moderadamente en desacuerdo; 3=Ligeramente en desacuerdo; 4= Ligeramente de acuerdo; 5= Moderadamente de acuerdo; 6= Totalmente de acuerdo.

1.	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.....	1	2	3	4	5	6
2.	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.....	1	2	3	4	5	6
3.	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.....	1	2	3	4	5	6
4.	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.....	1	2	3	4	5	6
5.	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.....	1	2	3	4	5	6
6.	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.....	1	2	3	4	5	6
7.	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.....	1	2	3	4	5	6
8.	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.....	1	2	3	4	5	6
9.	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.....	1	2	3	4	5	6
10.	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.....	1	2	3	4	5	6
11.	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.....	1	2	3	4	5	6
12.	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.....	1	2	3	4	5	6
13.	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.....	1	2	3	4	5	6
14.	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.....	1	2	3	4	5	6
15.	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.....	1	2	3	4	5	6
16.	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.....	1	2	3	4	5	6
17.	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.....	1	2	3	4	5	6
18.	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general....	1	2	3	4	5	6
19.	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.....	1	2	3	4	5	6
20.	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.....	1	2	3	4	5	6
21.	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.....	1	2	3	4	5	6
22.	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.....	1	2	3	4	5	6
23.	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.....	1	2	3	4	5	6
24.	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.....	1	2	3	4	5	6
25.	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.....	1	2	3	4	5	6
26.	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.....	1	2	3	4	5	6
27.	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.....	1	2	3	4	5	6
28.	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.....	1	2	3	4	5	6
29.	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.....	1	2	3	4	5	6

Anexo X: “10-Item CD-RISC”

10-Item CD-RISC

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de frases que recogen **formas de pensar y/o actuar**. Su tarea consiste en **rodear con un círculo** el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe **su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir**.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios.....	0	1	2	3	4
2. Puedo hacer frente a lo que me venga.....	0	1	2	3	4
3. Trato de ver el lado gracioso de los problemas.....	0	1	2	3	4
4. Hacer frente al estrés puede fortalecerme.....	0	1	2	3	4
5. Tiendo a recuperarme después de una enfermedad o de las dificultades.....	0	1	2	3	4
6. Puedo lograr mis objetivos a pesar de los obstáculos	0	1	2	3	4
7. Puedo mantener la concentración bajo presión.....	0	1	2	3	4
8. No me desmoralizo fácilmente por el fracaso.....	0	1	2	3	4
9. Pienso en mí mismo como una persona fuerte.....	0	1	2	3	4
10. Puedo manejar sentimientos desagradables.....	0	1	2	3	4

ANEXO XI: “Subescala de Apoyo Social (AS) del Cuestionario de Calidad de Vida” (CCV)

AS

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de preguntas que hacen referencia a **diversos aspectos relacionados con la vida cotidiana**. En cada pregunta **rodee con un círculo** el número que refleje mejor su **situación personal en este momento**.

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. ¿Mantiene relaciones satisfactorias con las personas con las que convive?.....	1	2	3	4	5
2. ¿Siente que le quieren las personas que le importan?.....	1	2	3	4	5
3. ¿Tiene buenas relaciones con su familia?.....	1	2	3	4	5
4. ¿Tiene amigos con los que contar en caso necesario?.....	1	2	3	4	5
5. ¿Cree que tiene a quien recurrir cuando necesita la compañía o el apoyo de alguien?.....	1	2	3	4	5
6. ¿Tiene con quien compartir su tiempo libre y sus aficiones?.....	1	2	3	4	5
7. ¿Está satisfecho con los amigos que tiene?.....	1	2	3	4	5
8. ¿Le satisface la vida social que hace?.....	1	2	3	4	5

ANEXO XII: “Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey” (MBI-HSS)

MBI-HSS

INSTRUCCIONES: Las 22 frases, que se exponen a continuación, se relacionan con los sentimientos que Ud. encuentra en su trabajo. Lea cada frase y responda rodeando con un círculo la frecuencia con que Ud. haya tenido ese sentimiento de acuerdo con la escala siguiente:

VALORES DE LA ESCALA: 0= Nunca; 1= Pocas veces al año o menos; 2= Una vez al mes o menos; 3= Unas pocas veces al mes o menos; 4= Una vez a la semana; 5= Pocas veces a la semana; 6= Todos los días.

1.	Me siento emocionalmente agotado en mi trabajo.....	0	1	2	3	4	5	6
2.	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.....	0	1	2	3	4	5	6
3.	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	0	1	2	3	4	5	6
4.	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.....	0	1	2	3	4	5	6
5.	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.....	0	1	2	3	4	5	6
6.	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.....	0	1	2	3	4	5	6
7.	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.....	0	1	2	3	4	5	6
8.	Me siento “quemado” por mi trabajo.....	0	1	2	3	4	5	6
9.	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.....	0	1	2	3	4	5	6
10.	Me he vuelto más sensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.....	0	1	2	3	4	5	6
11.	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente....	0	1	2	3	4	5	6
12.	Me siento activo.....	0	1	2	3	4	5	6
13.	Me siento frustrado en mi trabajo.....	0	1	2	3	4	5	6
14.	Creo que estoy trabajando demasiado.....	0	1	2	3	4	5	6
15.	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.....	0	1	2	3	4	5	6
16.	Trabajar directamente con personas me produce estrés.....	0	1	2	3	4	5	6
17.	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.....	0	1	2	3	4	5	6
18.	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.....	0	1	2	3	4	5	6
19.	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.....	0	1	2	3	4	5	6
20.	Me siento acabado.....	0	1	2	3	4	5	6
21.	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.....	0	1	2	3	4	5	6
22.	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.....	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO XIII: “Maslach Burnout Inventory-Educators Survey” (MBI-ES)

MBI-ES

INSTRUCCIONES: Las 22 frases, que se exponen a continuación, se relacionan con los sentimientos que Ud. encuentra en su trabajo. Lea cada frase y responda rodeando con un círculo la frecuencia con que Ud. haya tenido ese sentimiento de acuerdo con la escala siguiente:

VALORES DE LA ESCALA: 0= Nunca; 1= Pocas veces al año o menos; 2= Una vez al mes o menos; 3= Unas pocas veces al mes o menos; 4= Una vez a la semana; 5= Pocas veces a la semana; 6= Todos los días.

1.	Me siento emocionalmente agotado en mi trabajo.....	0	1	2	3	4	5	6
2.	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.....	0	1	2	3	4	5	6
3.	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	0	1	2	3	4	5	6
4.	Comprendo fácilmente cómo se sienten los alumnos.....	0	1	2	3	4	5	6
5.	Creo que trato a algunos alumnos como si fueran objetos impersonales.....	0	1	2	3	4	5	6
6.	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.....	0	1	2	3	4	5	6
7.	Trato muy eficazmente los problemas de los alumnos.....	0	1	2	3	4	5	6
8.	Me siento “quemado” por mi trabajo.....	0	1	2	3	4	5	6
9.	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.....	0	1	2	3	4	5	6
10.	Me he vuelto más sensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.....	0	1	2	3	4	5	6
11.	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente....	0	1	2	3	4	5	6
12.	Me siento activo.....	0	1	2	3	4	5	6
13.	Me siento frustrado en mi trabajo.....	0	1	2	3	4	5	6
14.	Creo que estoy trabajando demasiado.....	0	1	2	3	4	5	6
15.	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis alumnos.....	0	1	2	3	4	5	6
16.	Trabajar directamente con personas me produce estrés.....	0	1	2	3	4	5	6
17.	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis alumnos.....	0	1	2	3	4	5	6
18.	Me siento estimulado después de trabajar con mis alumnos.....	0	1	2	3	4	5	6
19.	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.....	0	1	2	3	4	5	6
20.	Me siento acabado.....	0	1	2	3	4	5	6
21.	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.....	0	1	2	3	4	5	6
22.	Siento que los alumnos me culpan por alguno de sus problemas.....	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO XIV: “Brief COPE”

Brief COPE

INSTRUCCIONES: Las frases que aparecen a continuación recogen distintas formas en que las personas reaccionan ante situaciones difíciles, estresantes o preocupantes. Su tarea consiste en **rodear con un círculo** el número del 0 al 3 que mejor indique **en qué medida suele usted desarrollar cada una de estas actividades cuando se encuentra ante una situación difícil, estresante o preocupante en su actividad laboral.**

Cuando estoy en mi trabajo...

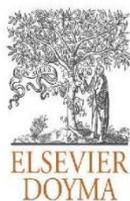
	No, en absoluto			Totalmente
1. Concentro mis esfuerzos en hacer algo para solucionar la situación en la que estoy.....	0	1	2	3
2. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.....	0	1	2	3
3. Intento verlo de forma diferente para que parezca más positivo.....	0	1	2	3
4. Acepto la realidad de lo que sucede.....	0	1	2	3
5. Hago bromas sobre ello.....	0	1	2	3
6. Intento encontrar consuelo en mi religión o en mis creencias espirituales.....	0	1	2	3
7. Consigo apoyo emocional de los demás.....	0	1	2	3
8. Intento conseguir consejo o ayuda de otras personas sobre qué hacer.....	0	1	2	3
9. Me vuelco en el trabajo o en otras actividades para mantener mi mente ocupada con otras cosas.....	0	1	2	3
10. Me digo a mí mismo “esto no es real”.....	0	1	2	3
11. Digo cosas que permitan aflorar mis sentimientos más desagradables.....	0	1	2	3
12. Bebo alcohol o tomo drogas para sentirme mejor.....	0	1	2	3
13. Renuncio a intentar tratar con ello.....	0	1	2	3
14. Me critico a mí mismo.....	0	1	2	3
15. Llevo a cabo alguna acción que mejore la situación.....	0	1	2	3
16. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.....	0	1	2	3
17. Trato de buscar algo bueno en lo que está sucediendo.....	0	1	2	3
18. Aprendo a vivir con ello.....	0	1	2	3
19. Me río de la situación.....	0	1	2	3
20. Rezo o medito.....	0	1	2	3
21. Consigo consuelo y comprensión de alguien.....	0	1	2	3
22. Consigo ayuda y consejo de otras personas.....	0	1	2	3
23. Hago algo que me mantenga distraído, como ir al cine, ver la tele, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.....	0	1	2	3
24. Me niego a creer que esto ha sucedido.....	0	1	2	3
25. Expreso mis sentimientos negativos.....	0	1	2	3
26. Bebo alcohol o tomo drogas para ayudarme a superarlo.....	0	1	2	3
27. Abandono cualquier intento de hacer frente al problema.....	0	1	2	3
28. Me culpo por las cosas que me suceden.....	0	1	2	3

¡YA HA TERMINADO!

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO XV: Arrogante y Pérez-García (2013a)

Enferm Intensiva. 2013;24(4):145-154



Enfermería Intensiva

www.elsevier.es/ei



ORIGINAL

El bienestar subjetivo percibido por los profesionales no sanitarios ¿es diferente al de enfermería de intensivos? Relación con personalidad y resiliencia

O. Arrogante^{a,*} y A.M. Pérez-García^b^a Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España^b Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

Recibido el 8 de octubre de 2012; aceptado el 19 de julio de 2013

Disponible en Internet el 17 de octubre de 2013

PALABRAS CLAVE

Resiliencia
psicológica;
Personalidad;
Bienestar;
Estrés psicológico;
Enfermería;
Cuidados intensivos

Resumen El bienestar subjetivo (BS), denominado comúnmente «felicidad», se ve afectado directamente por factores psicológicos. Entre ellos se incluyen la personalidad y la resiliencia (capacidad de sobreponerse a la adversidad). La evidencia empírica ha demostrado que la resiliencia es una característica esencial e inherente al personal de enfermería. Este estudio está dirigido a analizar los factores de personalidad (incluyendo la resiliencia) que se relacionan con el BS (satisfacción con la vida, afecto positivo y negativo) en una muestra de personal de enfermería (n=59) de intensivos y cardiología, y otra de personal no sanitario (n=50) formada por funcionarios y profesores principalmente. Los análisis de regresión múltiple mostraron que el BS estaba asociado con una mayor resiliencia y un menor neuroticismo en el personal de enfermería. La extraversión y el tesón (relacionados positivamente) y el neuroticismo (negativamente relacionado) fueron los predictores significativos del BS en el personal no sanitario. Finalmente, los análisis mediacionales revelaron que la resiliencia medió las relaciones entre la extraversión (mediación total) y el neuroticismo (mediación parcial) con el BS en los profesionales de enfermería, pero no en el personal no sanitario. Los resultados ponen de manifiesto la importancia de la resiliencia en el personal de enfermería de intensivos, expuestos constantemente al sufrimiento humano y a un continuo entorno laboral adverso. Asimismo se subraya que la resiliencia es un medio para que la enfermería afronte el estrés asociado con su trabajo y que las enfermeras resilientes son un elemento crucial en nuestro sistema sanitario.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oscar.arrogante@salud.madrid.org (O. Arrogante).

KEYWORDS

Psychological
resilience;
Personality;
Well-being;
Psychological stress;
Nursing;
Intensive care

Is subjective well-being perceived by non-health care workers different from that perceived by nurses? Relation with personality and resilience

Abstract Subjective well-being (SWB), usually called 'happiness', is influenced directly by psychological factors. Personality and resilience (capacity of recover from adversity) are included among these factors. Empirical evidence has demonstrated that resilience is an essential and inherent characteristic for the nursery staff. This study has aimed to analyze personality factors (including resilience) related with SWB (satisfaction with life, positive and negative affect) in a nursery staff sample (n=59) of intensive care and cardiological units, and a non-health care workers sample (n=50) mainly made up of government employees and teachers. Multiple regression analyses showed that SWB was associated with more resilience and less neuroticism in the nursery staff. Extraversion and conscientiousness (positively related), and neuroticism (negatively related) were the significant predictors of SWB in the non-health care workers group. Finally, mediational analyses revealed that resilience measured the relationships between extraversion (total mediation) and neuroticism (partial mediation) with SWB in the nursery staff group, but not in the group of non-health care workers. The results show the importance of resilience for nursery staff of intensive care units, since they are constantly exposed to human suffering and to a continually adverse occupational environment. Likewise, the discussion stresses that resilience is a means for nursing staff to cope with the occupational stress and that resilient nurses are a crucial element in our health care system.

© 2012 Elsevier España, S.L. and SEEUC. All rights reserved.

Introducción

El personal de enfermería que desempeña su labor en las unidades de cuidados intensivos (UCI) se ve sometido en su trabajo a diversos estresores laborales que provocan una serie de consecuencias negativas en su salud y bienestar, llegando a desembocar en el conocido síndrome de *burnout*¹⁻³. Estos mismos resultados se han encontrado en investigaciones llevadas a cabo en las unidades de cardiología⁴. No es de extrañar que muchas enfermeras de intensivos y de cardiología no encuentren motivación en su trabajo, olvidándose de que el cometido de toda práctica enfermera debe ser siempre la máxima «curar a veces, aliviar frecuentemente y consolar siempre»⁵. Sin duda, el afrontamiento continuo de tales situaciones estresantes en un entorno laboral adverso afecta al bienestar subjetivo (BS) percibido por el personal de enfermería que trabaja en dichas unidades, alterando no solo su satisfacción con su trabajo⁶, sino también su satisfacción personal y con sus vidas.

A grandes rasgos, el BS nos da una medida de lo bien que nos sentimos con nosotros mismos y de lo felices que nos encontramos. A pesar de que estamos ante un concepto difícilmente abaricable, la mayor parte de los autores coinciden en la consideración de 3 componentes del mismo: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. Así, Diener⁷ señala que este campo de investigación tiene 3 elementos característicos, a saber: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, pues incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de su vida; y la necesaria inclusión de medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos. Por lo tanto, cabe considerar 2 grandes dimensiones: una cognitiva y otra emocional o afectiva. Diener et al.⁸ consideran que el BS se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos

alcanzan cuando evalúan su existencia, por lo que lo más importante es la propia evaluación que la persona hace de su vida⁹. Comúnmente, y en la vida cotidiana, se denomina «felicidad» al bienestar experimentado cuando se sienten más emociones agradables y pocas desagradables, cuando se está comprometido en actividades interesantes y satisfecho con su vida. De esta forma, se considera que un sujeto posee un alto BS si expresa satisfacción con su vida y frecuentes emociones positivas, y solo infrecuentemente emociones negativas. Si por el contrario el individuo expresa insatisfacción con su vida y experimenta pocas emociones positivas y frecuentes negativas, su BS se considera bajo.

Por otra parte, la investigación en este campo ha demostrado ampliamente que existen factores psicológicos que contribuyen a un mayor bienestar. Entre ellos se encuentran determinadas características de la personalidad que se asocian con un mayor bienestar físico y psicológico, es decir, una mejor salud y, en caso de enfermedad, una más rápida recuperación y vuelta a la actividad normal¹⁰. Entre estas características se encuentran las dimensiones de la personalidad y la resiliencia (que favorece el ajuste saludable de las personas al estrés).

Por lo que respecta a la personalidad, en los últimos años se ha alcanzado un significativo consenso en torno al empleo del Modelo de los Cinco Factores¹¹ como marco de referencia para la investigación sobre las relaciones entre personalidad, salud y bienestar. Brevemente, este modelo recoge las siguientes dimensiones básicas de la personalidad¹²:

- **Neuroticismo:** las personas con puntuaciones altas se sienten preocupadas, nerviosas e inseguras y suelen ser emotivas e hipocondríacas.
- **Extraversión:** los individuos con puntuaciones altas en esta dimensión son sociables, activos, habladores, optimistas y amantes de las diversiones.

- **Tesón:** la persona que alcanza altas puntuaciones es organizada, digna de confianza, trabajadora, puntual, autodisciplinada, escrupulosa, limpia, ordenada, ambiciosa y perseverante.
- **Apertura mental:** los individuos que obtienen altas puntuaciones son curiosos, con muchos intereses, creativos, originales, imaginativos y no tradicionales.
- **Afabilidad:** las personas con altas puntuaciones destacan por ser generosas, confiadas, serviciales, indulgentes y sinceras.

La evidencia empírica hallada en este campo consistentemente señala a la extraversión y al tesón como las dimensiones relacionadas positivamente con el BS percibido por las personas. Sin embargo, el neuroticismo está relacionado negativamente con él¹³⁻¹⁶. Por lo tanto, las personas más sociables y más organizadas en su vida parece que se sienten mejor consigo mismas y más felices, al contrario que las personas con un peor ajuste emocional. Sin embargo, los resultados son más inconsistentes con las dimensiones de afabilidad y apertura mental¹⁶.

Entre las características de la personalidad que promueven el BS se encuentra la resiliencia, que se refiere a la habilidad o capacidad individual de crecer a pesar de la adversidad y sobreponerse a ella. La resiliencia también se refiere a la adaptación positiva al enfrentarse al estrés y a los sucesos traumáticos¹⁷. El interés por este concepto es especialmente relevante en los últimos años, y actualmente su uso en la psicología científica y divulgativa está muy extendido. Recientemente, la Real Academia Española muestra en su página web (www.rae.es) un avance de la vigésima tercera edición del *Diccionario de la Lengua Española* en el que ya se incluye la palabra resiliencia, incorporándola a nuestro léxico. Ofrece 2 significados, estando uno ligado a la psicología y definiéndola como la «capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas».

La literatura científica ha evidenciado que la resiliencia se relaciona positivamente con el afecto positivo y con el BS y negativamente con el afecto negativo^{18,19}. Es decir, las personas que se adaptan mejor a las situaciones estresantes y más fácilmente a la adversidad son las que mejor se sienten consigo mismas y son más felices, al contrario que las personas no resilientes.

Específicamente en el personal de enfermería, el estudio de la resiliencia tiene una enorme utilidad, ya que se ha demostrado que los individuos resilientes son los que obtienen mejores resultados positivos al hacer frente a la adversidad^{20,21}. Por otro lado, las numerosas investigaciones llevadas a cabo en el mundo sanitario hacen que el concepto de resiliencia esté cada vez más documentado en la literatura sanitaria, sobre todo en la referente a la enfermería²². De esta manera, ha sido estudiado ampliamente en la práctica enfermera y en una gran variedad de poblaciones de pacientes, desde niños²³ a mayores²⁴. Asimismo, en enfermería se ha examinado el concepto de resiliencia como algo aplicable a poblaciones especialmente vulnerables, tales como mujeres maltratadas²⁵ y personas con trastornos psiquiátricos y discapacidades mentales²⁶.

Sin embargo, la resiliencia no solo ha sido investigada en pacientes, sino también en el propio personal de

enfermería. Estas investigaciones se han visto apoyadas por el hecho de que los/as enfermeros/as somos testigos directos del sufrimiento humano y que hacemos frente, por lo tanto, a un entorno laboral adverso y estresante. Los factores que fomentan este entorno han sido ampliamente investigados²⁷⁻³⁰, generando un ambiente laboral que puede ser considerado como hostil, abusivo y poco gratificante. Como consecuencia, algunos profesionales abandonan el sistema sanitario, y de aquellos que permanecen, muchos manifiestan consecuencias aún más graves relacionadas con el estrés, tales como el síndrome de *burnout*²⁹⁻³². Teniendo en cuenta la constante exposición a un continuo entorno laboral adverso, la resiliencia se puede considerar como una característica esencial e inherente a la enfermería para el desarrollo de la asistencia sanitaria diaria²⁷. Concretamente, Hodges et al.³³ consideran que los/as enfermeros/as resilientes son un elemento crucial en un siempre cambiante sistema sanitario. Por ello, recomiendan a los profesores de las escuelas de enfermería prepararlos mejor para mantener una resiliencia profesional y personal adecuadas. Por otro lado, Bright³⁴ y Giordano³⁵ sugieren que el desarrollo de la resiliencia personal es un medio para que la enfermería afronte el estrés asociado con su trabajo, abogando por la promoción del autodesarrollo de la resiliencia personal³⁴. McGee³⁶ va más allá y sugiere que son las habilidades de los/as enfermeros/as resilientes las que hacen que se mantengan en su trabajo y en un clima laboral difícil y adverso. En resumen, casi todos los estudios parecen coincidir en que la resiliencia es una característica que posee el personal de enfermería y que es inherente al mismo, para que los/as enfermeros/as puedan afrontar y adaptarse a un entorno laboral de por sí estresante, caracterizado por situaciones difíciles ante el continuo contacto con personas enfermas y por condiciones laborales no del todo idóneas.

A pesar de la abundante investigación existente sobre las relaciones entre la personalidad y la resiliencia con el BS en la población general, no existe evidencia empírica de tales relaciones en el personal de enfermería. A su vez, y aunque la resiliencia ha sido ampliamente estudiada entre las enfermeras, en la actualidad no hay estudios que la relacionen específicamente con el BS percibido por las mismas. No obstante, todas las anteriores investigaciones han dejado de lado el posible papel mediacional que podría ejercer la resiliencia en las relaciones existentes entre la personalidad y el BS.

Teniendo en cuenta todo el anterior marco teórico expuesto, los objetivos principales de la presente investigación son los siguientes:

1. Analizar si existen diferencias en función de las variables psicológicas y sociodemográficas evaluadas en el estudio entre la muestra de personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos (UCI) y de cardiología, y la muestra de personal no sanitario.
2. Determinar si existen características de personalidad (los 5 rasgos y la resiliencia) que predigan el BS percibido en cada una de las 2 muestras analizadas en el estudio.
3. Analizar el papel mediacional de la resiliencia en las relaciones entre las dimensiones más estables de la personalidad y el BS percibido por las 2 muestras.

Material y método

El diseño que se empleó para llevar a cabo la presente investigación se trata de un estudio correlacional de tipo transversal y donde el muestreo es probabilístico.

Participantes

En la presente investigación participaron un total de 109 sujetos, de los cuales 86 eran mujeres (78,9%) y 23 hombres (21,1%), de edades comprendidas entre 18 y 59 años ($\bar{X} = 36,24$ y $DT = 8,7$). Del total de sujetos participantes, 59 pertenecían a la muestra de personal de enfermería (54,1%) y 50 a la de personal no sanitario (45,9%).

La muestra de personal de enfermería fue extraída del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), estando constituida por 49 mujeres (83,1%) y 10 hombres (16,9%), de edades comprendidas entre 23 y 53 años ($\bar{X} = 35,69$ y $DT = 6,81$). De la muestra de personal sanitario, 44 eran diplomados/as universitarios/as en enfermería (74,6%) y 15 eran auxiliares de enfermería (25,4%). De los/as enfermeros/as, 30 pertenecían a la UCI y 14 a cardiología, mientras que de las auxiliares, 10 trabajaban en intensivos y 5 en cardiología.

Por lo que respecta a la muestra de personal no sanitario, esta fue extraída del centro asociado «Jacinto Verdaguer» de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), situado en Madrid. Se seleccionaron exclusivamente los estudiantes que también trabajaban. Dicha muestra estuvo constituida por 37 mujeres (74%) y 13 hombres (16%), de edades comprendidas entre 18 y 59 años ($\bar{X} = 36,88$ y $DT = 10,54$). Las ocupaciones de los integrantes de esta muestra fueron muy variadas, siendo principalmente funcionarios (32%) y profesores (14%); las restantes profesiones estaban relacionadas con el comercio, la hostelería, la inmobiliaria y la asesoría.

Instrumentos de medida y variables analizadas

A cada participante se le suministró un cuadernillo en el que estaban incluidos los siguientes cuestionarios:

- *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*³⁷. La SWLS consta solamente de 5 ítems en los que se pide al participante que valore, en una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos, en qué medida cada una de las afirmaciones describe adecuadamente distintos aspectos de su vida. Dicha escala de respuesta va de 1 (no me describe en absoluto) a 7 (me describe totalmente). Por lo tanto, el intervalo posible de puntuaciones en el cuestionario va desde 5 (baja satisfacción) hasta 35 (alta satisfacción). La consistencia interna hallada en estudios llevados a cabo en nuestro país por Atienza et al.³⁸ alcanzó un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84, mientras que en el de Cabañero et al.³⁹ fue de 0,82. Estos valores son muy similares a los alcanzados por los autores de la versión original³⁷, que fue de 0,87.
- *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*⁴⁰. El PANAS consta de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan el afecto positivo (AP) y 10 afecto negativo (AN). Los ítems consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y

emociones que califica la persona, según el grado en que las experimenta, en una escala Likert de 5 puntos, en donde 1 significa «nada o casi nunca» y 5, «muchísimo». La evaluación de los sentimientos y emociones de los participantes se realiza preguntando cómo se sienten generalmente. Según los datos aportados por los propios autores de la versión original, las escalas muestran tener una alta consistencia interna (los coeficientes alfa de Cronbach fueron aceptablemente altos, desde 0,86 a 0,90 para AP y desde 0,84 a 0,87 para AN). En nuestro país, Sandín y Chorot⁴¹ alcanzaron resultados muy similares, indicando la existencia de una estructura bidimensional robusta y estable (AP y AN), proporcionando un fuerte apoyo a la validez de constructo y fiabilidad (consistencia interna) de la versión española del PANAS.

- *Big Five Inventory (BFI)*⁴². El BFI consta de 44 ítems en los que se pide al participante que valore, en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, en qué medida cada una de las afirmaciones le describe adecuadamente. Dicha escala de respuesta va desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Hay que señalar que algunos ítems están revertidos en su formulación, por lo que a la hora de proceder a su corrección hay que invertir los valores de la escala de respuesta para tales ítems. Así, mediante este instrumento se miden las 5 dimensiones de la personalidad contempladas dentro del Modelo de los Cinco Factores. En general, los índices de consistencia interna del BFI son adecuados según sus propios autores (la media de los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach para las diferentes subescalas fue de 0,77), por lo que se puede afirmar que la versión española del BFI es un instrumento de medida fiable.
- *Ego-Resiliency Scale (ER89)*⁴³. La escala ER89 consta de 14 ítems en los que se pide al participante que valore, en una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta, su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir ante los enunciados presentados en cada uno de los ítems. Dicha escala de respuesta va desde el 1 (no me describe en absoluto) al 4 (me describe totalmente). Los resultados alcanzados mediante la versión original mostraron una consistencia interna aceptable, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,76, siendo muy similar al alcanzado por otros autores^{19,44}. La versión en castellano fue tomada de Pérez-García⁴⁵.

Por último, se creyó conveniente recoger un total de 5 variables sociodemográficas (además de la ocupación): sexo, edad, convivencia con otras personas, número de hijos y nivel máximo de estudios alcanzado.

Procedimiento

La presente investigación tuvo 2 fases diferenciadas: una para recolectar la muestra de personal de enfermería y otra para la de personal no sanitario. En este último caso se comenzó obteniendo la aprobación del Comité responsable del centro asociado «Jacinto Verdaguer» de la UNED en Madrid, para después contactar por correo electrónico con los tutores de las asignaturas de los primeros cursos de Psicología que impartían sus clases en este centro, explicándoles los objetivos de la investigación. Posteriormente

se mantuvo una reunión con los tutores, que mostraron su interés pidiéndoles que distribuyeran los cuadernillos de cuestionarios entre sus alumnos. Dichos cuadernillos comenzaban con unas breves recomendaciones iniciales, posteriormente una hoja donde se recogían las variables sociodemográficas y, finalmente, las pruebas psicológicas anteriormente descritas. Separadamente se incluyó un consentimiento informado. Los cuadernillos, una vez cumplimentados, se depositaban en una urna disponible en la secretaría del centro. Además, se colocaron carteles informativos de la realización del estudio en diferentes zonas del centro educativo. En total se distribuyeron 200 cuadernillos de cuestionarios. Tres semanas después de su distribución se retiró la urna, llegándose a recoger un total de 107 cuadernillos, de los cuales se tuvieron que rechazar 45 por corresponder a estudiantes que no trabajaban, otros 7 por corresponder a estudiantes que eran personal sanitario (evitando así un posible solapamiento en los resultados) y, por último, otros 5 por estar incompletos y/o mal contestados.

Por lo que respecta a la recolección de la muestra del personal de enfermería, previamente esta fase comenzó con la elaboración de un proyecto de investigación que recibió la aprobación del correspondiente Comité del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Una vez aprobado el proyecto, se mantuvo una entrevista con las supervisoras de enfermería de la UCI y de cardiología, con el fin de solicitar su permiso y colaboración para la distribución de los cuestionarios. Después, en cada control de enfermería de los 2 servicios participantes del hospital se instalaron unos buzones donde los profesionales sanitarios depositaran los cuestionarios ya cumplimentados. Se distribuyeron al lado de los buzones un total de 100 cuadernillos de cuestionarios cuya estructura era igual a la de los distribuidos en el centro asociado de la UNED (incluido el consentimiento informado). Asimismo, en los tabloncillos informativos de los 2 servicios participantes se colocaron carteles en los que se informaba sobre la realización de la investigación. Tres semanas después de la entrega de los cuadernillos se retiraron los buzones instalados, llegándose a recoger un total de 63 cuestionarios, de los cuales se tuvieron que rechazar 4 por estar incompletos y/o mal contestados.

Resultados

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 19.0 para Windows desarrollada por IBM. Previamente se llevaron a cabo una serie de análisis preliminares. En primer lugar se llevó a cabo el análisis de las variables sociodemográficas consideradas en el estudio y diferencias en función de las mismas. Después se analizaron los estadísticos descriptivos y la fiabilidad de las escalas empleadas en el estudio. A continuación se procedió al análisis de las diferencias en función del sexo y de la ocupación en las variables psicológicas consideradas en la presente investigación. Posteriormente se realizó un análisis correlacional para determinar las relaciones existentes entre las variables consideradas en el estudio para cada una de las 2 muestras. Basándose en las interrelaciones encontradas se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple. Dicho análisis permitió establecer las características de

personalidad que predecían el BS percibido por las 2 muestras analizadas (personal sanitario y no sanitario). Finalmente, se procedió al análisis mediacional de la relación existente entre las dimensiones de personalidad y el BS percibido por ambas muestras, considerando la resiliencia como posible variable mediadora de dicha relación.

Análisis preliminares

Se estudió la homogeneidad de los grupos (profesionales de enfermería y profesionales no sanitarios) con respecto a las variables sociodemográficas (tabla 1). Los resultados revelaron que no había diferencias significativas entre estos grupos en ninguna de estas variables: edad ($F_{(1,108)} = 0,50$; $p = 0,423$), convivencia con otras personas ($\chi^2 = 0,45$; $p = 0,503$), nivel de estudios alcanzado ($\chi^2 = 0,66$; $p = 0,813$) y el hecho de tener o no hijos ($\chi^2 = 0,06$; $p = 0,417$). Por este motivo, las anteriores variables no se incluyeron en los análisis posteriores.

En la tabla 2 se muestran los estadísticos descriptivos y la fiabilidad de las variables psicológicas medidas en la presente investigación. Hay que señalar que en el presente estudio se siguió el procedimiento empleado por otros autores^{46,47} y se consideró como índice del BS la consideración conjunta de la satisfacción con la vida más el balance afectivo (AP menos AN). Todos los cuestionarios empleados presentaron un adecuado nivel de fiabilidad (coeficientes alfa de Cronbach entre 0,73 y 0,90). La única excepción fue la afabilidad, con un coeficiente de 0,61, que puede ser considerado moderadamente aceptable (al ser $> 0,50$)⁴⁸.

Para determinar las posibles diferencias en las variables psicológicas analizadas entre el personal de enfermería y el personal no sanitario, se llevó a cabo un análisis multivariante de la varianza (MANOVA), tomando el género como covariante. Los resultados de dicho análisis (tabla 3) mostraron que las variables psicológicas combinadas estuvieron significativamente afectadas por la ocupación (estadístico lambda de Wilk = 0,86; $F_{(7,100)} = 2,36$; $p < 0,03$; $\eta = 0,142$) y por el género (estadístico lambda de Wilk = 0,86; $F_{(7,100)} = 2,297$; $p < 0,03$; $\eta = 0,139$). Las pruebas univariadas posteriores mostraron que la ocupación tenía efectos principales sobre la apertura mental ($F_{(2,108)} = 8,35$; $p < 0,001$; $\eta = 0,136$), puntuando más alto en esta dimensión el personal no sanitario que el personal de enfermería. Por otro lado, dichas pruebas también mostraron que el género tenía efectos principales sobre el neuroticismo ($F_{(2,108)} = 5,63$; $p < 0,005$; $\eta = 0,096$). Concretamente, las mujeres presentaron puntuaciones más altas en esta dimensión ($\bar{X} = 21,13$; $DT = 5,35$) que los hombres ($\bar{X} = 16,96$; $DT = 4,98$).

Análisis de regresión múltiple

Previamente se llevó a cabo un análisis correlacional para determinar las relaciones existentes entre las variables consideradas en el estudio (tabla 4). Las correlaciones entre las dimensiones de personalidad y el BS fueron muy similares en ambas muestras. Sin embargo, hubo importantes diferencias en resiliencia, ya que solamente en el personal no sanitario se encontraron correlaciones positivas con la misma en apertura mental y afabilidad. Otro resultado relevante que se

Tabla 1 Variables sociodemográficas para el total de la muestra, para el personal de enfermería y para el personal no sanitario

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Total de la muestra (n = 109)	Personal de enfermería (n = 59)	Personal no sanitario (n = 50)
Edad [media (DT)]	36,24 (8,70)	35,69 (6,81)	36,88 (10,54)
<i>Convivencia con otras personas [n (%)]</i>			
Solo/a	14 (12,8)	8 (13,6)	6 (12)
Acompañado/a	95 (87,2)	51 (86,4)	44 (88)
<i>Nivel de estudios [n (%)]</i>			
Secundarios	35 (32,1)	15 (25,4)	20 (40)
Universitarios	74 (67,9)	44 (74,6)	30 (60)
<i>Hijos [n (%)]</i>			
No	64 (58,7)	33 (55,9)	31 (62)
Sí	45 (41,3)	26 (44,1)	19 (38)

Tabla 2 Estadísticos descriptivos y coeficientes alfa de Cronbach de las variables psicológicas analizadas

VARIABLES	Ítems	α	Media (DT)	Rango real	Rango posible
Extraversión	8	0,83	27,93 (5,52)	11-40	0-40
Neuroticismo	8	0,81	20,25 (5,52)	8-36	0-40
Tesón	9	0,76	33,97 (5,04)	14-44	0-45
Apertura mental	10	0,84	36,75 (6,32)	23-50	0-50
Afabilidad	8	0,61	35,18 (4,16)	16-45	0-45
Resiliencia	14	0,73	43,07 (4,74)	32-53	0-56
Satisfacción con la vida (SV)	5	0,87	25,17 (5,13)	8-35	0-35
Afecto positivo (AP)	10	0,85	35,70 (5,81)	19-49	0-50
Afecto negativo (AN)	10	0,90	17,51 (5,79)	10-38	0-50
Bienestar subjetivo [SV + (AP-AN)]	25	0,74	43,36 (11,48)	13-72	(-50)-85

muestra en la [tabla 4](#) es que la resiliencia solo correlacionó significativamente con el BS en el personal de enfermería.

Posteriormente se realizaron 2 análisis de regresión múltiple, uno en cada muestra, con el fin de determinar las características de personalidad que predecían el BS ([tabla 5](#)). En dichos análisis se consideró también al género como variable predictora, ya que se habían encontrado diferencias en función del mismo en el MANOVA previo. En la muestra de personal de enfermería se obtuvo un modelo predictivo significativo que explicaba el 29% de la varianza del BS, formado por una alta resiliencia y una baja presencia de neuroticismo. Por el contrario, en el personal no sanitario se obtuvo un modelo predictivo significativo que explicaba

el 52% de la varianza del BS, revelando que las puntuaciones altas en extraversión y tesón y bajas en neuroticismo eran los predictores significativos de un alto BS en dicha muestra.

Análisis mediacional

Siguiendo el procedimiento propuesto por Baron y Kenny⁴⁹, se procedió al análisis del posible papel mediacional de la resiliencia en las relaciones entre las dimensiones de la personalidad y el BS percibido por las 2 muestras. En la presente investigación se encontraron relaciones significativas entre predictor, mediador y criterio en el personal de enfermería

Tabla 3 MANOVA para comparar al personal de enfermería y al no sanitario en todas las variables psicológicas analizadas, tomando al género como covariante

	Personal de enfermería	Personal no sanitario	F _(2,108)
Extraversión	27,73 (5,68)	28,16 (5,37)	0,18
Neuroticismo	20,36 (5,29)	20,12 (5,84)	0,02
Tesón	34,41 (5,12)	33,46 (4,96)	1,12
Apertura mental	34,90 (6,26)	38,94 (5,71)	8,35***
Afabilidad	34,85 (4,22)	35,58 (4,09)	0,80
Resiliencia	42,97 (4,77)	43,20 (4,76)	0,05
Bienestar subjetivo	43,25 (11,73)	43,48 (11,3)	0,00

*** p < 0,001.

Tabla 4 Correlaciones entre las características de la personalidad (incluida la resiliencia) y el bienestar subjetivo (BS) en el personal de enfermería y no sanitario

	Personal de enfermería		Personal no sanitario	
	Resiliencia	BS	Resiliencia	BS
Extraversión	0,43 ^{***}	0,36 ^{**}	0,41 ^{**}	0,34 ^{**}
Neuroticismo	-0,31 [*]	-0,44 ^{***}	-0,28 [*]	-0,59 ^{***}
Tesón	0,03	0,28 [*]	0,04	0,37 ^{**}
Apertura mental	0,25 [#]	0,28 [*]	0,68 ^{***}	0,33 [*]
Afabilidad	0,15	0,20	0,44 ^{***}	0,19
Resiliencia-BS	0,43 ^{**}	0,27		

$p < 0,06$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabla 5 Análisis de regresión múltiple para el personal de enfermería y el no sanitario, tomando al bienestar subjetivo como variable dependiente

Personal de enfermería	B	SEB	β
Extraversión	0,29	0,27	0,14
Neuroticismo	-0,80	0,32	-0,36 ^{**}
Tesón	0,59	0,34	0,26
Apertura mental	0,12	0,25	0,07
Afabilidad	-0,59	0,43	-0,21
Resiliencia	0,71	0,32	0,29 [*]
Género	3,54	4,01	0,11

Modelo: R^2 ajustada = 0,29; $F_{(7,42)} = 4,35^{***}$

Personal no sanitario	B	SEB	β
Extraversión	0,87	0,24	0,41 ^{***}
Neuroticismo	-1,23	0,22	-0,64 ^{***}
Tesón	0,67	0,24	0,29 ^{**}
Apertura mental	0,08	0,28	0,04
Afabilidad	-0,00	0,31	0,00
Resiliencia	-0,34	0,37	-0,14
Género	5,14	2,73	0,20

Modelo: R^2 ajustada = 0,52; $F_{(7,42)} = 8,69^{***}$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

(tabla 4) para la extraversión y el neuroticismo, por lo que solamente se comprobó su efecto en esta muestra y en estas variables.

Se obtuvo un modelo de mediación en el que la beta de la extraversión pasó de 0,36 ($p < 0,001$) a 0,22 (no significativo), mientras que el mediador continuó siendo significativo ($\beta = 0,34$; $p < 0,01$). En la figura 1 se muestra como el análisis mediacional confirmó (mediante el test de Sobel) que

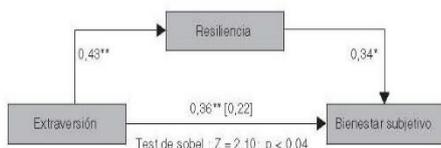


Figura 1 Análisis de la resiliencia como variable mediadora en la relación entre extraversión y bienestar subjetivo en el personal de enfermería.
 $p < 0,01$; ** $p < 0,001$.

la relación entre la extraversión y el BS fue totalmente mediada por la resiliencia ($Z = 2,10$; $p < 0,04$).

Por último, se obtuvo otro modelo de mediación en el que la beta del neuroticismo pasó de $-0,44$ ($p < 0,001$) a $-0,34$ ($p < 0,001$), al mismo tiempo que el mediador era significativo ($\beta = 0,33$; $p < 0,001$). El análisis mediacional confirmó que la contribución de la resiliencia a la relación entre el neuroticismo y el BS podría ser, en cualquier caso, parcial, porque el neuroticismo continuó siendo significativo después de la inclusión del BS en el modelo, aunque la Z obtenida con el test de Sobel no alcanzó la significación estadística ($Z = 1,82$; $p < 0,07$). Esta mediación parcial se muestra en la figura 2.

Discusión

La presente investigación, tras analizar los resultados obtenidos en la misma, ve cumplidos los objetivos que se había marcado. Respecto a las diferencias encontradas en

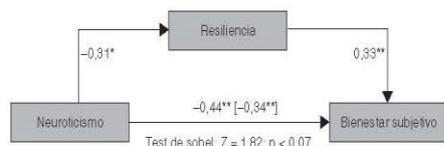


Figura 2 Análisis de la resiliencia como variable mediadora en la relación entre neuroticismo y bienestar subjetivo en el personal de enfermería.
 $p < 0,01$; ** $p < 0,001$.

las variables psicológicas analizadas en función del sexo y de la ocupación, la mayor puntuación en apertura del personal no sanitario puede ser debida al carácter cuidador de la labor enfermera. Los resultados muestran que el personal de enfermería se muestra menos receptivo a experiencias nuevas y más tendente a respetar las normas establecidas que el personal no sanitario. Habría que investigar con más profundidad este hecho, pero quizás habría que considerar que estas diferencias puedan ser debidas al rol tradicionalmente cuidador de la mujer dentro de la sociedad⁵⁰, ya que la muestra de enfermería era principalmente femenina. Este rol podría hacer que las mujeres se sientan aún más responsables por los cuidados que prestan, haciéndolas mantener una actitud menos flexible que el personal no sanitario, ajustándose más a las normas que son inherentes al ejercicio de la enfermería. En cuanto a las diferencias en función del sexo, las mujeres presentaron un mayor nivel de neuroticismo que los hombres. Este resultado es consistente con la amplia mayoría de los datos alcanzados en este campo. Por ejemplo, Eysenck et al.⁵¹ concluyen que en términos de las dimensiones fundamentales de la personalidad, las mujeres siempre han obtenido mayores puntuaciones que los hombres en neuroticismo. Igualmente, Costa et al.⁵² llegaron al mismo resultado, concluyendo que dicha diferencia es generalmente consistente con el estereotipo sexual existente al respecto. Sin embargo, Barret et al.⁵³ señalan que cuando se hacen registros emocionales diarios estas diferencias desaparecen, quizá porque en ambos sexos pesen menos los estereotipos sexuales facilitando unos autoinformes más fieles y ajustados a sus experiencias recientes.

El resultado más relevante del estudio, teniendo en cuenta los análisis de regresión múltiple y los mediacionales, es la importancia que tiene la resiliencia en el personal de enfermería. Por un lado esta, junto con el neuroticismo, eran los factores de personalidad que predecían el BS percibido por la enfermería, es decir, el personal de enfermería que se sentía más feliz y mejor consigo mismo era el más resiliente y el que mejor ajuste emocional mantenía. Sin embargo, en el personal no sanitario la resiliencia pierde su papel tan destacado, y es ahora cuando las dimensiones más estables de personalidad cobran mayor importancia y tienen más peso a la hora de predecir el BS en dicha muestra. Así, la extraversión, el neuroticismo y el tesón lo predicen. Estas mismas dimensiones son las que más consistentemente se relacionan con el BS según la literatura existente^{13,16,54,55}. Por otro lado, solamente en el personal de enfermería la resiliencia medió las relaciones entre 2 dimensiones de personalidad (extraversión y neuroticismo) y el BS. La mediación fue total en el caso de la relación entre la

extraversión y el BS, por lo que el personal de enfermería más sociable y más resiliente es el que mejor y más feliz se sentía. Este resultado es coherente con los anteriormente comentados, ya que la extraversión precedía la resiliencia en el personal de enfermería, y esta, el BS percibido por el mismo. Sin embargo, la resiliencia medió parcialmente las relaciones entre neuroticismo y BS en dicha muestra, lo que sugiere que existen otras vías, además de la resiliencia, por las que el neuroticismo pueda influir en el BS de la enfermería⁵⁶. Estas vías deberán ser estudiadas con más profundidad en el futuro. Por otro lado, el hecho de que la mediación no fuera significativa según el test de Sobel se interpreta como que los efectos principales ejercidos por el factor estable y de primer nivel, en este caso el neuroticismo, tienen más peso sobre el BS que los ejercidos sobre el mismo por el factor menos estable y de segundo nivel analizado, es decir, la resiliencia.

La resiliencia, a tenor de estos resultados, se constituye como una característica fundamental del personal de enfermería de intensivos. Las implicaciones clínicas de este resultado son diversas. Por un lado, y dado lo relevante que resulta ser resiliente para la enfermería, tal y como han indicado diferentes autores^{22,33-36}, la resiliencia se podría entrenar y desarrollar en aquellos profesionales que muestren bajos niveles de la misma. No solo se podría promover y promocionar su desarrollo en las escuelas de enfermería por los profesores, sino también en la práctica enfermera habitual. Además, Bright³⁴ promueve el autodesarrollo de la resiliencia de los/as enfermeros/as ya que, aunque estos pasen la mayor parte del tiempo cuidando a otros, no parece que se cuiden a sí mismos/as. A este respecto, Munist et al.⁵⁷ han desarrollado un módulo de enseñanza de resiliencia en enfermería de 10 h de trabajo y dividido en 3 sesiones (introducción, promoción y construcción de la resiliencia). Dicho módulo también promueve el desarrollo de la resiliencia en personas enfermas, y concretamente consta de un anexo donde se describe un caso en cuidados intensivos. Esto podría ayudarnos al personal de enfermería de la UCI a comprender a nuestros pacientes críticos y ayudarles a superar una situación límite como la de estar ingresados en nuestras unidades. A un nivel más general y no asociado exclusivamente a la enfermería, Brooks y Goldstein⁵⁸ proponen una guía para una vida resiliente, en la que incluyen 10 claves para llevarla a cabo y donde se analizan con detalle diferentes aspectos para alcanzarla.

Por otro lado, y como algunas autoras^{34,35} han sugerido, no cabe duda que la resiliencia nos podría ayudar a afrontar el estrés al que estamos expuestos en el manejo del paciente crítico. No solo nos ayudaría a amortiguar las consecuencias negativas del estrés laboral (cuyo resultado más adverso sería el desarrollo del síndrome de *burnout*), sino también a desarrollar estrategias de afrontamiento más eficaces y adaptativas a la hora de hacer frente a esas situaciones críticas que se dan habitualmente en la UCI. Como sugiere McGee³⁶, el desarrollo de estas estrategias por parte de los/as enfermeros/as resilientes podría ser el causante, en consecuencia, de que sigamos trabajando en intensivos y en un clima laboral difícil y adverso.

Por último, no es arriesgado afirmar que los/as enfermeros/as resilientes son un elemento crucial, no solo en intensivos, sino también en un sistema sanitario en continuo proceso de cambio³³. En la actualidad no solo nos enfrentamos

a un entorno laboral adverso caracterizado por situaciones estresantes en las UCI, sino que estamos asistiendo a profundos cambios en nuestras condiciones laborales propiciadas por la situación de crisis económica por la que atravesamos. Este hecho hace que el papel de la resiliencia sea aún más relevante para la enfermería intensiva y, en general, para la hospitalaria. Por lo tanto, y siguiendo a Tusaie y Dyer²², la resiliencia se puede considerar como una característica esencial e inherente a la enfermería para el desarrollo de la asistencia sanitaria diaria en intensivos. Teniendo en cuenta los resultados del estudio, la resiliencia es una capacidad que solemos tener desarrollada la enfermería que trabaja en intensivos, y su promoción entre la enfermería no resiliente se hace aún más necesaria para adaptarse a la UCI.

Por lo que respecta a las limitaciones del estudio, quizás la más importante sea el pequeño número de participantes en cada una de las muestras a la hora de poder generalizar los resultados obtenidos en la misma. En futuros estudios multicéntricos esto se podría subsanar. Además, la amplia mayoría de mujeres dentro de las mismas también hace que los resultados alcanzados sean difícilmente generalizables al sexo masculino. Este hecho se explica por la mayor presencia de la mujer dentro de la enfermería y de los estudiantes de psicología. Hay que señalar que aunque los instrumentos de medida empleados en el estudio no dejan de ser pruebas autoinformadas (con el posible sesgo que estas suponen), se eligieron aquellos cuya validez y fiabilidad están ampliamente documentadas en la literatura existente.

Finalmente, las futuras investigaciones en este campo deberán confirmar el papel tan importante que parece jugar la resiliencia en el BS percibido por el personal de enfermería de intensivos (tanto a la hora de predecirlo, como de mediar en él) y concretar las diferencias existentes entre la enfermería y el personal no sanitario en las características de la personalidad y el BS.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Muñoz Camargo JC. Síndrome de burnout en unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007;18:1-2.
- Ríos Rísquez MI, Peñalver Hernández F, Godoy Fernández C. Burnout y salud percibida en profesionales de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2008;19:169-78.
- Solano Ruiz MC, Hernández Vidal P, Vizcaya Moreno ME, Reig Ferrer A. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva*. 2002;13:9-16.
- Del Río Moro O, Perezagua García MC, Vidal Gómez B. El síndrome de burnout en los enfermeros/as del hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Rev Enferm Cardiol*. 2003;28:24-9.
- Ramos F. El Síndrome de Burnout. Madrid: UNED-Klinik; 1999.
- Simón García MJ, Blesa Malpica AL, Bermejo Pablos C, Calvo Gutiérrez MA, De Enterría CG. Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enferm Intensiva*. 2005;16:3-14.
- Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull*. 1984;95:542-75.
- Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychol Bull*. 1999;125:276-302.
- Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal of a national index. *Am Psychol*. 2000;55:24-43.
- Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18:76-82.
- Costa Jr PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, Philadelphia: Psychological Assessment Resources; 1992.
- Sanjuán P. Estructura psicológica de la personalidad II: El modelo de los cinco factores. En: Bermúdez J, Pérez-García AM, Sanjuán P, editores. *Psicología de la Personalidad: Teoría e Investigación*. Volumen I. Madrid: UNED; 2003. p. 195-236.
- Costa Jr PT, McCrae RR. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol*. 1980;38:668-78.
- Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The relationship between the Five-Factor Model of Personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *J Psychopathol Behav Assess*. 2005;27:101-14.
- McCrae RR, Costa Jr PT. Adding Liebe und Arbeit: The full Five-Factor Model and well-being. *Pers Soc Psychol Bull*. 1991;17:227-32.
- Steel P, Schmidt J, Schultz J. Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychol Bull*. 2008;134:138-61.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000;71:543-62.
- Smith BW, Tooley EM, Christopher PJ, Kay VS. Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected personal resource. *J Posit Psychol*. 2010;5:166-76.
- Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *J Pers Soc Psychol*. 2004;86:320-33.
- Rew L, Homer SD. Youth resilience framework for reducing health-risk behaviours in adolescents. *J Pediatr Nurs*. 2003;18:379-88.
- Ahem NR, Kiehl EM, Sole ML, Byers J. A review of instruments measuring resilience. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2006;29:103-25.
- Tusaie K, Dyer J. Resilience. A historical review of the construct. *Holist Nurs Pract*. 2004;18:3-8.
- Childs J, Sepples S, Moody K. Mentoring youth: A service-learning course within a college of nursing. *J Nurs Educ*. 2003;42:182-6.
- Racher F. Synergism of frail rural elderly couples: Influencing independent interdependence. *J Gerontol Nurs*. 2002;28:32-9.
- Humphreys J. Resilience in sheltered battered women. *Issues Ment Health Nurs*. 2003;24:127-52.
- Kuling J. Community to care: A philosophical perspective of nursing. En: Basford L, Slevin O, editores. *Theory and Practice of Nursing: An Integrated Approach to Patient Care*. Gloucestershire, United Kingdom: Stanley Thornes; 2000. p. 2-20.
- Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *J Adv Nurs*. 2007;60:1-9.
- Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace: A factor in recruitment and retention. *Nurs Manage*. 2002;10:13-20.
- Strachota E, Normandin P, O'Brien N, Clary M, Krukow B. Reasons registered nurses leave or change employment status. *J Nurs Adm*. 2003;33:111-7.
- Cline D, Reilly C, Moore J. What's behind RN turnover? Uncover the real reasons nurses leave. *Nurs Manage*. 2003;34:50-3.
- Jackson D, Mannix J, Daly J. Retaining a viable workplace: A critical challenge for nursing. *Contemp Nurse*. 2001;11:163-72.
- McVicar A. Workplace stress in nursing: A literature review. *J Adv Nurs*. 2003;44:633-42.

33. Hodges HF, Keeley AC, Grier EC. Professional resilience, practice longevity, and Parse's theory for baccalaureate education. *J Nurs Educ.* 2005;44:548-54.
34. Bright J. *Turning the Tide*. London: Demos Publishers; 1997.
35. Giordano B. Resilience: A survival tool for the nineties. *AORN J.* 1997;65:1032-6.
36. McGee EM. The healing circle: Resiliency in nurses. *Issues Ment Health Nurs.* 2006;27:43-57.
37. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess.* 1985;49:71-5.
38. Atienza FL, Pons D, Balaguer I, García Merita M. Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema.* 2000;12:314-9.
39. Cabañero MJ, Richart M, Cabrero J, Orts MI, Reig A, Tosal B. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema.* 2004;16:448-55.
40. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54:1063-70.
41. Sandín B, Chorot P. Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F, editores. *Manual de psicopatología. Volumen II*. Madrid: McGraw Hill; 1995. p. 53-80.
42. Benet-Martínez V, John OP. Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait Multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *J Pers Soc Psychol.* 1998;75:729-50.
43. Block J, Kremen AM. IQ and Ego-Resiliency. Conceptual and empirical connections and separateness. *J Pers Soc Psychol.* 1996;70:349-61.
44. Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84:365-76.
45. Pérez-García AM. Versión española de la Ego-Resilience Scale (ER89) de Block y Kremen. Documento del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Madrid: UNED; 2008.
46. Brunstein JC. Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *J Pers Soc Psychol.* 1993;65:1061-70.
47. Sheldon KM, Elliot AJ. Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being: The Self-Concordance Model. *J Pers Soc Psychol.* 1999;76:482-97.
48. Nunnally JC. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill; 1978.
49. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51:1173-82.
50. Evans J. Men nurses: A historical and feminist perspective. *J Adv Nurs.* 2004;47:321-8.
51. Eysenck HJ, Eysenck SBG, Barrett P. Personality differences according to gender. *Psychol Rep.* 1995;76:711-6.
52. Costa Jr PT, Terracciano A, McCrae RR. Gender differences in personality traits across cultures. Robust and surprising findings. *J Pers Soc Psychol.* 2001;81:322-31.
53. Barret LF, Robin L, Pietromonaco PR, Eysell KM. Are women the more emotional sex? Evidence from emotional experiences in social context. *Cogn Emot.* 1998;12:555-78.
54. Carver CS, Scheier MF, Miller CJ, Fulford D. Optimism. En: Snyder CR, Lopez SJ, editores. *Oxford Handbook of Positive Psychology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2009. p. 303-11.
55. Trapmann S, Hell B, Him JW, Schuler H. Meta-analysis of the relationship between the Big Five and academic success at university. *J Psychol.* 2007;215:132-51.
56. Shrout PE, Bolger N. Mediation in experimental and non experimental studies: New procedures and recommendations. *Psychol Methods.* 2002;7:422-45.
57. Munist M, Suárez Ojeda EN, Galli A, Álvarez R, Cárcamo S. Módulo de enseñanza de resiliencia en enfermería. En: Melillo A, Suárez Ojeda EN, Rodríguez D, editores. *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós; 2004. p. 325-41.
58. Brooks R, Goldstein S. *El poder de la resiliencia. Cómo lograr el equilibrio, la seguridad y la fuerza interior necesarios para vivir en paz*. Barcelona: Paidós; 2004.

Anexo XVI: Análisis de las diferencias en la muestra total en función de la Profesión y del Sexo

A pesar de que el análisis de las diferencias entre la muestra sanitaria (N=255) y la muestra docente (N=120) y entre los hombres y mujeres que conformaron la muestra total (N=375) no forman parte de los objetivos de la presente Tesis Doctoral y, por lo tanto, no se formularon hipótesis sobre los mismos, en el presente Anexo se exponen las diferencias encontradas en la muestra total recolectada en función de la Profesión y del Sexo de las mismas.

1. Diferencias entre la muestra sanitaria y la docente en función de la Profesión:

En primer lugar se procedió al análisis de las variables sociodemográficas consideradas en la presente investigación en función de la Profesión de la muestra total (N=375). Para analizar las características de dicha muestra en cuanto a Sexo, Convivencia con otras personas e Hijos en función de la Profesión, se utilizó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) y para analizar las diferencias en Edad y Número de Años en la Profesión entre sanitarios y docentes (Profesión) se utilizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA).

Tabla 1
Datos descriptivos sobre Sexo, Convivencia e Hijos en función de la Profesión en la muestra total (N=375)

	Total N (%)	Sanitarios N (%)	Docentes N (%)	χ^2	Sig.
Sexo					
Varón	117 (31,2)	69 (27,1)	48 (40)	6,37	0,017
Mujer	258 (68,8)	186 (72,9)	72 (60)		
Convivencia					
Solo/a	37 (9,9)	25 (9,9)	12 (10)	0,01	1,000
Acompañado/a	338 (90,1)	230 (90,1)	108 (90)		
Hijos					
Sin hijos	152 (40,5)	114 (44,7)	38 (31,7)	5,76	0,018
Con hijos	223 (59,5)	141 (55,3)	82 (68,3)		

Tal y como muestra la *Tabla 1*, se encontraron diferencias significativas en cuanto a Sexo [$\chi^2 = 6,37$; $p < 0,017$] y tener o no Hijos [$\chi^2 = 5,76$; $p < 0,018$] en función de la Profesión de la muestra total. Es decir, los sanitarios y docentes se diferenciaron en función de si eran hombres o mujeres y de si tenían o no hijos.

A continuación se procedió a la estimación del tamaño del efecto de las diferencias encontradas, siguiendo el procedimiento de Leech y colaboradores (2005) e interpretando el resultado alcanzado según Cohen (1988), se obtuvieron en ambos casos tamaños del efecto pequeños en las diferencias en función de la Profesión de la muestra total, tanto en cuanto a la Sexo (η parcial = 0,13), como en cuanto a tener o no Hijos (η parcial = 0,12).

En cuanto a las diferencias en Edad y Años en la Profesión, los análisis de varianza de un factor realizados mostraron que hubo diferencias significativas en la Edad de la muestra total en función de su Profesión [$F_{(1,374)} = 60,30$; $p < 0,000$]. Es decir, los docentes eran más mayores que los sanitarios. En la *Tabla 2* se muestran los estadísticos descriptivos de las variables Edad y Años en la Profesión en función de la Profesión.

Tabla 2
Datos descriptivos sobre Sexo, Edad y Años en la Profesión en función de la Profesión en la muestra total (N=375)

	Sanitarios M (DT)	Docentes M (DT)	$F_{(1,374)}$	Sig.
Edad	35,63 (8,26)	43,09 (9,54)	60,30	0,000
Años Profesión	12,64 (7,91)	12,45 (8,92)	0,05	0,827

Asimismo, también se procedió a la estimación del tamaño del efecto de esta diferencia encontrada, siguiendo el mismo procedimiento e interpretación empleados en el caso anterior. El tamaño del efecto de la Edad en función de la Profesión de la muestra total se consideró medio (η parcial = 0,37).

En segundo lugar, se procedió al análisis de las diferencias en función de la Profesión en las variables psicológicas consideradas en la presente investigación. Para ello se utilizó un ANOVA de un factor (Profesión).

En cuanto a la diferencias entre sanitarios y docentes de la muestra total en los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación, en la *Tabla 3* se recogen las medias (con sus desviaciones típicas) y las F, con su significación, correspondientes a los efectos principales obtenidos. Asimismo, y siguiendo el mismo procedimiento empleado a la hora de analizar las diferencias en cada una de las dos, en el caso de las Categorías de Afrontamiento también se ha considerado la media de las puntuaciones en función del número de ítems incluidos en cada categoría propuesta.

Tabla 3
Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden los Factores Psicosociales analizados en función de la Profesión en la muestra total (N=375)

	Sanitarios M (DT)	Docentes M (DT)	F _(1,374)	Sig.
Resiliencia	31,51 (3,94)	30,88 (4,80)	1,81	0,179
Apoyo Social	36,13 (3,61)	35,62 (3,66)	1,61	0,206
Consecuencias del Estrés Laboral				
Agotamiento Emocional	17,47 (10,03)	16,53 (8,26)	0,81	0,369
Despersonalización	9,21 (4,26)	7,44 (4,34)	13,85	0,000
Realización Personal	40,48 (6,19)	40,10 (5,11)	3,46	0,556
Estrategias de Afrontamiento al Estrés Laboral				
Afrontamiento Compromiso	2,46 (0,41)	2,44 (0,45)	0,20	0,652
Afrontamiento Apoyo	2,19 (0,55)	2,06 (0,75)	3,98	0,047
Afrontamiento Falta Compromiso	0,82 (0,41)	0,75 (0,42)	2,32	0,129
Humor	1,55 (0,82)	1,80 (0,86)	7,20	0,008
Religión	0,70 (0,91)	0,83 (0,99)	1,52	0,218

Como se puede observar en dicha tabla, se encontraron diferencias significativas en función de la Profesión en Despersonalización, Afrontamiento de Apoyo y en Humor. En consecuencia, y comparando las medias en los anteriores Factores Psicosociales analizados, los sanitarios manifestaron sentirse más despersonalizados que los docentes y emplear en mayor medida un Afrontamiento de Apoyo que los mismos, a la hora de enfrentarse a las situaciones estresantes que se daban en su entorno laboral. Por el contrario, los docentes mostraron emplear en mayor medida el Humor que los sanitarios, en situaciones estresantes que se daban en su lugar de trabajo.

El tamaño del efecto de las anteriores diferencias encontradas en función de la Profesión de la muestra total se consideró en los tres casos como pequeño, tanto en cuanto a la Despersonalización (η parcial = 0,19), como en cuanto al Afrontamiento de Apoyo (η parcial = 0,14) y de Humor (η parcial = 0,11).

Respecto a las diferencias en las distintas escalas que componían cada aproximación al Bienestar percibido en la muestra total en función de su Profesión, en la *Tabla 4* se recogen las medias (con sus desviaciones típicas) y las F, con sus significación, correspondientes a los efectos principales obtenidos.

Como se puede observar en dicha tabla, se encontraron diferencias significativas en función de la Profesión en cuanto al Afecto Negativo y el Crecimiento Personal. Concretamente, los docentes manifestaron un mayor Afecto Negativo que los sanitarios, mientras que éstos manifestaron un mayor Crecimiento Personal que los docentes.

Asimismo, el tamaño del efecto de las anteriores diferencias encontradas en función de la Profesión de la muestra total se consideró como pequeño en los dos casos, tanto en cuanto al Afecto Negativo (η parcial = 0,13), como en cuanto al Crecimiento Personal (η parcial = 0,10).

Tabla 4

Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en función de la Profesión en la muestra de total (N=375)

	Sanitarios M (DT)	Docentes M (DT)	F _(1,374)	Sig.
Estado de Salud				
Componente Físico	52,86 (5,46)	52,53 (6,78)	0,25	0,620
Componente Mental	52,33 (7,59)	52,16 (7,26)	0,04	0,842
Bienestar Subjetivo				
Satisfacción con la Vida	26,59 (4,09)	26,10 (4,02)	1,19	0,275
Afecto Positivo	36,78 (5,76)	37,14 (4,98)	0,35	0,555
Afecto Negativo	16,08 (4,57)	17,44 (5,38)	6,42	0,012
Bienestar Psicológico				
Autoaceptación	20,71 (2,67)	20,59 (2,52)	0,18	0,675
Relaciones Positivas	26,30 (3,74)	25,73 (4,37)	1,74	0,188
Autonomía	28,32 (4,36)	27,99 (4,12)	0,48	0,487
Dominio del Entorno	25,28 (3,61)	25,12 (3,46)	0,17	0,682
Propósito en la Vida	26,06 (3,52)	25,48 (3,32)	2,30	0,131
Crecimiento Personal	21,65 (2,49)	21,08 (2,80)	3,92	0,048

2. Diferencias entre la muestra sanitaria y la docente en función del Sexo:

En primer lugar se procedió al análisis de las variables sociodemográficas consideradas en la presente investigación en función del Sexo de la muestra total (N=375). Para analizar las características de dicha muestra en cuanto a Profesión, Convivencia con otras personas e Hijos en función de la Profesión, se utilizó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) y para analizar las diferencias en Edad y Número de Años en la Profesión entre varones y mujeres (Sexo) se utilizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA).

Tabla 5

Datos descriptivos sobre Convivencia e Hijos en función del Sexo en la muestra total (N=375)

	Total N (%)	Varones N (%)	Mujeres N (%)	χ^2	Sig.
Profesión					
Sanitario	255 (68)	69 (59)	186 (72,1)	6,37	0,017
Docente	120 (32)	48 (41)	72 (27,9)		
Convivencia					
Solo/a	37 (9,9)	5 (4,3)	32 (12,4)	5,98	0,015
Acompañado/a	338 (90,1)	112 (95,7)	226 (87,6)		
Hijos					
Sin hijos	152 (40,5)	37 (31,6)	115 (44,6)	5,60	0,023
Con hijos	223 (59,5)	80 (68,4)	143 (55,4)		

Tal y como muestra la *Tabla 5*, se encontraron diferencias significativas en cuanto a Profesión [$\chi^2 = 6,37$; $p < 0,017$] (esta misma diferencia ya fue hallada en el anterior apartado), en cuanto a la Convivencia con otras personas [$\chi^2 = 5,98$; $p < 0,015$] y en cuanto a tener o no Hijos [$\chi^2 = 5,60$; $p < 0,023$] en función del Sexo de la muestra total. Es decir, los hombres y las mujeres de la muestra total se diferenciaron en función de si eran sanitarios o docentes, de si convivían con otras personas o no y de si tenían o no hijos.

A continuación se procedió a la estimación del tamaño del efecto de las diferencias encontradas, siguiendo el procedimiento de Leech y colaboradores (2005) e interpretando el resultado alcanzado según Cohen (1988), se obtuvieron en los tres casos tamaños del efecto pequeños en las diferencias en función del Sexo de la muestra total, tanto en cuanto a la Profesión (η parcial = 0,13), como en cuanto a la Convivencia con otras personas (η parcial = 0,15) y al tener o no Hijos (η parcial = 0,10).

En cuanto a las diferencias en Edad y Años en la Profesión en función del Sexo de la muestra total, los análisis de varianza de un factor realizados mostraron que hubo diferencias significativas en ambos casos, tanto en la Edad [$F_{(1,374)} = 22,04$; $p < 0,000$], como en los Años en la Profesión [$F_{(1,374)} = 17,55$; $p < 0,000$]. Es decir, los hombres de la muestra total eran más mayores y llevaban más años en sus profesiones que las mujeres.

En la *Tabla 6* se muestran los estadísticos descriptivos de las variables Edad y Años en la Profesión en función del Sexo.

Tabla 6
Datos descriptivos sobre Sexo, Edad y Años en la Profesión en función del Sexo en la muestra total (N=375)

	Varones M (DT)	Mujeres M (DT)	F_(1,374)	Sig.
Edad	41,29 (9,42)	36,53 (8,93)	22,04	0,000
Años Profesión	15,09 (7,72)	11,45 (7,83)	17,55	0,000

Asimismo, también se procedió a la estimación del tamaño del efecto de las anteriores diferencias encontradas, siguiendo el mismo procedimiento e interpretación empleados en el caso anterior. En ambos casos el tamaño del efecto se consideró como pequeño, tanto en cuanto a la Edad (η parcial = 0,24), como en cuanto a los Años en la Profesión (η parcial = 0,21).

En segundo lugar, se procedió al análisis de las diferencias en función del Sexo en las variables psicológicas consideradas en la presente investigación. Para ello se utilizó un ANOVA de un factor (Sexo).

En cuanto a la diferencias entre hombres y mujeres de la muestra total en los Factores Psicosociales analizados en la presente investigación, en la *Tabla 7* se recogen las medias (con sus desviaciones típicas) y las F, con su significación, correspondientes a los efectos principales obtenidos. Como en el apartado anterior, en el caso de las Categorías de Afrontamiento también se ha considerado la media de las puntuaciones en función del número de ítems incluidos en cada categoría propuesta.

Como se puede observar en dicha tabla, se encontraron diferencias significativas en función del Sexo en Resiliencia, Apoyo Social, Afrontamiento de Apoyo, Humor y Religión. En consecuencia, y comparando las medias en los anteriores Factores

Psicosociales analizados, las mujeres de la muestra total manifestaron percibir un mayor Apoyo Social que los hombres, y emplear en mayor medida un Afrontamiento de Apoyo y recurrir más a la Religión que los mismos, a la hora de enfrentarse a las situaciones estresantes que se daban en su entorno laboral. Por el contrario, los hombres de la muestra total mostraron ser más resilientes y adaptarse mejor a la adversidad que las mujeres y, además, emplear en mayor medida el Humor que las mismas, en situaciones estresantes que se daban en su lugar de trabajo.

Tabla 7

Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden los Factores Psicosociales analizados en función del Sexo en la muestra total (N=375)

	Varones M (DT)	Mujeres M (DT)	F_(1,374)	Sig.
Resiliencia	32,15 (4,54)	30,92 (4,05)	6,79	0,010
Apoyo Social	34,90 (3,73)	36,45 (3,49)	15,19	0,000
Consecuencias del Estrés Laboral				
Agotamiento Emocional	16,44 (8,66)	17,50 (9,86)	1,01	0,316
Despersonalización	8,57 (4,33)	8,67 (4,38)	0,44	0,834
Realización Personal	40,68 (5,38)	40,21 (6,07)	0,52	0,472
Estrategias de Afrontamiento al Estrés Laboral				
Afrontamiento Compromiso	2,50 (0,39)	2,44 (0,43)	1,78	0,183
Afrontamiento Apoyo	1,84 (0,34)	2,31 (0,53)	54,362	0,000
Afrontamiento Falta Compromiso	0,76 (0,44)	0,81 (0,40)	1,06	0,306
Humor	1,77 (0,86)	1,57 (0,82)	4,89	0,028
Religión	0,61 (0,87)	0,81 (0,96)	3,88	0,049

El tamaño del efecto de las anteriores diferencias encontradas en función del Sexo de la muestra total se consideró como pequeño en la mayoría de los casos, tanto en cuanto

a la Resiliencia (η parcial = 0,13), el Apoyo Social (η parcial = 0,20), el Humor (η parcial = 0,11) y la Religión (η parcial = 0,10). Sin embargo, en el caso del Afrontamiento de Apoyo, el tamaño del efecto de la diferencia encontrada en función del Sexo de la muestra total en cuanto al mismo se consideró como medio (η parcial = 0,37).

Respecto a las diferencias en las distintas escalas que componían cada aproximación al Bienestar percibido en la muestra total en función de su Sexo, en la *Tabla 8* se recogen las medias (con sus desviaciones típicas) y las F, con sus significación, correspondientes a los efectos principales obtenidos.

Tabla 8
Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas que miden las Dimensiones del Bienestar (como Estado de Salud, Subjetivo y Psicológico) en función del Sexo en la muestra de total (N=375)

	Varones M (DT)	Mujeres M (DT)	F _(1,374)	Sig.
Estado de Salud				
Componente Físico	52,88 (6,31)	52,70 (5,73)	0,08	0,784
Componente Mental	53,48 (6,34)	51,73 (7,89)	4,43	0,036
Bienestar Subjetivo				
Satisfacción con la Vida	26,45 (3,36)	26,43 (4,36)	0,01	0,953
Afecto Positivo	37,36 (5,37)	36,69 (5,58)	1,20	0,274
Afecto Negativo	16,74 (5,24)	16,41 (4,71)	0,37	0,546
Bienestar Psicológico				
Autoaceptación	20,57 (2,55)	20,72 (2,66)	0,26	0,613
Relaciones Positivas	25,09 (4,01)	26,58 (3,85)	11,71	0,001
Autonomía	28,22 (4,31)	28,21 (4,28)	0,01	0,985
Dominio del Entorno	24,91 (3,65)	25,37 (3,51)	1,31	0,253
Propósito en la Vida	25,88 (3,23)	25,88 (3,57)	0,01	0,991
Crecimiento Personal	21,21 (2,72)	21,59 (2,53)	1,76	0,185

Como se puede observar en dicha tabla, se encontraron diferencias significativas en función del Sexo en cuanto al Componente Mental y la Relaciones Positivas. Concretamente, los hombres de la muestra total se percibían a sí mismos como más saludables mentalmente que las mujeres, mientras que éstas manifestaron tener mayores relaciones positivas con otras personas que los hombres de la muestra total.

Asimismo, el tamaño del efecto de las anteriores diferencias encontradas en función del Sexo de la muestra total se consideró como pequeño en los dos casos, tanto en cuanto al Componente Mental (η parcial = 0,11), como en cuanto a las Relaciones Positivas (η parcial = 0,17).