



UNIVERSIDAD DE LEÓN

Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía

TESIS DOCTORAL

*Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido
de coherencia en estudiantes de enfermería: su
asociación con salud psicológica y estabilidad
emocional*

*M^a Elena Fernández Martínez
2009*



UNIVERSIDAD DE LEÓN

Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía

*Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido
de coherencia en estudiantes de enfermería: su
asociación con salud psicológica y estabilidad
emocional*

*Perceived stress, coping strategies and sense of coherence in
nursing students: Its relationship with psychological health
and emotional stability*

Tesis Doctoral
Presentada por M^a Elena Fernández Martínez
Dirigida por Dr. Dionisio Manga Rodríguez
León, 2009



Universidad de León

Departamento: Psicología, Sociología y Filosofía

Área: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

**INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS
(Art. 11.3 del R.D. 56/2005)**

El Dr. D. Dionisio Manga Rodríguez,

como Director de la Tesis Doctoral titulada *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*

y cuyo título en inglés es *Perceived stress, coping strategies and sense of coherence in nursing students: Its relationship with psychological health and emotional stability*

realizada por Doña M^a Elena Fernández Martínez en el Departamento de PSICOLOGÍA, SOCIOLOGÍA Y FILOSOFÍA, autorizo la presentación de la citada Tesis Doctoral, dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento al art. 11.3 del R.D. 56/2005,

en León a 15 de septiembre de 2009

El Director de la Tesis

Fdo: Dr. D. Dionisio Manga Rodríguez



Universidad de León

Departamento: Psicología, Sociología y Filosofía

Área: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

ADMISIÓN A TRÁMITE DEL DEPARTAMENTO
(Art. 11.3 del R.D. 56/2005 y Norma 7^a de las Complementarias de la ULE)

El Departamento de PSICOLOGÍA, SOCIOLOGÍA Y FILOSOFÍA en su reunión celebrada el día de septiembre de 2009 ha acordado dar su conformidad a la admisión a trámite de lectura de la Tesis Doctoral titulada:

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Dirigida por el Dr. D. Dionisio Manga Rodríguez

Elaborada por Doña M^a Elena Fernández Martínez,

y cuyo título en inglés es *Perceived stress, coping strategies and sense of coherence in nursing students: Its relationship with psychological health and emocional stability*

Lo que firmo, para dar cumplimiento al art. 11.3 del R.D. 56/2005, en León,
a 18 de septiembre de 2009.

V^o B^o

El Director del Departamento

La Secretaria del Departamento

Fdo. Dr. D. Dionisio Manga Rodríguez

Fdo. Dra. D^a Josefina Milagros Marbán
Pérez



Universidad de León

Departamento: Psicología, Sociología y Filosofía

Área: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

DEPÓSITO DE TESIS DOCTORAL

La licenciada Doña M^a Elena Fernández Martínez,

Una vez autorizada la presentación por el Director de la Tesis, Dr. D. Dionisio Manga Rodríguez, y tras la conformidad del Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía para el inicio de los trámites,

PROCEDE al Depósito de la misma en el Departamento y en la Comisión de Doctorado, así como al envío de un ejemplar a cada uno de los miembros del Tribunal nombrado al efecto para su aprobación y eventual defensa pública.

El título es: *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*

y cuyo título en inglés es: *Perceived stress, coping strategies and sense of coherence in nursing students: Its relationship with psychological health and emotional stability*

Realizada en el Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía por la Doctoranda Doña M^a Elena Fernández Martínez

En León, a 18 de septiembre de 2009

Fdo. Doña M^a Elena Fernández Martínez

Doctoranda

A Luis
A mis padres y hermanos

AGRADECIMIENTOS

Antes de comenzar a desarrollar este trabajo me gustaría dejar constancia en estas primeras líneas de mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible su realización.

Como no podía ser de otra forma, quiero dar las gracias en primer lugar a mis padres, Aquilino y Loli, a mi marido Luis y a mis hermanos, Andrés y Marta. Ellos son las personas más importantes de mi vida y de quienes, día tras día, recibo las mayores muestras de cariño y amor. Muchísimas gracias por hacerme feliz y por saber que siempre estáis ahí cuando os necesito. Agradecer a mis “nuevos padres” Luis y M^a Jesús y “nuevos hermanos” Álvaro, Fernando, Gonzalo y Vanesa la acogida y apoyo desde el primer momento. También dar las gracias al resto de la familia tanto propia como política porque realmente es un lujo teneros cerca.

Seguidamente quisiera dar las gracias de manera muy especial al Dr. Dionisio Manga Rodríguez, mi director en esta tesis, por su labor de guía, orientación y apoyo continuo desde el primer momento.

También quiero agradecer a mis compañeros de trabajo que me hayan facilitado en todo momento poder realizar este trabajo, agradecer su colaboración y buena disposición. En especial dar las gracias a M^a Paz, Cristina, Ana Vázquez, Ana López, Marián, José Manuel, Daniel, Flor, Fernando, M^a José, Arrate, Gloria, Marta, Ana Felicitas, Vicente, Mercedes, Bea, Raúl, Jesús, Leandro y Santi. Y, cómo no, agradecer a todos los estudiantes de Enfermería, Fisioterapia y Topografía que gracias a su participación anónima y desinteresada han hecho posible la realización de los estudios.

Volviendo al plano más personal, decir que, quizás, nada de esto hubiera sido posible si no hubiese tenido la compañía de mis amigos, tanto para los buenos momentos de ocio y diversión, como para otros más difíciles que nos ha tocado vivir. Por todo ello, muchas gracias a todos, desde los que están más cerca y tengo la suerte de verlos más a menudo como los que a pesar de estar más lejos, yo os siento cerca.

Finalmente a la Universidad de León y a la UNED por darme la oportunidad de realizar mis estudios, incluyendo aquí de modo especial a todos aquellos profesores y profesoras, compañeros y compañeras, que me han ayudado y continúan haciéndolo en mi formación.

Y por último, también quiero dedicar esta tesis a todos mis alumnos de ayer y de hoy, porque ellos son una de mis mayores alegrías de cada día y un gran estímulo para continuar mejorando.

PARTE TEÓRICA

0.- INTRODUCCIÓN 21

1.- ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO..... 25

 1.1.- Estrés..... 25

 1.1.1.- Definición 25

 1.1.2.- Modelos teóricos 29

 1.1.3.- Las fuentes de estrés..... 37

 1.2.- Afrontamiento 38

 1.2.1.- Definición 38

 1.2.2.- Modelos teóricos 40

 1.2.3.- Estrategias y recursos de afrontamiento..... 42

 1.2.4.- Medida 45

 1.3.- Variables disposicionales 50

 1.4.- Estrés y salud..... 52

 1.4.1.- Eutrés/Distrés 52

 1.4.2.- La activación biológica 54

 1.4.3.- Mantenimiento de la homeostasis 55

 1.4.4.- El estrés en los problemas de salud 60

 1.5.- Afrontamiento y salud..... 65

 1.6.- El estrés laboral..... 67

 1.6.1.- El síndrome de burnout..... 73

 1.6.2.- El cansancio emocional 77

 1.6.3.- Modelos teóricos 78

 1.6.4.- Variables personales 80

 1.6.5.- Variables predisponentes 83

 1.6.6.- El burnout y las profesiones de la salud..... 86

 1.6.7.- Medida 87

 1.6.8.- Burnout y salud..... 88

1.6.9.- Burnout en estudiantes universitarios.....	89
2.- SENTIDO DE COHERENCIA	99
2.1.- Antecedentes y definición.....	99
2.1.1.- El modelo salutogénico	100
2.1.2.- Definición	102
2.2.- Dimensiones	103
2.3.- Desarrollo	105
2.4.- Medida	108
2.5.- Sentido de coherencia y salud	110
2.5.1.- El sentido de coherencia y la estabilidad emocional	113
2.5.2.- El sentido de coherencia y el estrés	114
2.5.3.- El sentido de coherencia y estrés en estudiantes universitarios...	119
3.- ESTABILIDAD EMOCIONAL.....	121
3.1.- Introducción	121
3.2.- Definición	123
3.3.- Modelos teóricos	125
3.3.1.- El modelo de 16 factores de R. B. Cattell.....	126
3.3.2.- El modelo de los cinco grandes.....	127
3.3.3.- La teoría de la personalidad de H. J. Eysenck	128
3.4.- Personalidad y salud	135
3.4.1.- Personalidad, estrés y afrontamiento	138
 PARTE EMPÍRICA	
4.- OBJETIVOS	145
4.1.- Objetivo general.....	145
4.2.- Objetivos específicos	145

5.- METODOLOGÍA	149
5.1.- Descripción de la muestra.....	149
5.2.- Instrumentos de medida.....	151
5.2.1.- El Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13).....	151
5.2.2.- El Cuestionario de Estrés Percibido (CEP)	153
5.2.3.- La Escala de Cansancio Emocional (ECE)	156
5.2.4.- El Cuestionario de Afrontamiento (COPE-28).....	157
5.2.5.- El Cuestionario de Salud General (GHQ-28)	159
5.2.6.- El Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQ-R)	163
5.3.- Procedimiento.....	169
5.3.1.- Cronograma.....	169
5.4.- Método y análisis estadísticos.....	170
5.5.- Estudio test-retest.....	172
6.- RESULTADOS	175
6.1.- Propiedades psicométricas de los cuestionarios	175
6.1.1.- El Cuestionario de Sentido de Coherencia SOC-13	175
6.1.2.- El Cuestionario de Estrés Percibido	178
6.1.3.- La Escala de Cansancio Emocional	185
6.1.4.- El Cuestionario de Afrontamiento COPE.....	187
6.1.5.- El Cuestionario de Salud General	192
6.2.- Resultados globales.....	193
6.2.1.- El sentido de coherencia	193
6.2.2.- El estrés percibido	194
6.2.3.- El cansancio emocional, la satisfacción con los estudios y la autoestima	194
6.2.4.- La salud general.....	195
6.2.5.- Las estrategias de afrontamiento	196
6.2.6.- La personalidad.....	197
6.3.- Correlaciones.....	198

6.3.1.- Relaciones entre cansancio emocional, satisfacción con los estudios y autoestima	198
6.3.2.- Relaciones entre sentido de coherencia y salud psicológica.....	199
6.3.3.- Relaciones entre sentido de coherencia y medidas de estrés	200
6.3.4.- Relaciones entre medidas de estrés y salud psicológica	201
6.3.5.- Relaciones entre modos de afrontamiento y sentido de coherencia, nivel de estrés reciente y general, cansancio emocional, satisfacción con los estudios, autoestima, salud psicológica y personalidad	202
6.3.6.- Relaciones entre personalidad y resto de variables.....	207
6.4.- Comparaciones intragrupo	209
6.4.1.- Cuestionario de estrés percibido	209
6.5.- Comparaciones intergrupo	210
6.5.1.- Curso	210
6.5.2.- Campus.....	212
6.5.3.- Titulación	213
6.5.4.- Sexo	215
6.6.- Análisis de varianza.....	217
6.6.1.- Campus.....	217
6.6.2.- Curso	224
6.6.3.- Titulación	227
6.6.4.- Sexo	232
6.6.5.- Análisis multivariante.....	242
6.7.- Análisis de regresión	255
6.7.1.- Dimensiones de personalidad y medidas de estrés	255
6.7.2.- Dimensiones de personalidad y sentido de coherencia.....	259
6.7.3.- Dimensiones de personalidad y salud psicológica	260
6.7.4.- Salud general.....	264
6.8.- Análisis de conglomerados o clústers. Procedimiento centrado en las personas.....	266
6.8.1.- Selección de tres conglomerados o clústers	266

6.8.2.- Selección de cuatro conglomerados o clúters	281
7.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	299
7.1.- Discusión.....	299
7.1.1.- Sobre los resultados globales	299
7.1.2.- Sobre los instrumentos de medida	301
7.1.3.- Sobre la salud psicológica y el estrés	304
7.1.4.- Sobre la salud psicológica y el afrontamiento.....	306
7.1.5.- Sobre la salud psicológica y el sentido de coherencia.....	307
7.1.6.- Sobre el estrés y la estabilidad emocional.....	308
7.1.7.- Sobre el afrontamiento y la estabilidad emocional	308
7.1.8.- Sobre el sentido de coherencia y la estabilidad emocional....	310
7.1.9.- Sobre la salud y la estabilidad emocional.....	310
7.1.10.- Sobre las dimensiones de personalidad.....	311
7.1.11.- Sobre el estrés, el afrontamiento y el sentido de coherencia	313
7.1.12.- Sobre la autoestima, el cansancio emocional y el afrontamiento	315
7.1.13.- Sobre las diferencias de género	316
7.1.14.- Prospectiva	318
7.2.- Conclusiones	319
8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	325
9.- ANEXOS	385
Anexo I. Instrumentos de medida	387
Anexo II. Tablas de fiabilidad de instrumentos	395
Anexo III. Tabla de datos descriptivos.....	405
Anexo IV. Tablas de correlaciones.....	407
Anexo V. Tablas de prueba t.....	411
Anexo VI. Tablas de ANOVA	467

INTRODUCCIÓN

0

El trabajo que a continuación se expone surge a partir de una preocupación por la salud de los alumnos universitarios, en especial los de enfermería por estar más cercanos en mi trabajo diario, y pretende ser una pequeña contribución a la ampliación del conocimiento en determinados aspectos relacionados con la misma como son el estrés, el afrontamiento, la estabilidad emocional y el sentido de coherencia. Aspectos que deben tenerse en cuenta si queremos realizar un proceso de aprendizaje-enseñanza con calidad.

Para el desarrollo de este trabajo, en un primer capítulo se recoge el marco teórico general sobre estrés y afrontamiento necesario para fundamentar el estudio posterior, basado en una amplia revisión de material bibliográfico, donde se explican los aspectos esenciales de estas variables objeto de investigación, profundizando en el cansancio emocional como tipo específico de estrés en los alumnos universitarios, en el cual se puede ver como este malestar psicológico afecta no solo a la población activa laboralmente.

A continuación se incluye un segundo capítulo donde se lleva a cabo una revisión de la bibliografía sobre el sentido de coherencia, este reciente constructo psicológico que ha despertado gran interés a nivel de la comunidad científica internacional, con la finalidad de analizar los resultados que los distintos autores han alcanzado en sus investigaciones sobre este tema y sus

relaciones e implicaciones en la salud, la estabilidad emocional, el estrés y el afrontamiento.

En el tercer capítulo se realiza un análisis de la estabilidad emocional como dimensión de personalidad, tomando como marco el modelo PEN de Eysenck.

El capítulo cuarto recoge los objetivos de investigación planteados en la dirección de establecer las relaciones que existen entre las distintas variables a estudio. Objetivos que se pretenden conseguir mediante la aplicación del método científico recogido en el capítulo cinco.

Los dos capítulos siguientes ofrecen los resultados y la discusión y conclusiones, respectivamente, obtenidos después de realizar los pertinentes análisis estadísticos.

Finalmente se recogen las referencias bibliográficas citadas en los capítulos anteriores y se incluye un último apartado con los anexos nombrados a lo largo del trabajo con la finalidad de aclarar determinados aspectos.

La razón principal para elegir este tema es la necesidad de conocer más sobre cómo los estudiantes universitarios viven este periodo de su vida, cuáles son algunos de los obstáculos que se pueden encontrar en esta etapa decisiva para su vida adulta y posteriormente, una vez conocidos estos, encontrar formas de facilitar el aprendizaje de estilos de vida y estrategias de afrontamiento saludables para su vida posterior.

PARTE TEÓRICA

ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

1

1.1.- ESTRÉS

La existencia del estrés data del surgimiento mismo de la humanidad. En el hombre primitivo se presentaba en dos alternativas, luchar o huir, cualquiera de estas dos le permitía liberar la energía para responder al peligro.

El término estrés se ha convertido en un vocablo habitual de nuestra sociedad actual. El estrés es un fenómeno cada vez más importante en la sociedad moderna y prácticamente en todos los grupos poblacionales se está produciendo un aumento del estrés. Una mala adecuación entre las capacidades personales y las demandas genera insatisfacción y sentimientos de estrés.

1.1.1.- DEFINICIÓN

El estrés constituye una de las experiencias vitales más comunes y conocidas, sin embargo, es un término difícil de definir. Es un concepto complejo, extremadamente vigente e interesante, del cual no existe consenso en su definición. La palabra estrés, significa cosas distintas para diferentes personas. Son muchas las menciones que hoy en día se hacen a este término y a sus consecuencias sobre la conducta del individuo, e igualmente son muchos los autores que lo definen y lo intentan cuantificar.

Desde que Selye (Selye, 1973) introdujera el concepto de estrés en el ámbito de la salud, para este autor era la causa común de muchas

enfermedades, este término ha sido muy utilizado tanto por los profesionales de ciencias de la salud como de otros ámbitos, así como también en el lenguaje coloquial. Sin embargo aún existe una gran controversia sobre su definición. Las distintas definiciones se han clasificado en función de la conceptualización del estrés como estímulo, respuesta, percepción o transacción.

En general, el estrés ha sido conceptualizado de tres maneras:

1.- Como un conjunto de estímulos (Cannon, 1932; Holmes y Rahe, 1967). Existen ciertas condiciones ambientales que nos producen sentimientos de tensión y/o se perciben como amenazantes o peligrosas. Se denominan estresores. Así pues, el estrés se define como una característica del ambiente (estímulo), hablándose de estrés laboral, estrés de los estudios,... Esta idea de estrés como estimulación nociva que recibe un organismo se relaciona fácilmente con la enfermedad, la salud y el bienestar. Tiene la ventaja de la medida objetiva de ese estrés y en este caso el estrés se considera variable independiente.

2.- Como una respuesta. Este enfoque se centra en cómo reaccionan las personas ante los estresores (Selye, 1960). Esta respuesta se entiende como un estado de tensión que tiene dos componentes: el psicológico (conducta, pensamientos y emociones emitidos por el sujeto) y el fisiológico (elevación del aurosal o activación corporal). En este caso el estrés actúa como variable dependiente.

3.- Como un proceso que incorpora tanto los estresores como las respuestas a los mismos y además añade la interacción entre la persona y el ambiente (Lazarus y Folkman, 1986). Esta transacción supone una influencia recíproca entre la persona y el medio. El determinante crítico del estrés es cómo la persona percibe y responde a diferentes acontecimientos.

Aunque Hans Selye sentó las bases del concepto de estrés en el campo de la salud, las primeras aplicaciones del término a este campo tienen como antecedentes el concepto de equilibrio o constancia del medio interno corporal,

propuesto por Claude Bernard en 1867 (Bernard, 1959), como esencial para el mantenimiento de una vida saludable, y la noción de homeostasis, que desarrolló Cannon (1932), para denotar la vuelta constante al estado ideal de equilibrio de un organismo después de ser alterado por las demandas del medio. Por lo tanto, un organismo se hace más vulnerable a las enfermedades cuando su equilibrio se altera y, sobre todo, cuando permanece crónicamente alterado. Para Cannon la homeostasis constituye el conjunto coordinado de procesos fisiológicos encargados de regular las influencias del medio externo y las respuestas correspondientes del organismo. En este contexto el estrés se entiende como un estímulo o factor del medio que exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos.

Hans Selye (1960), el médico que dirigió las primeras investigaciones sobre los efectos del estrés en el cuerpo, definió el estrés como "el estado que se manifiesta por un síndrome específico consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico pero sin una causa particular", "una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda realizada sobre él". Es un proceso psicofisiológico desencadenado por una situación de demanda. Aunque los factores estresantes varían, desencadenan la misma respuesta biológica. Estrés no es sinónimo de sufrimiento, ni de ansiedad, ni de tensión, ni de algo que debe evitarse a toda costa.

Es inespecífica porque ocurre en forma similar ante estímulos muy diversos. El estímulo percibido puede ser agradable o desagradable. Así las continuas necesidades de ajuste interno y externo para la supervivencia, movilizan nuestros recursos físicos y mentales mediante esa respuesta general que es el estrés. El estrés no era para Selye una demanda ambiental, a la cual llamó estímulo agresor o estresor, sino un conjunto de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a esa demanda. Su modelo es el prototipo de las teorías basadas en la respuesta.

La mayoría de las personas asocian el estrés con experiencias desagradables e incómodas, sin embargo, el estrés, en sí mismo, no es destructivo. El estrés se genera cuando respondemos a un nivel inapropiado de presión. Una presión excesiva puede causar tanto estrés como una presión demasiado baja, por lo que cierto grado de presión es realmente bueno para los individuos. La situación ideal se produce cuando podemos responder de manera apropiada a la presión y a sus exigencias. Cuando la exigencia se mueve por encima o por debajo del nivel de presión adecuado para cada persona, el equilibrio comienza a alterarse, y es entonces cuando experimentamos lo que llamamos estrés: la tensión entre la presión que percibimos y nuestra capacidad para hacerle frente. El estrés surge ante una situación en la que hay un desequilibrio o una discrepancia significativa entre las demandas externas o internas sobre una persona y los recursos adaptativos de la misma.

La definición de estrés de Lazarus y Folkman (1986) va en este sentido "el estrés psicológico es el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar", se centran en la relación entre la persona y su entorno, y en la apreciación por parte de la persona de que su entorno le exige demasiado o sobrepasa sus recursos y es perjudicial para su bienestar. Por lo tanto, la forma en que la persona aprecia la situación determina que sea percibida como estresante. Hay que tener en cuenta que las diferencias individuales juegan un papel significativo en los procesos de estrés. Los factores individuales tales como características predisponentes, motivaciones, actitudes y experiencias determinan cómo las personas perciben y valoran las demandas; esta evaluación influye sobre los estilos de afrontamiento, las respuestas emocionales y a largo plazo en los resultados de salud.

Cuando nos sentimos bajo presión, todo nuestro sistema responde a la situación, y cada parte del mismo puede mostrar una reacción. Cada persona

responde de una manera diferente dependiendo de nuestra personalidad, porque el estado de estrés no es un fenómeno estático sino el producto de una apreciación que puede cambiar a medida que el sujeto también va cambiando y recurre a estrategias distintas.

El que se dispare la respuesta de estrés depende principalmente de aspectos perceptivos. La activación fisiológica desencadenada por la evaluación que el sujeto hace de la situación y de sus habilidades para hacerle frente (evaluación primaria y secundaria) (Lazarus y Folkman, 1984) pone de relieve, una vez más, la importancia de los aspectos cognitivos como determinantes de la respuesta de estrés (Labrador, 1992). La evaluación cognitiva es mediadora entre los estímulos y las reacciones de estrés. Según Sarafino (1999) estrés es el estado que aparece cuando las transacciones persona-ambiente dan lugar a que el individuo perciba una discrepancia entre las demandas del ambiente y los recursos de la persona. El estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos disponibles del sujeto, pudiendo ser definido como el proceso que se genera ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo a las cuales debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando esta demanda es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen se va a desarrollar una serie de reacciones adaptativas de movilización de recursos que implican activación fisiológica.

1.1.2.- MODELOS TEÓRICOS

1.1.2.1.- La teoría de Cannon

Es un modelo fisiológico del estrés. El fisiólogo Walter Cannon comenzó la investigación sobre el estrés a principios del siglo pasado (1929). La homeostasis es la capacidad que tiene todo organismo para mantener constante un equilibrio interno. En sus estudios sobre el proceso fisiológico implicado en el mantenimiento de la homeostasis corporal, Cannon observó la

respuesta de ataque-huida, respuestas automáticas que emiten los organismos en defensa de estímulos amenazantes externos o internos, la cual conlleva una serie de sucesos que activan el sistema nervioso simpático y el sistema endocrino. Como consecuencia ocurre una elevación en los niveles de adrenalina y noradrenalina en la sangre, junto a un incremento de la tasa cardiaca, la presión sanguínea, el azúcar en sangre, la tasa respiratoria y el movimiento de la sangre desde la piel hacia los músculos.

1.1.2.2.- La teoría de Selye: el Síndrome General de Adaptación (SGA). (Selye 1960, 1973, 1982)

El SGA es la forma en que un organismo se moviliza a sí mismo cuando se enfrenta a un estresor, que es cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés, puede ser no solamente un estímulo físico, sino también psicológico, cognitivo o emocional. Se considera al estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción que se denomina SGA. Sea cual sea la causa, el individuo responde con el mismo patrón de reacciones, es decir, la respuesta es inespecífica a la situación pero específica en sus manifestaciones. Para afrontar cualquier aumento de las demandas realizadas sobre él, el organismo responde de forma estereotipada, que implica una activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo.

Este proceso ocurre en tres fases:

1.- Fase de alarma. El sujeto se enfrenta a la situación estresante. El organismo está en presencia de un estímulo, se halla en estado de alerta (aumenta la frecuencia y la intensidad cardiaca, aumenta la tensión arterial, se altera el ritmo y la frecuencia de la respiración) y se coloca en situación de huida o ataque para restablecer el equilibrio interno. Constituye el aviso claro de la presencia repentina de agentes estresores a los que el organismo no se está adaptando. No tiene lugar de manera rápida, sino paulatinamente. Esta

fase tiene dos etapas: choque y contrachoque. En la etapa de choque las reacciones fisiológicas son las primeras que aparecen para advertir al afectado que ha de ponerse en guardia, es la reacción inicial e inmediata al agente nocivo. Aparece taquicardia, pérdida del tono muscular y disminución de la temperatura y la presión sanguínea. La fase de contrachoque se caracteriza por la movilización de las defensas. Aparecen signos opuestos a los de la fase de choque e hiperactividad de la corteza suprarrenal. Muchas enfermedades asociadas al estrés agudo corresponden a esta fase de reacción de alarma (Sandín, 1995). Esta respuesta de alarma, como respuesta a una situación de emergencia, a corto plazo es adaptativa; pero muchas situaciones implican una exposición prolongada al estrés que no requiere una acción física.

2.- Fase de resistencia. Si el estímulo persiste, las reacciones surgidas en la fase anterior se mantienen, pero disminuye su intensidad y el individuo intenta restablecer el equilibrio, apartándose o adaptándose al estímulo estresante. En esta fase desaparecen la mayoría de los cambios fisiológicos y bioquímicos presentes durante la reacción de alarma, se observan signos de anabolismo, mientras que en la de alarma se observan procesos catabólicos (Sandín, 1995). El resultado de una resistencia prolongada al estrés es la aparición de una serie de enfermedades como las úlceras pépticas, las colitis ulcerosas, el asma bronquial, etc. Además, la resistencia al estrés, produce cambios en el sistema inmunológico que favorecen la aparición de infecciones. Cuando la capacidad de resistencia disminuye y se agota, el organismo entra en la siguiente fase.

3.- Fase de agotamiento. Intentará utilizar todos los medios de los que dispone para combatir los estímulos estresantes, pero si el organismo no es capaz de adaptarse y el estresor es suficientemente prolongado y severo llegará el agotamiento y reaparecen los síntomas característicos de la fase de alarma y la vida del organismo estará amenazada.



Figura 1.1. Síndrome General de Adaptación (Selye, 1982).

El modelo de Selye resulta intuitivo y atractivo, pero ha recibido las siguientes críticas: el concepto de inespecificidad, ya que existen evidencias de que estresores particulares pueden producir diferentes patrones de respuestas o cambios específicos en el funcionamiento neurofisiológico (Mason, 1971) y la poca relevancia que concede a los aspectos psicológicos, cuando la investigación demuestra que la evaluación de los acontecimientos es crucial en la determinación del estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

1.1.2.3.- El estrés como estímulo

Este grupo de modelos interpretan y entienden el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, asumiendo que estos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo. El estrés se localiza fuera del individuo, a la persona le corresponde el efecto producido por el estrés.

El grupo de T. H. Holmes (1967), ha desarrollado un modelo que se conoce como enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los acontecimientos vitales. Este modelo se encuadra dentro de las teorías de la especificidad estimular. Consideran al estrés como una variable independiente definida como carga o demanda que se produce sobre el organismo produciendo un malestar, es una fuerza externa o situaciones a las que son expuestos los individuos que,

al sobrepasar ciertos límites de tolerancia por parte de éstos, le harían experimentar estrés. Los sucesos vitales son experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades cotidianas del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta. El procedimiento de construcción de los instrumentos de medida pretende ofrecer una estimación objetiva de los estresores-sucesos sobre el estado de salud del sujeto.

Más recientemente (Lazarus y Folkman, 1987, 1989) se ha estudiado el impacto de los sucesos cotidianos sobre el bienestar del individuo, son sucesos de menor impacto pero mucho más frecuentes y más cercanos al individuo, caracterizan la vida cotidiana y poseen mayor significado para la salud que los sucesos vitales.

En estudios posteriores (Chorot y Sandín, 1994) se ha comprobado que las molestias diarias y las dificultades crónicas pueden ser tan estresantes como los acontecimientos vitales mayores, además pueden ejercer un gran impacto sobre el bienestar físico y psicológico.

Un inconveniente de estos enfoques es la delimitación de las situaciones que pueden ser consideradas estresantes, ya que una situación puede ser muy estresante para una persona, pero poco o nada para otra. La propuesta del modelo de estrés de la perturbación de la identidad nos indica que cuanto más cambia un suceso el modo en el que una persona piensa y siente sobre sí misma, mayor riesgo tiene de desarrollar una enfermedad. Por lo que los efectos adversos de los sucesos vitales estresantes sobre la salud se limitan a los individuos que tienden a pensar de sí mismos en términos negativos (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993).

1.1.2.4.- El estrés como proceso

Según Richard Lazarus y su grupo (Lazarus y Folkman, 1986), el estrés puede ser comprendido en términos de las interpretaciones cognitivas que la

persona hace sobre la capacidad estresora de los eventos. "Si bien ciertas presiones y demandas ambientales producen estrés en un número considerable de personas, las diferencias individuales en cuanto a grado y clase de respuesta, son siempre manifiestas" (Lazarus, 1966). La relevancia de los factores psicológicos, especialmente cognitivos, que median entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés fue incorporada por la teoría de Lazarus y Folkman (1984, 1993).

El estrés fue concebido por estos autores como el resultado de que el individuo evalúe el entorno como amenazante o desbordante de sus recursos poniéndose en este caso en peligro su bienestar.

La idea central de la perspectiva interaccional, transaccional, o también denominada aproximación mediacional cognitiva (Sandín, 1995), se focaliza en el concepto de evaluación. La evaluación cognitiva es un proceso mental universal mediante el cual el sujeto valora constantemente la significación de lo que está ocurriendo y lo relaciona con su bienestar personal y con los recursos disponibles para responder a la situación. No es el agente estresor lo que define el estrés, sino la percepción que realiza el individuo de la situación estresante.

Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres tipos de evaluación:

- Primaria. En la que la persona valora el significado de lo que está ocurriendo. El resultado de esta evaluación es que la situación sea considerada como: irrelevante, positiva-beneficiosa o estresante. En este último caso se admiten tres modalidades: amenaza (anticipación de un daño o pérdida que parece inmediato, aún no ha ocurrido), daño-pérdida (el individuo recibe un perjuicio real, ya se ha producido daño y lo puede volver a sufrir) y desafío (el individuo valora la situación como un reto, ve la amenaza pero considera que es capaz de superarla si emplea adecuadamente sus recursos, se interpreta como la posibilidad de aprender o ganar). La amenaza y el desafío son evaluaciones anticipatorias.

- Secundaria. Se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. Implica una búsqueda cognitiva de las opciones de afrontamiento disponibles y un pronóstico de si cada opción tendrá o no tendrá éxito a la hora de abordar el estresor. El estrés va a depender sustancialmente de cómo el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento. Los recursos incluyen las propias habilidades de afrontamiento (coping) y el apoyo social y material. Con la evaluación secundaria la persona toma conciencia de las discrepancias que existen entre sus estrategias, habilidades y capacidades personales de afrontamiento y las estrategias, habilidades y capacidades que exige la situación. Cuanto mayor sea la discrepancia, mayor será el malestar y la ansiedad. Cuando las personas consideran que son capaces de hacer algo para manejar la situación y creen que van a tener éxito, se reduce el estrés (Brannon y Feist, 2001). La autoeficacia es una variable clave en el proceso de evaluación como mediador entre las estructuras cognitivas y el resultado de la situación estresante (Karademas y Kalatzi-Azizi, 2004).

- Reevaluación. Implica procesos de retroalimentación o feedback que se desarrollan durante la interacción del individuo con las demandas externas o internas y hacen que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas durante el proceso mismo de afrontamiento. La reevaluación se refiere por tanto al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de la nueva información recibida del entorno y es debida a que las apreciaciones cambian constantemente a medida que se dispone de nueva información.

En la actualidad, el grupo de Lazarus asimila estrés a emoción y el objetivo que persigue es mostrar que el estrés o la emoción es el mediador de las relaciones entre la personalidad y la enfermedad (Lazarus, 1990, p. 97).

Cuando un organismo se enfrenta a una novedad, a una amenaza o a un desafío, agudiza sus sentidos, escruta el entorno en estado de alerta o vigilancia, y su amígdala empieza a descifrar el significado emocional de los estímulos sensoriales. A la vez el hipocampo refiere la información sobre el

entorno a la memoria espacial disponible a partir de experiencias previas, y como resultado del procesamiento de ambos tipos de información, la corteza límbica establece una cognición. Las cogniciones son adaptativas o desadaptativas dependiendo de la atribución que hace el sujeto en cuanto a sus posibilidades de controlar la situación.

Las cogniciones de control tienen la propiedad de reducir el estado de alerta y de vigilancia y permiten que los parámetros fisiológicos vuelvan a sus valores basales. Las cogniciones de no control incrementan la activación biológica y conducen al organismo al estrés.

Se distinguen los siguientes tipos de cogniciones:

1.- Cognición de control, resulta de la apreciación de que la situación es manejable con los propios recursos.

2.- Cognición de amenaza, que implica la puesta en marcha de estrategias de lucha, acción y defensa, accesibles a las posibilidades adaptativas del sujeto.

3.- Cognición de indefensión o derrota, que parte de la apreciación de que la situación es incontrolable y no hay nada que hacer.

Cada cognición pone en marcha circuitos nerviosos centrales específicos, que suscitan patrones neuroendocrinos distintos (a partir de conexiones córtico-hipotalámico-hipofisarias) y respuestas inmunitarias diferentes.

La cognición de indefensión condena al organismo a un estado de alarma y de vigilancia que puede ser paliado mediante estrategias de afrontamiento.

En general, ante un cambio de situación externa que nos afecte (presión) se desarrolla una reacción orgánica (tensión). Así cuando cualquier estímulo exterior supone un factor de desequilibrio que trastorne la estabilidad de nuestro medio interno, se produce un estado de alerta, de preparación para controlar este cambio de situación. A este estado se denomina respuesta al estrés. Esta reacción consiste en un aumento de la activación fisiológica y psicológica y constituye un mecanismo para preparar el organismo para una

intensa actividad motora, un procesamiento más rápido y potente de la información disponible y una mejor selección de las conductas adecuadas para hacer frente a las demandas de la situación.

Al igual que la evaluación, el afrontamiento es el otro concepto central de esta teoría, considerándose como la suma de cogniciones y conductas que una persona emplea con el fin de valorar los estresores, reducir su cualidad estresora y modificar el arousal emocional que acompaña a la experiencia del estrés.

1.1.3.- LAS FUENTES DE ESTRÉS

Las experiencias estresoras que viven los sujetos provienen de tres fuentes básicas: el entorno, el propio cuerpo y los propios pensamientos.

Los agentes estresores pueden proceder del medio ambiente natural. Así, el entorno bombardea al sujeto constantemente con demandas de adaptación, como el ruido, las aglomeraciones, las relaciones interpersonales o los horarios rígidos.

La segunda fuente de estrés se relaciona con el propio cuerpo, es fisiológica, como los cambios que suceden en las distintas etapas del ciclo vital, la enfermedad o los accidentes. Las amenazas que provienen del ambiente también nos producen en nuestro cuerpo unos cambios que son estresantes por sí mismos. Así, nuestra forma de reaccionar ante los problemas, las demandas y los peligros viene determinada todavía por una actitud innata de "lucha o huida" heredada de nuestros antecesores más primitivos. Ellos, a través de un proceso de selección natural, fueron transmitiendo todas aquellas características físicas que pudieran representar, en un mundo competitivo y hostil, una ventaja sobre sus enemigos. Como resultado de este proceso, poseemos dentro de nuestro entramado bioquímico la tendencia innata a prepararnos para luchar o para huir siempre que nos sintamos amenazados.

Cada vez que se emite una respuesta de este tipo, tienen lugar en nuestro organismo los siguientes cambios: cuando los estímulos son interpretados como amenazantes, los centros de regulación dan al organismo la información que le conducirá a enfrentarse o a escapar de la amenaza. Este proceso se traduce en una serie de cambios físicos observables como que las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza, los músculos se tensan para responder al desafío, la sangre es bombeada hacia el cerebro para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer así los procesos mentales que están ocurriendo, las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan o que la sangre se desvía preferentemente hacia la cabeza y el tronco quedando las extremidades frías y sudorosas. Si no se libera al organismo de estos cambios ocurridos durante la fase de reconocimiento y consideración de la amenaza, se entra en un estado de estrés crónico. Cuando uno se siente estresado y se añade aún más estrés, los centros reguladores del cerebro tienden a hiperreaccionar. Los efectos negativos de una situación de estrés reiterada pueden afectar a diferentes áreas de los individuos.

La tercera fuente de estrés proviene de nuestros propios pensamientos. El modo de interpretar y catalogar nuestras experiencias y el modo de ver el futuro pueden servir tanto para relajarnos como para estresarnos.

1.2.- AFRONTAMIENTO

1.2.1.- DEFINICIÓN

Los modelos dinámicos de estrés asumen que la respuesta de estrés es fruto de una continua interacción entre el sujeto y su medio, de tal manera que la situación será percibida o valorada como estresante o no por el individuo, con independencia de las características objetivas del suceso. Por lo que se considera al afrontamiento como un proceso con determinaciones múltiples, que incluye tanto aspectos situacionales como predisposiciones personales (Carver y Scheider, 1994; Folkman y Moskowitz, 2003; Labrador, 1992;

Labrador y Crespo, 1993; Pelechano et al., 1993; Sandín, 1995). Son muchas las situaciones estresantes y muchas las formas de afrontarlas. Ante fuentes similares de estrés, unas personas se ponen en alerta y vigilantes, mientras que otras intentan negar la situación, distraerse u olvidar, o por el contrario actúan de forma directa y activa para cambiar la situación, o tratan de aceptarla con resignación. Lazarus (2000) sostiene que lo que hace la persona como afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta y del tipo de persona de que se trata, y por lo tanto, el afrontamiento debe ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación y, por su parte, la persona tiene que aprender cómo ajustarse a la nueva situación.

El afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984) es un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que se definen como modos de afrontamiento que median la experiencia de estrés y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo. Es un conjunto de acciones encubiertas o manifiestas que el sujeto pone en marcha para contrarrestar los efectos de las situaciones que valora como amenazantes y mediante las cuales trata de restablecer el equilibrio roto en la transacción persona-ambiente. Son los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés.

Brannon y Feist (2001) señalan tres aspectos a considerar, primero, se trata de un proceso que cambia dependiendo de si el sujeto ha experimentado resultados exitosos o no cuando se enfrentó a una situación estresante; segundo, no sólo es una respuesta automática o fisiológica, si no también aprendida por la experiencia; y tercero, requiere de un esfuerzo para manejar la situación y restablecer la homeostasis o adaptarse a la situación.

Para la conceptualización de afrontamiento, resulta importante considerar tres conceptos claves: (a) no necesita ser una conducta llevada a cabo completamente, sino que también puede considerarse como afrontamiento al intento o esfuerzo realizado; (b) este esfuerzo no necesita ser expresado en

conductas visibles, sino que también puede consistir en cogniciones; y (c) la valoración cognitiva de la situación como desafiante o amenazante es un prerrequisito para iniciar los intentos de afrontamiento.

1.2.2.- MODELOS TEÓRICOS

Se han desarrollado dos enfoques teórica y metodológicamente distintos sobre el afrontamiento.

Uno de ellos se basa en la noción de afrontamiento como un estilo personal de hacer frente a distintas situaciones estresantes. Los estilos de afrontamiento se refieren a disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes.

Dentro de este enfoque se encuentran los modelos de:

- Estilos represor/sensibilizador de Byrne (1964). El primero tiende a la negación y evitación, mientras que el segundo es más vigilante y expansivo. Se trata de un constructo unidimensional del afrontamiento con dos polos.
- Estilos cognitivos incrementador (monitoring)/atenuador (blunting) de Miller (1987). Este modelo se basa en el modo en que los individuos procesan cognitivamente la información de amenaza. El término monitoring indica el grado con que un individuo está alerta y sensibilizado con respecto a la información relacionada con la amenaza, blunting se refiere al grado con que la persona evita o transforma cognitivamente la información de la amenaza.
- Modo vigilante-rígido / modo evitador-rígido / modo flexible / modo inconsistente de Kohlmann (1993). El modo vigilante rígido se podría asimilar al sensibilizador de Byrne, el modo evitador rígido al represor de este mismo autor, el modo flexible se refiere a personas no defensivas que hacen un uso flexible de estrategias relacionadas con la

situación y el modo inconsistente se refiere al que presentan las personas ansiosas, es un afrontamiento ineficaz.

Un enfoque alternativo es el propuesto por el grupo de Lazarus (1966, 1984, 1993) que lo conceptualiza como un proceso. El modelo procesual considera que el afrontamiento es independiente de los resultados, es decir, puede ser adaptativo o no, dependiente del contexto y de la evaluación de lo que puede hacerse o no para cambiar la situación.

Desde el modelo de Lazarus y Folkman de afrontamiento del estrés (Lazarus, 1966, 1993; Lazarus y Folkman, 1984) el afrontamiento se conceptualiza como aquellos esfuerzos cognitivo y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, así como el estado emocional desagradable vinculado a él.

Siguiendo esta definición podemos decir que:

1.- El afrontamiento es considerado como un proceso que cambia a medida que los propios esfuerzos son valorados como exitosos o no, aunque los individuos utilizan predominantemente modos de afrontamiento más o menos estables para abordar el problema (Lazarus, 1993).

2.- El afrontamiento no es automático, es un patrón de respuesta susceptible de ser aprendido.

3.- Requiere esfuerzo dirigido a manejar la situación o a adaptarse a ella.

Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis (1986) proponen la existencia de dos procesos, evaluación cognitiva y afrontamiento, como mediadores de la interacción constante individuo-ambiente, que resulta difícil separar.

La evaluación se realiza en dos fases, primaria y secundaria. La evaluación primaria hace referencia al proceso de evaluación de la situación y del impacto del evento estresante para la persona, es decir, el grado de importancia de la

situación que la persona percibe. Si el resultado de esta evaluación es el conceptualizarla como daño, amenaza y/o desafío, la situación podrá catalogarse como estresante y da lugar a que la persona elabore inmediatamente una respuesta potencial de afrontamiento, conllevando efectos emocionales (Chang, 1998; Zohar y Brandt, 2002; Zohar y Dayan, 1999).

En la evaluación secundaria se analizan las disponibilidades del sujeto, se valoran las habilidades personales de afrontamiento y la persona percibe los recursos que tiene para resolver la situación de manera efectiva. Una vez valoradas la situación y los recursos personales se pasa a generar las estrategias de afrontamiento que puedan resolver el problema y/o controlar las emociones (Lazarus y Folkman, 1984). Es por ello que las estrategias de afrontamiento tienen un papel determinante, ya que influyen sobre la valoración que el sujeto hace de la situación y sobre la respuesta de estrés, siendo mediadoras y determinantes de la misma. El afrontamiento y la evaluación cognitiva son interdependientes. Estos autores afirman que la mayoría de las personas emplean todas las formas de afrontamiento, que el patrón básico de afrontamiento cambia de un estadio de desarrollo a otro y que algunas formas de afrontamiento son más estables que otras.

El tercer subproceso implicado en el proceso de afrontamiento son las respuestas específicas de afrontamiento, es decir, la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento.

1.2.3.- ESTRATEGIAS Y RECURSOS DE AFRONTAMIENTO

Existe diferencia entre los modos o estrategias de afrontamiento y los recursos de afrontamiento (Morán, 2005a). Los primeros son lo que las personas hacen como reacción a un estresor específico que ocurre en un contexto concreto, son las conductas que tienen lugar tras la aparición del estresor, son las formas de hacer uso de los recursos de afrontamiento, son las distintas maneras en que se utilizan los recursos disponibles para hacer frente a

las demandas estresantes. Por el contrario, los recursos de afrontamiento actúan como posibilidades de reacción que el sujeto pone o no en funcionamiento, actúan como un factor amortiguador porque afectan a la interpretación de los acontecimientos o a la respuesta a ellos (McCrae y Costa, 1986), actúan como precursores de la conducta, son características que capacitan a los individuos para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas o síntomas menos intensos en la exposición al estresor, o recuperarse más rápidamente de esa exposición, son los medios materiales (dinero, seguros médicos, etc.) y no materiales (características de personalidad, relaciones sociales, etc.). También se pueden clasificar en recursos internos o personales y recursos externos o sociales. Los primeros se refieren a las facetas de la personalidad que pueden incrementar el potencial del individuo para abordar de manera efectiva el estrés, desarrollando un papel mediador entre el estrés y la salud.

Existen tres polaridades en el estudio de las estrategias de afrontamiento:

- La que hace referencia al objeto de los esfuerzos de afrontamiento, afrontamiento centrado en el problema vs. afrontamiento centrado en las emociones (Lazarus y Folkman, 1984). El afrontamiento centrado en el problema tiene como objeto la resolución de la situación o la realización de conductas que modifiquen la fuente de estrés, trata de modificar las circunstancias presentes o modificarse a uno mismo, se pone en marcha cuando el individuo aprecia que las condiciones de la situación pueden ser susceptibles de cambio e incluye la definición del problema, la generación de soluciones alternativas, sopesar y elegir las alternativas según sus costes y beneficios y ponerlas en marcha, es decir, la planificación para la resolución del problema y la confrontación; mientras que el afrontamiento centrado en la emoción tiene como objetivo reducir o manejar el malestar emocional asociado o provocado por la situación, cambiando el modo en que se trata o interpreta lo que

está ocurriendo, intenta modificar las cogniciones que alteran las significaciones que poseen los hechos, el sujeto considera que no puede hacer nada para modificar el entorno amenazante, incluye la búsqueda de apoyo social por razones emocionales, distanciamiento, escape-evitación, autocontrol, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva.

- La que indica cómo se realizan esos esfuerzos, afrontamiento-acercamiento vs. escape-evitación (Endler y Parker, 1990). Son los modos básicos de orientación hacia la información estresante. El afrontamiento orientado a la evitación se refiere al uso de estrategias evasivas dirigidas a rodear o evitar la situación estresante, que incluiría distanciamiento conductual y mental, negación y/o humor.
- Tipo de esfuerzo realizado o nivel de respuesta, respuestas conductuales vs. cognitivas. Esta dimensión cuenta con poca evidencia empírica hasta la fecha, el precedente está en el estudio de Billings y Moos (1981), pero aporta información importante sobre el estilo de afrontamiento de un sujeto concreto.

Por lo tanto de la combinación de estas tres polaridades se establecen cinco modos básicos de afrontamiento:

- 1.- Afrontamiento del problema conductual.
- 2.- Afrontamiento del problema cognitivo.
- 3.- Afrontamiento centrado en las emociones.
- 4.- Escape-evitación conductual.
- 5.- Escape-evitación cognitivo.

A estos cinco modos de afrontamiento se suma el consumo de alcohol o drogas como una dimensión diferente, que no parece corresponderse o relacionarse con ninguno de los anteriores.

Elegir un modo o varios de afrontamiento va a venir determinado por el proceso de evaluación de la situación y de la valoración que hagamos de nuestros recursos (Lazarus y Folkman, 1984). Todos los modos pueden ser útiles dependiendo de las situaciones y del problema, por lo que las estrategias de afrontamiento no deberían ser categorizadas como buenas o malas, sino que la efectividad de las mismas depende de la situación en la cual son usadas.

1.2.4.- MEDIDA

Existen pocos instrumentos para medir las estrategias de afrontamiento, la mayoría de lápiz y papel, y no cuentan con una investigación sólida que los respalde (Crespo y Cruzado, 1997). Carver, Scheier y Weintraub (1989) construyeron el cuestionario COPE que consta de 15 escalas de 4 ítems cada una, 60 ítems en total, que expresan conductas que el sujeto pone en marcha cuando se enfrenta a una situación que le genera estrés. A la hora de diseñar el cuestionario, los autores se basaron en la literatura sobre afrontamiento, en el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) y en el modelo de autorregulación conductual de Carver y Scheider (1981, 1990). Además, hicieron uso de medidas preexistentes, las cuales contribuyeron a la formulación del cuestionario. A partir de los antecedentes teóricos fueron elaboradas a priori diversas subescalas, que luego fueron probadas en una muestra de 978 estudiantes, preguntándoles qué hacen generalmente cuando están bajo un nivel considerable de estrés. Los ítems se contestan con una escala tipo Likert de 4 puntos que refleja la frecuencia con la que se realizan las conductas.

Las escalas del cuestionario COPE-60 (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), que definen los distintos modos de afrontamiento, son las siguientes:

- **Afrontamiento activo.** Consiste en llevar a cabo acciones, ejercer esfuerzos para eliminar o paliar el estresor.

- **Planificación.** Pensar cómo se va a hacer frente al estresor y planificar los esfuerzos de afrontamiento activo.
- **Búsqueda de apoyo social instrumental.** Buscar ayuda, información o consejo acerca de qué hacer.
- **Búsqueda de apoyo social emocional.** Obtener simpatía o apoyo emocional de alguien.
- **Supresión de actividades distractoras.** Quitar su atención de otras actividades en las que pueda estar implicado para concentrarse de forma más completa en el estresor.
- **Religión.** Aumentar su implicación en actividades religiosas.
- **Reinterpretación positiva y crecimiento personal.** Sacar lo mejor de la situación para desarrollarse como persona a partir de ella, o verla desde una perspectiva más favorable.
- **Refrenar el afrontamiento.** Afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que pueda ser útil.
- **Aceptación.** Aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real.
- **Centrarse en las emociones y desahogarse.** Incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
- **Negación.** Intentar rechazar la realidad del suceso estresor.
- **Desconexión mental.** Desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo mediante ensoñaciones, sueño o autodistracción.

- **Desconexión conductual.** Renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo.
- **Consumo de alcohol o drogas.** Tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor.
- **Humor.** Hacer bromas sobre el estresor.

En el análisis factorial de segundo orden se obtienen seis factores: afrontamiento conductual centrado en el problema, afrontamiento cognitivo del problema, escape cognitivo, afrontamiento centrado en las emociones, escape conductual y consumo de alcohol o drogas (Crespo y Cruzado, 1997). A continuación se muestran las escalas que corresponden a cada factor.

FACTOR	ESCALAS
Afrontamiento conductual del problema	Crecimiento personal Concentrar esfuerzos para solucionar la situación Planificación y afrontamiento activo
Afrontamiento cognitivo del problema	Aceptación Humor Reinterpretación positiva Refrenar el afrontamiento
Escape cognitivo	Negación Religión Evadirse

Afrontamiento de las emociones	Centrarse en las emociones y desahogarse Búsqueda de apoyo social
Escape conductual	Actividades distractoras Abandono de los esfuerzos de afrontamiento
Consumo de alcohol o drogas	Consumo de alcohol o drogas

En estudios recientes sobre este cuestionario se ha descrito una estructura de cinco factores: el primer factor, denominado desahogo emocional, está relacionado con la expresión libre de emociones como resultado de la experiencia de eventos estresantes; el segundo factor, afrontamiento activo, se refiere al trabajo activo para intentar encontrar una solución; el tercero de los factores, llamado búsqueda de apoyo social, consiste en involucrar a otras personas para aconsejarnos, clarificar o prestar apoyo; un cuarto factor, denominado reconocimiento de la situación, hace referencia a interpretar la situación manteniendo una visión positiva y solucionar el problema de una manera madura; y por último el quinto factor, religión, se refiere a rezar y realizar rituales religiosos (Herbst, Coetzee y Visser, 2007; van der Colff y Rothmann, 2009).

Este cuestionario tiene buenas propiedades psicométricas (Crespo y Cruzado, 1997), con una fiabilidad interna medida por el coeficiente alfa de Cronbach entre 0,45 y 0,92 para las diferentes escalas (sólo una escala, Desconexión Mental, está por debajo de 0,60). La fiabilidad test-retest es de 0,46 a 0,86 en un intervalo de 8 semanas.

Motivado por mejorar el cuestionario y habiendo comprobado que en diversas situaciones el COPE completo se hacía redundante y demasiado largo

para los sujetos que tenían que contestar (Carver et al., 1993), el autor ha diseñado una forma breve del cuestionario COPE (Carver, 1997). Este nuevo cuestionario consta de 14 escalas de 2 ítems cada una (28 ítems en total). Dos de las escalas del cuestionario anterior se han suprimido porque se ha probado que no resultan útiles, tres escalas han sido rediseñadas porque resultaban problemáticas en los estudios previos y se ha añadido una nueva escala (autoinculpación).

Las escalas del nuevo instrumento COPE-28 (Carver, 1997) son las siguientes:

- **Afrontamiento activo.** Consiste en llevar a cabo acciones, ejercer esfuerzos para eliminar o paliar el estresor.
- **Planificación.** Pensar cómo va a hacer frente al estresor y planificar sus esfuerzos de afrontamiento activo.
- **Reinterpretación positiva.** Sacar lo mejor de la situación o verla desde una perspectiva más favorable.
- **Aceptación.** Aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real.
- **Humor.** Hacer bromas sobre el estresor.
- **Religión.** Aumentar su implicación en actividades religiosas.
- **Búsqueda de apoyo social emocional.** Obtener simpatía o apoyo emocional de alguien.
- **Búsqueda de apoyo social instrumental.** Buscar ayuda, información o consejo acerca de qué hacer.
- **Autodistracción.** Desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo mediante ensoñaciones.
- **Negación.** Intenta rechazar la realidad del suceso estresor.

- **Desahogarse.** Incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
- **Uso de sustancias.** Tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor.
- **Desconexión conductual.** Renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo.
- **Autoinculpación.** Se refiere a la autocrítica por la responsabilidad en la situación. Esta estrategia de afrontamiento ha reflejado un pobre ajuste al estrés en diversos estudios (Bolger, 1990; McCrae y Costa, 1986).

La versión abreviada del cuestionario COPE, también tiene buenas propiedades psicométricas (Carver, 1997), con una fiabilidad interna medida por el coeficiente alfa de Cronbach entre 0,50 y 0,90 para las diferentes escalas (sólo en tres escalas, Desahogarse, Negación y Aceptación, está por debajo de 0,60).

1.3.- VARIABLES DISPOSICIONALES

Además de las variables mediadoras de las respuestas de estrés (evaluación cognitiva, afrontamiento) existe un conjunto de variables de predisposición personal, relativamente estables, que modulan las reacciones del individuo ante las situaciones estresantes. Estas variables pueden explicar las diferencias individuales en las reacciones de estrés (Sandín, 1995) y son diversas como autoeficacia, optimismo, sentido de coherencia, locus de control, valores, felicidad, etc. (Godoy et al., 2009; Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro y Aradilla, 2008). Los mecanismos y niveles de acción de las variables disposicionales pueden ser diversos. Este tipo de variables pueden

actuar a diferentes niveles como la evaluación cognitiva, las estrategias de afrontamiento y las respuestas fisiológicas y emocionales. Además las dimensiones de la personalidad median en la relación existente entre estrés y salud.

Incluso se han descrito variables genéticas que influirían en las diferencias interindividuales en la respuesta al estrés, como las variaciones genéticas en el neuropéptido Y (NPY), el cual es inducido por el estrés y su liberación reduce la ansiedad (Zhou et al., 2008).

Hay autores que proponen que las habilidades de afrontamiento son elementos dentro de la inteligencia social socio-personal (más concretamente dentro de la esfera intra-personal, que se refiere a la capacidad para detectar los problemas personales de uno mismo así como de los demás, en cuanto exista implicación de uno mismo en ellos, encontrar los medios adecuados para ofrecer vías de solución y la puesta en acción de esos medios), que presentan relaciones significativas con algunas variables de personalidad, pero que poseen una consistencia interna aceptable y una estabilidad temporal incluso transgeneracional (Pelechano et al., 1993). La personalidad media y determina gran parte de las estrategias de afrontamiento empleadas y sus efectos (Carver et al., 1989). Según estos autores, son diversos los modos en que las diferencias individuales pueden influir en el afrontamiento y suponen la posibilidad de que existan estilos o disposiciones de afrontamiento, las personas utilizan de manera consistente determinadas estrategias de afrontamiento y estas preferencias se relacionan sistemáticamente con las variables de personalidad, por lo que es importante tener en cuenta las tendencias o disposiciones relativamente estables de afrontamiento. Los rasgos de personalidad influyen en las estrategias que las personas eligen a la hora de resolver problemas con estrés (Morán, 2005c), pudiendo concluirse que la personalidad puede afectar en dos sentidos, en la exposición y en la reactividad a los eventos estresantes, y que ambos procesos pueden explicar cómo la personalidad afecta a la salud física y psicológica. Diferencias individuales en

reactividad pueden deberse a diferentes elecciones en los esfuerzos de afrontamiento y diferentes efectividades de esos esfuerzos (Bolger y Zuckerman, 1995).

También se ha planteado que el sistema emocional influye en la evaluación de la situación. En esta línea, Lazarus (2000) desarrolla una teoría de las emociones cognitivo-motivacional-relacional. Se trata de una teoría cognitiva por el énfasis puesto en el papel que juegan las emociones en el proceso de evaluación, es una teoría motivacional por su referencia a los motivos o metas que las personas se plantean y es también una teoría relacional por la importancia que le da a las relaciones entre el individuo y el medio. La emoción experimentada por una persona depende de la apreciación que hace el sujeto sobre las circunstancias, de su consideración sobre la pertinencia o no para conseguir las metas y de la medida en que tales circunstancias dificulten o faciliten la consecución de los fines (Smith y Lazarus, 1990). También se ha estudiado cómo la felicidad influye en la elección de unas estrategias de afrontamiento u otras. Así, Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro y Aradilla (2008) encontraron en una muestra de estudiantes universitarios que el afrontamiento activo y planificado junto con la reinterpretación positiva de la situación correlacionan positivamente con la felicidad, mientras que el abandono de la situación correlaciona negativamente.

1.4.- ESTRÉS Y SALUD

1.4.1.- EUSTRÉS/DISTRÉS

El estrés es un hecho habitual en nuestras vidas. No puede evitarse, ya que cualquier cambio que requiera adaptación genera estrés. Son estresantes muchas de las situaciones que se viven a lo largo de la vida, tanto las positivas como las negativas, pero el estrés no es siempre necesariamente nocivo y perjudicial, sino que en muchas ocasiones es el motor que impulsa a la acción o

a lograr metas en la vida. Sin embargo, cuando el estrés es mantenido o alcanza niveles patológicos, sus consecuencias negativas pueden ser múltiples.

Aparecen así los conceptos de eustrés y distrés (Selye, 1974), el primero de ellos correspondería al estrés constructivo, agradable y bueno, el segundo al estrés destructivo, desagradable y malo. El estrés debería ser visto como un continuum en el cual un individuo puede estar en un estado de eustrés, distrés medio/moderado o distrés severo. La progresión a lo largo del continuum eustrés-distrés es subjetiva, depende de la relación entre el individuo y su medio. El estrés es un fenómeno subjetivo basado en percepciones individuales que da lugar a positivas (eustrés) o negativas (distrés) perspectivas.

El eustrés es una respuesta psicofisiológica agradable, gratificante, placentera. Se caracteriza porque la estimulación y la activación que se desencadenan permiten alcanzar resultados positivos y como consecuencia satisfacción. Si los cambios que se realizan en el organismo a consecuencia del estrés se hacen en relativa armonía, es decir, si las respuestas son adecuadas a los estímulos, si están adaptadas a las posibilidades fisiológicas del sujeto, se habla de eustrés o buen estrés, y esto es indispensable para el desarrollo, funcionamiento y adaptación del organismo al medio. Experimentar eustrés genera bienestar y una actitud de confianza en relación a la vida. Se considera que una persona experimenta eustrés cuando ha de hacer frente a una situación de estrés en que las demandas son altas, pero no sobrepasan sus recursos y la persona se siente competente apostando por lo que le motiva. El eustrés es una experiencia generadora de salud.

El distrés, en cambio, es una experiencia desagradable y frustrante. Una persona ha de hacer frente a una situación de distrés cuando percibe que las demandas sobrepasan sus recursos. Tiene una sensación de que no puede dar una respuesta efectiva y su cuerpo sufre una activación psicofisiológica desagradable: emociones, sensaciones corporales, sentimientos y pensamientos que generan malestar. También aumenta la vulnerabilidad psicológica y física

del individuo. Si las experiencias de distrés son muy frecuentes, se inicia un proceso con consecuencias nocivas para la salud física y mental.

En nuestra sociedad predomina la idea de que el estrés es una experiencia nociva que puede llegar a producir graves problemas de salud. Sin embargo, esta concepción negativa del estrés no siempre es cierta. El estrés es un fenómeno adaptativo de los seres humanos. Gracias al eustrés, uno se siente satisfecho de alcanzar sus metas. Es el distrés, entendido como sensación desagradable que acompaña a un esfuerzo, lo que puede originar malestar y enfermedad. De hecho, en un estado general de bienestar y salud, se está preparado para afrontar situaciones de distrés. Por todos es sabido que las dificultades existen y que sólo a base de un esfuerzo constante pueden superarse. El estado de salud está en peligro cuando se empieza a tener la impresión de que, a pesar de los esfuerzos, no se van a lograr los objetivos. En estas condiciones, la experiencia de distrés puede tener efectos negativos en la salud.

1.4.2.- LA ACTIVACIÓN BIOLÓGICA

Actualmente el concepto de eustrés se conoce con el nombre de activación biológica. La activación biológica es la respuesta natural del organismo cuando se enfrenta a novedades o demandas de su ecosistema natural y juega un importante papel en la supervivencia del individuo.

Esta activación biológica es posible gracias a dos factores:

- El incremento de la vigilancia (arousal), que se produce por el incremento de la actividad reticular al recibir los estímulos sensoriales, y que se traduce en cambios ostensibles en la agudeza perceptiva y en la sincronización músculo-visceral.
- Los efectos energizadores de la respuesta emocional, determinada por el procesamiento límbico de la información biológica.

Se trata de un reajuste del organismo para redistribuir energías y recursos, optimizar rendimientos y prepararse para la acción. Por esta razón no se debe confundir la activación biológica como respuesta adaptativa con el estrés como estado biológico de riesgo, que siempre implica un fracaso en la interacción con el entorno y la aparición de emociones desagradables y de alteraciones de la homeostasis orgánica. En definitiva, la activación biológica es vitalizadora y tiende a mejorar los rendimientos, mientras que el estrés nunca es bueno para la salud, aunque se acabe revirtiendo y no deje secuelas inmediatas. La carga excesiva que ocurre en las situaciones de estrés puede dar lugar a un estado en el que pueden ocurrir serios problemas fisiopatológicos (McEwen y Wingfield, 2003).

1.4.3.- MANTENIMIENTO DE LA HOMEOSTASIS

El estrés es un estado de activación antihomeostática, superior a la que el organismo puede reducir con sus recursos. No es una respuesta automática ante los estímulos, sino un estado biológico que resulta del procesamiento cerebral de la información que recogen los órganos de los sentidos y los receptores interoceptivos que analizan la actividad del intracuerpo.

Para adaptarse al medio, el organismo dispone de un aparato sensorial que recoge información sobre las condiciones del entorno y de un aparato neural que procesa esa información, con la finalidad de reajustar los parámetros biológicos y mantener la homeostasis orgánica.

Algunos de estos reajustes son automáticos e inmediatos, y se basan en respuestas reflejas que dan lugar a fenómenos de condicionamiento. Otros reajustes son de más largo alcance e implican el establecimiento de cogniciones acerca de las condiciones del entorno y de las posibilidades que el organismo tiene de sobrevivir en él. Esas cogniciones resultan del procesamiento límbico-cortical de la información biológica y son subliminales a la conciencia.

De acuerdo con Selye (1960), estrés es la respuesta del organismo a cualquier demanda hecha sobre él. Es un viejo patrón de adaptación filogenético, estereotipado, que prepara al organismo para la lucha y la huida. Esta respuesta de la "edad de piedra" puede ser provocada por una variedad de condiciones psicosociales.

Los sistemas fisiológicos más importantes que intervienen en la respuesta de estrés aparecen esquematizados en la figura 1.2.

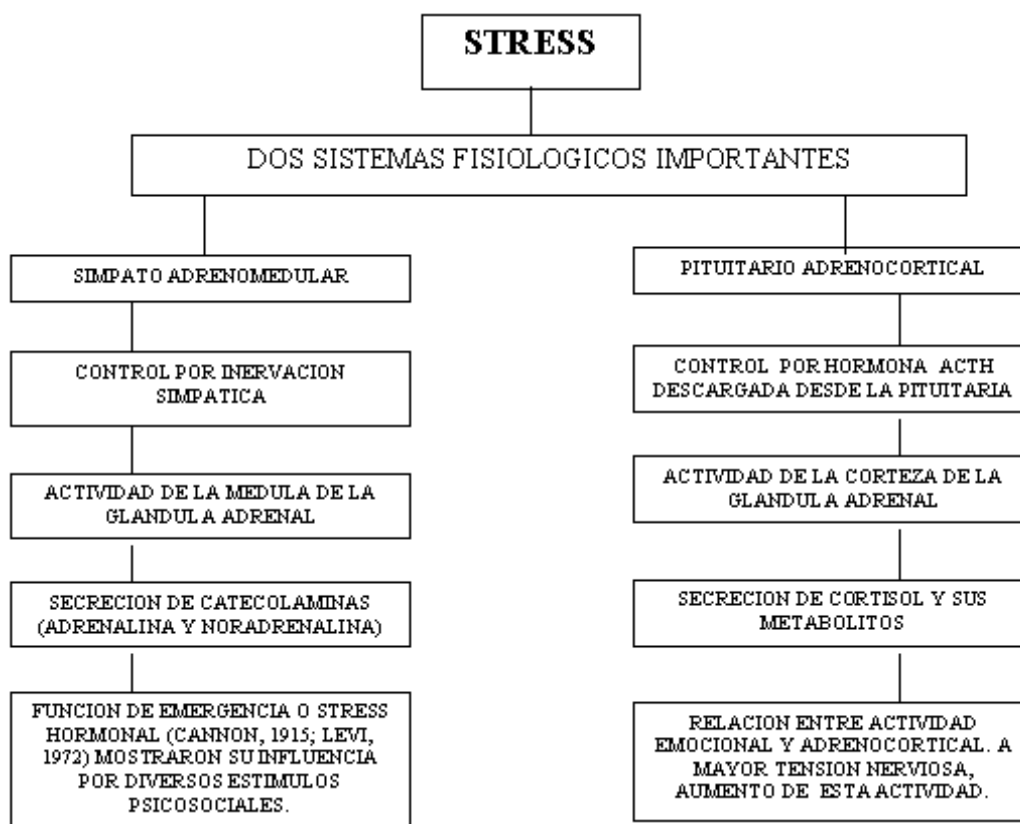


Figura 1.2. Resumen esquemático de los dos sistemas fisiológicos más importantes de la respuesta de estrés. (Seco, 2004).

La percepción de estrés induce cambios en los ejes neuroendocrinos del estrés: el simpato adrenomedular (SAM) y el pituitario adrenocortical (HPA) (Aston-Jones y Cohen, 2005; Tuner-Cobb, 2005).

Las hormonas del estrés (catecolaminas, cortisona y hormona de crecimiento) movilizan las reservas sistémicas y aumentan la capacidad del individuo para afrontar las necesidades de una situación crítica (Appley y Trumbull, 1986).

Estas hormonas preparan el sistema circulatorio y su contenido en nutrientes, para la respuesta inmediata en situaciones, potencial o efectivamente, adversas a las que hay que responder luchando o huyendo (Cohelo, Hamburg y Adam, 1974; Gallin, Goldstein y Snyderman, 1988; Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984; Levine y Ursin, 1980). La teoría de la activación cognitiva ante el estrés sostiene que la respuesta al estrés es sinónimo a la activación y actúa como un sistema general de alarma (Ursin y Eriksen, 2004).

La red cerebral que regula la respuesta al estrés está formada por estructuras que tiene una alta cantidad de receptores de glucocorticoides, estas estructuras cerebrales son la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal (Pruessner, Dedovic y Khalili-Mahani, 2008; Stegeren, 2009). El organismo responde con una reacción hormonal coordinada a cualquier tipo de estrés. A los pocos segundos de exposición al agente estresante, la activación del sistema nervioso simpático, iniciada por el hipotálamo, estimula la liberación de catecolaminas desde la médula suprarrenal y las terminales nerviosas adrenérgicas. La adrenalina y la noradrenalina son las principales hormonas adrenérgicas del sistema simpatoadrenomedular, el cual tiene su región cefálica en el locus coeruleus. La adrenalina y la noradrenalina no pasan fácilmente la barrera hematoencefálica pero estimulan el nervio vago dando lugar a un aumento de la actividad noradrenérgica en el cerebro debido a su acción en el locus coeruleus que estimula varias áreas cerebrales, predominantemente la amígdala (McGaugh, 2004; Roozendaal, Hui y Hui, 2006).

Existe otro sistema de respuesta más lenta, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, que eleva los glucocorticoides tras unos 20–30 minutos (Dedovic,

D'Aguiar y Pruessner, 2009; DeVries, Glasper y Detillion, 2003; Lacey et al., 2000; Lupien, McEwen, Gunnar y Heim, 2009; Márquez, 2006).

La activación del eje hipotalámico-hipófisis-suprarrenal provoca una serie de reacciones hormonales en cadena. El aumento de niveles cerebrales de dopamina y noradrenalina, provoca la liberación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) desde el hipotálamo, que estimula la liberación de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) y beta-endorfina por las células corticotropas de la hipófisis anterior (Calogero, 1995; Dallman, 1993; Galbo, 1983; Jessop, 1999). La ACTH induce la producción de cortisol por la corteza suprarrenal y la beta-endorfina modifica propiedades funcionales de los linfocitos. La estimulación simpática induce la liberación de catecolaminas por la médula suprarrenal, a la vez que la noradrenalina estimula la liberación de la hormona de crecimiento (GH) en la hipófisis anterior (Selye, 1974).

En condiciones basales, el cortisol sigue un ritmo circadiano, con niveles elevados por la mañana que van decreciendo a lo largo del día (Weitzman et al., 1971). Harris, Ursin, Murison y Eriksen (2007) encontraron correlaciones positivas entre la disminución de cortisol por la tarde y salud y afrontamiento, así como correlaciones negativas entre el nivel de cortisol por la tarde con vitalidad y afrontamiento. También se ha descrito una relación positiva entre el estrés laboral y niveles altos de cortisol durante las primeras horas de la mañana (Steptoe, Cropley, Griffith y Kirschbaum, 2000).

Después de la exposición a un agente estresor, los niveles de cortisol se elevan menos rápidamente que las catecolaminas actuando en numerosas áreas del cuerpo y cerebro. En el cerebro interviene en las funciones neuropsicológicas, emocionales y cognitivas. Al contrario que las poco claras funciones de las hormonas adrenérgicas en la cognición, el cortisol influye en la percepción, atención y memoria. Los glucocorticoides son hormonas que pueden pasar rápidamente la barrera hemato-encefálica afectando así a una variedad de áreas cerebrales vía receptores intracelulares o a través de la

interacción con los receptores de los neurotransmisores en las membranas celulares, donde pueden influir en los procesos cognitivos y en la salud mental (Erickson, Drevets y Schulkin, 2003; Het, Ramlow y Wolf, 2005; Lupien, Maheu, Tu, Fiocco y Schramek, 2007; Sauro, Jorgensen y Pedlow, 2003).

Los niveles normales de hormonas corticoesteroides protegen al cerebro contra los eventos adversos y son esenciales en las funciones cognitivas. Sin embargo, se ha encontrado que niveles elevados de glucocorticoides pueden dañar y entorpecer los procesos de memoria (Joels, Karst y Derijk, 2008; de Kloet, Joels y Holsboer, 2005; de Kloet, Karst y Joels, 2008; de Kloet, Oitzl y Joels, 1999; Stegeren, 2009). El cortisol es un buen marcador de la respuesta al estrés, además de estar relacionado con efectos negativos en la salud (Lundberg, 2005).

El hipocampo, una estructura sensible a los glucocorticoides, es una estructura llave en la memoria declarativa o explícita. La exposición continua del hipocampo a altos niveles de glucocorticoides contribuye a la atrofia del mismo y a fallos en la memoria (Lupien et al., 2005). La liberación de CRH en el hipocampo conduce a la rápida desintegración de las espinas dendríticas, lo cual limita la capacidad de sinapsis para reunir y almacenar recuerdos (Chen, Dubé, Rice y Baram, 2008), así como también el estrés induce cambios estructurales que se asocian a depresión, síndrome de estrés postraumático y diferencias individuales en el proceso de envejecimiento (McEwen, 2000).

El estrés se puede definir como la respuesta fisiológica, psicológica y conductual de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas, recuperar la homeostasis. La reacción de estrés del sistema hipotálamo-hipofisiario-adrenal se interpretará mejor considerándola como un intento del organismo por dominar reacciones demasiado violentas, o como un intento de estabilización del sistema vital (Herman y Cullinan, 1997; Malkinson, 1980; Tsigos y Chrousos, 2002).

1.4.4.- EL ESTRÉS EN LOS PROBLEMAS DE SALUD

De todos los tópicos de la Psicología de la Salud, quizás sea el estrés el que mejor ejemplifica la integración mente-cuerpo (Bishop, 1994). Siempre se ha venido sospechando que las experiencias aversivas pueden dañar nuestra salud, pero se sigue especulando sobre cuál puede ser exactamente la naturaleza de la relación entre el estrés y salud.

Todavía no se conoce si el estrés lleva a la enfermedad a través del principio de la generalidad o de un principio de la especificidad. El principio de generalidad es que cualquier clase de estrés aumenta la vulnerabilidad para toda enfermedad (Selye, 1960). Si es así, aún quedaría por explicar las diferencias individuales entre las distintas clases de enfermedades que la gente contrae bajo la influencia del estrés. Una explicación podría ser la presencia de sistemas de órganos vulnerables distintos en diversas personas, dando lugar a diferentes enfermedades (Buendía y Ramos, 2001). Por otra parte, el principio de especificidad tiene sus orígenes en la doctrina psicoanalítica de que los conflictos o las emociones específicas generan como consecuencia enfermedades específicas. Cada enfermedad tendría su origen en un conflicto o emoción intrapsíquica específica. Actualmente existen versiones de la especificidad que parecen dominar ciertas corrientes en el campo de la investigación sobre la salud, como el caso de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer u otras enfermedades crónicas (Friedman, 1990).

Las demandas psicosociales a las que se enfrentan las personas, en interacción con los recursos de que disponen para acometerlas, pueden originar una serie de consecuencias fisiológicas, cognitivas y motoras sobre su estado de salud (Kivimäki, Vahtera, Elovainio, Lillrank y Kevin, 2002; Batear et al., 2006).

Muchos investigadores destacan que el estrés se relaciona con numerosos problemas de salud, entendida esta, siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud (United Nations Department of Public

Information, 1948), como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad. La OMS creada tras la finalización de la segunda Guerra Mundial en 1946 y ratificada el 7 de abril de 1948, recoge el concepto de salud en este sentido en el preámbulo de su constitución.

Los efectos negativos del estrés pueden afectar a diferentes áreas de los individuos: efectos físicos como tensión muscular, cefalea tensional, malestar, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, temblores o envejecimiento de la piel (Nater et al., 2007), emocionales como irritabilidad, impaciencia, ansiedad, depresión o negativismo (Heim y Nemeroff, 2001; Kendler, Kessler, Neale, Heath y Eaves, 1993; Lewinsohn, Hoberman y Rosenbaum, 1988; Nater et al., 2007; Peled, Carmil, Siboni-Samocha y Shoham-Vardi, 2008) o comportamentales como abuso de drogas, recaídas en periodos de abstinencia, abandono de hábitos saludables, trastornos del apetito o malas relaciones interpersonales (al´Absi, Carr y Bongard, 2007; Bilkei-Gorzo et al., 2007; Gianoulakis, 1998) entre otros.

Diversos estudios apuntan que existe una relación entre el estrés y enfermedades somáticas como hipertensión arterial, dolor de cabeza, úlcera péptica, colon irritable, alergias, artritis, colitis, diarrea, asma, enfermedades respiratorias, diabetes mellitus, arritmias cardíacas, trastornos circulatorios, enfermedades cardiovasculares, aterosclerosis, infecciones, enfermedad de Graves, alteraciones del sistema inmune e incluso cáncer (Bishop, 1994; Cohen, Hamrick y Rodríguez, 2002; Cohen, Tyrrell y Smith, 1993; Cooper, 1986; Cox y Gonder-Frederick, 1992; Fernández y Sheffield, 1996; Fang et al., 2008; Fernández, 2007; Glaser y Kiecolt-Glaser, 2005; Kiecolt-Glaser, Cacioppo y Malarkey, 1992; Kiecolt-Glaser, Dura y Speicher, 1991; Kiecolt-Glaser, Maurcha y Malarkey, 1996; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002; Kiecolt-Glaser, Robles, Heffner, Loving y Glaser, 2002; Labrador y Crespo, 1993; Marlowe, 1998; Peralta-Ramírez, Jiménez-Alonso, Godoy-García y Pérez-García, 2004; Ranjit et al., 2007; Sandín, 1995; Segerstrom y Miller, 2004; Tsigos y Chrousos, 2002).

Es evidente que las personas sanas reaccionan de forma diferente a los estímulos estresantes (Berger, Bossert y Krieg, 1987) y que tanto las respuestas atenuadas como sobredimensionadas son desadaptativas. Una mala regulación crónica del eje HPA se asocia con el desarrollo de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Gold y Chrousos, 2002; Sapolsky, 2000; Sherwood, Varghese y McEwen, 2004).

La mayoría de los sistemas biológicos que conforman un organismo se ven afectados por el estrés. El sistema nervioso central no sólo tiene un papel esencial en la regulación de la respuesta general al estrés, sino que es una de las principales dianas. La exposición a ciertos estímulos estresantes puede desencadenar un proceso neuroinflamatorio, que, en exceso, contribuye decisivamente al daño funcional y estructural observado en numerosas enfermedades neurológicas y neuropsiquiátricas relacionadas con el estrés, como síndrome de estrés postraumático, depresión, isquemia cerebral, Alzheimer, Parkinson y esquizofrenia. El proceso inflamatorio generado por la exposición a estrés se caracteriza por una compleja liberación en cadena de diferentes mediadores celulares, tales como citocinas, factores de transcripción, prostaglandinas o radicales libres. Paralelamente, se ha demostrado que la vía antiinflamatoria de las deoxiprostaglandinas se activa después de estrés en el sistema nervioso central, activación que podría constituir un mecanismo endógeno regulador del propio proceso inflamatorio (García-Bueno y Leza, 2008).

Las áreas del cerebro que aún están en desarrollo o las que se encuentran afectadas por el deterioro cognitivo asociado a la edad son más sensibles a los procesos de estrés (Lupien, McEwen, Gunnar y Heim, 2009).

Diversos estudios han puesto de manifiesto que el estrés sufrido durante el periodo de la infancia y antes de la pubertad, que cada vez es más frecuente, se relaciona con el desarrollo de afecto negativo y enfermedades mentales como depresión o trastornos de la personalidad en la edad adulta (Cohen et al.,

2006; Thompson et al., 2007; Weber et al., 2008). Parece pues que existen periodos del desarrollo donde el individuo es especialmente sensible al estrés, el cual interactúa con factores genéticos y otros factores de vulnerabilidad que influirían en el desarrollo de enfermedades mentales. Antes de la pubertad y especialmente en la infancia la influencia está ligada a la sensibilidad particular del cerebro y del sistema hormonal en desarrollo (Glaser, van Os, Portegijs y Myin-Germeys, 2006; Heim y Nemeroff, 2001; Zlotnick et al., 2008). También se ha estudiado que la percepción de estrés diario en niños puede disminuir su ejecución cognitiva a través de sus efectos moduladores en la actividad del eje HPA (Maldonado et al., 2008). Esto ocasionaría problemas en los procesos de aprendizaje, atención, concentración y memoria (Evans y Schamberg, 2009; Heffelfinger y Newcomer, 2001; Heim y Nemeroff, 2001; Maldonado et al., 2008).

Incluso niveles elevados de cortisol que indican estrés podrían ser un factor de riesgo para el deterioro cognitivo en el envejecimiento (Wilson et al., 2007). Desde el campo de la genética se está investigando como los genes podrían alterar la influencia del cortisol en la capacidad cognitiva en los adultos mayores siendo un factor de vulnerabilidad, como es el caso del gen apolipoproteína E (APOE) en el que la versión E4 hace el cerebro envejecido más vulnerable a los efectos adversos del estrés (Lee et al., 2008). El estrés también está involucrado en el encanecimiento del cabello, fenotipo más obvio del envejecimiento, ya que puede desencadenarse por la acumulación de daños inevitables en el ADN de las células madre de los folículos pilosos (Inomata et al., 2009).

También se ha estudiado que el estrés ejerce un control epigenético sobre los genes al alterar la estructura de la cromatina que los envuelve, parece que la enzima histona deacetilasa 5 (HDAC5) tiene un papel clave en la regulación de la adaptación a situaciones continuas de estrés siendo una especie de interruptor molecular entre las respuestas de estrés agudo y

adaptaciones negativas de larga duración similares a la depresión (Renthal et al., 2007).

Pero no sólo el estrés afecta a las personas que lo sufren sino que también se ha comprobado que el estrés sufrido por las mujeres durante el embarazo podría tener consecuencias en la salud del bebé y en su desarrollo intelectual. El estrés durante el embarazo podría aumentar el riesgo del bebé a desarrollar asma en la infancia, mujeres que están estresadas durante el embarazo pueden tener hijos con una mayor sensibilidad a la exposición a los alérgenos y posiblemente en un mayor riesgo de asma en el futuro. El estrés de la madre durante el embarazo puede también influir en el sistema inmune de los bebés en desarrollo. Se han encontrado niveles elevados de expresión de Inmunoglobulina E (IgE) en la sangre umbilical de los bebés cuyas madres habían sufrido altos niveles de estrés incluso cuando estuvieron expuestas a niveles bajos de ácaros del polvo durante el embarazo. También el estrés sufrido por la mujer embarazada, incluso durante el primer trimestre, influye en que los bebés nazcan con bajo peso o prematuramente, e igualmente se ha encontrado que la exposición a severos eventos estresantes en los 6 meses anteriores a la concepción aumentan el riesgo de nacimientos pretérmino y da lugar a alteraciones del sueño en la infancia (Baird, Hill, Kendrick e Inskip, 2009; Khashan et al., 2009; Vrijkotte, van der Wal, van Eijsden y Bonsel, 2009). Además Laplante, Brunet, Smichmitz, Ciampi y King (2008) concluyeron que el estrés prenatal tenía efectos de largo plazo sobre las estructuras cerebrales del bebé, en especial en las relacionadas con el lenguaje y las habilidades verbales, dando lugar a puntuaciones más bajas en el desarrollo del lenguaje y en el cociente intelectual verbal, sin conocerse todavía cuál es el mecanismo por el cual se altera el desarrollo intelectual.

Incluso se ha estudiado el efecto que tiene el estrés materno sobre los hijos en la primera infancia y se ha encontrado una asociación entre el aumento del riesgo de padecer asma en los niños pequeños y la convivencia con madres que sufren estrés (Kozyrskyj et al., 2008).

1.5.- AFRONTAMIENTO Y SALUD

Ya se han explicado los efectos del estrés en la salud en un apartado anterior, sin embargo, el estrés no siempre da lugar a efectos negativos. El efecto del estrés en la salud depende de lo adecuado de las estrategias de afrontamiento (Harris, 1989). Lazarus (2000) considera el afrontamiento como básico para nuestra salud y nuestras experiencias cotidianas. El afrontamiento juega un papel importante como mediador entre las circunstancias estresantes y la salud (Augusto y Martínez, 1998; Balcrusch, Stangel y Titze, 1991; Hernández, Olmedo e Ibáñez, 2004). Cuando se usan estrategias de afrontamiento efectivas, las emociones se ajustan y la situación estresante se resuelve. El uso de estrategias de afrontamiento efectivas facilita el retorno a un estado de equilibrio, el cual minimiza los efectos negativos del estrés. Estas estrategias de afrontamiento adaptativas consiguen reducir el estrés y mejorar la respuesta, disminuyendo la reacción emocional negativa, independientemente de que solucionen el problema (Perea-Baena y Sánchez-Gil, 2008; Rovira, Fernández-Castro y Edo, 2005). Algunas formas de afrontamiento, como planificación o reinterpretación positiva, parecen tener un efecto salutogénico en la respuesta emocional (Folkman y Lazarus, 1988). En cambio, estrategias de afrontamiento no adecuadas, aumentan los efectos negativos del estrés, son estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el distanciamiento, que dañan el bienestar y aumentan el afecto negativo (Rovira et al., 2005). También se ha constatado la importancia de la estrategia de autocrítica o autoinculpación como variable predictora (de vulnerabilidad) del desarrollo de la sintomatología somática (Martínez-Correa, Reyes, García-León y González-Jareño, 2006).

Más aún, los comportamientos derivados del afrontamiento juegan un papel vital en el proceso de adaptación al estrés y en la salud. Como ejemplo la relación entre estrés y alimentación. El estrés condiciona no sólo los hábitos alimentarios, sino también el proceso metabólico nutricional y la situación de

satisfacción de las necesidades nutricionales. Las consecuencias pueden ser varias, como un retraso en la digestión o una inadecuada y disfuncional forma de metabolizar los alimentos, lo que puede conllevar trastornos que podrían llegar a ser crónicos e incidir en la salud de la persona. El estrés normalmente genera que se coma más como estrategia de afrontamiento. Por eso la patología más clara que respecto a la alimentación puede ocasionar el estrés es el sobrepeso, ya que se genera una necesidad de incorporar sustancias que suban la serotonina u otros neuromediadores, para obtener sensaciones compensatorias al estrés, y estas sustancias suelen ser dulces y alimentos con grasa. Si a esto se une que el estrés genera el aumento de cortisol (hormona que propicia el acúmulo de grasa), no es de extrañar que el sobrepeso sea una de las principales consecuencia del estrés.

Carver et al. (1989) dividen las estrategias de afrontamiento en tres apartados: estrategias de afrontamiento enfocadas al problema, estrategias enfocadas a la emoción y estrategias de afrontamiento potencialmente disfuncionales. Las dos primeras son más adaptativas en términos de salud que las estrategias potencialmente disfuncionales, que son desadaptativas.

Fisher (1988) hizo una interesante aportación respecto del papel que pueden jugar los diferentes estilos de afrontamiento en el desencadenamiento de estrés y en la aparición de enfermedades. Según su teoría, combinando la epidemiología morbosa con el estudio de formas predominantes de afrontamiento, llegó a la conclusión de que la tendencia a enfermar de una u otra manera covaría con unos determinados patrones de afrontamiento. Así, los grupos cuyas estrategias de afrontamiento son de control y consisten fundamentalmente en centrarse en el problema tienden a desarrollar enfermedades tales como úlceras o alteraciones cardiovasculares. Este afrontamiento correlaciona también con niveles altos de catecolaminas y colesterol elevado. Por el contrario, los grupos cuyas estrategias tienden al bajo control tales como evitación o indefensión presentan otros patrones de enfermar tales como cáncer y enfermedades infecciosas. En estos grupos se

produce como en los anteriores incrementos en las catecolaminas y el colesterol, pero también un incremento en ACTH y el cortisol.

También se ha descrito la influencia de ciertas estrategias de afrontamiento en la determinación del curso o pronóstico de algunas enfermedades (Augusto y Martínez, 1998). La negación y la evitación tienen un efecto negativo en fases avanzadas de enfermedades hepáticas, cáncer o infarto de miocardio, bien porque conllevan la búsqueda tardía de atención médica, bien porque conducen a la elicitación y larga perduración de estados emocionales negativos considerados de riesgo para el empeoramiento del estado de salud del paciente.

Las mujeres y los hombres muestran propensión a tener diferentes tipos de trastornos psicológicos derivados del estrés, ya que responden de manera diferente al mismo. Las mujeres son más propensas que los hombres a decir que se sienten enfermas o angustiadas, lo que puede derivar en un riesgo de depresión y ansiedad. Los hombres son más propensos a beber después de una experiencia negativa, tienen una mayor respuesta al estrés en forma de aceleración cardiovascular, pero no reportan grandes niveles de malestar o ansiedad.

1.6.- EL ESTRÉS LABORAL

El estrés laboral u ocupacional y sus implicaciones en la salud y en la calidad de vida se ha convertido en uno de los temas más relevante y de mayor preocupación en la actualidad. Este término se refiere a los estados en los cuales vive el sujeto debido a su interacción con su contexto organizacional, laboral y ocupacional, y que es considerado como una amenaza de peligro para su integridad física y psíquica (Buendía y Ramos, 2001). Al igual que ocurre con el término estrés, el estrés laboral debe ser considerado como el resultado de la relación o transacción entre el individuo y el entorno laboral. El afrontamiento es considerado en las investigaciones sobre el estrés laboral como una variable

moderadora entre las demandas del trabajo y los resultados positivos o negativos de esta interacción (Martínez-Correa et al., 2006; Salanova, Grau y Martínez, 2005), participando también en esta interacción variables personales como las expectativas de autoeficacia.

Este tipo de estrés es un fenómeno eminentemente de nuestro tiempo y de nuestra sociedad, ya que se da una sobrecarga vital excesiva tal, que sobrepasa nuestras posibilidades autorregulativas normales. El estrés laboral es un fenómeno que afecta a un alto porcentaje de trabajadores en el mundo industrializado y que conlleva un alto coste personal, psicosocial y económico. La población ocupada sufre síntomas psicósomáticos frecuentes que en buena medida son atribuibles al estrés laboral (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2003). El 28% de los trabajadores europeos padece estrés, siendo la segunda causa de baja laboral, después de los trastornos musculoesqueléticos, y afectando anualmente a cuarenta millones de trabajadores, suponiendo unos 20.000 millones de euros al año en gastos sanitarios, sin contar la pérdida de productividad (Gascón, Olmedo y Ciccotelli, 2003), provoca el 55% del absentismo laboral y tiene su origen en las precarias formas de contratación, en la inseguridad, en el desarrollo intenso de la actividad, en una excesiva exigencia emocional, en la violencia que se genera en el trabajo y en el desequilibrio entre las vidas profesional y personal.

Los estudios indican que la competitividad y los profundos y rápidos cambios en las organizaciones están aumentando, dando lugar a la aparición de estrés laboral entre los trabajadores (McGowan, 2001; Shader, Broome, Broome, West y Nash, 2001).

A nivel social, esto se ha reflejado en el énfasis dado desde la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995) a los factores psicosociales, muchos de los cuales son precursores del estrés laboral y facilitadores de sus consecuencias.

Los estresores laborales pueden ser definidos como todo evento, situación o cognición que puede evocar emociones negativas en el individuo y están implicados en la etiología de la salud psicológica y física y de algunos resultados comportamentales relacionados con la salud.

El modelo transaccional concibe el estrés laboral como un estado de tensión personal o displacer que padece un individuo como consecuencia de realizar un tipo de trabajo o de estar inmerso en un determinado ambiente laboral (O'Brien, 1998).

En la actualidad dos modelos de estrés laboral reciben particular atención: el modelo exigencias-control-apoyo (Karasek y Theorell, 1990) y el modelo esfuerzo-recompensa (Siegrist, 1996).

El modelo exigencias-control propuesto por Karasek (1979) se caracteriza por interrelacionar dos aspectos básicos en el contexto laboral: las demandas que perciben los empleados y el control que tienen para hacer frente a ellas.

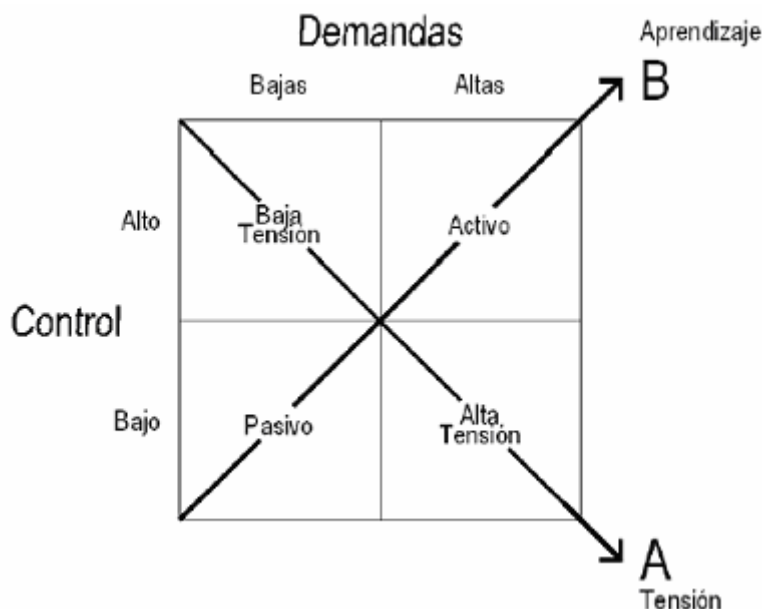


Figura 1.3. Modelo de Karasek (1979)

En este modelo se consideran como estresores el exceso de exigencias psicológicas (volumen de trabajo, presión de tiempo e interrupciones), el bajo

control sobre el trabajo (oportunidad de desarrollar las habilidades y autonomía sobre el trabajo) y el bajo apoyo de los compañeros y de los superiores. Dentro del bajo control sobre el trabajo también puede incluirse la creencia de baja autoeficacia (Salanova, Grau y Martínez, 2005). El grado de control en el trabajo se ha relacionado con la sintomatología cardiovascular, la tensión laboral favorece el aumento de la presión arterial, contribuyendo de esta manera a la aparición de patologías como la hipertensión o las enfermedades cerebrovasculares (Karasek, 1979). Se ha sugerido que el modelo de Karasek debería tener más en cuenta las diferencias individuales (Fernet, Guay y Senécal, 2004) considerando el género, además de la edad, el estatus socioeconómico, algunos aspectos de la personalidad, las formas de afrontar el estrés y el apoyo social o el propio ambiente laboral como factores moduladores de dicha relación. Estas variables ya han sido incluidas en el modelo exigencias-control-apoyo (Karasek y Theorell, 1990).

El modelo esfuerzo-recompensa de Siegrist (1996) asume que el esfuerzo en el trabajo es parte de un contrato basado en la reciprocidad social, donde las recompensas se proporcionan en términos de reconocimiento, salario y oportunidades en la carrera profesional. Las amenazas a la carrera profesional incluyen la inestabilidad laboral, la falta de perspectivas de promoción, los cambios no deseados y la inconsistencia de estatus (trabajar por debajo de la propia cualificación) (Siegrist, 2004). El modelo asume que los contratos de trabajo a menudo no proporcionan un intercambio simétrico con una completa equivalencia entre el esfuerzo y las compensaciones. De acuerdo con este abordaje, la experiencia de una falta de reciprocidad, de altos costes y bajas ganancias, provoca emociones negativas en las personas expuestas. El sentimiento de no ser valorado de forma adecuada o de ser tratado de forma injusta se acompaña de reacciones sostenidas de tensión.

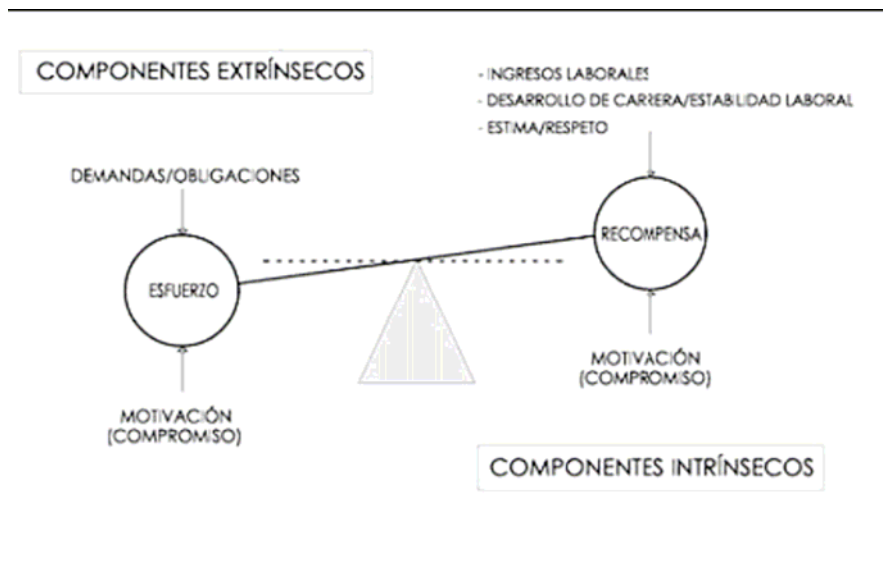


Figura 1.4. Modelo esfuerzo-recompensa de Siegrist (1996)

A largo plazo el desequilibrio entre el alto esfuerzo y las bajas recompensas en el trabajo, incrementa la susceptibilidad a las enfermedades como resultado de la continua reacción de tensión (Schnall, Belkic, Landsbergis y Baker, 2000; Vegchel, de Jonge, Bakker y Schaufeli, 2002). Desde el modelo esfuerzo-recompensa se ha sugerido que un alto esfuerzo y un bajo refuerzo, junto con una alta necesidad de control, produce cambios en las respuestas fisiológicas y psicológicas y la propensión a desarrollar eventualmente patologías cardiovasculares (Siegrist, 1996).

El modelo esfuerzo-recompensa, no sólo se limita a considerar variables estructurales del ambiente de trabajo, como en el caso del primer modelo, sino que también integra variables personales. Propone que las personas caracterizadas por un patrón motivacional de excesivo compromiso con el trabajo y una alta necesidad de aprobación tienen mayor riesgo de tensión.

En las sociedades occidentales hace años que las características del mundo laboral están cambiando, el esfuerzo físico en el trabajo ha sido suplantado, en gran medida, por el esfuerzo intelectual, y la población en activo envejece progresivamente al tiempo que crece la proporción de mujeres que ingresan en el mercado laboral. Además, no hay que olvidar la influencia de la

inteligencia emocional que en fechas recientes se ha introducido como una variable relacionada con el estrés ocupacional (Bar-On, Brown, Kirkcaldy y Thomé, 2000). En este contexto, que ya es una realidad en el momento actual, el ambiente psicosocial desfavorable en el trabajo se está convirtiendo en algo muy prevalente en las formas de vida laboral modernas y la relación entre el estrés laboral y diversos tipos de enfermedad ha sido demostrada en diferentes investigaciones (Shirom, 2003; Smith, Sulsky y Uggerslev, 2002).

Numerosos estudios, basados en los dos modelos recogidos anteriormente en este apartado, han puesto de manifiesto que la exposición a largo plazo a factores de riesgo psicosocial en el trabajo tiene efectos negativos, sobre todo en la salud cardiovascular y en la salud mental, entre un amplio abanico de trastornos de salud menos estudiados como los inmunológicos, así como también da lugar a la adopción de hábitos de vida poco saludables como consumir drogas o no realizar actividad física (Baker, 1988; Fernández, Fernández y Siegrist, 2005; Fernández, Siegrist, Rödel y Hernández, 2003; Karasek y Theorell, 1990; Moya-Albiol, Serrano, González-Bono, Rodríguez-Alarcón y Salvador, 2005; Peiró y Salvador, 1993; Salvador y González-Bono, 1995; Serrano, Moya y Salvador, 2008; Serrano, Moya y Salvador, 2009; Tsutsumi, Kayaba, Kario e Ishikawa, 2009; Ursin y Eriksen, 2004; Wang, Schmitz, Dewa y Stansfeld, 2009). Además se ha demostrado que ambos modelos no son excluyentes sino complementarios (Bosma, Peter, Siegrist y Marmot, 1998).

Un trabajo considerado tradicionalmente como muy estresante es el del personal sanitario que está muy expuesto a diferentes factores de riesgo psicosocial como la falta de apoyo social, los horarios irregulares, la violencia en el trabajo o el contacto con el sufrimiento o la muerte. Estos factores de riesgo tienen consecuencias importantes en su salud mental (Escribá-Agüir y Pérez-Hoyos, 2002, 2003; Ramírez, Graham, Richards y Gregory, 1996). Dentro de este grupo de profesionales sanitarios, la enfermería es considerada como una profesión con una alta susceptibilidad al estrés, siendo este un fenómeno

descrito a nivel mundial (Bourbonnais, Comeau, Vezina y Guylaine, 1998; Butterwoth, Carson, Jeacock, White y Clements, 1999; Coffey y Coleman, 2001; Smith, Brice, Collins, Mathews y McNamara, 2000; Peterson, 1995; Watson et al., 2009) y que afecta a su salud y al desarrollo adecuado del trabajo (Jones, 1987; Kendrick, 2000; Payne y Firth-Cozens, 1987). Algunos de los factores que han sido relacionados con el estrés en las enfermeras son: sobrecarga, conflictos interpersonales, coste emocional del cuidar, falta de reconocimiento, trabajo a turnos, falta de claridad, ambigüedad y problemas con la supervisión (Bailey, 1981, 1985; Cuevas, O´Ferrall y Crespo, 1998; Ferrer, 2001; Fornés, Ponsell y Guasp, 2001; Gil, Peiró y Valcárcel, 1993; Hipwell, Tyier y Wilson, 1989; McVicar, 2003; Porrás, Bilbao y Vila, 2005; Sánchez, 1994; Sánchez, Giribet y Rodríguez, 1997; Stordeur, D´Hoore y Vandenberghe, 2001; Tyler, Carroll y Cunningham, 1991).

1.6.1.- EL SÍNDROME DE BURNOUT

Un tipo de estrés laboral es el síndrome de burnout. En los últimos años, el burnout o síndrome de quemarse por el trabajo, ha resultado uno de los temas que mayor atención ha acaparado por parte de los investigadores en el tema del estrés laboral. Se estima que siete de cada diez trabajadores se sienten quemados por su trabajo. La necesidad de explicarlo ha conducido a preguntarse por los antecedentes, consecuentes, facilitadores, factores protectores y una gran variedad de variables que ayuden a delimitar y a definir mejor este constructo sobre el que parece existir un consenso al considerarlo como una respuesta del individuo al estrés laboral crónico (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Fue descrito por primera vez por el psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger en 1974. Trabajando como asistente voluntario en una clínica para toxicómanos en Nueva York observó que al año de empezar la mayoría de sus compañeros sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al

agotamiento, así como desmotivación para el trabajo, junto con varios síntomas de ansiedad y depresión. Freudenberger describió cómo estas personas se volvían menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece, lo que redundaba en un deterioro de los cuidados y de la atención profesional a los usuarios de los servicios. Definió el síndrome como el estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, una forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo.

Por aquel entonces, en 1976, la psicóloga social Cristina Maslach estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas, describiendo el mismo síndrome que Freudenberger (Maslach y Jackson, 1981). Maslach y Jackson, desde un enfoque psicosocial, comenzaron a sentar las bases conceptuales y empíricas de este síndrome, enfatizando su incidencia en aquellos trabajadores que desarrollan una actividad centrada en las personas y con las cuales tienen un contacto directo. Maslach (1982) define el burnout como un síndrome de extenuación emocional, despersonalización y falta de logro personal en el trabajo, que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son las personas en cualquier tipo de actividad. Es un síndrome psicológico que aparece como respuesta a factores estresantes crónicos interpersonales en el trabajo (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

El síndrome de estar quemado, síndrome de quemarse en el trabajo, síndrome de la quemazón, síndrome del estrés laboral asistencial, síndrome del desgaste asistencial,... en definitiva el burnout se trata de un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad de su trabajo. La situación le ha sobrepasado y queda reducida su capacidad de adaptación. Aparece como resultado de un proceso crónico en el que fallan las estrategias de afrontamiento que suele

emplear el sujeto (Burke, 1987). El principal factor que contribuye a la aparición del síndrome de burnout es el estrés laboral (Cherniss, 1995).

Farber define el burnout de la siguiente manera: "El burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimiento de incompetencia, deterioro del autoconcepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, tristeza y baja autoestima" (Farber, 1983).

1.6.1.1.- Dimensiones

Según Maslach et al. (2001) las dimensiones clave de esta respuesta de estrés son tres, conceptualmente distintas aunque empíricamente relacionadas. Esta estructura de tres dimensiones se ha corroborado posteriormente en distintos tipos de profesiones (Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2002; Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996):

- El cansancio emocional (CE), que se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento físico y psicológico abrumador, la fatiga, etc. El sujeto tiene la sensación de estar "hecho polvo" y de tener demasiadas exigencias a partir del contacto con otras personas. La persona no responde a la demanda laboral y generalmente está irritado y deprimido. Representa la dimensión individual y tiene un carácter emocional. Se relaciona con sentimientos de intentar abarcar demasiadas cosas y de que los recursos emocionales y físicos están agotados. Es la manifestación primaria del síndrome y su dimensión central, es la que más comúnmente se declara y la que más se ha estudiado.

- La despersonalización (DP), manifestada por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías, impersonales e insensibles hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que les culpen de sus problemas y dificultades. Las personas se perciben como objetos insensibles. Aparecen manifestaciones de insolencia, abuso y distanciamiento respecto al trabajo. Es la dimensión contextual interpersonal del burnout. Es una reacción tan inmediata al agotamiento que, en toda la investigación sobre el burnout, aparece constantemente la relación entre estas dos dimensiones. En posteriores investigaciones desarrolladas en profesiones no relacionadas con servicios humanos, a esta dimensión se la denomina cinismo y se refiere al distanciamiento de la persona de su trabajo y al desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo en general.
- La falta de realización personal (RP), está caracterizada por respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Representa la dimensión de autoevaluación. El profesional se siente cada vez menos competente, cada vez menos eficaz y exitoso. Empieza a valorarse negativamente, sobre todo en relación con su trabajo, pero también se puede extender a otros ámbitos privados. Se sienten infelices con ellos mismos e insatisfechos con su rendimiento en el trabajo, baja su autoestima. Tienen un sentimiento de inadecuación a las tareas profesionales, de incompetencia y de falta de productividad en el trabajo (Ramos, 1999). A esta dimensión también se le denomina falta de eficacia profesional.

Inicialmente el trabajador se siente emocionalmente incapaz de seguir encontrando satisfacción en su trabajo, a ello reacciona distanciándose de las fuentes de malestar y desarrollando actitudes negativas y deshumanizadas hacia sus clientes, finalmente, ante el fracaso adaptativo al trabajo, experimenta sentimientos de baja realización personal y profesional.

Ramos y Buendía (2001) entienden el burnout como un proceso que supone la interacción de variables emocionales (cansancio emocional, despersonalización), cognitivas (falta de realización en el trabajo) y sociales (despersonalización). Estas variables aparecen de manera secuencial y articuladas entre sí dentro de un proceso más amplio de estrés laboral.

1.6.2.- EL CANSANCIO EMOCIONAL

El cansancio emocional está claramente relacionado y es resultado de las demandas del trabajo, las otras dos dimensiones están más relacionadas con la falta de recursos en el trabajo (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2000; Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001).

Como se refleja en diversos estudios, es especialmente relevante el papel que desempeña el agotamiento emocional como aspecto clave del síndrome de burnout (Cox, Tisserand y Taris, 2005; Otero-López, Santiago y Castro, 2008) y en la aparición de problemas de salud, mostrándose especialmente predictivo de la salud general y de la sintomatología psicológica en particular (Badeian y Armenakis, 1981; Bravo, Zurriaga, Peiró y González, 1993; Byrne, 1994; Ferreres, González-Romá, Hernández, Espejo y Lloret, 1995; Gil-Monte, 1994, 2005; González-Romá, Lloret y Tomás, 1993; Greenlass, Burke y Konarski, 1998; Hock, 1988; Lee y Ashford, 1996; Marín et al., 2005; Pines y Aronson, 1981).

El mismo cansancio emocional provoca reacciones de distanciamiento emocional y cognitivo respecto al propio trabajo, siendo un modo de afrontar la sobrecarga que este conlleva (Maslach et al. 2001), por lo que puede considerarse como la primera etapa del proceso de burnout (Greenlass, Burke y Konarski, 1998).

Se muestra también la escasa asociación de la pérdida de salud con la despersonalización y con la falta de realización, que parecen estar asociadas

preferentemente con otro tipo de consecuencias derivadas fundamentalmente para la organización, debido probablemente a la naturaleza actitudinal que las caracteriza (Gil-Monte y Peiró, 1997).

1.6.3.- MODELOS TEÓRICOS

La necesidad de explicar cómo se desencadena el síndrome ha dado lugar a la aparición de diversos modelos. Estos consideran una serie de variables e intentan explicar el proceso por el cual los sujetos llegan a manifestar los síntomas del burnout. Las variables más directamente implicadas en la génesis del síndrome de burnout pueden ser de tipo individual, social u organizacional. Se pueden distinguir tres tipos de modelos (Schaufeli, Maslach y Marek, 1993). El primero se refiere a los modelos que destacan la importancia de las variables personales en la etiología del síndrome. El segundo tipo aglutina los modelos que se centran en los procesos de interacción social y sus consecuencias. Por último se encuentra el tercer tipo que comprende los modelos que resaltan la importancia de las variables organizacionales.

Si bien inicialmente la mayoría de los modelos teóricos enfatizaron la relevancia de los aspectos organizacionales (Maslach, 1982) en la explicación del burnout, progresivamente se ha ido destacando la necesidad de tomar en consideración la interacción persona-ambiente (Cherniss, 1980) como un factor fundamental para su adecuada comprensión (González-Roma, Hernández, Peiró y Muñoz, 1995), a la vez que se ha confirmado cada vez con más fuerza el valor causal de las variables organizacionales dentro del síndrome. En el modelo interaccionista, las variables relativas a la persona gozan de un lugar privilegiado en la explicación del burnout. El locus de control (Buendía y Rikelme, 1995, Byrne, 1994), la percepción de control (McKnight y Glass, 1995), la personalidad resistente (Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang y González, 2008; McCranie, Lambert y Lambert, 1987; Nowack, 1986) y el sentido de

coherencia (Fiorentino y Pomazal, 1994) son constructos que influyen en la aparición y mantenimiento del burnout.

Buendía y Ramos (2001) resaltan que una única perspectiva no parece dar una explicación completa y satisfactoria sobre la etiología del síndrome, la cual pasa por integrar variables recogidas en las tres perspectivas (individual, social y organizacional). Gil-Monte y Peiró (1997) elaboraron un modelo sobre la etiología, proceso y consecuencias del síndrome de burnout, desde un enfoque transaccional en el que se recogen variables organizacionales, individuales y estrategias de afrontamiento. Según estos autores el síndrome se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a estos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales, que a pesar de no ser eficaz en el trabajo, evita implicaciones personales que pueden agravar la sensación de agotamiento. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. Es decir, los resultados dependerán en gran medida de la interpretación que haga la persona de la situación estresante y de los recursos que dispone para afrontarla.

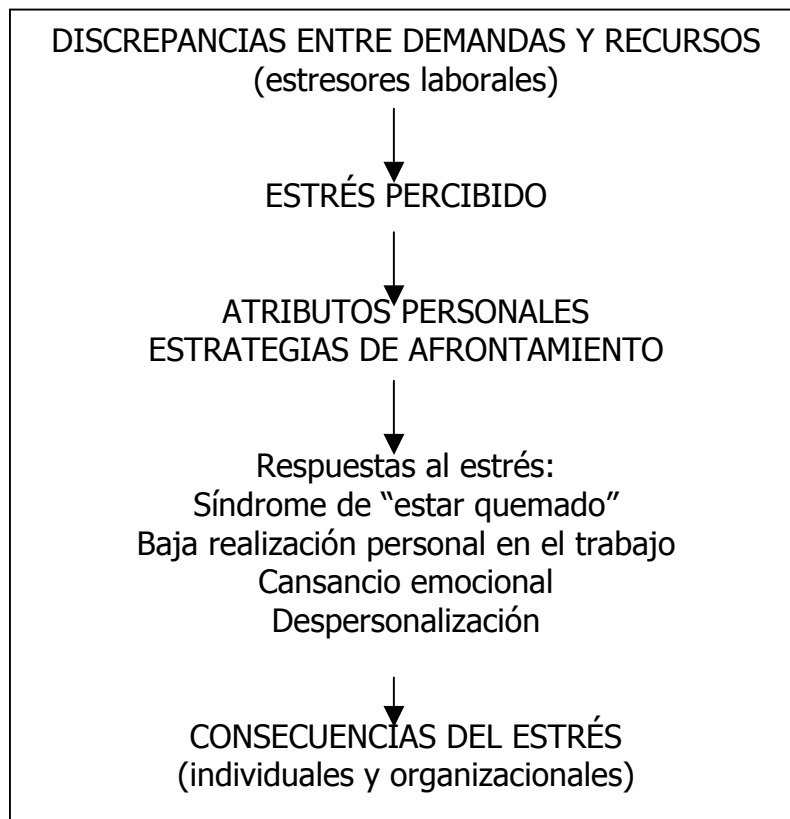


Figura 1.5. Modelo del síndrome de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997).

En el modelo propuesto por Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli (2000, 2001) para explicar el burnout se confirma que las demandas del trabajo tienen mucha influencia en la aparición del cansancio emocional y la falta de recursos juegan un papel importante en la reducción del engagement o compromiso con el trabajo, así como también que el burnout influye en la satisfacción personal. La robustez del modelo demandas-recursos aplicado en la explicación del burnout se ha comprobado posteriormente (Korunka, Kubicek, Schaufeli y Hoonakker, 2009).

1.6.4.- VARIABLES PERSONALES

Como se ha comentado anteriormente, los factores individuales juegan un papel muy importante en el desarrollo del síndrome, efecto que se constató desde los primeros momentos del estudio del burnout.

Las personas no llegan al ambiente laboral libres de toda influencia, muy al contrario, llevan consigo todas sus experiencias, sus vivencias, su aprendizaje y su forma de ser. Las personas deben aprender a integrar todo esto en su ambiente laboral, esto parece que no siempre resulta fácil. No se puede aceptar el hecho de que "sentirse quemado" pueda deberse única y exclusivamente a las variables de carácter organizacional que están presentes en el ambiente laboral.

Se han realizado numerosos estudios que relacionan las variables o tipos de personalidad con el burnout (Byrne, 1994, Buendía y Riquelme, 1995; Cherniss, 1980; Farber, 1983; Garrosa et al., 2008; Gold y Michael, 1985; Hills y Norvell, 1991; Mcknight y Glass, 1995; Morán, 2005b; Moreno-Jiménez, Morett, Rodríguez-Muñoz y Morante, 2006), los análisis de regresión muestran que aproximadamente un tercio de la varianza del burnout se explica por la personalidad.

La tendencia más consistente en los últimos años se ha orientado a vincular el burnout y las variables de personalidad propias del enfoque activo y positivo de la salud, el llamado modelo salutogénico de salud. Este enfoque propone considerar la salud como una variable dinámica entre los polos de la enfermedad y el bienestar de la persona (Ballester, 1998). La ubicación de la persona a lo largo del continuo sería dinámica, en continua modificación, dependiendo tanto de las variables orgánicas como de las variables contextuales y personales. Los modelos salutogénicos han enfatizado la relevancia de las variables personales del sujeto, especialmente las variables activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los factores de estrés (Moreno, Morante, Rodríguez y Rodríguez, 2008).

Uno de los modelos salutogénicos es el desarrollado por Antonovsky (1979), con el concepto central del sentido de coherencia, el cual está relacionado desde hace años con la experiencia de estrés, ya que los componentes centrales de la misma se puede considerar que son ver la vida

como impredecible, incontrolable o que nos sobrepasa (Averill, 1973; Cohen, 1978; Glass y Singer, 1972; Lazarus, 1966; Seligman, 1975), aspectos relacionados, en su vertiente positiva, con el concepto del sentido de coherencia. En este sentido, Pines y Keinan (2005) sugieren que el tratamiento del burnout se debe focalizar en conseguir que aumente el sentido de importancia para las personas de su trabajo y su significado.

La personalidad tipo A (Otero-López et al., 2008) se caracteriza por manifestar impaciencia, urgencia temporal, competitividad, hostilidad y compromiso excesivo con el trabajo. Estas características la predisponen a sobrecargarse de trabajo y a percibir las situaciones y los eventos como más estresantes, factores ambos, favorecedores de burnout. La personalidad resistente (Moreno, Morett, Rodríguez y Morante, 2006; Otero-López et al., 2008) se caracteriza por creencias acerca de las propias capacidades y la importancia que tiene lo que uno hace (compromiso), creencia en que puede influir en los eventos y sus resultados (control) y creencia de que el cambio, más que la estabilidad, es la norma de la vida (reto). Estas características de la personalidad resistente van unidas a sentimientos de autoconfianza, autoestima y autoeficacia. Variables todas ellas que previenen el burnout.

El locus de control es la creencia generalizada de que los eventos de la vida y sus consecuencias son controlados por las propias decisiones (locus interno) o por fuerzas externas (locus externo). Desde esta perspectiva, las personas con locus de control externo, son más propensas a sentirse quemadas por el trabajo (Mazur y Lynch, 1989).

Desde el marco que nos proporciona el modelo de demandas-recursos es interesante prestar también atención a unos recursos personales como son las estrategias de afrontamiento. Parece existir un amplio acuerdo respecto al papel modulador de las mismas en la etiología del burnout (Hernández, Olmedo e Ibáñez, 2004). Las personas que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centradas en el problema reflejan menos sentimientos de

quemarse por el trabajo que las personas que emplean estrategias de evitación/escape o estrategias centradas en la emoción. La utilización de estrategias activas de resolución de problemas se relaciona con la menor probabilidad de padecer el síndrome de burnout (Anderson, 2000; Gallagher, 2004; Morán, 2005c). Se han encontrado correlaciones significativas en sentido negativo entre el Cansancio Emocional y las estrategias de afrontamiento focalizadas en la solución de problemas, así como también una correlación, en este caso en sentido positivo con la estrategia de evitación y autofocalización negativa (Gan, Shang y Zhang, 2007). La dimensión de realización personal correlaciona positivamente con las estrategias de afrontamiento focalizadas en la solución de problemas (Marín et al., 2005).

1.6.5.- VARIABLES PREDISponentES

Es un síndrome clínico que afecta a profesionales que trabajan en servicios humanos, directamente con personas que se encuentran en situaciones problemáticas (profesores, políticos, trabajadores sociales, personal sanitario, funcionarios de prisiones, etc.) (Arbelo, Sotolongo, Hernández, Iglesias y Santander, 2008; Byrne, 1994; Castro et al., 2006; Clausi, Torales, Czenik y Almirón, 2007; Hernández-Martín, Fernández-Calvo, Ramos y Contador, 2006; Jenaro-Río, Flores-Robaina y González-Gil, 2007; Latorre y Sáez, 2009; Moreno, González y Garrosa, 1999; Otero-López et al., 2008; Rosales, Jiménez y Serio, 2007; Serrano, Garcés e Hidalgo, 2008; Topa y Morales, 2005). En la actualidad se aplica a un amplio colectivo de profesiones, independientemente de que impliquen trato directo con personas (Bakker, Dermerouti y Scahufeli, 2002; Moreno, Garrosa, Benevidez-Pereira y Gálvez, 2003; Schutte, Toppinen, Kalimo y Schaufelli, 2000).

Las variables estudiadas como posibles desencadenantes o facilitadoras del burnout provienen de fuentes diversas que, en general, suelen estar relacionadas con la situación social y demográfica del sujeto, con el ambiente y

condiciones en que desarrolla su trabajo y con su propia disposición y características personales (Garrosa et al., 2008; Schaufeli et al., 1993; Topa-Cantisano y Morales-Domínguez, 2007).

Dentro de las características (Farber, 1983; Cherniss, 1995) podemos destacar:

1.- El burnout aparece en profesiones que requieren de una formación rigurosa para desarrollar las habilidades y capacidades específicas de la profesión.

2.- El burnout se da en profesionales que trabajan con un contacto emocional intenso ofreciendo ayuda a personas necesitadas de la misma.

3.- El burnout se da en profesionales muy motivados, que empiezan a trabajar con iniciativa y dedicación.

Las profesiones de ayuda cuentan con un alto componente emocional, no sólo porque la implicación emocional es imprescindible, sino también porque la competencia profesional se corrobora a partir de la sensación de satisfacción. El profesional de ayuda se siente cuestionado cuando, a pesar de su implicación emocional en la relación, los resultados indican fracasos reiterados.

Existen una serie de factores de riesgo que influyen en su aparición (Anaya, Ortiz, Panduro y Ramírez, 2006; Arbelo et al., 2008; Bakker et al., 2002; Clausi et al., 2007; HahnMary y Carlotto, 2008; Hernández-Martín et al., 2006; Jenaro-Río et al., 2007; Topa, Morales y Caeiro, 2007; Vela-Bueno et al., 2008):

- La edad. Muchos trabajos han encontrado que a mayor edad, menor es la presencia del síndrome. Lo atribuyen a que con la edad, las personas han desarrollado mejores estrategias de afrontamiento del estrés y tienen expectativas profesionales más reales. También se ha encontrado que a mayor edad el trato es más frío y desconsiderado.

- El sexo. Las mujeres serían más vulnerables. Se han encontrado muchos trabajos en que los varones puntúan más alto en despersonalización y las mujeres en agotamiento emocional (Gil-Monte, 2002). Se atribuye en gran parte a los diferentes procesos de socialización para los roles masculino (el hombre no debe expresar emociones) y femenino (cuidar, educar, ...).
- El estado civil. No existe un acuerdo. Para algunos autores las personas que no tienen una pareja estable parecen más propensas ya que no pueden compartir sus vivencias y emociones con otra persona y para otros se manifestaría más en las personas casadas o con una pareja estable con existencia de hijos pequeños.
- La turnicidad laboral y el horario laboral pueden conllevar a la presencia del síndrome, sobre todo cuando es intenso.
- Sobre la antigüedad profesional no existe acuerdo. Los trabajadores con mayor antigüedad en la profesión tenían puntuaciones más elevadas en despersonalización, sin embargo a menor antigüedad mayor falta de realización personal. En los primeros años de carrera profesional la persona es más vulnerable, pero el síndrome aparece después de pasados unos diez años en la profesión.
- La sobrecarga laboral produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por los trabajadores tanto cualitativa como cuantitativamente.
- El salario es otro factor que afectaría al desarrollo del burnout.
- La evaluación estresante del trabajo predispone a sufrir burnout.
- El apoyo social percibido en el trabajo. El apoyo social y la retroalimentación obtenida por el trabajo realizado ayudan a la persona a superarse profesionalmente, a sentirse útil, válida y querida. Por consiguiente, cuando falta este apoyo, ya sea de superiores o

compañeros, hay que considerarlo como una variable de riesgo o como un elemento facilitador de los efectos que tiene el estrés laboral sobre el síndrome de quemarse.

- La percepción por parte del individuo de la ruptura del contrato psicológico y la comparación social son dos variables que también predisponen a sufrir burnout.
- Los conflictos entre los valores personales y organizacionales. Existe una fuerte correlación entre la incongruencia de valores y el desarrollo de burnout (Leiter, Gascón y Martínez-Jarreta, 2008; Verplanken, 2004).
- El conflicto y la ambigüedad del rol son aspectos relevantes en el desarrollo del burnout (López-Araujo, Osca-Segovia y Rodríguez, 2008).
- La identificación psicológica con el trabajo está relacionada en negativo con el cansancio emocional y el cinismo y en positivo con la realización profesional (López-Araujo et al., 2008).

Además la presencia de profesionales con burnout determina altamente la probabilidad de que sus compañeros también lo desarrollen (Bakker, LeBlanc y Schaufeli, 2005; Bakker, van Emmerik y Euwema, 2006; Bakker, Westman y Schaufeli, 2007).

1.6.6.- EL BURNOUT Y LAS PROFESIONES DE LA SALUD

Una característica común a todos los profesionales de la salud es que trabajan con personas que tienen problemas, bajo una fuerte presión y se ven sometidos a un grado elevado de estrés al tener que resolver estas demandas con los recursos disponibles. Lo que tienen en común todos los profesionales del cuidado de la salud es que trabajan cerca de la gente que tiene problemas (Bernaldo de Quirós-Aragón y Labrador-Encinas, 2007; Ortega y López, 2004).

Entre los factores de estrés se destacan: la presión del tiempo, tratar con la muerte y el sufrimiento, la incertidumbre, cubrir las necesidades y las

demandas de los pacientes, las interrupciones y el conflicto casa/trabajo (Linn, Yager, Cope y Leake, 1985; McCue, 1982; Ortega, López y Gómez, 2009; Rout y Rout, 1993, 1994, 1995).

Entre los médicos el burnout está en aumento y está empezando a aparecer durante el inicio de su carrera profesional en el periodo de residencia. Las médicas experimentan factores de estrés únicos en su sexo: prejuicios contra las mujeres en esta profesión, falta de modelos a los que seguir y conflictos relacionados con el papel de la mujer, presión adicional de las obligaciones familiares (Bowman y Allen, 1985; Cartwright, 1987; Gross, 1992; Sánchez, Jiménez y García, 2009).

El estudio del burnout en enfermería es amplio, se han agrupado sus fuentes en dos grandes categorías: la relación y el contacto directo con los pacientes y los factores administrativos y organizacionales. Según estudios epidemiológicos, el burnout afecta aproximadamente al 25% de las enfermeras y va en aumento (Altun, 2002; Brown y Edelman, 2000; Demerouti et al., 2000; Molina, Avalos y Giménez, 2005; Moreno et al., 2000; Happell, Martin y Pinikahana, 2003; Heyns, Venter, Esterhuyse, Bam y Odendaal, 2003; Whittington y Higgins, 2002), teniendo un impacto negativo en su bienestar (Gouva, Mantzoukas, Mitona y Damigos, 2009).

1.6.7.- MEDIDA

Para la evaluación del burnout se construyó el MBI (Maslach Burnout Inventory) (Maslach y Jackson, 1986). En él se recogen tres escalas para medir los tres componentes de este síndrome en las primeras fases exploratorias. El MBI es el cuestionario más utilizado internacionalmente. Fue diseñado inicialmente para trabajadores de servicios humanos y de cuidado de la salud, consta de 22 items que recogen afirmaciones sobre pensamientos, sentimientos, emociones y conductas del profesional relacionados con su trabajo. Posteriormente se realizó una versión para educadores y en la

actualidad existe una versión general MBI-GS independiente de los aspectos vocacionales característicos de las profesiones de cuidado y de servicios humanos (Maslach, Jackson y Leiter, 1996; Schaufeli et al., 1996) para uso en cualquier ocupación (Maslach, 2003).

Los niveles del burnout pueden diferir según las profesiones, según el país y según la cultura. Se necesitan elaborar criterios culturales y puntos de corte clínicamente válidos que permitan hacer clasificaciones y diagnósticos individuales. En España existe una versión castellana del MBI editada por TEA en 1997. Esta versión recoge datos de muestras y estudios españoles.

Resulta indispensable para medir adecuadamente el burnout, contar también con datos objetivos procedentes de fuentes distintas de las medidas de autoinforme, bien utilizando la observación directa de la conducta profesional, solicitando referencias a terceras personas que conozcan bien al trabajador o analizando indicadores laborales como: incumplimiento de tareas, retrasos horarios, absentismo, bajas laborales, accidentes, enfermedades físicas o mentales, abandono y/o cambio de trabajo, jubilación anticipada.

1.6.8.- BURNOUT Y SALUD

Este síndrome se desarrolla evolutivamente, en una primera etapa tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, se produce un estrés psicosocial. En una segunda etapa se produce un estado de tensión psicofísica. En la tercera etapa aparecen una serie de trastornos en la conducta. En general el síndrome es insidioso, se tiende a negar su presencia pues se vive como un fracaso profesional y personal.

En el burnout podemos ver la presencia de trastornos físicos como fatiga crónica, dolores de cabeza, tensión muscular, trastornos del sueño, cefaleas, taquicardias, gastritis, úlceras y enfermedades cardiovasculares entre otros (Cebriá-Andreu, 2005; Melamed, Shirom, Toker, Berliner y Shapira, 2006; Vela-

Bueno et al., 2008). También están presentes síntomas psicológicos como depresión, ansiedad, obsesión y fobias, ideas suicidas, cinismo, agresividad, agotamiento, fracaso, impotencia, frustración, etc. (Arbelo et al., 2008; Moya-Albiol et al., 2005). Finalmente existen alteraciones como irritabilidad, conflictos con los compañeros, actitudes negativas, conductas adictivas al alcohol, tabaco u otras drogas, absentismo y distanciamiento (Cox, Kuk y Leiter, 1993; Cherniss, 1995; Marín et al., 2005; Maslach y Leiter, 1997; Ramos, de Castro, Galindo y Valladares, 1999).

El cansancio emocional es un componente del desgaste y se han referido trastornos psicosomáticos en personas con alto grado de desgaste (Fernández, 2000).

1.6.9.- BURNOUT EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

El término estrés académico se utiliza para designar el impacto que el sistema educativo, con sus presiones, demandas y disfunciones, tiene sobre los alumnos. El entorno organizacional en el que se centra este trabajo de investigación es la Universidad, que representa un conjunto de situaciones altamente estresantes debido a que el individuo puede experimentar aunque sólo sea transitoriamente, una falta de control sobre el nuevo ambiente, potencialmente generador de estrés y potencialmente generador del fracaso académico universitario, con otros factores (Martín, 2007). Los escasos trabajos sobre este tema han demostrado la existencia de índices notables de estrés en las poblaciones universitarias, alcanzando mayores cotas en los primeros cursos de carrera y en los periodos inmediatamente anteriores a los exámenes (Muñoz, 1999). Los estresores académicos más importantes son la preocupación por el desempeño, el proceso de adaptación al ambiente universitario, las exigencias de los estudios, las notas finales, el excesivo trabajo para casa, los exámenes y el estudiar para ellos, la incertidumbre hacia el futuro (Carlotto, Camara y Brazil, 2005; Misra y McKean, 2000; Peñacoba y

Moreno, 1999). Además el estrés percibido por los alumnos está influenciado por la falta de relaciones sociales y por la valoración del clima social que media entre las dos variables anteriores (Lee, Keough y Sexton, 2002).

El interés que en la actualidad despierta en burnout ha facilitado una ampliación de su campo de estudio y recientemente surgen estudios con estudiantes. En consecuencia, el burnout no se da solamente en los profesionales, también puede aparecer en los estudiantes, una población preprofesional (Cano y Martín, 2005; Martínez, Marqués, Salanova y Lopes da Silva, 2002; Schaufeli, Martínez, Marqués-Pinto, Salanova y Bakker, 2002) y en cualquier persona que sufra condiciones de exigencia elevada, crítica continua y no pueda administrar la exigencia que le es impuesta por la institución.

El burnout en los estudiantes está conceptualmente relacionado con el burnout laboral, la sobrecarga laboral podría ser equiparada a la sobrecarga de actividades y tareas escolares (Garcés de los Fayos, 1995). Si recordamos, Freudenberger (1974) definió el síndrome de burnout como el estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, una forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo, la cual encaja perfectamente en la situación que viven muchos alumnos universitarios.

El síndrome de burnout no es exclusivo de género, raza, estatus social, profesión o edad. Es común a todos aquellos que realizan cualquier actividad y se ven sobrepasados por la falta de tiempo, el exceso de tareas, el incremento de obligaciones y la conciencia sobre la imposibilidad de cumplir con todo lo planeado y propuesto.

Gan, Shang y Zhang (2007) definen el burnout en estudiantes como un conjunto de síntomas psicológicos que ocurren debido al estrés académico crónico y a las cargas del curso, manifestado por agotamiento en los estudiantes, cinismo respecto a las tareas de aprendizaje y eficacia profesional reducida.

Se observa que alumnos que habiendo comenzado sus estudios con mucho entusiasmo, día a día este decae y se convierte, entre otras cosas, en desentendimiento de las obligaciones, cansancio, sentimiento de vacío o de fracaso, baja autoestima, falta de concentración y deseos de abandonar los estudios. El cansancio emocional influye negativamente en las expectativas de éxito y la madurez profesional, es decir, los estudiantes con mayores niveles de cansancio tienen pocas expectativas de acabar sus estudios con éxito y también están poco preparados para enfrentarse al mundo laboral (Martínez et al., 2002).

Mientras en el ámbito laboral los dos modelos de riesgo psicosocial antes descritos han demostrado de forma consistente su capacidad para explicar los trastornos asociados al estrés en el trabajo, se ha avanzado menos en el desarrollo de modelos teóricos explicativos de los factores extralaborales relacionados con el estrés.

Uno de los abordajes más utilizados se basa en el efecto de los acontecimientos vitales estresantes (Holmes y Rahe, 1967). Las personas que habían sufrido al menos un acontecimiento desfavorable durante el último año presentaban peor salud mental, menos vitalidad, más limitación en la función social y limitación del rol por problemas emocionales (Escribá-Agüir, Tenías-Burillo, 2004). La transición al mundo universitario crea una situación donde el contacto regular con los soportes emocionales tradicionales se ve reducido, los estudiantes tienen que crear un nuevo sistema de soporte social, lo cual supone un acontecimiento estresante. Tienen que aprender a controlar las demandas académicas, desarrollar nuevos contactos sociales y a ser responsables con sus propias necesidades diarias (Hudd et al., 2000).

Se han realizado muchos estudios sobre el burnout en trabajadores, pero sin embargo son pocos los estudios que existen sobre burnout en futuros profesionales durante su periodo de formación. Los universitarios son una población particular que está expuesta a estresores y a sus efectos, con niveles

de estrés cercanos a los detectados en muestras clínicas (González y Landero, 2007a).

El periodo de estudio en la Universidad es percibido como un evento positivo que conlleva grandes oportunidades para el desarrollo individual y representa un periodo crítico del desarrollo en la etapa final de la adolescencia y en los jóvenes adultos, en ella los estudiantes entran en un ambiente social nuevo en el que se tienen que adaptar a nuevas normas sociales y establecer nuevas relaciones (Tao, Dong, Pratt, Hunsberger y Pancer, 2000). Además, esta experiencia va siempre acompañada de múltiples y significativos cambios, estrés y retos en las áreas académica, social y emocional. Estas circunstancias de cambio pueden derivar en el desarrollo de reacciones de estrés. Derivado de todo ello se puede hablar de "estudiantes quemados", en referencia al peculiar burnout producido por los estudios universitarios.

Al igual que podemos encontrar burnout profesional, también podemos hablar de burnout en estudiantes universitarios (Ramos, 1999). En este ámbito el cansancio emocional se identifica con él, quedando los otros dos componentes en un segundo plano. Este cansancio emocional en los alumnos universitarios se caracterizaría por un estado de cansancio mental y emocional por las demandas del estudio y los trabajos.

Los estudiantes que sufren burnout dejan de ir a clases, no tienen ánimo para ello y no les importa, la presión del tiempo para presentar trabajos y la disposición de horarios muy ajustados están relacionados con la disminución del rendimiento. Destacable es el estilo de vida que llevan los alumnos cuando se acercan los exámenes, con hábitos insanos como el exceso del consumo de café, cigarrillos y hasta tranquilizantes, todo ello vinculado a la reducción del rendimiento mental.

Un estudio reciente (Ramos, Morán, Pérez y Manga, 2007) ha encontrado relaciones negativas entre la inteligencia emocional de los alumnos universitarios y el cansancio emocional que sufren los mismos. En el mismo

sentido Extremera y Fernández-Berrocal (2006) encontraron una relación positiva entre las capacidades emocionales y la salud mental, social y física. Las personas que fácilmente identifican una emoción específica durante las situaciones estresantes, pasarán menos tiempo prestando atención a sus reacciones emocionales, usando menos recursos cognitivos en ello y utilizándolos para encontrar diferentes alternativas de solución y poder usar estrategias más adaptativas, es decir, las personas más emocionalmente inteligentes, que tienen una capacidad adecuada para atender, comprender y regular sus emociones, afrontarán mejor las situaciones estresantes y regularán mejor sus emociones negativas, todo ello repercutirá de forma importante en el mantenimiento y la promoción de la salud en todas sus facetas.

1.6.9.1.- Medida

Un factor a tener en cuenta para mejorar la validez de la medida de un constructo determinado se refiere a la elaboración no de cuestionarios genéricos, sino específicos de la profesión o tipo de tarea que se está evaluando, ya que los factores antecedentes varían en función de las diferentes actividades que se llevan a cabo, de las distintas funciones que se desempeñan y de las características de la tarea específica, es por ello que resulta aconsejable ajustar las características del instrumento de medida a las condiciones en que desarrollan sus actividades las personas a las que queremos evaluar.

Tomando como referencia estas afirmaciones, investigadores españoles han construido una escala que mide el cansancio emocional en estudiantes universitarios (Ramos, Manga y Morán, 2005) y que ha sido utilizada por otros investigadores (González y Landero, 2007b, 2008a). Es una escala unidimensional compuesta de 10 ítems que puntúan de 1 (raras veces) a 5 (siempre), que evalúan situaciones relacionadas con este factor del burnout durante los últimos doce meses de vida estudiantil. La puntuación de la ECE

oscila entre los 10 puntos mínimos y los 50 como máximos. Tiene una estructura unifactorial que explica el 40% de la varianza y una alta fiabilidad interna con un coeficiente alfa de Cronbach entre 0,83 (Ramos et al., 2005) y 0,90 (González y Landero, 2007b, 2008a) y la correlación entre ítems es de 0,33. La consistencia interna y la fiabilidad es adecuada ya que se sitúa por encima del 0,80 sugerido por Anastasi (1990).

Cabe también mencionar la versión del Maslach Burnout Inventory para estudiantes (MBI-SS) desarrollada por Schaufeli y colaboradores en 2002, que han demostrado una validez transcultural de esta medida, está formada por 16 ítems y tres escalas: agotamiento, cinismo y eficacia profesional.

1.6.9.2.- Estrés, afrontamiento y salud en estudiantes universitarios

El estrés universitario afecta a variables tan diversas como el estado emocional, la salud física o las relaciones interpersonales. Altos niveles de estresores académicos predicen reacciones de estrés (Misra, Crist y Burant, 2003). Estudios sobre la repercusión del estrés en la salud de los estudiantes universitarios sugieren que existe una relación entre el estrés y el deterioro del sistema inmunológico y de la salud mental (Bunevicius, Katkute y Bunevicius, 2008; Guarino, Gaviria, Antor y Caballero, 2000; Morrison y O'Connor, 2005). El estilo de vida de los estudiantes también se ve modificado en los primeros años de estudios y sobre todo según se acerca el periodo de exámenes, convirtiéndose así sus hábitos en insalubres (exceso de consumo de cafeína, tabaco, sustancias psicoactivas estimulantes y relajantes, disminución en la práctica de ejercicio físico, nutrición inadecuada) y pudiendo llevar a la aparición de trastornos de salud, disminución de la autoestima y a percepción de peor nivel de salud (Hudd et al., 2000; Lau, Quadrel y Hartman, 1990; Martín, 2007; McCormack, 1996; Naquin y Gilbert, 1996). Los iguales juegan un papel muy importante en la percepción y reacción al estrés de los estudiantes

(Lau et al., 1990). En la percepción del nivel de estrés por parte de alumnos universitarios se han encontrado diferencias en cuanto al sexo, expresando más a menudo sentimientos de estrés las mujeres que los hombres (Baker, 2003; Hudd et al., 2000). En estudiantes universitarios se confirma que la valoración que hace el sujeto de sus recursos influye en el grado de estrés percibido y en sus consecuencias (cansancio emocional y síntomas somáticos) y que el cansancio emocional predice la aparición de síntomas (González y Landero, 2008a, 2008b).

Anteriormente he citado la relación del cansancio emocional con la inteligencia emocional. Existen estudios que destacan la predicción de la salud de los estudiantes universitarios a partir de la inteligencia emocional y en concreto el factor de motivación por el éxito académico (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006; Ramos et al., 2007).

Se han realizado estudios sobre el estrés en estudiantes de medicina en los que se ha observado una mayor prevalencia de enfermedades mentales, tenían una amplia gama de problemas y estos eran más intensos que los de otros grupos de estudiantes (Bíró, Baiajti, Adány y Kósa, 2009; Bjorksten, Sutherland, Miller y Stewart, 1983; Bunevicius, Katkute y Bunevicius, 2008; Stewart et al., 1995; Wolf, 1994).

En estudiantes de enfermería también se ha observado una relación entre el estrés y el malestar psicológico (Watson et al., 2009).

Los estudiantes chicos y las estudiantes chicas ofrecen diferencias en sus experiencias y percepciones ante los eventos estresantes de la vida. Parece ser que las estudiantes universitarias presentan mayor nivel de percepción de estrés que los hombres (González y Landero, 2008b). Aunque es poco conocido si el género es o no un moderador en el estrés en los alumnos, los estudios han empezado a identificar diferencias en como es afrontado el estrés académico en hombres y mujeres (Baker, 2003; Lee et al., 2002).

Stöber (2004) identificó diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en relación al sexo, donde las mujeres estudiantes presentaron mayor búsqueda de apoyo y orientación a la tarea y preparación, aunque menor evitación que los varones. Buchwald y Schwarzer (2003) informaron que las mujeres de su muestra de investigación presentaban mayor acción instintiva y mayor búsqueda de apoyo social que los hombres (González y Landero, 2008b). Heredia, Piemontesi, Furlán y Pérez (2008) encontraron que las mujeres estudiantes presentaron mayor búsqueda de apoyo y orientación a la tarea que los varones para afrontar la ansiedad y la incertidumbre pre-examen.

En estudiantes universitarios también se ha observado que el afrontamiento proactivo media la relación entre el estrés y el compromiso con los estudios y tiene altas correlaciones significativas con la depresión y con el optimismo (Gan, Yang, Zhou y Zhang, 2007).

1.6.9.3.- Burnout en estudiantes de ciencias de la salud

El burnout estudiantil puede explicar claramente la situación que viven los alumnos de Ciencias de la Salud, en general, y de Enfermería, en particular, durante su periodo de formación pregrado, ya que no sólo tienen que acudir a clases teóricas sino que también deben asistir a prácticas clínicas y de sala de demostración con una carga horaria superior al resto de alumnos universitarios (Alves, Alves y Pineda, 2007; Beck y Erivastava, 1991; Deary, Watson y Hogston, 2003; Zryewskyj y Davis, 1987). Esta sobrecarga no sólo supone una disminución de su tiempo, sino que exigen un mayor esfuerzo integrador de la teoría en la práctica, el cual se ve incrementado por el hecho de cuidar a personas que demandan continuamente ayuda y por la circunstancia de enfrentarse a situaciones límites durante un periodo de formación, de desarrollo profesional, personal, de formación de su propia identidad, de búsqueda de la autoimagen y de desarrollo de la autoconfianza (Sheu, Lin y Hwang, 2002).

Incluso se ha sugerido la inclusión de este tipo de cuestiones en los planes de estudios (Guerrero, 2003).

Para los estudiantes de enfermería hay muchos estresores. Zryewskyj y Davis (1987) describieron las principales fuentes de estrés de los estudiantes de enfermería. Comprobaron que las áreas académica y clínica generaban el 78,4% de los acontecimientos estresantes, el área social el 8% y el área personal el 3,6%. Otros trabajos han estudiado las fuentes de estrés del estudiante de enfermería destacando también las áreas académica y clínica (Beck y Erivastava, 1991; Davitz, 1972). Muchos investigadores han estudiado el estrés y las situaciones estresantes de los alumnos de enfermería durante sus prácticas clínicas, destacando el periodo inicial de estas prácticas como el más estresante respecto a otros periodos, así como su estado bio-psico-social (Admi, 1997; Jones y Johnston, 1997; Mahat, 1996; Martyn, 1997, 2000; Pagana, 1988; Parkes, 1985; Sheu et al., 2002; Zupiria, Uranga, Alberdi y Barandiaran, 2003).

Deary, Watson y Hogston (2003) encontraron que los alumnos de enfermería reflejaban un nivel de estrés creciente, utilizaban más mecanismos de afrontamiento negativos y se incrementaban la morbilidad psicológica a medida que pasaban los cursos y que los factores de personalidad eran indicadores del desgaste emocional más importantes que los aspectos cognitivos.

Los factores generadores de cansancio emocional son la conciliación del ocio con el estudio, la realización de exámenes y trabajos de clase, expectativas de dificultad en el posterior ingreso en el mercado de trabajo y ser más joven (Carlotto et al., 2005).

Se han estudiado los efectos positivos de la modificación de la percepción de los eventos estresantes en estudiantes de enfermería (Pagana, 1990) y se han diseñado estrategias de intervención a nivel institucional consistentes en valorar las estrategias de asesoría pedagógica utilizadas por los

profesores, replantear las estrategias de recepción y bienvenida de los estudiantes de nuevo ingreso y la creación de un consultorio de apoyo psicopedagógico (Alves et al., 2007). Los estudios sobre burnout en estudiantes universitarios deben continuar y ampliarse a investigaciones sobre la eficacia de programas de prevención y tratamiento, las universidades preocupadas por ofrecer enseñanza de calidad deben tener en cuenta todas las variables relacionadas con el proceso de enseñanza-aprendizaje (Salanova, Martínez, Bresó, Llorens y Grau, 2005).

SENTIDO DE COHERENCIA

2

2.1.- ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN

El Sentido de Coherencia (SOC) formulado por Antonovsky (1987) pretende medir una orientación global de personalidad que facilita la solución de problemas de forma adaptativa cuando la gente se encuentra ante situaciones estresantes.

Representa la capacidad que tiene la persona para percibir el significado del mundo que le rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno. Fue concebido por Antonovsky para explicar por qué algunas personas permanecían saludables cuando se enfrentaban a situaciones estresantes y otras caían enfermas.

El SOC se puede entender como una visión de la vida centrada en resolver los problemas, refleja la capacidad de las personas para enfrentarse a los estresores psicológicos y sociales (Lindström y Eriksson, 2005).

Este concepto fue desarrollado por el médico y sociólogo Aaron Antonovsky (1923-1994) después de la Segunda Guerra Mundial al estudiar a los supervivientes del Holocausto nazi, los cuales habían permanecido saludables (Antonovsky, 1987). Al igual que Víctor Frankl, creador de la logoterapia, descubrió que la gente que tenía un claro sentido del significado de sus vidas y un fuerte sistema de creencias espirituales o filosóficas soportaba mejor los momentos traumáticos. Lo que recuerda las palabras de Nietzsche: "Quien tiene un porque para vivir, encontrará siempre el cómo" (Frankl, 1991).

2.1.1.- EL MODELO SALUTOGÉNICO

Antonovsky engloba el Sentido de Coherencia dentro de su modelo salutogénico (Antonovsky, 1987), en él toma una visión dinámica del bienestar humano y se centra en explorar el origen de la salud en vez de explicar las causas de la enfermedad.

Antonovsky tuvo la idea del modelo salutogénico cuando dirigía un estudio epidemiológico sobre los problemas durante la menopausia en mujeres en Israel. Dentro de este estudio había un grupo de mujeres que habían sobrevivido a los campos de concentración de la segunda guerra mundial, le llamó la atención la capacidad que tenían para mantenerse saludables.

Él concluye que hemos estado demasiado interesados en estudiar la patogénesis (los orígenes del fallo de adaptación) y demasiado poco en estudiar la salutogénesis (los orígenes de la adecuación adaptativa). Es un enfoque centrado en el desarrollo positivo de la salud, en la promoción de la salud.

La orientación salutogénica supuso un planteamiento novedoso por aquel entonces acerca del concepto de salud, se rompía con la tradición de establecer una dicotomía entre la salud y la enfermedad (orientación patogénica), para proponer un continuo entre ambos polos (bienestar-enfermedad). Como sugiere Antonovsky (1979), no existe nadie totalmente sano o totalmente enfermo, resulta imposible hablar en términos absolutos de un estado de salud o de enfermedad; las personas nos movemos continuamente entre la salud y la enfermedad. En consecuencia, la orientación salutogénica propone el estudio de la localización a lo largo de este continuo de una persona dada, en un momento determinado.

Otro elemento específico del modelo sería el énfasis en los aspectos activos de la conducta que conducen al desarrollo de la salud. Para el enfoque salutogénico la característica fundamental del organismo vivo es la heterostasis y el desorden (Antonovsky, 1987). Según esta visión, la propia naturaleza humana está caracterizada por la omnipresencia de estresores. Antonovsky

sugirió que la visión individual y el modo de responder al ambiente y al estrés sería importante en la promoción de una buena salud (Antonovsky, 1998). El autor pretendía con su modelo salutogénico avanzar en el entendimiento de las relaciones entre estresores, afrontamiento y salud (Antonovsky, 1979). El modelo salutogénico nos muestra el estrés de los individuos y su capacidad para ajustarse satisfactoriamente, e intenta explicar por qué ciertas personas parecen preservar su salud y bienestar y muestran un buen afrontamiento en situaciones de tensión y en la exposición a los estresores y dificultades de la vida. Si el estrés es bien manejado, su resultado puede ser positivo o neutral y los individuos se moverán hacia el polo de la salud en el continuo, sin embargo, si el estrés no es bien gestionado, la persona se moverá hacia el polo de la enfermedad del continuo.

De este modo lo importante no es conocer qué factores conducen al individuo a la enfermedad, sino aquello que impulsa al organismo hacia el lado positivo del continuo. El autor responde a esta cuestión proponiendo el concepto de sentido de coherencia, concepto central de su teoría salutogénica.

El modelo teórico salutogénico de Antonovsky pretendía ser diferente del resto de estudios sobre el estrés en tres aspectos:

1.- Lo inadecuado de la orientación patogénica que dominaba los estudios científicos tanto de las ciencias biomédicas como de las ciencias sociales, en esta perspectiva los mecanismos de afrontamiento son considerados como facilitadores o moderadores. Está centrada en el modo en que los sucesos estresantes de la vida predisponen al individuo a una gran variedad de resultados negativos para su salud. Sin embargo, en el modelo salutogénico los estresores son considerados como algo cotidiano en la existencia humana. Por lo que se centra en estudiar los factores que ayudan a los individuos a mantener su bienestar físico y psicológico en contra de los estresores.

2.- El secreto del camino hacia el polo de la salud dentro del continuo salud-enfermedad es el afrontamiento adaptativo, por lo tanto tenemos que

prestar atención a los recursos de resistencia al estrés que promueven la salud. Todos estos recursos tienen en común el sentido de coherencia.

3.- El SOC es un constructo con un carácter transcultural y transituacional. Según Antonovsky (1991) hay cierta semejanza entre su concepto de Sentido de Coherencia y los conceptos de firmeza, autoeficacia y locus de control, cuatro conceptos que él denominó las cuatro fuerzas salutogénicas y que comparten una serie de aspectos; en lugar de preguntarse sobre los factores patógenos y los fracasos en el afrontamiento que conducen a la enfermedad, se centran en la explicación de la resolución con éxito frente a los estresores y cómo explicar el mantenimiento o la vuelta a la salud. Otro aspecto sería que no se refieren a estilos de afrontamiento específicos, sino que están ligados a la naturaleza de la situación estresora. Los cuatro conceptos también comparten que las personas con niveles altos afrontan con éxito las situaciones estresantes y contribuyen a la salud. Las diferencias entre los mismos radican en que cada autor tuvo un punto de partida diferente, unos planteamientos iniciales distintos.

2.1.2.- DEFINICIÓN

Según Antonovsky (1987), el sentido de coherencia (SOC) es una forma de ver el mundo y a nosotros dentro de él, una tendencia disposicional relativamente estable que conduce a evaluar las circunstancias de la vida como significativas, predecibles y manejables.

El sentido de Coherencia fue definido inicialmente como: "Una orientación global que expresa el grado en el que uno tiene un sentimiento generalizado y estable, aunque dinámico, de que los medios tanto interno como externo son previsibles, y de que hay una alta probabilidad de que las cosas resulten tan bien como razonablemente esperamos". (Antonovsky, 1979, p. 123). Posteriormente (Antonovsky, 1987, p. 19) lo definió como: "Una orientación global que expresa el grado en el que uno tiene un sentimiento de confianza

profundo, generalizado y perdurable, aunque dinámico, de que (1) los estímulos derivados de los medios interno y externo en el curso de la vida son comprensibles, estructurados, predecibles y explicables; (2) uno dispone de recursos para satisfacer las exigencias de estos estímulos, los recursos son manejables y están disponibles con respecto a las demandas que el individuo se va a encontrar derivadas de esos estímulos; y (3) esas demandas son retos, con significado, dignos de implicarse y comprometerse". Es aquello que la persona experimenta cuando disfruta de un nivel de bienestar físico y mental alto, se refiere a una sensación de cohesión y congruencia en relación a la propia vida.

2.2.- DIMENSIONES

Antonovsky propone que con esta orientación global, uno tiene el sentimiento de que la vida es comprensible, manejable y con significado. Estos tres componentes dan lugar a una visión coherente del mundo por parte de la persona.

Por lo tanto este constructo multidimensional (Eriksson y Lindström, 2005) cuenta con tres variables relacionadas teórica y empíricamente (Antonovsky, 1979, 1987, 1991, 1993a):

- Comprensibilidad (Comprehensibility). Se refiere al grado en el cual los individuos tienen un sentido cognitivo de los estímulos con los que se encuentran en el presente y en el futuro. Es considerado como el componente cognitivo del constructo. Se refiere a la habilidad de establecer conexiones lógicas y ordenadas en lo que sucede en el ambiente y en creer que la vida es predecible. Los individuos con una elevada comprensibilidad perciben los estímulos a los que se enfrentan dotándolos de un marco cognitivo y considerando la información como ordenada, consistente, estable, predecible, estructurada y clara en vez

de caótica, desordenada, azarosa, accidental o impredecible. Se refiere a la sensación de que es posible comprender lo que sucede. Aumenta las expectativas y la capacidad de una persona para asimilar y modificar experiencias y sucesos. También se refiere a la habilidad de entender a otras personas y de controlar los propios pensamientos y emociones. Permite una gestión adecuada de las relaciones con el entorno social e interpersonal. Este componente capacita al sujeto para conductas adaptativas y realistas a los más diversos acontecimientos y una actitud flexible a los cambios futuros.

- Manejabilidad. (Manageability). Es el grado en que los individuos entienden que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del medio se encuentran a su disposición. Tales recursos pueden estar bajo su propio control o bajo el de otros. Esta dimensión es el componente instrumental, comportamental o conductual del constructo. La persona tiene el sentimiento de poder afrontar los retos de la vida. Está relacionado con la autoeficacia y la competencia, pero se diferencia de ellos en que esta dimensión del SOC se refiere a que los recursos están a disposición de la persona y no que uno controla los recursos requeridos (Antonovsky, 1993b). Es un sentimiento de carácter cognitivo-emocional. Incluye una visión positiva de la vida en general.

- Significatividad. (Meaningfulness). Se refiere al valor que el sujeto otorga a lo que acontece, independientemente de la forma en la que ocurra. Alude al deseo y voluntad de la persona, a las emociones, a los valores ante un suceso. Es la experiencia de que la vida vale la pena, de que los retos se merecen los esfuerzos, de que son significativos y dignos de nuestro compromiso. La persona está feliz con la vida y considera que tiene un significado y un propósito. Una elevada significatividad es síntoma de una visión comprometida con ciertas áreas de la vida para las cuales merece la pena emplear tiempo y esfuerzo, de forma que las demandas a las que se enfrenta la persona son

consideradas como retos dignos de invertir energía. Tiene un carácter fundamentalmente emocional y es considerada la dimensión motivacional.

Mientras que diferentes situaciones, diferentes culturas, diferentes momentos, darán pie al uso de diferentes recursos de afrontamiento, el SOC (Antonovsky, 1987) es un constructo de carácter universal. Trasciende a la clase social, al sexo, a la religión o a la cultura (Antonovsky, 1996; Eriksson y Lindström, 2005; Geyer, 1997).

El individuo poseedor de un fuerte SOC, percibiendo un determinado problema como comprensible, manejable y retador, seleccionará el estilo de afrontamiento más adecuado para dicha situación de entre todos los que se encuentren a su alcance (Antonovsky, 1994a).

El SOC, por tanto, no se refiere a un estilo particular de afrontamiento, ni a un rasgo de personalidad, sino a factores que en cualquier cultura, en cualquier clase social, en cualquier individuo, son la base para un afrontamiento exitoso de los estresores (Antonovsky, 1994b; Langius y Björvell, 1996), es un conjunto de competencias básicamente cognitivas que proporcionan una orientación disposicional generalizada (Buendía y Ramos, 2001).

Como el mismo Antonovsky (1979) subraya: "ver el mundo comprensible, manejable y significativo facilitará la selección de conductas y recursos eficaces para una situación determinada y apropiados para una cultura específica".

2.3.- DESARROLLO

El contexto social, histórico y cultural, así como las experiencias de la vida influyen en el desarrollo del grado de SOC individual.

De acuerdo con Antonovsky (1987), los orígenes del SOC los encontramos en los llamados recursos de resistencia generalizados (RRGs). Están dentro de los recursos de resistencia (Antonovsky, 1974) que son un conjunto complejo

de variables como recursos psicológicos, sociales y culturales que potencialmente pueden modificar el efecto de una situación externa en un individuo.

Antonovsky diferencia entre recursos de resistencia específicos y generalizados. Según él (Antonovsky, 1979), con recursos de resistencia específicos nos referimos a los que son relevantes en un problema particular mientras que los recursos de resistencia generalizados se pueden aplicar en todas las situaciones, son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir sus vidas como consistentes, estructuradas y comprensibles.

Empiezan en la niñez temprana, RRGs (como por ejemplo, medios económicos, apoyo social, inteligencia, formación, instituciones, familia, creencias,...) dan lugar a experiencias positivas y coherentes, lo que gradualmente facilita la construcción de un elevado SOC (Natvig, Hanestad y Samdal, 2006). En cambio la falta de varios RRGs conducirá a un bajo SOC. Los RRGs son todos aquellos medios que posibilitan una conducta activa que conduce al sujeto al desarrollo de planes de acción adaptativos y positivos, no son recursos de afrontamiento, son líneas de acción que favorecen la conducta saludable y que pueden actuar como respuestas adaptativas frente a los factores de estrés (Reininghaus, Craig, Gournay, Hopkison y Carson, 2007).

Según Antonovsky el SOC es un constructo que permanece estable especialmente después de los 30 años (Antonovsky, 1987, 1991; Torsheim, Aaroe y Wold, 2001), aunque pueden ocurrir algunas transformaciones después de esta edad. Esta hipótesis no se ha reflejado en estudios posteriores en los que se concluye que la estabilidad del SOC no es mayor entre los mayores de 30 años que en los menores de 30 (Hakanen, Feldt y Leskinen, 2007).

Además se observa que el SOC tiende a incrementar con la edad (Antonovsky y Sagy, 2001; Eriksson y Lindström, 2005; Olsson, Hansson, Lundblad y Cederblad, 2006; Volanen, Suominen, Lahelma, Koskenvuo y

Silventoinen, 2007). Sin embargo se señala que el estadio de la juventud y los años de estudiante son, en particular, un periodo significativo para el desarrollo del SOC, por esto parece importante estudiar su desarrollo durante los años de universidad y su conexión con el estrés y las relaciones interpersonales (Darling, McWey, Howard y Olmstead, 2007).

La segunda hipótesis de Antonovsky versa sobre la influencia del nivel de SOC en la estabilidad del mismo, se ha reflejado que es más estable entre las personas con un alto SOC en comparación con las que tienen un bajo SOC (Antonovsky, 1987; Antonovsky, 1991; Hakanen et al., 2007) pero no todos los resultados van en esta dirección apareciendo datos contradictorios en este tema (Karlsson, Berglin y Larsson, 2000; Volanen et al., 2007). Se ha observado que los eventos estresantes influyen en la estabilidad del nivel de SOC, por lo que el nivel de SOC puede ser influenciado y es sensible de intervención (Volanen et al., 2007).

Se ha discutido lo que realmente es el SOC, su posible solapamiento con otros constructos: ansiedad y depresión (Geyer, 1997; Hart, Hittner y Paras, 1991), afectividad negativa (Strümpfer, Viviers y Gouws, 1998a), emocionalidad (Carmel y Bernstein, 1989; Flannery y Flannery, 1990; Korotkov, 1993) o personalidad resistente (Antonovsky, 1993a) y también una posible conexión entre SOC y hostilidad (Kivimäki et al., 2002). Otros estudios han probado que el sentido de coherencia es un constructo independiente, complejo y multifacético (Cohen y Savaya, 2003; Jorgensen, Frankowski y Carey, 1999; Olsson et al., 2006; Strümpfer, Gouws y Viviers, 1998b). Existe un número importante de variables que contribuyen a explicar la varianza del sentido de coherencia, como son variables de rasgos de personalidad, variables relacionadas con el estrés o con variables sociodemográficas, aún así todas ellas juntas no explican en su totalidad este constructo (Olsson et al., 2006).

2.4.- MEDIDA

El Sentido de Coherencia (SOC) se mide con el Cuestionario de Orientación Ante la Vida (OLQ) aparecido en el apéndice del libro escrito en 1987 (Antonovsky, 1987).

Aunque fue diseñado para medir el constructo como una orientación global, en la actualidad se utilizan también las puntuaciones que se desprenden de las escalas que miden los tres componentes descritos anteriormente y que integran el constructo.

Es un cuestionario de 29 ítems, los sujetos tienen que elegir una respuesta en una escala de diferencial semántico de siete puntos. Once ítems corresponden al componente de comprensibilidad, diez al de manejabilidad y ocho al de significatividad. Trece ítems están formulados de forma negativa. Altas puntuaciones en SOC reflejan una mayor capacidad para afrontar las situaciones problemáticas y correlaciona de forma negativa con los síntomas asociados al estrés.

Existe una versión abreviada de 13 ítems diseñada para situaciones en las que existen limitaciones de tiempo o espacio, estos se contestan en una escala tipo Likert con siete puntuaciones que van desde siempre (1) a nunca (7). En esta escala se recogen cuatro ítems sobre significatividad, cinco sobre comprensibilidad y cuatro sobre manejabilidad.

En la construcción del cuestionario, Antonovsky se apoyó en la teoría factorial de Guttman.

El tiempo para completar el cuestionario es de 15-20 min en el caso del SOC-29 y de 5 min en el SOC-13.

Las escalas que miden SOC han sido utilizadas en 33 idiomas, en todas las clases sociales y en todas las edades desde niños de 10 años, no mostrando dificultad en su contestación incluso personas mayores (Steiner, Raube y Stuck, 1996).

Ha sido utilizada en 32 países de muy diversas culturas, por lo que se considera un instrumento transcultural (Eriksson y Lindström, 2005).

Las medias del SOC-29 van desde 100,50 (SD 28,50) a 164,50 (SD 17,10) puntos y para el SOC-13 desde 35,39 (DS 0,10) a 77,60 (SD 13,80) puntos (Eriksson y Lindström, 2005).

La fiabilidad interna, medida con el alpha de Cronbach (1951), de la escala SOC-29 varía entre 0,70 y 0,95 según se refleja en numerosos estudios que la han utilizado en distintas poblaciones, en diferentes culturas y en diversos idiomas. En la escala SOC-13, se encuentra entre 0,70 y 0,92 (Antonovsky, 1993a; von Bothmer y Fridlund, 2003; Eriksson y Lindström, 2005; Jellesma, Rieffe, Terwogt y Kneepkens, 2006; Natvig et al., 2006). La correlación test-retest muestra una considerable estabilidad como por ejemplo 0,54 en un periodo de 2 años (Antonovsky, 1993a; Eriksson y Lindström, 2005; Feldt, Leskinen, Kinnunen y Mauno, 2000; Feldt, Leskinen, Kinnunen y Ruoppila, 2003; Feldt, Kivimäki, Rantala y Tolvanen, 2004; Feldt, Leskinen y Kinnunen, 2005; Jellesma et al., 2006; Kivimäki, Feldt, Vahtera y Nurmi, 2000; Schnyder, Buechi, Sensky y Klaghofer, 2000; Veenstra, Moum y Roysamb, 2005).

Se muestra también una elevada validez de contenido, consenso y constructo (Hakanen et al., 2007; Jellesma et al., 2006). La estructura factorial de la escala en las tres dimensiones no está completamente clara, el SOC parece ser un concepto multidimensional más que unidimensional. Se han encontrado diferencias con respecto al sexo, aunque son pequeñas, parece que los hombres muestran un nivel más elevado de SOC que las mujeres (Antonovsky y Sagy, 2001; Eriksson y Lindström, 2005; Jogersen, Frankowski y Carey, 1999; Natvig et al., 2006).

Se han obtenido también resultados aceptables en cuanto a la validez discriminativa (Hart, Hittner y Paras, 1991; Langius y Björvell, 1993) y de predicción (Eriksson y Lindström, 2005; Kivimäki et al., 2002; Suominen, Helenius, Blomberg, Uutela y Koskenvuo, 2001).

2.5.- EL SENTIDO DE COHERENCIA Y LA SALUD

La salud de una persona está determinada por un gran número de factores, el actualmente conocido como modelo biopsicosocial de la salud nos refleja que lo que determina las influencias en la salud de una persona es la interrelación entre aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Sarafino, 1998).

El modelo salutogénico podría ser considerado como un marco teórico para la promoción de la salud. El movimiento de promoción de la salud es una de las innovaciones de finales del siglo XX en la salud pública. Los principios de la promoción de la salud están recogidos en la carta de Ottawa (OMS, 1986) y van en el sentido del modelo salutogénico en tres aspectos:

- Primero, se centra en la solución de problemas/encontrar soluciones.
- Segundo, identifica los RRGs que ayudan a las personas a moverse en la dirección del polo positivo de la salud.
- Tercero, identifica un sentido global en individuos, grupos, poblaciones o sistemas que sirve como un mecanismo o capacidad para este proceso, el SOC.

En términos del impacto que el sentido de coherencia tiene en la salud física y psicológica, dos modelos son significativos.

El primero se denomina "Modelo del efecto principal". En este modelo el sentido de coherencia afecta al bienestar directa y aditivamente sin influencia de la percepción de cada uno del estrés. Estudios que apoyan esta teoría sugieren que el sentido de coherencia está independiente y negativamente relacionado con medidas generales y específicas de bienestar como estabilidad emocional (Margalit y Eysenck, 1990), salud general tanto psicológica como física (Ryland y Greenfeld, 1991), ansiedad (Carmel y Bernstein, 1989; Langius, Bjoervell y Antonovsky, 1992; Nintachan y Sompongse, 2000) y depresión (Flannery y Flannery, 1990).

El segundo modelo es el "Modelo del estrés como moderador". Flannery (Flannery y Flannery, 1990) examina la relación del sentido de coherencia con el estrés y la sintomatología psicológica. Los resultados obtenidos sugieren que el sentido de coherencia opera independientemente del estrés en la predicción de varios índices de disforia negativa.

En gran cantidad de trabajos se muestra el valor de SOC como variable mediadora en los procesos de salud.

El sentido de coherencia de cada persona es un importante componente de la salud y bienestar de esa persona (Antonovsky, 1987, 1993a). Un nivel elevado de sentido de coherencia ha sido relacionado con bajos niveles de depresión, ansiedad, estrés y síntomas físicos (Antonovsky y Sagy, 2001; Badura-Brzoza, Matysiakiewicz, Piegza, Rycerski y Hese, 2008; Berstein y Carmel, 1987, 1991; Bowman, 1996; Carmel y Berstein, 1989; Flannery y Flannery, 1990; Flannery, Perry, Penk y Flannery, 1994; Frommberger et al., 1999; Geyer, 1997; Gilbar, 1998; Karlsson, Berglin y Larsson, 2000; McSherry y Holm, 1994; Moreno-Jiménez, Alonso y Álvarez, 1997; Olsson et al., 2006; Pallant y Lae, 2002; Rennemark y Hagberg, 1999; Schnyder, Buechi, Sensky y Klaghofer, 2000; Skärsäter et al., 2009; von Bothmer y Fridlund, 2003) y con el incremento en el bienestar psicológico y físico, la calidad de vida y la capacidad funcional (Carmel, Anson, Levenson, Bonneh y Maoz, 1991; Cohen y Dekel, 2000; Darling et al., 2007; Feldt, Kokko, Kinnunen y Pulkkinen, 2005; Karlsson, Berglin y Larsson, 2000; Kivamaki et al., 2000; Lustig, Rosenthal, Strauser y Haynes, 2000; Pallant y Lae, 2002; Reid, Aunola, Feldt, Leinonen y Ruoppila, 2005; Ryland y Greenfeld, 1991; Smits, Deeg y Bosscher, 1995; Suominen et al., 2001).

Más aún, hay estudios que relacionan niveles bajos en SOC con mortalidad (Poppius, Tenkanen, Hakama, Kalimo y Pitkänen, 2003; Surtees, Wainwright, Luben, Khaw y Day, 2003). Un fuerte SOC tiene un efecto salutogénico ya que

está asociado con una reducción del riesgo de padecer enfermedades crónicas (Poppius, Tenkanen y Kalimo, 1999).

El SOC está correlacionado en positivo con medidas de salud física y psicológica, con otras medidas de personalidad como la autoestima (Pallant y Lae, 2002), el optimismo y la percepción de control (Hobfoll, 2002; Feldt, Mäkikangas y Aunola, 2006), la autoeficacia (Amirkhan y Greaves, 2003) y también con la disposición al afrontamiento activo, afrontamiento focalizado en el problema, búsqueda de apoyo y reinterpretación positiva, todas ellas consideradas como estrategias adaptativas (Jahnsen, Villien, Straghelle y Holm, 2002; Junshehg, Ying, Leiping y Biao, 2006; Pallant y Lae, 2002; von Bothmer y Fridlund, 2003).

Así mismo también está relacionado con variables emocionales, sociales y comportamentales (Kaiser, Sattler, Bellack y Dersin, 1996; Langius et al., 1992).

Soderfeldt (2000) encontró que el SOC estaba negativamente correlacionado con la presión del trabajo y positivamente relacionado con el apoyo social, sugirió que los individuos con niveles bajos en SOC eran más ansiosos.

Heiman (2004), en una muestra de estudiantes universitarios, encontró que el SOC estaba correlacionado positivamente con estrategias de afrontamiento orientadas al problema y negativamente con estrategias orientadas a la emoción y con la evitación, correlacionaba positivamente con el soporte familiar y negativamente con el estrés. El SOC está relacionado en positivo con la salud, el bienestar físico y mental, la buena resolución de problemas y el soporte social y en negativo con el distrés y el consumo de fármacos en alumnos universitarios (Bíró, Baiajti, Adány y Kósa, 2009; Togari, Yamazaki, Takayama, Yamaki y Nakayama, 2008).

También el SOC está relacionado con conductas que favorecen la salud y evita afrontamientos no adaptativos como el consumo de drogas (Glanz,

Maskarinec y Carlin, 2005; Igna, Julkunen y Ahlström, 2008). Así como también niveles elevados de SOC favorecen la recuperación de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica, disminuyen el consumo de analgésicos y el dolor fantasma (Badura-Brzoza, Matysiakiewicz, Piegza, Rycerski y Hese, 2008). En los pacientes sometidos a tratamiento de depresión se ha observado que aumenta su nivel de SOC (Skärsäter et al., 2009).

Es por ello que se asume que el sentido de coherencia promueve la salud individual a través de su papel central en la elección de estrategias de afrontamiento resistentes a los estresores diarios.

Las personas con un fuerte SOC son cognitivamente y emocionalmente capaces de darse cuenta de la naturaleza de los problemas y afrontarlos y se encontrarán en el polo de la salud dentro del continuo salud-enfermedad. En cambio, las personas con un SOC bajo tenderán a tener un afrontamiento menos efectivo.

2.5.1.- EL SENTIDO DE COHERENCIA Y LA ESTABILIDAD EMOCIONAL

Un nivel elevado de SOC está fuertemente y negativamente relacionado con Neuroticismo y positivamente con estabilidad emocional (Feldt, Metsäpelto, Kinnunen y Pukkinen, 2007; Flannery y Flannery, 1990; Frenz, Carey y Jorgenson, 1993; Gibson y Cook, 1996; Mlonzi y Strümpfer, 1998; Strümpfer, Gouws y Viviers, 1998a, b; Surtees et al., 2003). La relación es menor con Extraversión (Feldt et al., 2007; Strümpfer et al., 1998a, b). Parece razonable asumir que SOC y estabilidad emocional son constructos altamente relacionados a nivel conceptual, teórico y empírico (Feldt et al., 2007), pero esta fuerte y negativa correlación entre sentido de coherencia y neuroticismo no significa necesariamente que las escalas de sentido de coherencia midan la ausencia de neuroticismo (Strümpfer et al., 1998b).

2.5.2.- EL SENTIDO DE COHERENCIA Y EL ESTRÉS

En la formulación teórica original, Antonovsky (1987) propuso que el SOC podía influir en el estrés y en la salud de tres formas:

1.- El sentido de coherencia influye en la valoración de un estímulo como estresor o no. En la valoración y no en la exposición a sucesos estresantes.

2.- El sentido de coherencia influye en el alcance en el cual un estresor da lugar a tensión o no.

3.- El sentido de coherencia influye en el alcance en el cual la tensión da lugar a consecuencias adversas para la salud.

En los procesos que unen la salud a las situaciones de la vida, la valoración del estrés es el primer proceso en el que el SOC puede intervenir.

Los estudios sobre el estrés indican que el nivel de ambigüedad e incertidumbre son dimensiones importantes en la valoración de las situaciones vitales. Las situaciones impredecibles e incomprensibles son potentes fuentes de estrés (Lazarus y Folkman, 1984). Como una orientación global en la vida, el sentido de coherencia influirá en el grado en el cual las personas ven las demandas de la vida como caóticas e incomprensibles, o coherentes y comprensibles. Los individuos con un fuerte SOC estarán menos predispuestos a percibir ambigüedad en sus encuentros con las demandas de la vida. Una persona con un SOC fuerte tiende a definir los estímulos como no estresantes y a adaptarse automáticamente a las demandas, a definir el estresor como beneficioso o irrelevante porque está confiada de que, como en el pasado, las cosas van a ir bien (Antonovsky, 1993a).

Estudios sobre población adulta han dado resultados de moderadas asociaciones inversas entre medidas de SOC y de estrés percibido (Wolf y Ratner, 1999). Una revisión de estos estudios (Antonovsky, 1993a) mostró que las asociaciones son generalmente más fuertes para las medidas de estrés percibido que para las medidas de sucesos estresantes vitales, lo que sugiere

un papel en el proceso. También se han encontrado los mismos resultados en población adolescente (Natvig et al., 2006).

Se ha sugerido que el sentido de coherencia influye en las expectativas de afrontamiento en los encuentros con el estrés (Antonovsky, 1987). De acuerdo con el modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984) las expectativas de afrontamiento se desarrollan en el proceso de valoración secundaria, donde las personas valoran los recursos que están disponibles para tratar con la situación estresante. Como una orientación global en la vida, individuos con un fuerte SOC tendrán una confianza general de que los recursos están disponibles para enfrentarse a las demandas de las situaciones estresantes (Antonovsky, 1987). Esta confianza incrementa la probabilidad de expectativas positivas de afrontamiento. En consonancia con las formulaciones teóricas (Bandura, 1977; Kobasa, 1979) las expectativas de afrontamiento son consideradas como moderadores de las reacciones ante el estrés. Desde esta perspectiva el SOC actúa como un moderador clásico de los estresores de la vida.

Estudios empíricos sobre el papel del SOC como moderador del estrés muestran una variedad de resultados (Flannery y Flannery, 1990; Vahtera, Pentti y Uutela, 1996) lo que deja el tema del SOC como moderador sin resolver.

Aunque Antonovsky (1993a) argumentó que el sentido de coherencia no es en principio un variable moderadora del estrés, un número creciente de estudios han examinado el SOC como un recurso/debilitador del estrés o han investigado sobre sus efectos en la moderación del mismo (Gana, 2001; Jorgensen et al., 1999; Korotkov, 1993; Richardson y Ratner, 2005). Los individuos que confían en su habilidad para entender y manejar los estímulos derivados de los medios internos y externos poseen la capacidad de afrontar efectivamente los estresores vitales, siendo el sentido de coherencia un

moderador entra las situaciones estresantes y la adaptación psicológica a las mismas, mediando entre la adversidad y el bienestar.

Según Antonovsky los efectos moderadores del sentido de coherencia en el estrés se pueden deber a su influencia en la elección de las estrategias de afrontamiento. Si bien el sentido de coherencia no es una estrategia de afrontamiento por sí misma, los individuos con un alto sentido de coherencia son más flexibles y dispuestos a adoptar estrategias de afrontamiento apropiadas a las necesidades específicas de la situación (Antonovsky, 1992). Una persona con elevado SOC tiene sentimientos de confianza en sí mismo, de que los problemas se van a resolver satisfactoriamente y más probabilidad de elegir la estrategia de afrontamiento adecuada a la situación estresante, por lo tanto tiene menos probabilidades de que la tensión se transforme en estrés. Esta confianza facilita que la persona desarrolle conductas de promoción de la salud evitando problemas (Fiorentino y Pomazal, 1994). Existen estudios que han investigado la relación entre el sentido de coherencia y los distintos tipos de estrategias de afrontamiento adoptadas por los sujetos cuando se enfrentan a situaciones estresantes (Ben-David y Leichtentritt, 1999; Cohen y Dekel, 2000; Gallagher, Wagenfeld, Baro y Haepers, 1994; Margalit, Raviv y Ankonina, 1992; McSherry y Holm, 1994; Pallant y Lae, 2002). Sin embargo, hay pocos estudios que profundizan en la relación entre el sentido de coherencia y la utilización de un amplio abanico de estrategias de afrontamiento en una muestra de población general. Strang y Strang (2001) han encontrado relación entre la dimensión de manejabilidad y búsqueda de apoyo social y reinterpretación positiva y también relación entre significación y religión.

Antonovsky sugirió que un elevado SOC puede prevenir la tensión asociada al estrés que está implicada en el desarrollo de problemas de salud. Individuos con un elevado SOC están más predispuestos a seleccionar estrategias de afrontamiento que son eficientes para acabar con el estresor. Los individuos con un elevado SOC tienden a usar estrategias centradas en el problema, son flexibles en su elección de estrategias y están predispuestos a

usar feedback para redirigir su afrontamiento (van der Colff y Rothmann, 2009). Por lo tanto, individuos con un fuerte SOC experimentarán periodos más cortos de tensión que los individuos con un débil SOC, manifestarán su bienestar y salud y bajos niveles en los marcadores de enfermedad (Antonovsky, 1993a; Natvig et al., 2006). Otros autores sugieren que estas asociaciones reflejan problemas metodológicos entre las medidas de SOC y las medidas de los autoinformes de salud (Geyer, 1997; Korotkov, 1993). Sin embargo, los estudios realizados con el constructo de sentido de la coherencia muestran su relevancia como variable mediadora en los procesos de estrés y salud. Altas puntuaciones en SOC se asocian a menores síntomas psicológicos y mejor adaptación social (Carmel, Anson, Levenson, Bonneh y Maoz, 1991; Moreno, Alonso y Álvarez, 1997; Ungar y Florian, 2004). Un fuerte SOC está relacionado con un mejor uso de los recursos disponibles, un mayor afrontamiento adaptativo y un nivel elevado de resiliencia (Johansson, Larsson y Hamrin, 1998).

A través de la influencia en la valoración de estrés, las expectativas y las conductas de afrontamiento, SOC puede afectar a procesos que son esenciales en el desarrollo y mantenimiento de las quejas subjetivas de salud. Ciertamente es un estímulo potente en la respuesta al estrés. Una vez iniciada, el perfil de la respuesta al estrés es moderado por las expectativas y creencias de control. Una baja percepción de control sobre las condiciones estresantes está asociada con una activación tónica general en todos los sistemas de respuesta biológica. La alta activación durante prolongados periodos de tiempo es un mecanismo candidato para los elevados niveles de quejas de salud. En resumen, estos resultados sugieren que las valoraciones estresantes, las expectativas negativas de afrontamiento y los comportamientos de afrontamiento inadecuados están asociados con procesos fisiológicos que pueden disminuir el umbral para experimentar quejas subjetivas de salud.

De la misma forma que el SOC puede ser un constructo relevante en el desarrollo de modelos interaccionistas del estrés y ayudar a la comprensión de

sus efectos sobre la salud (Fiorentino y Pomazal, 1994), su consideración como factor relevante para el desarrollo de modelos interaccionistas del burnout parece aconsejable.

Los trabajadores con un nivel elevado de sentido de coherencia experimentan menos estrés laboral. Un fuerte sentido de coherencia podría ayudar a los trabajadores a entender los estresores e interpretarlos como manejables y significativos. Los estudios sobre otras variables de personalidad en relación con el burnout han sido abundantes, no así en el caso del SOC.

En la última década se observa un interés en la investigación en este sentido. Están surgiendo estudios que demuestran una relación inversa entre los niveles de estos dos constructos (Gilbar, 1998; Palsson, Hallberg, Norberg y Bjoervell, 1996). El hallazgo habitual suele ser una asociación inversa entre SOC, cansancio emocional y despersonalización, relación que es directa en el caso de la realización personal (Baker, North y Smith, 1997).

Otros estudios señalan como los individuos dotados de un fuerte SOC manifiestan menores índices de burnout que aquellos caracterizados por puntuaciones bajas en dicho constructo (Basson y Rothmann, 2002; Gilbar, 1998; Rothmann, Jackson y Kruger, 2003). El cansancio emocional está negativamente relacionado con el sentido de coherencia (van der Colff y Rothmann, 2009).

Desglosando los componentes del SOC, se observa que la manejabilidad ofrece relaciones más elevadas con sintomatología física y cansancio emocional (Rothmann y Malan, 2003), la comprensibilidad con sintomatología psicológica y la significatividad es el elemento más relacionado con el índice general de burnout así como con los índices más actitudinales de éste: despersonalización y falta de realización personal (Moreno, González y Garrosa, 1999). Estos mismos autores señalan que el SOC tiene una función moduladora en los procesos de estrés y burnout, ya que encuentran que actúa, en función del nivel que presente, como un facilitador o un inhibidor de los procesos de

burnout y de la sintomatología percibida. Se sugiere que el SOC podría ser un moderador del efecto del estrés laboral en la aparición de cansancio emocional (Rothmann et al., 2003).

2.5.3.- EL SENTIDO DE COHERENCIA Y EL ESTRÉS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Aunque el SOC ha sido estudiado de forma extensa en grupos que experimentan una variedad de estrés, hay muy pocos estudios que lo hayan examinado en estudiantes.

Torsheim, Aaroe y Wold (2001) establecen que existe una relación positiva entre los niveles de SOC y la salud en estudiantes adolescentes, siendo el sentido de coherencia un factor salutogénico en situaciones relacionadas con el estrés académico, propiciando una adaptación saludable.

Jorgensen indica en su estudio (Jorgensen et al., 1999) que el SOC actúa como un factor protector en la relación entre la valoración de los sucesos negativos de la vida y la frecuencia de quejas físicas en jóvenes universitarios. Los estudiantes con un nivel elevado de SOC experimentan menos síntomas físicos y no muestran una conexión entre el discomfort de los síntomas físicos y la valoración negativa de los acontecimientos de la vida, así como también tienen una visión más optimista del futuro.

Se observa que existe una relación entre el nivel de SOC y el nivel de estrés en alumnos universitarios y que existen diferencias de género en el nivel de estrés percibido que es mayor en las mujeres (Darling et al., 2007).

Los estudiantes universitarios podrían ser orientados en cómo fortalecer su SOC. Es necesario explorar la relación del mismo con las estrategias de afrontamiento académico en poblaciones que están experimentando estrés relacionado con cuestiones académicas.

ESTABILIDAD EMOCIONAL

3

3.1.- INTRODUCCIÓN

La estabilidad emocional es una característica personal que se ha empezado a utilizar desde la psicología positiva como un concepto que viene a sustituir a la dimensión de Neuroticismo. En la actualidad existen investigadores que influenciados por esta psicología positiva denominan al rasgo Neuroticismo como estabilidad emocional (Costa y McCrae, 1992; Goldberg, 1992; McCrae y John, 1992; Mount, Barrick y Strauss, 1994), otros prefieren utilizar "neuroticismo vs estabilidad emocional" (Barrick y Mount, 1991; Digman, 1990; Eysenck, 1990a; Jelinek y Morf, 1995; Strümpfer et al., 1998). Botella et al., (1999) encontraron que las medidas de Neuroticismo y estabilidad emocional estaban correlacionadas de manera negativa.

Delimitar las características que identifican a una persona en su totalidad como individuo, siempre ha constituido un problema en la historia de la psicología de la personalidad. También ha resultado difícil aislar las diferencias que existen entre las personas respecto a esas características.

El descubrimiento de las unidades básicas de la personalidad, comúnmente denominadas rasgos, representa la primera labor científica en el estudio de la personalidad. Ya en 1921, Stern, considerado el padre del concepto de rasgo, decía: "Tenemos el derecho y la obligación de desarrollar el concepto de rasgo como una doctrina definitiva; porque, en toda actividad de la persona, tras una

parte variable, existe una parte propositiva continua, y es ésta última la que aislamos en el concepto de rasgo” (Sánchez-Elvira, 2003).

Siguiendo a Andrés (1996), cabe señalar que, desde que en los años treinta psicólogos como Allport o Murray sentaron las bases de una parcela propia dentro de la psicología para el estudio de la personalidad, formulando inicialmente el concepto de rasgo psicológico, las teorías y las investigaciones que se han realizado en este ámbito han atravesado varias etapas. Durante los años cuarenta y cincuenta proliferaron las grandes teorías factorialistas y dio comienzo un acercamiento sociológico al fenómeno de la personalidad. Los años posteriores se caracterizaron por el gran desarrollo de los test de personalidad y una desintegración en la investigación que sustituye el tópico complejo de la personalidad por el estudio de aspectos parciales de la misma. Durante los años sesenta se inicia el movimiento de crítica al concepto de rasgo que es atacado bajo la perspectiva situacionista. Este debate entre los modelos de rasgos y los situacionistas obtiene respuesta durante los años setenta y ochenta, a través del enfoque interaccionista, que superara la controversia entre los polos ambientalista y personalista. Finalmente, en la última década del siglo pasado encontramos un revitalización del estudio de la personalidad basada en el concepto de rasgo, que continua considerándose la unidad más relevante, tanto a la hora de conformar la estructura de la personalidad, como para la evaluación de la misma.

Según Allport (1937), el estudio del rasgo se puede abordar a partir de dos niveles de análisis distintos:

1. **Dimensionalmente**, donde el rasgo es concebido a partir de la posición que los individuos ocupan a lo largo de la dimensión que el rasgo representa, bajo una concepción nomotética.
2. **Individualmente**, en términos de las disposiciones personales que caracterizan a un individuo único, lo cual hace referencia a un entendimiento idiográfico de la cuestión.

Estos atributos de la personalidad, o rasgos, no son entidades localizables, ni pueden ser observados directamente, sino que deben ser inferidos a partir de sus indicadores conductuales, o signos externos.

3.2.- DEFINICIÓN

Al igual que sucede con otros conceptos, un problema a destacar en la investigación sobre personalidad es la ausencia de un consenso a la hora de definir tal constructo.

Como señala Pervin (1996), las definiciones de personalidad se centran, bien en las diferencias individuales, bien en la organización de los componentes en un sistema, o en ambas cosas a la vez. En palabras de Pervin y John (2001) la personalidad representa aquellas características de la persona que dan cuenta de sus patrones consistentes en sentir, pensar y actuar, a esto habría que añadir que estos patrones característicos del individuo cumplen la función de adaptación del individuo al medio (Allport, 1937; Mischel, 1979) y, por tanto, muestran su forma habitual de afrontar las situaciones a lo largo de la vida.

Una de las definiciones de personalidad que, a pesar del tiempo transcurrido, presenta una notable vigencia gracias a su talante sistémico, holístico y dinámico, es la de G. W. Allport (1937) para quien la personalidad es la organización dinámica intraindividual de aquellos sistemas que determinan su ajuste único a su ambiente. Bajo esta concepción, la relevancia, no sólo de las estructuras, sino del funcionamiento del ser humano entendido como la interrelación de una serie de sistemas relevantes, está enfocada a un fin fundamental, la adaptación al ambiente personal, generando, así, lo único de cada individuo.

Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1985) define la personalidad como la suma total de los patrones de comportamiento del organismo, manifiestos o potenciales, determinados por la herencia y el ambiente, que se originan y

desarrolla a través de la interacción funcional del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de conducta conativa (voluntad) de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva (emoción); el intelecto, su sistema más o menos estable y duradero de conducta cognitiva (inteligencia); el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina.

Millon y Davis (2001) definen la personalidad como un patrón complejo de características que configuran la constelación completa de la persona, y que se expresan de manera casi automática en las conductas humanas. Estas características emergen de una matriz compleja en la que están presentes disposiciones biológicas y experiencias de aprendizaje, en función de las cuales se organizan formas relativamente estables de pensar, percibir, sentir, afrontar situaciones y relacionarse con otros seres humanos y con objetos del mundo cultural.

Siguiendo a Pelechado (1996): la Psicología de la Personalidad estudia las características psicológicas que identifican a un individuo o a un colectivo de individuos, según su génesis, estructura y funcionalidad, desde su origen hasta su desaparición. Cuando este autor habla de características psicológicas, se refiere a aquellas que ocupan fundamentalmente un lugar destacado en la acción intencional y planificada, las capacidades humanas, los sentimientos, actitudes, creencias y estilos de vida. Por otra parte estas características sirven para identificar a una persona o grupo de personas en un periodo de su vida personal o colectiva, teniéndose en cuenta los referentes grupal e individual, ambos necesarios para el estudio de la personalidad, así como la temporalidad de los conocimientos y el contexto socio-histórico. Las tres grandes cuestiones que debe responder la psicología de la personalidad son:

- Dar una explicación sobre cómo se originan los fenómenos que estudia.

- Proporcionar una estructura que de cuenta de las relaciones que existen entre esos fenómenos.
- Ofrecer una explicación precisa sobre la dinámica o funcionalidad de dichos fenómenos.

3.3.- MODELOS TEÓRICOS

Partiendo de un modelo internalista de la personalidad, en donde se enfatiza el origen interno en la explicación de la conducta, en detrimento de los factores exógenos o situacionales, el estudio de los rasgos ha estado caracterizado tradicionalmente por un objetivo esencial, la exploración de cuántos y cuáles son los rasgos o propiedades que conforman la personalidad (Sánchez-Elvira, 2003). En este sentido, a lo largo del tiempo han ido surgiendo diversos modelos teóricos que han intentado responder a esta primera inquietud de los psicólogos de la personalidad. De entre ellos han destacado tres: dos de ellos, el modelo de 16 factores primarios de Cattell y el modelo de 5 factores (Goldberg, 1992), no han asumido, para su elaboración, unos antecedentes teóricos, sino que se han derivado a partir del análisis de los términos del lenguaje habitual, son los modelos factoriales léxicos; el tercero, por el contrario, el modelo PEN de Eysenck, de tres factores, sí que se ha basado en teorías previas acerca del funcionamiento neurofisiológico del sistema nervioso, que le han conferido un carácter tanto descriptivo como explicativo, siendo un modelo de carácter biológico.

Por otro lado, y paralelamente al desarrollo del modelo de los rasgos, otros autores han levantado sus voces críticas para denunciar la escasa relevancia de los rasgos a la hora de explicar la conducta del individuo, a consecuencia del carácter meramente descriptivo, global y estático de los mismos. Según estos críticos, desde el planteamiento situacionista la validez misma del rasgo es cuestionable, pues la conducta de las personas no parece ser tan consistente y estable como se afirma desde los citados modelos; antes bien al contrario,

parecen ser las características externas a la persona, las situaciones, las que determinan la consistencia o no de esa conducta (Sánchez-Elvira, 2003).

Este carácter radical de las críticas provenientes de la concepción situacionista de la personalidad se tradujo en una respuesta contundente por parte de los psicólogos de los rasgos, que advertían del peligro de ignorar la información que estos proporcionan, aunque al mismo tiempo, no tuvieron más remedio que atribuir un papel más relevante a las situaciones en la explicación de la conducta. Ello se tradujo en la aparición de los modelos interaccionistas de la personalidad, en donde se considera que tanto la persona como la situación, en interacción, son los dos factores responsables de la conducta, integrándose las dos aproximaciones al estudio de la personalidad, la estructural y la procesual (Sánchez-Elvira, 2003).

En el campo de los modelos estructurales han destacado por su larga trayectoria y permanencia, sus aportaciones y su posibilidad de alcanzar un cierto consenso relativo a cuáles son las unidades básicas de personalidad: el modelo de 16 factores de R. B. Cattell, el modelo de 3 factores, o sistema PEN, de H. J. Eysenck y el modelo de 5 factores, o los denominados cinco grandes. Todos ellos constituyen sistemas taxonómicos de la personalidad, en la medida en que buscan organizar y dar cuenta de toda la variación de la conducta manifiesta y la experiencia interna de los individuos a través de la distinción, ordenamiento y nombramiento de unidades significativas.

3.3.1.- EL MODELO DE 16 FACTORES DE R. B. CATTELL

Tras un análisis exhaustivo del lenguaje en la esfera de la personalidad, Cattell (1957) recogió más de 4000 vocablos relativos a disposiciones estables de la conducta, en su mayoría constituidos por pares de antónimos. Estos vocablos fueron agrupados en distintos clusters a partir de tres fuentes diferentes de datos: datos L derivados de la observación de la frecuencia e intensidad de manifestación de conductas específicas en las personas objeto de

observación, datos Q derivados de los autoinformes que las personas realizan acerca de sí mismos en los cuestionarios elaborados al respecto y datos T derivados de pruebas objetivas, en situaciones estandarizadas y empíricamente controladas. Con toda la información extraída de las anteriores fuentes de datos elaboró una batería de ítems que constituiría el cuestionario 16 PF, constituido por 16 rasgos-fuente, de orden primario, recogidos en 16 escalas de carácter bipolar (Cattell y Kline, 1977).

3.3.2. EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES

La fuente fundamental y originaria del desarrollo de este modelo, ha sido el estudio léxico de la personalidad, al que posteriormente se unió el estudio de cuestionarios previos. Por consiguiente, sus defensores destacan el carácter exhaustivo de esta fuente de datos, dado que se consideran todos aquellos términos que han quedado codificados en la lengua como características de la personalidad a lo largo del tiempo (Goldberg, 1992).

Los Cinco Grandes incluyen dos dimensiones clara y totalmente coincidentes con las clásicas de Extraversión y Neuroticismo (Estabilidad Emocional en su polo negativo), a las que se añaden la Sensibilidad a las relaciones personales, Voluntad o Minuciosidad y Apertura a la experiencia.

Las sugerencias que inicialmente se hicieron sobre este modelo en los años 60, no tuvieron gran impacto, debido a la crisis de identidad que experimentaba el área de la personalidad, pero en los 80 y principios de los 90 ha tenido un rápido desarrollo e interés que continúa hoy en día.

Los Cinco Factores fueron propuestos inicialmente como una propuesta descriptiva de una serie de dimensiones derivadas de términos del lenguaje natural. Sin embargo, las investigaciones posteriores se encargaron de demostrar que estos factores léxicos poseen un importante poder explicativo-causal:

- La mayoría de estos factores convergen con otras dimensiones previamente estudiadas (Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo) de las que se habían obtenido pruebas suficientes acerca de su naturaleza biológico-temperamental.
- En los últimos años ha habido pruebas acerca de la validez externa y predictiva de los Cinco Grandes, encontrando que estas dimensiones se asocian con resultados importantes para la vida: nivel de psicopatología, rendimiento laboral, liderazgo, ayuda a los demás, rendimiento académico, vulnerabilidad a la depresión, rendimiento creativo.
- Los estudios de heredabilidad han encontrado niveles de contribución genética apreciables en todos los factores.

McCrae y Costa (1990) han propuesto un modelo teórico-explicativo de los Cinco Factores muy significativo, que da cuenta de las influencias de tipo biológico y ambiental en el desarrollo y manifestación de la personalidad.

El presupuesto clave es que los Cinco Factores son tendencias básicas que tienen una base biológica, lo que supone que las diferencias conductuales se asocian a dimensiones que tienen su base en los genes, estructuras cerebrales, actividad neuroquímica..., es más, dicen que la personalidad está sometida a una maduración intrínseca.

3.3.3.- LA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD DE H. J. EYSENCK

Esta teoría está incluida dentro de las llamadas teorías dimensionales o factorialistas (García, 1989). El punto de partida de esta teoría se encuentra en el acercamiento tipológico de la medicina griega. La tradición tipológica tiene su origen en las tipologías temperamentales de la medicina griega, elaboradas por Hipócrates y Galeno, y plasmadas en la obra de Kant, así como la posterior sistematización e integración bidimensional llevada a cabo por Wundt en 1874 (Eysenck, 1967; Eysenck y Eysenck, 1985; Sánchez-Elvira, 2003).

Paralelamente a las influencias derivadas de las tipologías constitucionales, Eysenck reconocerá el impacto que tendrá la extensa obra de Teofrasto sobre el análisis y estudio del carácter como fuente de diferenciación individual.

A diferencia de la conceptualización griega basada en categorías puras y excluyentes, Eysenck defiende la noción de tipo entendido como una dimensión cuantitativa y continua.

Eysenck estuvo influido tanto por la teoría constitucionalista de Kretschmer como por la teoría jungiana de la personalidad. La teoría de Eysenck intenta abarcar estos dos puntos de vista.

Considera a los rasgos y las dimensiones como elementos básicos de la estructura de la personalidad (Eysenck, 1990; Eysenck, 1997; Eysenck y Eysenck, 1985). Los rasgos representan patrones amplios de tendencias de conducta que dan consistencia y estabilidad a las acciones, las reacciones emocionales y los estilos cognitivos de las personas. La concepción eysenckiana de la personalidad hace hincapié en el nivel de las dimensiones, que se definen como agrupaciones de rasgos relacionados entre sí. El concepto de dimensión se postula porque en cada caso existen una serie de rasgos correlacionados que dan lugar a la dimensión correspondiente. Para este autor los rasgos y las dimensiones son relativamente estables y duraderos, características estas de las teorías disposicionales. Considera que las dimensiones de personalidad han de estar ligadas a mecanismos biológicos subyacentes, lo que convierte a esta teoría también en un modelo biológico (Carver y Scheier, 1997).

El modelo de personalidad que propone Eysenck (1985) tiene una estructura jerárquica que consiste en conductas y conjuntos de conductas que varían en nivel de generalidad e importancia para la personalidad. En el nivel básico de la misma están las acciones, reacciones emocionales o cogniciones específicas. En un segundo nivel se encuentran los actos, emociones o cogniciones habituales. Son respuestas específicas (o cogniciones) que tienden a ocurrir de forma reiterada bajo circunstancias similares. Este nivel del hábito representa el nivel

de organización más bajo. Estas conductas intercorrelacionadas dan lugar al tercer nivel, el de los rasgos, que son constructos teóricos que se basan en las intercorrelaciones significativas que se observan entre un número de respuestas habituales diferentes. En términos de análisis factorial este nivel correspondería con los factores de primer orden. En el cuarto nivel tenemos las dimensiones, que están definidas por las intercorrelaciones entre rasgos, nos encontramos con la organización de los rasgos en un tipo general. Representa un nivel más amplio de organización. Serían los factores de segundo orden en el lenguaje del análisis factorial. A medida que se va descendiendo en la jerarquía, la influencia de las situaciones o contextos va aumentando y el ambiente va adquiriendo un mayor protagonismo.

Los rasgos según Eysenck y Eysenck (1985), son factores disposicionales que determinan nuestra conducta regular y persistentemente en muchos tipos de situaciones diferentes, representan patrones amplios de tendencias de conducta que dan consistencia y estabilidad a las acciones, las reacciones emocionales y los estilos cognitivos de los individuos de acuerdo a su personalidad.

3.3.3.1.- Las dimensiones de la personalidad

El concepto de dimensión implica dos aspectos (Eysenck y Eysenck, 1985):

- Existencia de un limitado número de tipos o dimensiones que conforman la estructura de la personalidad.
- Estas dimensiones se distribuyen de una manera normal, formando un continuo en el que cualquier persona puede ser asignada.

La adopción de un esquema dimensional del concepto de tipo, frente a otro categorial, lleva a asumir que las diferencias entre las personas son cuantitativas, de grado, respecto a su posición en cada una de las dimensiones o superfactores.

El modelo se asienta sobre una clara fundamentación psicométrica. Eysenck adopta el análisis factorial para intentar determinar las dimensiones subyacentes a las conductas específicas y habituales, el cual muestra una estructura de tres dimensiones independientes que Eysenck identifica como Extraversión (E), Neuroticismo (N) y Psicoticismo (P). Eysenck confía ampliamente en el uso de la técnica del análisis factorial, no sólo para describir la estructura de la personalidad, sino también como marco de interpretación de datos a nivel descriptivo. Al igual que Guilford, Eysenck se inclina por la rotación ortogonal, que concluye en un menor número de factores que la rotación oblicua que además serían independientes entre sí (Báguena, 1999).

Las dos dimensiones que considera en un principio fueron Neuroticismo y Extraversión, para introducir más tarde la dimensión denominada Psicoticismo.

EXTRAVERSIÓN/INTROVERSIÓN (E)

Los rasgos que forman parte de esta dimensión son los siguientes: sociable, vivaz, activo, asertivo, buscador de sensaciones, despreocupado, dominante, espontáneo y aventurero. Los extravertidos muestran emociones positivas, alta frecuencia e intensidad en interacciones personales y elevada necesidad de estimulación.

NEUROTICISMO (O EMOTIVIDAD)/ESTABILIDAD (N)

Dimensión relativa a niveles de activación y labilidad emocional, caracterizada por rasgos como ansioso, deprimido, sentimientos de culpa, baja autoestima, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo.

PSICOTICISMO (O DUREZA)/CONTROL DE IMPULSOS (P)

Esta es la dimensión que más tarde se incorpora al modelo. Los rasgos que se incluyen en esta dimensión son: agresivo, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, baja empatía, creativo, rígido.

Las razones a favor de estas dimensiones pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

- Replicabilidad de los factores defendidos en múltiples propuestas diferentes de descripción de la personalidad.
- Generalidad de las dimensiones, o posibilidad de su aplicación ampliamente universal de las mismas.
- Estabilidad temporal a lo largo de la vida.
- Evidencia de la intervención de factores genéticos en la causación de diferencias individuales en la personalidad.
- Verificación experimental de hipótesis específicas y contrastables para cada una de las dimensiones propuestas.
- Relevancia social de las diferencias individuales existentes en estas dimensiones.

3.3.3.2.- Fundamentación explicativa de carácter biológico

Una de las principales contribuciones de Eysenck al estudio científico de la personalidad ha sido su énfasis, no sólo en la vertiente descriptiva de la personalidad, centrada en el desarrollo de una taxonomía conveniente, sino también en la vertiente explicativa o causal de los modelos propuestos, en la medida en que las dimensiones obtenidas puedan estar sujetas a predicciones y pruebas empíricas que permitan poner a prueba la validez de las mismas. La teoría está basada en unos firmes fundamentos biológicos y se han encontrado evidencias de ello en estudios animales (Eysenck y Eysenck, 1985). Además Eysenck también puso énfasis en la gran importancia de los factores genéticos en la determinación de las diferencias en personalidad (Eysenck, 1990). En relación a este tema él señaló que los investigadores en personalidad a menudo dejaban a un lado las variables genéticas porque no les interesan los factores biológicos y por el deseo de poder influir en el desarrollo de la personalidad de los niños a través de la actuación social. En contra de esto remarca que es esencial para las teorías de la personalidad considerar seriamente la

contribución de los análisis genéticos. La contribución de los factores genéticos heredados parece ser de aproximadamente el 50% (Rushton, Fulker, Neale, Nias y Eysenck, 1986; Tellegen et al., 1988).

Siguiendo sus ideas, Eysenck (1947) estuvo interesado desde un principio por los mecanismos biológicos que subyacían a sus dimensiones de personalidad derivadas factorialmente. Los primeros intentos (Eysenck, 1947) por fundamentar biológicamente las dimensiones del modelo PEN estuvieron destinados a explicar las dos primeras dimensiones propuestas, Extraversión-Introversión (E-I) y Neuroticismo-Estabilidad emocional (N).

Con respecto a la dimensión E-I, Eysenck se basó en los constructos ideados por Pavlov de excitación e inhibición, lo que suponía situar las bases biológicas y fisiológicas de esta dimensión en el Sistema Nervioso Central (SNC). Posteriormente (Eysenck, 1967), sitúa las bases biológicas de la E-I en centros corticales y subcorticales del cerebro, dentro del SNC. Esencial en esta teoría es el concepto de arousal o activación cortical generalizada que, a su vez, depende del nivel de actividad del Sistema de Activación Reticular Ascendente (SARA), cuya función es determinar el nivel de activación cortical de los centros cerebrales superiores, controlando al mismo tiempo los inferiores. Eysenck atribuye las diferencias en la actividad de ese sistema a factores genéticos, hipótesis que ha sido avalada en diversas investigaciones que muestran que este patrón de conducta diferencial tiene un fuerte componente hereditario (Plomin y Caspi, 1999). Teniendo presente el continuo de activación cortical, la teoría de Eysenck supone que los introvertidos se encuentran más activados corticalmente que los extravertidos.

Para Eysenck el término neuroticismo no se refiere necesariamente a conducta anormal sino que más bien representa una dimensión que refleja la emocionalidad del individuo. En el caso del Neuroticismo, Eysenck (1990) establece que su fundamento biológico se encuentra en la actividad del cerebro visceral, con el sistema límbico (hipocampo, amígdala, cingulum, septum e

hipotálamo) que produce un incremento de la activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), responsable del control de las respuestas involuntarias vegetativas. El sistema límbico es una estructura relativamente independiente del SARA, produce activación neurovegetativa y las diferencias individuales en N van a depender de su funcionamiento. También en el caso del funcionamiento del SNA se ha encontrado un componente altamente hereditario, aunque la evidencia empírica es más limitada que en el caso anterior por diversas razones como que las medidas psicofisiológicas no son tan sensibles como para reflejar diferencialmente la activación o razones éticas (Eysenck y Eysenck, 1985). Una persona con altas puntuaciones en neuroticismo se caracterizará por tener un sistema nervioso autónomo muy lábil y sensible a cualquier tipo de estimulación, siendo fácilmente condicionables en estos sujetos las reacciones de miedo o ansiedad.

En el caso del Psicoticismo, los mecanismos biológicos propuestos han sido menos claros. Eysenck se acoge a la hipótesis poligénica de Gottesman y Shields (García, 1989). También se ha postulado una base genética importante. Eysenck ha indicado una asociación entre esta dimensión y diversos factores bioquímicos, principalmente la actividad de la serotonina en el SNC (Eysenck, 1997).

Numerosos estudios han apoyado este modelo de tres factores como el meta-análisis de Royce y Powell (1983), sin embargo en los últimos años ha surgido el modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae (1992) en el cual se postula la existencia de cinco dimensiones independientes de la personalidad: Neuroticismo (N), Extraversión (E), apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. Aunque la cuestión de cuáles son las dimensiones básicas de la personalidad no está resuelta (hay datos a favor de las tres y cinco dimensiones), el modelo de Eysenck continúa siendo muy relevante en la teoría y evaluación de la personalidad. Al igual que Guilford, Eysenck considera la inteligencia como un constructo aparte del temperamento. Entonces los Cinco Grandes quedarían reducidos a cuatro superfactores y dentro de la dimensión P

se pueden incluir la amabilidad y la responsabilidad (Digman, 1990; Zuckerman, Kuhlman y Camac, 1988).

A juicio de Eysenck (1991), su sistema representa un modelo causal de la personalidad, de corte biologicista, con una trayectoria empírica extensa y valiosa bastante más potente que la observada en el resto de las taxonomías propuestas.

3.4.- PERSONALIDAD Y SALUD

Dentro del ámbito de la Psicología de la Salud existe la opinión compartida de que algunos factores de personalidad están relacionados con la incidencia de la enfermedad física. El análisis de la relación entre personalidad y enfermedad debe realizarse desde la perspectiva de un paradigma de variables múltiples, donde se tenga en cuenta una red de factores que pueden estar influyendo, incluso de manera interactiva, en la determinación y desarrollo de este fenómeno multicausal (Eysenck, 1994).

Las variables de personalidad juegan un importante papel en el estado de salud y en la percepción del mismo en las personas (Gibson y Cook, 1996).

Las vías por las cuales la personalidad ejerce su influencia sobre la salud y la enfermedad son (Sánchez-Elvira, 2003):

- Efectos de la personalidad sobre los hábitos de salud, la personalidad estaría en el origen del desarrollo de determinados comportamientos potencialmente dañinos para la salud.
- Efectos de la personalidad sobre la percepción y manejo del estrés y las respuestas fisiológicas asociadas al mismo.
- Efectos sobre la forma de afrontar la enfermedad o la posibilidad de estar enfermo.

- Efectos sobre la "Conducta de enfermo". Algunas características de personalidad predisponen a experimentar un mayor número de síntomas de enfermedad y malestar crónicos, no necesariamente asociados a un trastorno objetivo.

En una ya clásica revisión de la literatura sobre el tema Friedman y Booth-Kewley (1987) han subrayado el papel de la personalidad como uno de los elementos explicativos básicos en la aparición de la enfermedad. Más recientemente otros autores también han encontrado la influencia de los rasgos de personalidad en el desarrollo de síntomas depresivos (Jurado et al., 2005). En efecto este es un factor fundamental que se ha contemplado desde muy distintas perspectivas y múltiples modos:

- La personalidad como causa de unos determinados hábitos de vida no saludables.
- Las alteraciones de personalidad por influencia de la enfermedad en los sujetos que la padecen.
- La personalidad y la enfermedad, dependientes ambas de un factor biológico subyacente, responsable de la relación de ambas.
- La personalidad como responsable de la disposición a la enfermedad a través de unos característicos mecanismos fisiológicos.
- Diferentes factores en una interacción compleja causantes de la relación entre personalidad y enfermedad.

Los primeros trabajos se focalizaron sobre la estructura de la personalidad. Unos primeros trabajos de Eysenck (1988) sobre el tema mostraban que el Neuroticismo aparecía más alto en los pacientes de cáncer que en el grupo control y la Extraversión tenía niveles más bajos en este tipo de enfermos (Kissen y Eysenck, 1962); tales datos se han repetido en muchas investigaciones posteriores y continúan vigentes en nuestros días (Johnson, Perry y Rozensky, 2002). Además el Neuroticismo correlaciona negativamente

con el proceso de recuperación de la enfermedad de tal manera que los pacientes que tienen niveles altos de Neuroticismo consumen mayor tiempo en su recuperación. Por otra parte se ha encontrado también una relación negativa entre Psicoticismo y cáncer (Eysenck, 1988) lo que subraya la relación entre esta enfermedad y ausencia de expresión de emociones negativas.

En cuanto a la respuesta inmunitaria, Botella et al. (1999) encontraron como los sujetos con altos niveles de estabilidad emocional mostraban un aumento en la actividad de las células NK (Natural Killer) en las situaciones de estrés, al contrario que las personas que puntuaban bajo en esta dimensión, en las cuales se presentaba una disminución en la reacción inmunológica de las células NK.

Neuroticismo refleja la tendencia a experimentar afecto negativo, las personas que presentan un nivel alto en esta dimensión tienen niveles elevados en ansiedad, aprehensión y emociones negativas (Botella et al., 1999; McCrae y Costa, 2003). Se han encontrado relaciones entre Neuroticismo y problemas psicológicos como depresión y ansiedad (Angst y Clayton, 1986; Hirschfeld et al., 1989; Kendler, Kuhn y Prescott, 2004). Más aún, hallazgos desde el campo del comportamiento y la genética molecular indican que Neuroticismo y la depresión comparten factores de riesgo genéticos (Fanous, Gardner, Prescott, Cancro y Kendler, 2002; Kendler, Kessler, Neale, Heath y Eaves, 1993; Nash et al., 2004).

DeNeve y Cooper (1998) encontraron fuertes correlaciones entre estabilidad emocional y bienestar subjetivo, en el mismo sentido están las conclusiones de Bunevicius, Katkute y Bunevicius (2008) que encontraron relaciones negativas entre la estabilidad emocional y la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes universitarios.

En la clasificación de las personalidades susceptibles a la enfermedad elaborada por Grossarth-Marticek y Eysenck en 1990, el tipo de personalidad

saludable incluye personas que puntúan alto en Extraversión y bajo en Neuroticismo.

3.4.1.- PERSONALIDAD, ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

La relación entre personalidad y salud/enfermedad está por tanto fundamentalmente ligada a la existencia de factores externos que con otros elementos interactivos, como puede ser unos determinados aspectos de la personalidad, facilitan la aparición del estrés y lo multiplican. Se han encontrado relaciones entre las escalas de estrés, las quejas de salud y la dimensión estabilidad emocional vs Neuroticismo (Kaiser y Ozer, 1997; Watson y Pennebaker, 1989).

La personalidad representa la forma habitual de afrontar los acontecimientos a lo largo de la vida e influye sobre la determinación del tipo de valoración y afrontamiento posterior que los individuos suelen presentar ante las situaciones potencialmente estresantes (Sánchez-Elvira, 2000).

Las vías potenciales a través de las cuales la personalidad puede incidir sobre el estrés son (Bolger y Schilling, 1991; Kendler, Gardner y Prescott, 2003; Kendler et al, 2004):

- Incrementando el encuentro con un mayor número de situaciones potencialmente estresantes, en la medida en que el individuo busca y provoca, de forma activa, estas situaciones.
- Determinando de qué forma, cómo se perciben y valoran las situaciones, ya sea exacerbando o atemperando, el valor estresante que los acontecimientos tienen en general.
- Determinando la percepción habitual de control y de recursos que las personas tienen.

- Contribuyendo a la selección de las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha en respuesta a la situación de estrés percibido, con el objetivo de restablecer el equilibrio.
- Generando más estrés en función del afrontamiento realizado.

Podríamos hablar de dos grandes grupos de individuos (Folkman, 1984):

1.- Individuos más proclives a la percepción de amenaza y daño, y a la percepción de carencia de recursos y falta de control personales, así como a una mayor probabilidad de afrontamiento emocional, independientemente de las condiciones objetivas, experimentando más emociones negativas y malestar. Los esfuerzos por regular estas emociones les impiden llevar a cabo estrategias de afrontamiento centradas en el problema y adaptativas.

2.- Individuos más proclives a la percepción de reto situacional, competencia suficiente para abordarlo, control personal sobre la situación, así como el desarrollo de un tipo de afrontamiento activo y un índice menor de emociones negativas y malestar.

Dentro de las dimensiones que se pueden asociar al primer grupo, el Neuroticismo reúne una serie importante de características de personalidad que marcan la tendencia a la experiencia habitual de un amplio rango de emociones de tipo negativo implicadas en la experiencia de malestar subjetivo. El Neuroticismo es un rasgo de personalidad que refleja la tendencia a sentir afectos negativos, como depresión o ansiedad, especialmente bajo condiciones de estrés, está asociado con fuertes reacciones emocionales a situaciones estresantes, por lo que se considera un indicador de la vulnerabilidad al estrés (Godoy et al., 2008). Eysenck (1990) postula que el elemento clave en la dimensión de Neuroticismo es un nivel elevado de activación del Sistema Límbico, que se manifiesta en un exceso de activación emocional en respuesta a los estímulos estresantes y situaciones amenazantes. Las personas que puntúan alto en Neuroticismo presentan una alta labilidad del SNA, es decir, éste se activa fácilmente y resulta muy variable ante los sucesos externos,

existiendo una recuperación lenta de las respuestas de estrés una vez que el peligro ha desaparecido. En el plano conductual esto se traduce en preocupación, tensión y ansiedad crónicas, así como en sintomatología física. Por lo que parece evidente que el Neuroticismo predice que un individuo se adaptará peor a situaciones estresantes. Las personas que puntúan bajo en Neuroticismo (emocionalmente estables) presentan, por el contrario, una baja labilidad del SNA, y muestran, por tanto, un patrón de respuesta opuesto al de las personas altas en Neuroticismo.

El Neuroticismo afecta a la exposición y a la reacción a los eventos estresantes (Bolger y Schilling, 1991; Bolger y Zuckerman, 1995). La dimensión estabilidad emocional vs Neuroticismo juega un papel importante en la interpretación de los sucesos como estresantes, así como también, aunque menor, en la reacción de lucha o huida ante ellos. En el dominio de la salud, la estabilidad emocional está relacionada con la anticipación y con la reacción al estrés. Los sujetos con baja estabilidad emocional (alto Neuroticismo) experimentan más estrés relacionado con sus objetivos de salud y además también se sienten más estresados cuando se esfuerzan para conseguirlos (Kaiser y Ozer, 1997). La estabilidad emocional está relacionada negativamente con el estrés y ejerce un efecto moderador en la relación entre los estresores y los daños en la salud (Kammeyer-Mueller, Judge y Scott, 2009).

El Neuroticismo parece interferir el uso de mecanismos de afrontamiento adaptativos y facilitar el uso de mecanismos menos efectivos (McCrae y Costa, 1986). Heppner, Cook, Wright y Johnson (1995) han asociado el Neuroticismo con el uso de estrategias de afrontamiento ineficaces. Las personas con altas puntuaciones en esta dimensión suelen usar más la Evitación y la Distracción como estrategias de afrontamiento que estrategias centradas en el problema (Vollrath, 2001). La estabilidad emocional está asociada con las estrategias de afrontamiento constructivas como la Solución de problemas, la Búsqueda de apoyo social instrumental, la Reinterpretación positiva y la Aceptación, en el polo opuesto nos encontramos que el Neuroticismo está asociado con

estrategias de afrontamiento pasivas, centradas en la emoción como Desahogo, Negación y Búsqueda de apoyo social emocional (Roesch, Christian y Vaughn, 2006; Storm y Rothmann, 2003).

No se han realizado demasiados estudios de investigación sobre las variables de personalidad y las diferencias individuales que entran en juego en el "estar quemado". Algunos estudios (Burke, Greenglass y Konarski, 1995; Cebrià et al., 2001; Deary, Agius y Sadler, 1996; Hernández y Olmedo, 2004; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001; Parkes, 1998; Storm y Rothmann, 2003) muestran que los sujetos que exhiben un patrón de Conducta tipo A, alto Neuroticismo (baja estabilidad emocional) y locus de control externo son más vulnerables a sufrir el síndrome de burnout, mientras que los sujetos con "personalidad resistente al estrés" y que habitualmente emplean estrategias de afrontamiento de carácter activo lo experimentan con menos frecuencia. Zellars, Perrewe y Hochwarter (2000) encontraron que de las dimensiones de personalidad, sólo el Neuroticismo predecía significativamente el cansancio emocional. Individuos con puntuaciones altas en Neuroticismo experimentan niveles altos en cansancio emocional (Bakker, Van Der Zee, Lewig y Dollard, 2006; Deary, Watson y Houston, 2003). Los individuos con altas puntuaciones en Neuroticismo, con frecuencia experimentan emociones negativas como la irritabilidad y la depresión y toda una sintomatología que parece también estar asociada al "estar quemado": fracaso, indefensión, desesperanza, desilusión, celos, etc... (Cherniss, 1980; Maslach, 1982).

En cuanto al segundo grupo, se incluiría la dimensión Extraversión que está relacionada con la afectividad positiva (Francis, 1999), caracterizada por la tendencia a experimentar emociones de carácter positivo, autoestima y bienestar y a sentirse lleno de energía y entusiasmo (Chan y Joseph, 2000), llegándose a definir la felicidad como "algo denominado extraversión estable" (Argyle y Lu, 1990; Pavot, Diener y Fujita, 1990), la gran correlación que existe entre felicidad y extraversión podría explicarse según Argyle y Lu (1990) por la gran participación de los extravertidos en las actividades sociales. También se

ha encontrado una relación inversa entre los niveles de cortisol y la Extraversión (Tyrka et al., 2006).

La Extraversión está relacionada con la tendencia a ser optimista y a la reevaluación positiva de los problemas fijándose en lo bueno y en el lado positivo de las experiencias (Costa y McCrae, 1992). Está asociada con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, Planificación, Búsqueda de apoyo social y con Reinterpretación positiva (McCrae y Costa, 1986; Roesch et al., 2006; Vollrath, 2001).

Algunos investigadores han encontrado una relación negativa entre Extraversión y burnout, específicamente entre Extraversión y cansancio emocional (Bakker, Van Der Zee, Lewig y Dollard, 2006; Cebrià et al., 2001; Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Michielsen, Willemsen, Croon, De Vries y Van Heck, 2004; Olmedo et al., 2001; Storm y Rothmann, 2003).

Volviendo con el tema de la felicidad, el bienestar y la satisfacción con la vida, Hills y Argyle (2001) han demostrado que si bien la Extraversión se relaciona y explica la felicidad, es la estabilidad emocional la que está más fuertemente relacionada con la felicidad, sobre todo en personas jóvenes, el mismo resultado fue encontrado por Vitterso (2001). De tal manera que ambas dimensiones están correlacionadas fuertemente con la felicidad (Spangler y Palrecha, 2004) y se combinan de forma aditiva e interactiva en su influencia (Pavot et al., 1990).

PARTE EMPÍRICA

OBJETIVOS

4

4.1.- OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este estudio es probar las relaciones, asociaciones y predicciones que existen y en qué grado entre variables como el sentido de coherencia, las estrategias de afrontamiento, la salud percibida, el cansancio emocional, el estrés percibido tanto reciente como general, la satisfacción con los estudios, la autoestima y las dimensiones de personalidad entre las que se encuentra la estabilidad emocional, todo ello manifestado en los autoinformes de alumnos universitarios.

4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Comprobar las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida del sentido de coherencia SOC-13 (Antonovsky, 1993), adaptado al castellano por Manga en 2006; del cuestionario de estrés percibido (Sanz-Carrillo y otros, 2002) en sus variantes de estrés reciente y estrés general; de la escala de cansancio emocional para estudiantes universitarios (Ramos, Manga y Morán, 2005); del cuestionario COPE-28 de afrontamiento (Carver, Scheider y Weintraub, 1989) y del cuestionario de salud general GHQ-28 (Goldberg y Williams, 1996). Verificar la fiabilidad y corroborar los factores para la muestra de alumnos universitarios.

2.- Hallar la relación del distrés emocional o salud psicológica de los estudiantes universitarios con el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y el sentido de coherencia.

3.- Analizar la relación de la estabilidad emocional con el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y el sentido de coherencia en una muestra de estudiantes universitarios.

4.- Examinar la relación de las distintas medidas de estrés utilizadas: estrés reciente, estrés general (cuantificadas con el cuestionario de estrés percibido) y cansancio emocional (medido con la escala de cansancio emocional), con el sentido de coherencia y las estrategias de afrontamiento.

5.- Analizar las relaciones de la autoestima con el cansancio emocional y las estrategias de afrontamiento en el grupo estudiado.

6.- Hallar las relaciones entre la salud y la estabilidad emocional.

7.- Examinar las relaciones entre las dimensiones de personalidad y variables personales, sentido de coherencia, medidas de estrés, satisfacción con los estudios, autoestima, estrategias de afrontamiento y salud percibida.

8.- Establecer las diferencias de curso, género, titulación y campus, en lo que se refiere a sentido de coherencia, estrés, satisfacción con los estudios, autoestima, estrategias de afrontamiento, salud percibida y dimensiones de personalidad.

9.- Analizar las diferencias entre los sujetos que utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas o no adaptativas en cuanto a su salud, ansiedad, estrés, sentido de coherencia y características de personalidad. Comprobar si existe interacción con otras variables.

10.- Predicción del estrés, de la salud percibida y del sentido de coherencia a partir de los tres factores de personalidad. Comprobar a partir del modelo PEN la varianza explicada del estrés, de la salud percibida y del sentido de coherencia en alumnos universitarios. Comprobar la importancia de la

dimensión neuroticismo en la predicción del estrés y salud percibida. En su medida como estabilidad emocional, esperamos que sea la dimensión que más varianza explique de las variables de personalidad.

11.- La predicción de la salud percibida (como variable dependiente) desde las medidas de estrés, dimensiones de personalidad y sentido de coherencia (como variables predictoras).

METODOLOGÍA

5

5.1.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En la realización de este estudio participaron 960 estudiantes universitarios, 177 de la Universidad de Córdoba y 783 de la Universidad de León (295 del Campus de León y 488 del Campus de Ponferrada). La participación fue voluntaria y, posteriormente a la cumplimentación de los cuestionarios, se informó del estudio a todos los participantes.

De los 960 estudiantes que cumplimentaron correctamente los cuestionarios, 434 cursaban primer curso (45,2%), 314 alumnos se encontraban en segundo curso (32,7%) y en tercero 212 (22,1%).

Cursaban la Diplomatura en Enfermería 681 estudiantes (70,9%), 216 (22,5%) en Fisioterapia y 63 (6,6%) Ingeniería Topográfica. Entre los 681 alumnos que estudiaban Enfermería, 308 (45,2%) son de primer curso, 232 (34,1%) de segundo y 141 (20,7%) de tercero. Con respecto a los estudiantes de Fisioterapia, 103 (47,7%) corresponden a alumnos de primer curso, 61 (28,2%) a segundo curso y 52 (24,1%) a tercero. En cuanto a los alumnos de Topografía 23 (36,5%) cursan primer curso, 21 (33,3%) segundo y tercero 19 (30,2%).

De los 960 alumnos que cumplimentaron los instrumentos 956 cumplimentaron correctamente la variable sexo, 778 (81,2%) son mujeres y 178 hombres (18,8%). En Topografía 37 (58,7%) son hombres y 26 (41,3%)

mujeres. En Enfermería 87 (13,1%) son hombres y 591 (86,9%) mujeres. En Fisioterapia 54 (25%) son hombres y 161 (75%) mujeres.

Tabla 5.1. Distribución de la muestra por sexo y titulación universitaria.

Titulación	Hombres	Mujeres	Totales
(1) Enfermería	87 (13,1%)	591 (86,9%)	678
(2) Fisioterapia	54 (25%)	161 (75%)	215
(3) Topografía	37 (58,7%)	26 (41,3%)	63
Totales	178	778	956

En cuanto a la variable campus, de los 294 estudiantes del campus de León que cumplimentaron correctamente la variable sexo, 33 son hombres y 261 mujeres. En el campus de Ponferrada 115 son hombres y 372 mujeres, siendo 30 hombres y 145 mujeres en el campus de Córdoba.

Tabla 5.2. Distribución de la muestra por sexo y campus.

Campus	Hombres	Mujeres	Totales
(1) León	33 (11,2%)	261 (88,8%)	294
(2) Ponferrada	115 (23,6%)	372 (76,4%)	487
(3) Córdoba	30 (17,1%)	145 (82,9%)	175
Totales	178	778	956

Para la variable curso, 81 hombres y 350 mujeres estudian primer curso, 55 hombres y 258 mujeres se encuentran en segundo y 42 hombres y 170 mujeres son de tercer curso.

Tabla 5.3. Distribución de la muestra por sexo y curso.

Curso	Hombres	Mujeres	Totales
(1) Primero	81 (18,8%)	350 (81,2%)	431
(2) Segundo	55 (17,6%)	258 (82,4%)	313
(3) Tercero	42 (19,8%)	170 (80,2%)	212
Totales	178	778	956

La edad oscila de 18 años de mínima a 49 años de máxima, siendo la media 21,29 años, la mediana 20 años y la moda 18 años y una desviación típica de 4,439.

5.2.- INSTRUMENTOS DE MEDIDA

En la realización de este estudio se han utilizado distintos instrumentos de recogida de datos que se describen a continuación.

Para conocer los datos demográficos se utilizó un cuestionario de recogida de datos personales en el que se incluían las variables de fecha de cumplimentación, identificador, sexo, edad, escuela o facultad, titulación, curso y campus (Anexo I).

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron el Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13), el Cuestionario de Estrés Percibido (CEP), la Escala de Cansancio Emocional (ECE), el Cuestionario de Afrontamiento (COPE-28), el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) y el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQ-R).

5.2.1.- El Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13) (Anexo I)

El constructo de sentido de coherencia se mide con el Cuestionario de Orientación hacia la Vida (OLQ) de Antonovsky (1985). El Cuestionario SOC-13 (Antonovsky, 1993) consta de 13 ítems que se responden en una escala tipo Likert con siete puntuaciones. Se incluyen tres escalas correspondientes a las tres dimensiones del constructo:

- **Comprensibilidad.** Se refiere a la sensación de que es posible comprender lo que sucede. Se evalúa con los cinco ítems siguientes, que se corresponden con los números 2, 6, 8, 9 y 11 del cuestionario.

2. ¿Te has quedado alguna vez sorprendido/a por el comportamiento de personas que creías conocer bien? Nunca me ha ocurrido (1), me ha ocurrido siempre (7)

6. *¿Muchas veces sientes que te encuentras en una situación poco habitual, sin saber qué hacer? Me ocurre frecuentemente (1), nunca o raramente me ocurre (7)*

8. *¿Tienes sentimientos e ideas muy confusos? Muy frecuentemente (1), muy raramente o nunca (7)*

9. *¿Te ocurre que tienes sentimientos que no te gustaría tener? Muy frecuentemente (1), muy raramente o nunca (7)*

11. *Cuando tienes que enfrentarte a un problema, generalmente acabas por comprobar que: Valoraste mal la importancia del problema (1), valoraste correctamente la importancia del problema (7)*

El ítem número 2 invierte su puntuación en la corrección ya que está formulado en el sentido opuesto al resto.

- Manejabilidad. Se refiere a que los recursos necesarios para solucionar los problemas están a disposición de la persona. Esta escala está compuesta por los ítems 3, 5, 10 y 13.

3. *¿Te has sentido decepcionado/a por personas con las que de entrada contabas? Nunca me ha ocurrido (1), me ha ocurrido siempre (7)*

5. *¿Tienes la sensación de que no eres tratado con justicia? Muy frecuentemente (1), raramente o nunca (7)*

10. *Muchas personas (incluso las que tienen un carácter fuerte), en ciertas situaciones, se sienten a veces unos fracasados. ¿Con qué frecuencia te has sentido tú así en el pasado? Nunca (1), muchas veces (7)*

13. *¿Con qué frecuencia tienes sentimientos que dudas poder controlar? Muy frecuentemente (1), muy raramente o nunca (7)*

Los ítems 3 y 10 invierten su puntuación ya que se expresan de manera opuesta.

- Significatividad. Es la experiencia de que la vida vale la pena, de que los retos se merecen los esfuerzos, de que son significativos y dignos de nuestro compromiso. Se mide con cuatro ítems, los números 1, 4, 7 y 12.

1. ¿Tienes la impresión de que no te interesas por lo que pasa a tu alrededor? Muy rara vez no me intereso (1), con mucha frecuencia no me intereso (7)

4. Hasta ahora en la vida: no he conseguido los objetivos ni mi propio rumbo (1), he conseguido los objetivos y mi propio rumbo (7).

7. Aquello que haces diariamente es: una fuente de profunda satisfacción y placer (1), una fuente de sufrimiento y aburrimiento (7)

12. ¿Con qué frecuencia sientes que las cosas que haces en tu vida diaria apenas tienen sentido? Muy frecuentemente (1), muy raramente o nunca (7).

Los ítems 1 y 7 invierten su puntuación ya que se expresan de manera opuesta.

Se ha utilizado en este estudio la adaptación realizada por Manga en el año 2006.

La fiabilidad se encuentra entre 0,70 y 0,92, lo que lo describe como un instrumento con una buena fiabilidad (Nunnally y Bernstein, 1994).

5.2.2.- El Cuestionario de Estrés Percibido (CEP) (Anexo I)

El Cuestionario de Estrés Percibido de Sanz-Carrillo, García-Campayo, Rubio, Santed y Montoro fue publicado en el año 2002. Consiste en 30 cuestiones que el sujeto tiene que puntuar según la frecuencia que se dan en su vida desde 1 "casi nunca" a 4 "casi siempre".

Consta también de dos columnas de puntuación, la de la izquierda corresponde a la puntuación en general, referida al último o dos últimos años de la vida, y la de la derecha a la puntuación reciente, referida al último mes.

Mediante el análisis factorial de los ítems se obtienen 6 factores en la versión española:

- Factor 1. Tensión, irritabilidad y fatiga. Medido por los ítems 3, 8, 10, 14, 15, 16, 26, 27 y 30.

3. Está irritable o malhumorado.

8. Se siente cansado.

10. Se siente tranquilo.

14. Se siente tenso.

15. Sus problemas parecen multiplicarse.

16. Siente que tiene prisa.

26. Se siente agotado mentalmente.

27. Tiene problemas para relajarse.

30. Se siente presionado por los plazos de tiempo.

El ítem 10 invierte su puntuación en la corrección ya que está expresado de forma opuesta al resto.

- Factor 2. Aceptación social de conflictos. Incluye 7 ítems, los números 5, 6, 12, 17, 19, 20 y 24.

5. Se siente solo o aislado.

6. Se encuentra sometido a situaciones conflictivas.

12. Se siente frustrado.

17. Se siente seguro y protegido.

19. Está bajo la presión de otras personas.

20. Se siente desanimado.

24. Se siente criticado o juzgado.

A la hora de realizar la corrección, el ítem 17 invierte su puntuación.

- Factor 3. Energía y diversión. Se evalúa con los ítems 1, 13, 21, 25 y 29.

1. Se siente descansado.

13. Se siente lleno de energía.

21. Tiene miedo al futuro.

25. Se siente alegre.

29. Tiene tiempo suficiente para usted.

Los cinco ítems de este factor invierten su puntuación a la hora de ser corregidos, ya que están enunciados de manera opuesta a la mayoría de los que componen el cuestionario.

- Factor 4. Sobrecarga. Se mide por los ítems 2, 4, 11 y 18.

2. Siente que se le hacen demasiadas peticiones.

4. Tiene demasiadas cosas que hacer.

11. Tiene que tomar demasiadas decisiones.

18. Tiene muchas preocupaciones.

- Factor 5. Satisfacción por autorrealización. Incluye los ítems 7, 9 y 23.

7. Siente que está haciendo cosas que realmente le gustan.

9. Teme que no pueda alcanzar todas sus metas.

23. Siente que hace cosas por obligación, no porque quiera hacerlas.

El ítem 7 invierte su puntuación en la corrección.

- Factor 6. Miedo y ansiedad. Compuesta por 2 ítems, el 22 y el 28.

22. Tiene miedo al futuro.

28. Se siente agobiado por la responsabilidad.

Es una escala que refiere buenas propiedades psicométricas, con una consistencia interna de 0,9 para la puntuación en general y de 0,87 para la puntuación reciente.

5.2.3.- La Escala de Cansancio Emocional (ECE) (Anexo I)

La Escala de Cansancio Emocional para estudiantes universitarios de Ramos, Manga y Morán (2005) es un test de aplicación colectiva que consta de 10 ítems puntuándose de 1 (nunca o raras veces) a 5 (siempre o casi siempre). Es una escala de carácter unidimensional con una buena consistencia interna (coeficiente alfa de 0.83) y una buena homogeneidad entre ítems (correlación entre ítems de 0.33), con un solo factor que explica el 40% de la varianza. Se construyó sobre la base de la escala de Cansancio Emocional del Maslach Burnout Inventory de Maslach y Jackson a la que se añadieron ítems incluidos en el concepto de burnout de Freudenberg, todos los ítems están diseñados teniendo en cuenta las características especiales de los estudiantes universitarios, como se observa a continuación:

- 1. Los exámenes me producen una tensión excesiva.*
- 2. Creo que me esfuerzo mucho para lo poco que consigo.*
- 3. Me siento bajo de ánimo, como triste, sin motivo aparente.*
- 4. Hay días que no duermo bien a causa del estudio.*
- 5. Tengo dolor de cabeza y otras molestias que afectan a mi rendimiento.*
- 6. Hay días que noto más la fatiga y me falta energía para concentrarme.*
- 7. Me siento emocionalmente agotado por mis estudios.*
- 8. Me siento casado al final de la jornada de trabajo.*
- 9. Trabajar pensando en los exámenes me produce estrés.*

10. Me falta tiempo y me siento desbordado por los estudios.

A esta escala se añaden otras dos, cada una de ellas consta de un solo ítem: la Escala de Satisfacción con los Estudios (SE) (*Disfruto estudiando porque me gusta lo que estudio*) y la Escala de Autoestima (Au) (*Me veo a mí mismo como alguien que tiene alta autoestima*).

5.2.4.- El Cuestionario de Afrontamiento (COPE-28) (Anexo I)

El Cuestionario COPE de afrontamiento de 28 ítems (Carver, 1997). Es un cuestionario de 28 ítems que se responde en una escala tipo Likert que va de 0 a 3, en la que 0 es "no, en absoluto" y 3 es "mucho", con puntuaciones intermedias 1 "un poco" y 2 "bastante". Los 28 ítems se agrupan de 2 en 2 dando como resultado 14 modos de afrontamiento:

- A (Afrontamiento activo). Evaluado por los ítems 2 y 10.

2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.

10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.

- P (Planificación). Incluye los ítems 6 y 26.

6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.

26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.

- E (Apoyo social emocional). Compuesta por los ítems 9 y 17.

9. Consigo apoyo emocional de otros.

17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.

- S (Apoyo social instrumental). Se mide con los ítems 1 y 28.

1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.

28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

- R (Religión). Incluye los ítems 16 y 20.

16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.

20. Rezo o medito.

- RP (Reinterpretación positiva). Medida por los ítems 14 y 18.

14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.

18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.

- Ac (Aceptación). Se evalúa con los ítems 3 y 21.

3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.

21. Aprendo a vivir con ello.

- N (Negación). Se compone de los ítems 5 y 13.

5. Me digo a mí mismo "esto no es real".

13. Me niego a creer que haya sucedido.

- H (Humor). Evaluada por los ítems 7 y 19.

7. Hago bromas sobre ello.

19. Me río de la situación.

- Ad (Autodistracción). Los ítems 4 y 22 son los que se incluyen.

4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.

22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.

- Ai (Autoinculpación). Compuesta por los ítems 8 y 27.

8. Me critico a mí mismo.

27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.

- DC (Desconexión conductual). Se mide por los ítems 11 y 25.

11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.

25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.

- D (Desahogo emocional). Se evalúa por los ítems 12 y 23.

12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.

23. Expreso mis sentimientos negativos.

- US (Uso de sustancias). Se compone de los ítems 15 y 24.

15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.

24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.

Todos los ítems son positivos. A mayor puntuación en cada modo de afrontamiento mayor utilización de esa estrategia.

5.2.5.- El Cuestionario de Salud General (GHQ-28) (Anexo I)

El cuestionario de salud general (General Health Questionnaire, GHQ) fue diseñado para ser utilizado como un test de screening autoadministrado, destinado a detectar trastornos psíquicos entre los encuestados en un ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos, tal como la atención primaria o los pacientes medicoquirúrgicos ambulatorios. Su propósito fue detectar aquellas formas de trastorno psíquico que pudieran tener relevancia en la práctica médica y, por tanto, se centra en los componentes psicológicos de una mala salud. En la actualidad se usa en muchas investigaciones tanto con población clínica como no clínica (Morrison y O'Connor, 2005).

Parece que el malestar psicológico tiene ciertos rasgos en común en lugares muy diferentes. Síntomas tales como ser incapaz de dormir por preocupaciones, sentirse bajo presión, ser incapaz de concentrarse y sentirse incapaz de enfrentarse a los problemas propios son comunes a la condición humana.

El cuestionario mide dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones "saludables" normales y la aparición de nuevos fenómenos del tipo de malestar psíquico (distressing).

El GHQ en escalas o GHQ-28 (Goldberg y Williams, 1996) se deriva del análisis factorial de componentes principales y consiste en 4 subescalas para síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Las subescalas representan dimensiones de sintomatología y no se corresponden necesariamente con diagnósticos psiquiátricos. Las subescalas no son independientes entre sí. Este cuestionario incluye 28 ítems agrupados en las 4 subescalas, cada una de ellas consta de 7 ítems que se puntúan (según la puntuación Likert) de 0 a 3 puntos con puntuaciones intermedias, puntuaciones altas indican más problemas de salud. En cada ítem la persona señala su situación actual en comparación con las últimas semanas marcando una de 4 alternativas, desde encontrarse mejor de lo habitual hasta peor de lo habitual.

La escala A corresponde a "Síntomas somáticos" y se evalúa con los siguientes ítems:

- 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma? Mejor que lo habitual (0), mucho peor que lo habitual (3).*
- 2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*
- 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*
- 4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*
- 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*
- 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza le va a estallar? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*
- 7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

La escala B denominada "Ansiedad e insomnio" está compuesta por los ítems que se muestran a continuación:

1. *¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

2. *¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

3. *¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

4. *¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

5. *¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

6. *¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

7. *¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

La tercera escala, la escala C se refiere a la "Disfunción social" y se mide con los ítems:

1. *¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo? Más activo que lo habitual (0), mucho menos que lo habitual (3).*

2. *¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas? Más rápido que lo habitual (0), mucho más tiempo que lo habitual (3).*

3. *¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien? Mejor que lo habitual (0), mucho peor que lo habitual (3).*

4. *¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas? Más satisfecho que lo habitual (0), mucho menos satisfecho (3).*

5. *¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida? Más tiempo que lo habitual (0), mucho menos útil que lo habitual (3).*

6. *¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? Más que lo habitual (0), mucho menos que lo habitual (3).*

7. *¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día? Más que lo habitual (0), mucho menos que lo habitual (3).*

Por último, la escala D "Depresión grave" incluye los ítems:

1. *¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

2. *¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

3. *¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

4. *¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"? Claramente, no (0), claramente lo he pensado (3).*

5. *¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

6. *¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo? No, en absoluto (0), mucho más que lo habitual (3).*

7. *¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza? Claramente, no (0), claramente lo he pensado (3).*

La puntuación de cada escala puede alcanzar un máximo de 21 puntos. El GHQ-28 se puede utilizar de forma global para cuantificar la salud psicológica de los individuos, o bien se pueden utilizar las medidas de cada escala por separado para estudiar problemas de salud psicológica más específicos. Esta escala presenta una buena fiabilidad y validez (Goldberg y Williams, 1996).

5.2.6.- Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQ-R)

El EPQ-R (Eysenck y Eysenck, 1991), en su versión completa, consta de 83 ítems que miden cuatro variables independientes entre sí, las tres dimensiones propuestas por la teoría de Eysenck y una escala originalmente construida para medir el falseamiento positivo o deseabilidad social (escala L, disimulo) que evalúa el disimulo favorable o deseabilidad social o si no se esperan beneficios de las puntuaciones mide conformidad. Cada ítem se formula en forma de pregunta y el sujeto tiene que contestar sí o no. La escala que mide la dimensión de Extraversión (E) está formada por 19 ítems, la de Neuroticismo o estabilidad (N) y la de Psicoticismo o dureza (P) recogen cada una de ellas 23 ítems y la de Disimulo (L) está formada por 18 ítems.

La dimensión de Extraversión determina el grado de sociabilidad de las personas, pero además de la vinculación con la gente y la preferencia por grupos y reuniones, los extravertidos son también más asertivos, activos y habladores. Les gusta la excitación y la estimulación y tienden a ser de carácter alegre, animoso, enérgico y optimista. Se evalúa con los siguientes ítems:

3. *¿Es una persona conversadora?*
6. *¿Es usted una persona más bien animada o vital?*
12. *¿Tiende a mantenerse apartado/a en las situaciones sociales?*
16. *¿Le gusta salir a menudo?*
22. *¿Generalmente toma la iniciativa al hacer nuevas amistades?*
25. *Por lo general, ¿suele estar callado/a cuando está con otras personas?*
27. *¿Puede animar fácilmente una fiesta aburrida?*
28. *¿Le gusta contar chistes e historias divertidas a sus amigos?*
31. *¿Le gusta mezclarse con la gente?*
39. *¿Puede organizar y conducir una fiesta?*

46. *¿Le gusta el bullicio y la agitación a su alrededor?*

47. *¿La gente piensa que usted es una persona animada?*

49. *¿Realiza muchas actividades de tiempo libre?*

53. *¿Habitualmente, es capaz de liberarse y disfrutar de una fiesta animada?*

57. *¿Prefiere leer a conocer gente?*

58. *¿Tiene muchos amigos?*

69. *¿Casi siempre tiene una respuesta "a punto" cuando le hablan?*

70. *¿Le gusta hacer cosas en las que tiene que actuar rápidamente?*

77. *¿Frecuentemente improvisa decisiones en función de la situación?*

La dimensión Neuroticismo o Emotividad manifiesta la tendencia general a experimentar sentimientos negativos como miedo, melancolía, vergüenza, ira, culpabilidad y repugnancia. La escala está compuesta por:

2. *¿Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?*

4. *¿Se siente a veces desdichado sin motivo?*

8. *¿Es una persona irritable?*

13. *A menudo, ¿se siente harto/a?*

18. *¿Tiene a menudo sentimientos de culpabilidad?*

19. *¿Diría de sí mismo que es una persona nerviosa?*

20. *¿Es usted una persona sufridora?*

24. *¿Diría de sí mismo que es una persona tensa o muy nerviosa?*

32. *¿Se siente a menudo apático/a y cansado/a sin motivo?*

35. *¿A menudo siente que la vida es muy monótona?*

41. *¿Sufrir de los "nervios"?*

42. *¿A menudo se siente solo?*

52. *¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho?*

54. *¿Se siente fácilmente herido en sus sentimientos?*

62. *¿Se inquieta por cosas terribles que podrían suceder?*

64. *¿Se siente intranquilo por su salud?*

72. *¿Le preocupa mucho su aspecto?*

73. *¿Alguna vez ha deseado morir?*

75. *¿Después de una experiencia embarazosa, se siente preocupado durante mucho tiempo?*

76. *¿Se siente fácilmente herido cuando la gente encuentra defectos en usted o en su trabajo?*

78. *¿Se siente a veces desbordante de energía y otras muy decaído?*

81. *¿Se afecta fácilmente por según qué cosas?*

83. *Cuando tiene mal humor, ¿le cuesta controlarse?*

La dimensión de Psicoticismo o Dureza incluye los rasgos agresivo, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, baja empatía, creativo y rígido. Se mide con los ítems:

1. *¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?*

9. *¿Le tiene sin cuidado lo que piensan los demás?*

15. *Para usted, ¿los límites entre lo que está bien y lo que está mal son menos claros que para la mayoría de la gente?*

17. *¿Es mejor actuar como uno quiera que seguir las normas sociales?*

23. *¿Los deseos personales están por encima de las normas sociales?*

26. *¿Cree que el matrimonio está anticuado y debería abolirse?*

29. *¿La mayoría de las cosas le son indiferentes?*

34. *¿A menudo toma decisiones sin pararse a reflexionar?*

37. *¿Cree que la gente pierde el tiempo al proteger su futuro con ahorros y seguros?*

40. *¿Generalmente, reflexiona antes de actuar?*

44. *¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a su aire?*

48. *¿Cree que los planes de seguros son una buena idea?*

50. *¿Daría dinero para fines caritativos?*

51. *¿Le afectaría mucho ver sufrir a un niño o a un animal?*

55. *¿Disfruta hiriendo a las personas que ama?*

59. *¿Se ha enfrentado constantemente a sus padres?*

61. *¿Se ha opuesto frecuentemente a los deseos de sus padres?*

63. *¿Es usted más indulgente que la mayoría de las personas acerca del bien y del mal?*

66. *¿Le gusta cooperar con los demás?*

67. *¿Se preocupa si sabe que hay errores en su trabajo?*

71. *¿Es (o era) su madre una buena mujer?*

74. *¿Trata de no ser grosero con la gente?*

80. *¿La gente le cuenta muchas mentiras?*

Para finalizar la escala L de Disimulo consta de los ítems:

5. *¿Alguna vez ha querido llevarse más de lo que le correspondía en un reparto?*

7. *Si usted asegura que hará una cosa, ¿siempre mantiene su promesa, sin importar le las molestias que ello le pueda ocasionar?*

10. *¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que había hecho usted?*

11. *¿Son todos sus hábitos buenos y deseables?*

14. *¿Ha cogido alguna vez alguna cosa (aunque no fuese más que un alfiler o un botón) que perteneciese a otra persona?*

21. *¿Alguna vez ha roto o perdido algo que perteneciese a otra persona?*

30. *¿De niño, fue alguna vez descarado con sus padres?*

33. *¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?*

36. *¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?*

38. *¿Evadiría impuestos si estuviera seguro de que nunca sería descubierto?*

43. *¿Hace siempre lo que predica?*

45. *¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?*

56. *¿Habla a veces de cosas de las que no sabe nada?*

60. *Cuándo era niño, ¿hacía enseguida las cosas que le pedían y sin refunfuñar?*

65. *¿Alguna vez ha dicho algo malo o desagradable acerca de otra persona?*

68. *¿Se lava siempre las manos antes de comer?*

79. *¿A veces se deja para mañana lo que debería hacer hoy?*

82. *Cuando ha cometido una equivocación, ¿está siempre dispuesto a admitirlo?*

Los cuestionarios contestados se puntúan usando las claves de corrección que se recogen en la plantilla. La puntuación directa de cada escala se obtiene sumando un punto por cada respuesta marcada en el mismo sentido que la indicada en la plantilla, tal y como se recoge en la tabla siguiente.

Tabla 5.4. Clave de corrección del EPQ-R

E (19 ítems) SI: 3 6 16 22 27 28 31 39 46 47 49 53 58 69 70 77 NO: 12 25 57
N (23 ítems) SI: 2 4 8 13 18 19 20 24 32 35 41 42 52 54 62 64 72 73 75 76 78 81 83
P (23 ítems) SI: 9 15 17 23 26 29 34 37 55 59 61 63 80 NO: 1 40 44 48 50 51 66 67 71 74
L (18 ítems) SI: 7 11 43 60 68 82 NO: 5 10 14 21 30 33 36 38 45 56 65 79

La puntuación total en una escala es la suma de todos los puntos obtenidos en la misma. Estas puntuaciones directas se transforman en puntuaciones tipificadas según los baremos recogidos en el manual del cuestionario y adaptados a la población española (Eysenck y Eysenck, 1991).

Presenta buenos coeficientes de fiabilidad, el alfa de Cronbach obtenido para cada escala va de 0,71 a 0,86 y las correlaciones entre las escalas no superan 0,20 (Eysenck y Eysenck, 1991), evalúa los factores mejor validados en psicometría de la personalidad y presenta datos normativos adecuados en numerosos países. El cuestionario evalúa las dimensiones propuestas por una de las teorías de la personalidad que ha generado más investigación y es uno de los instrumentos más utilizados en psicología aplicada y, sobre todo, en el estudio de la personalidad (Ortet y Sanchís, 1999).

5.3.- PROCEDIMIENTO

La recogida de datos se realizó durante los meses de marzo y abril de 2008, en el contexto del aula, durante las prácticas en sala de demostración de distintas asignaturas de las Diplomaturas en Enfermería y Fisioterapia de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de León, donde los grupos no superaban los 25 alumnos. Para los alumnos de Ingeniería Topográfica de la Universidad de León en el campus de Ponferrada la recogida de datos se realizó en las mismas fechas y circunstancias durante las prácticas en sala de informática. Los alumnos de Enfermería de la Universidad de Córdoba rellenaron los cuestionarios los días 24 y 25 de marzo de 2008 en el contexto del aula.

Tras asegurar a todos los individuos participantes el anonimato se les distribuye, en presencia siempre de la investigadora, los instrumentos de medida para que los cumplimenten de forma individual. El tiempo utilizado fue de 30 minutos. Los cuestionarios aplicados son los que se recogen en el apartado 5.2 del presente capítulo y se adjuntan en el Anexo I de esta tesis.

5.3.1.- Cronograma

TAREAS	2007				
	Ag	S	O	N	D
1. Revisión bibliográfica					
2. Elección de los instrumentos					
3. Diseño proyecto de investigación					

TAREAS	2008											
	E	F	M	A	My	Jn	Ag	S	O	N	D	
1. Revisión bibliográfica	■	■					■	■	■	■	■	■
4. Redacción del marco teórico									■	■	■	■
5. Diseño de la base de datos					■							
6. Recogida de los datos			■	■								
7. Corrección cuestionarios e introducción de los datos				■	■	■	■	■				
8. Análisis de los datos								■	■	■	■	■
9. Resultados								■	■	■	■	■

TAREAS	2009									
	E	F	M	A	My	Jn	Ag	S	O	
1. Revisión bibliográfica		■	■	■	■	■				
4. Redacción del marco teórico	■				■	■				
8. Análisis de los datos	■						■			
9. Resultados	■	■								
10. Discusión y conclusiones							■	■	■	
11. Redacción del trabajo y entrega							■	■	■	

5.4.- MÉTODO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

La metodología empleada en este estudio es una modalidad de investigación cuantitativa sin intervención, no experimental. Las modalidades no

experimentales describen aspectos o examinan relaciones sin ninguna manipulación directa de las condiciones (Hernández y Esteban, 2000; McMillam y Schumacher, 2005). Según León y Montero (1997) y Montero y León (2005), lo encuadraríamos dentro de los métodos descriptivos, en los cuales no se pueden establecer causas, se puede hablar de diferencias, pero no de influencias, y la variedad del método, en cuanto a la variable tiempo, es transversal, ya que los datos se obtienen en un solo momento. Se pueden establecer diferencias entre los distintos grupos y relaciones entre las variables. Según Sánchez-Cánovas y Sánchez (1994) es un método comparativo, el cual trata con sujetos humanos sobre los que determinadas variables no pueden ser modificadas por el investigador, aunque éste sí puede seleccionar diferentes niveles de la variable independiente. Este método da lugar a dos tipos de diseño, el propiamente comparativo y el correlacional.

El diseño comparativo es útil para analizar las diferencias entre los grupos a estudio y el diseño correlacional nos da a conocer las relaciones que se establecen entre las variables incluidas en el estudio, la relación medida es una afirmación sobre el grado de asociación entre las variables de interés.

La base de datos y los análisis estadísticos se han realizado mediante los programas informáticos SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences) y Statistica.

Las técnicas de análisis de datos utilizadas son:

- para calcular la fiabilidad de los instrumentos se utilizó el modelo alfa de Cronbach que mide la consistencia interna y el análisis factorial con rotación varimax para la validez de los mismos.
- los estadísticos descriptivos con cálculo de medidas de tendencia central, de dispersión y de frecuencias (frecuencias, porcentajes, tendencia central, dispersión),

- análisis de correlación lineal mediante el coeficiente de correlación de Pearson para averiguar el grado de relación entre diferentes variables,
- análisis T-test con la prueba t de Student para comparar medias para dos muestras relacionadas e independientes,
- análisis de varianza de un factor y multifactorial, con ajuste de comparaciones múltiples post-hoc de Student-Newman-Keuls. Estas pruebas estadísticas se realizan para conocer si existen diferencias significativas entre grupos, en el caso del análisis múltiple se utiliza cuando la variable dependiente esta influenciada por varias variables independientes que interactúan juntas,
- análisis de regresión lineal múltiple que nos permite elaborar predicciones sobre una variable a partir de otra y
- análisis de conglomerados de K-medias que intenta identificar grupos de casos relativamente homogéneos basándose en las características seleccionadas y utilizando un algoritmo que puede gestionar un gran número de casos. Una vez obtenidos los grupos se aplica el análisis de varianza de efectos principales y múltiple en las distintas variables para conocer si existen diferencias significativas entre ellos.

5.5.- ESTUDIO TEST-RETEST

También se realizó un estudio mediante el método test-retest para calcular el coeficiente de fiabilidad (Muñiz, 1999; Barbero, Vila y Suárez, 2003), su estabilidad temporal. En este método se aplica el mismo test en dos ocasiones a los mismos sujetos, la correlación entre las puntuaciones de las dos aplicaciones será el coeficiente de fiabilidad (Moreno, 2003). Una medición será estable siempre y cuando se obtenga un coeficiente elevado de correlación entre los datos obtenidos en los dos periodos de tiempo, lo contrario puede indicar inestabilidad de la medida. Se aplica el coeficiente de correlación de

Pearson, si supera o es igual al valor de 0,80, se asume que el indicador es fiable, pero si se aproxima a 0 será nula (Hernández y Esteban, 2000).

En la realización de este estudio participaron 178 estudiantes universitarios de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de León en el campus de Ponferrada. La participación fue voluntaria y, posteriormente a la cumplimentación de los cuestionarios, se informó del estudio a todos los participantes. Cursaban la Diplomatura en Enfermería 82 alumnos (46,1%) y 96 (53,9%) en Fisioterapia. De los 178 alumnos que cumplimentaron correctamente este cuestionario en las dos sesiones, 147 (82,6%) son mujeres y 31 hombres (17,4%). La edad oscila de 18 años de mínima a 42 años de máxima, siendo la media 20,79 años, la mediana 20 años, la moda 19 años y una desviación típica de 3,68.

La recogida de datos se realizó durante los meses de marzo y abril de 2007 y 2008, en el contexto del aula, durante las prácticas en sala de demostración de distintas asignaturas de las diplomaturas de Enfermería y Fisioterapia de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de León en el campus de Ponferrada, donde los grupos no superaban los 25 alumnos.

Tras asegurar a todos los individuos participantes el anonimato se les distribuye, en presencia siempre de la investigadora, los cuestionarios para que los cumplimenten de forma individual. En la primera recogida de datos, en el año 2007, también se les distribuye un sobre donde introducirán, escrita en un papel, una clave de cinco dígitos. Esta clave también será reflejada en el formulario de recogida de datos personales en el apartado de identificador. Posteriormente el sobre será cerrado por el sujeto y reflejará en la parte anterior su nombre y apellidos. El tiempo utilizado fue de 30 minutos. Los cuestionarios aplicados son los que se recogen en el apartado 5.2 de este capítulo y se adjuntan en el Anexo I. En la segunda recogida de datos, en el año 2008, los sujetos cumplimentan los mismos cuestionarios que la primera

vez y se les entrega el sobre con su clave, para facilitar su recuerdo, que reflejarán en el apartado de identificador. El contexto fue el mismo que en la primera recogida de datos.

RESULTADOS

6

6.1.- PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LOS CUESTIONARIOS

6.1.1- EL CUESTIONARIO DE SENTIDO DE COHERENCIA SOC-13

El cuestionario de sentido de coherencia en su versión de 13 ítems fue cumplimentado correctamente por 960 alumnos universitarios.

La fiabilidad del cuestionario SOC-13 en esta muestra, calculada con el Alfa de Cronbach, es de 0,82. La correlación media entre ítems es de 0,25, valor que está dentro del intervalo óptimo que para este tipo de escalas proponen Briggs y Check (1986), entre 0,20 y 0,40. Los estadísticos descriptivos para la escala si se elimina cada ítem se encuentran recogidos en el Capítulo 9 en el Anexo II.

Tabla 6.1. Fiabilidad SOC-13

	N	Nº ítems	α Cronbach	c.m.i.	Asimetría	Curtosis	Test-retest (n=178)
SOC-13	960	13	0,82	0,25	-0,48	0,12	0,71

En el estudio test-retest realizado y comentado en el Capítulo 5 el coeficiente de correlación de Pearson obtenido fue de $r=0,71$ a un nivel de significación de $p=0,001$. Lo que nos indica que el instrumento tiene una buena estabilidad temporal.

Una vez comprobadas que se cumplían las condiciones necesarias para aplicar el análisis factorial, tal y como se muestra en el capítulo 9 anexo II, se realizó el mismo aportando los siguientes datos.

En la figura 6.1 se observa el gráfico de sedimentación del SOC-13, en el que aparecen tres valores propios superiores a 1, lo que sugiere la existencia de tres factores en el Cuestionario de Sentido de Coherencia de 13 ítems.

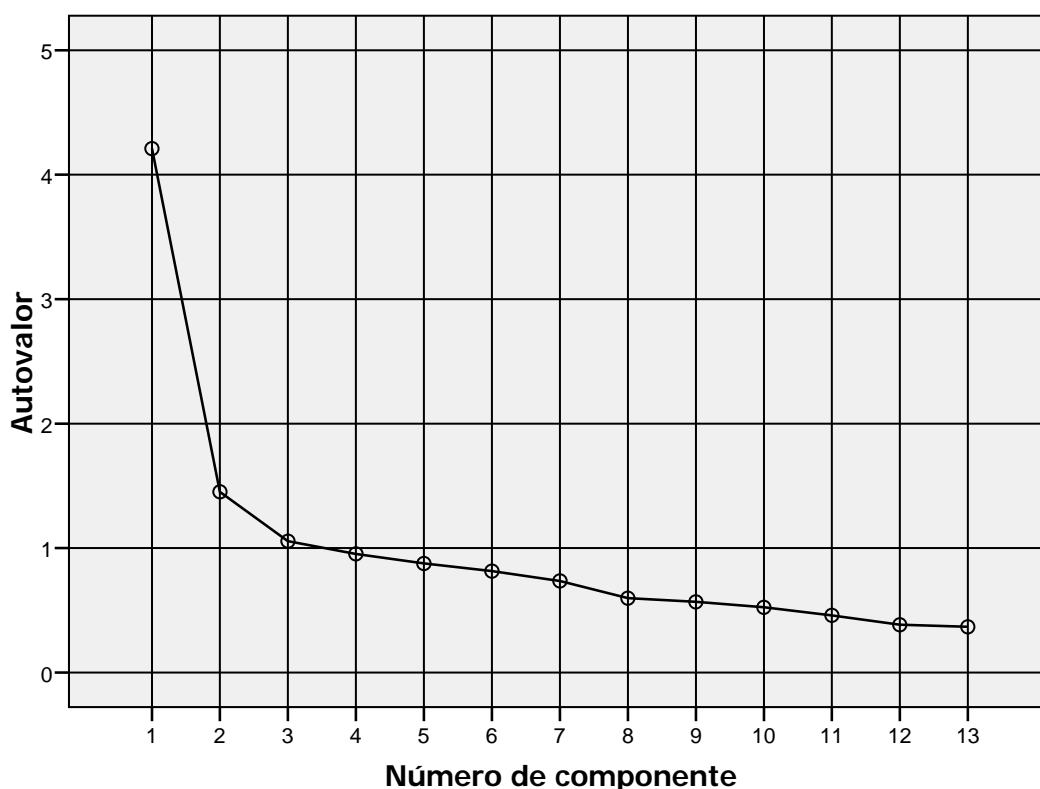


Figura 6.1. Gráfico de sedimentación SOC-13.

Al extraer los factores a través del método de los componentes principales se observa como los tres primeros componentes (con valores mayores que uno) explican el 51,67% del total de la varianza, tal y como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 6.2. Varianza total explicada por los componentes. Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,210	32,383	32,383
2	1,452	11,168	43,551
3	1,056	8,121	51,672
4	,954	7,338	59,010
5	,876	6,741	65,751
6	,815	6,270	72,021
7	,736	5,664	77,685
8	,597	4,595	82,280
9	,568	4,371	86,652
10	,524	4,032	90,684
11	,460	3,536	94,220
12	,384	2,954	97,173
13	,367	2,827	100,000

En el análisis factorial rotado se extrajeron tres dimensiones. Vamos a ver a continuación en la tabla 6.3 la matriz de componentes rotados y como se agrupan en tres factores.

Tabla 6.3. Matriz de componentes rotados(a). Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

	Componente		
	1	2	3
Ítem 2	,104	,066	,864
Ítem 6	,478	,372	,188
Ítem 8	,663	,401	,041
Ítem 9	,750	,221	,067
Ítem 11	,602	-,164	,078
Ítem 3	,163	,089	,856
Ítem 5	,211	,484	,236
Ítem 10	,482	,296	,313
Ítem 13	,735	,225	,085
Ítem 1	-,089	,457	,218
Ítem 4	,203	,726	-,085
Ítem 7	,144	,626	,014
Ítem 12	,433	,618	,035

a La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

El factor 1 y el factor 2 son los que se ajustan a la predicción (5 y 4 ítems respectivamente), si bien al factor 1 le fallan los ítems 2 y 13 que intercambia con el factor 3. Esta dimensión apenas se corresponde con los ítems adjudicados a priori, ya que además de los intercambios comentados con el factor 1 posee otros dos ítems (el 5 y el 10) que reparten sus pesos con los otros factores. Los análisis más importantes se realizarán con la puntuación global tal y como ha indicado el autor del test.

6.1.2.- EL CUESTIONARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO

El Cuestionario de Estrés Percibido fue cumplimentado correctamente por 901 alumnos universitarios en su versión de estrés general y 928 en su versión de estrés reciente.

Respecto a la fiabilidad del Cuestionario de Estrés Percibido en su variante de estrés general, muestra unos resultados muy confiables como prueba global, el Alfa de Cronbach es de 0,92 y la correlación media entre ítems de 0,28 en la muestra del presente estudio, además la correlación de los ítems con el total oscila entre 0,31 y 0,65, tal y como se puede observar en los datos recogidos en el Capítulo 9 Anexo II.

La otra variante del Cuestionario de Estrés Percibido, a saber, el estrés reciente, también presenta resultados igualmente satisfactorios, de forma global presenta un Alfa de Cronbach de 0,92 y una correlación media inter-elementos de 0,28, oscilando la correlación de ítems con el total entre 0,31 y 0,68 (véase datos en el Capítulo 9 Anexo II).

En el estudio test-retest, llevado a cabo con 178 alumnos y descrito en el Capítulo 5, cumplimentaron correctamente el cuestionario de estrés percibido en su versión estrés general 169 alumnos y 177 en su versión estrés reciente. A un nivel de significación del 0,001 se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 0,581 para el estrés reciente y de 0,532 para el estrés general.

La asimetría y curtosis también son adecuados en las dos versiones del test.

La confiabilidad satisfactoria de las medidas globales del CEP general y CEP reciente nos permite utilizarlas en posteriores análisis de correlaciones con otras variables, así como también en los ANOVAs que las precisen como variables dependientes.

Tabla 6.4. Fiabilidad CEP

	N	Nº ítems	α Cronbach	c.m.i.	Asimetría	Curtosis	Test-retest (n=178)
CEP general	901	30	0,92	0,28	0,82	0,88	0,532
CEP reciente	928	30	0,92	0,28	0,56	0,16	0,581

Una vez comprobadas que se cumplían las condiciones necesarias para aplicar el análisis factorial, tal y como se muestra en el Capítulo 9 Anexo II, se realizó el mismo tanto para el estrés percibido general como para el reciente, aportando los siguientes datos.

En la figura 6.2 se observa el gráfico de sedimentación del CEP general, en el que aparecen cinco valores propios superiores a 1, lo que sugiere la existencia de cinco factores en el Cuestionario de Estrés Percibido en su forma de estrés percibido en general.

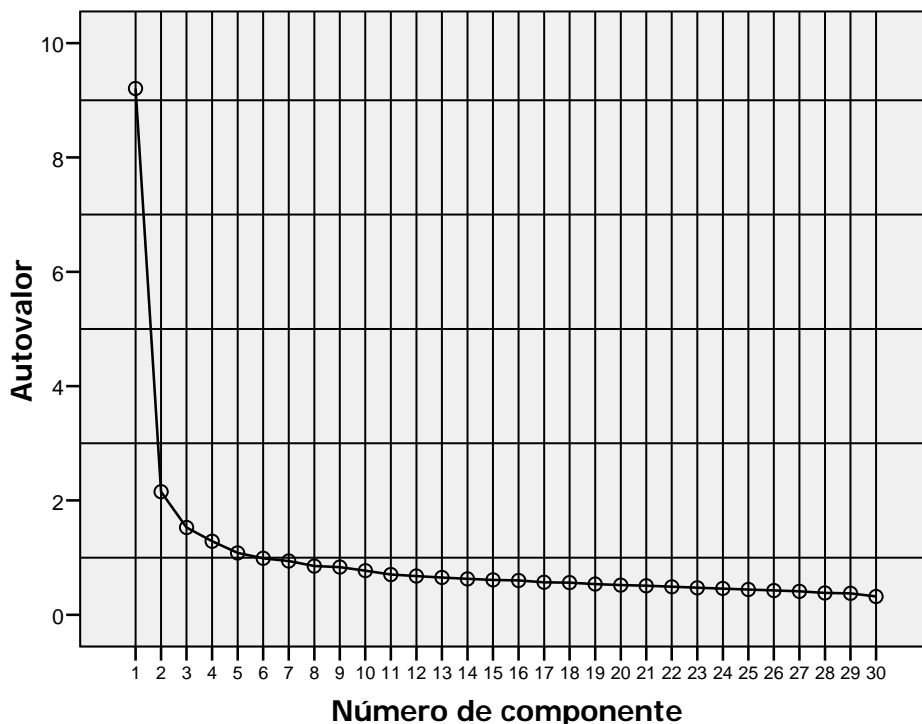


Figura 6.2. Gráfico de sedimentación CEP general.

Al extraer los factores a través del método de los componentes principales se observa como los cinco primeros componentes (con valores mayores que uno) explican el 50,86% del total de la varianza, tal y como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 6.5. Varianza total explicada por los componentes. Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	9,208	30,692	30,692
2	2,153	7,176	37,868
3	1,528	5,094	42,962
4	1,286	4,288	47,250
5	1,083	3,609	50,859
6	,988	3,294	54,153
7	,941	3,136	57,289
8	,853	2,844	60,133

9	,835	2,782	62,916
10	,771	2,571	65,487
11	,705	2,349	67,836
12	,677	2,258	70,094
13	,653	2,178	72,272
14	,628	2,094	74,365
15	,611	2,036	76,401
16	,601	2,005	78,406
17	,569	1,897	80,303
18	,563	1,876	82,178
19	,538	1,793	83,971
20	,520	1,732	85,703
21	,507	1,691	87,394
22	,489	1,629	89,023
23	,473	1,576	90,599
24	,462	1,539	92,138
25	,443	1,476	93,613
26	,425	1,416	95,029
27	,411	1,369	96,398
28	,384	1,279	97,677
29	,376	1,254	98,931
30	,321	1,069	100,000

En el análisis factorial rotado se extrajeron cinco factores. Vamos a ver a continuación en la tabla 6.6 la matriz de componentes rotados y como se agrupan en cinco factores.

Tabla 6.6. Matriz de componentes rotados(a). Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

	Componente				
	1	2	3	4	5
Ítem 3	,393	,412	,084	,198	-,001
Ítem 8	,287	,138	,657	,109	,075
Ítem 10	,516	,406	,292	,004	-,139
Ítem 14	,284	,531	,321	,189	-,054
Ítem 15	,340	,462	,154	,463	-,025
Ítem 16	,143	,340	,461	,299	-,084
Ítem 26	,160	,476	,481	,153	,267
Ítem 27	,209	,544	,349	,153	,022
Ítem 30	-,048	,365	,506	,132	,225
Ítem 5	,543	,237	-,104	,363	,025
Ítem 6	,318	,057	,023	,589	,295
Ítem 12	,414	,522	-,007	,195	,206

Ítem 17	,561	,195	,110	,104	,111
Ítem 19	,146	,188	,155	,403	,523
Ítem 20	,500	,487	,088	,142	,149
Ítem 24	,226	,375	-,030	,284	,360
Ítem 1	,361	-,013	,640	,033	-,073
Ítem 13	,631	,164	,341	-,045	,110
Ítem 21	,666	,065	,225	,066	,234
Ítem 25	,753	,169	,131	,109	,102
Ítem 29	,162	,087	,629	,013	,124
Ítem 2	-,013	,066	,312	,405	,330
Ítem 4	-,112	,052	,612	,264	,058
Ítem 11	-,051	,036	,227	,716	,010
Ítem 18	,157	,289	,387	,512	,005
Ítem 7	,491	,114	-,004	-,125	,437
Ítem 9	,281	,634	,013	,028	,227
Ítem 23	,201	,215	,137	,062	,697
Ítem 22	,048	,719	,090	-,090	,197
Ítem 28	,086	,534	,361	,227	,234

a La rotación ha convergido en 12 iteraciones.

En lo que se refiere a la versión de estrés reciente el gráfico de sedimentación representado en la figura 6.3 muestra como cinco valores propios o eigenvalues son superiores a 1.

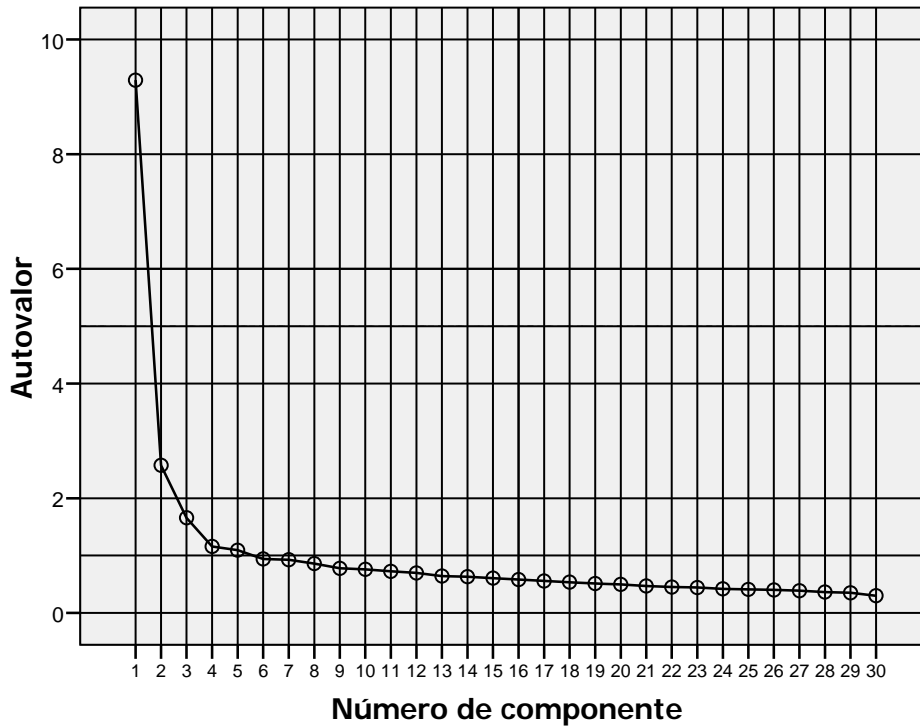


Figura 6.3. Gráfico de sedimentación CEP reciente.

Al extraer los factores a través del método de los componentes principales se observa como los cinco primeros componentes (con valores mayores que uno) explican el 52,57% del total de la varianza, tal y como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 6.7. Varianza total explicada por los componentes. Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	9,291	30,970	30,970
2	2,573	8,577	39,548
3	1,659	5,529	45,077
4	1,157	3,858	48,934
5	1,092	3,641	52,575
6	,940	3,132	55,708
7	,926	3,087	58,795
8	,860	2,867	61,662

9	,777	2,590	64,253
10	,759	2,531	66,783
11	,725	2,416	69,199
12	,696	2,319	71,518
13	,642	2,141	73,659
14	,630	2,100	75,759
15	,605	2,018	77,777
16	,580	1,933	79,711
17	,556	1,854	81,564
18	,536	1,788	83,352
19	,512	1,706	85,058
20	,496	1,652	86,710
21	,468	1,560	88,270
22	,450	1,501	89,771
23	,441	1,471	91,242
24	,419	1,398	92,641
25	,409	1,364	94,004
26	,399	1,331	95,336
27	,386	1,286	96,622
28	,364	1,213	97,835
29	,351	1,168	99,004
30	,299	,996	100,000

En el análisis factorial rotado se extrajeron cinco factores. Vamos a ver a continuación en la tabla 6.8 la matriz de componentes rotados y como se agrupan en cinco factores.

Tabla 6.8. Matriz de componentes rotados(a). Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

	Componente				
	1	2	3	4	5
Ítem 3	,567	,087	,297	,153	-,114
Ítem 8	,235	,719	,208	,067	-,018
Ítem 10	,443	,348	,077	,434	-,060
Ítem 14	,417	,287	,394	,333	-,112
Ítem 15	,441	,193	,479	,378	-,019
Ítem 16	,140	,475	,368	,267	,042
Ítem 26	,224	,533	,313	,334	-,021
Ítem 27	,382	,323	,206	,446	-,129
Ítem 30	-,058	,459	,362	,351	,091
Ítem 5	,638	-,034	,184	,140	,121
Ítem 6	,333	-,035	,611	-,116	,222
Ítem 12	,409	,023	,296	,427	,341

Ítem 17	,596	,077	,054	,178	,197
Ítem 19	,234	,147	,568	,075	,306
Ítem 20	,640	,079	,169	,354	,151
Ítem 24	,290	-,036	,422	,104	,276
Ítem 1	,244	,725	,037	-,126	,035
Ítem 13	,527	,470	-,103	,136	,219
Ítem 21	,630	,282	-,009	,023	,320
Ítem 25	,742	,193	,001	,069	,229
Ítem 29	,060	,644	,039	,030	,119
Ítem 2	-,082	,266	,522	,124	,030
Ítem 4	-,180	,560	,321	,177	-,075
Ítem 11	-,038	,204	,650	,112	-,071
Ítem 18	,295	,379	,517	,236	-,068
Ítem 7	,260	,044	-,049	,145	,695
Ítem 9	,284	,096	,063	,683	,257
Ítem 23	,144	,060	,305	,205	,664
Ítem 22	,135	-,021	,073	,674	,252
Ítem 28	,228	,370	,337	,477	,037

a La rotación ha convergido en 23 iteraciones.

Tanto para la versión general como para la reciente el análisis factorial de componentes principales y rotación varimax arroja cinco factores, lo cual no se corresponde con los análisis de validación de la prueba con pacientes, que proponían seis factores. En ambas versiones aparecen cinco factores aunque los pesos no son del todo coincidentes en una y otra medición. En todo caso, hay pesos compartidos en no pocos ítems.

6.1.3.- LA ESCALA DE CANSANCIO EMOCIONAL

En relación a la tercera medida de estrés utilizada en este estudio, la Escala de Cansancio Emocional, fue cumplimentada correctamente por 959 alumnos universitarios. Presenta un fiabilidad de 0,87 y su correlación media entre ítems es de 0,39. Los estadísticos descriptivos para la escala si se elimina cada ítem se encuentran recogidos en el Capítulo 9 en el Anexo II.

El coeficiente de correlación para esta escala obtenido en el estudio test-retest llevado a cabo en 178 alumnos fue de 0,71 a un nivel de significación de 0,001.

Tabla 6.9. Fiabilidad ECE

	N	Nº ítems	α Cronbach	c.m.i.	Asimetría	Curtosis	Test-retest (n=178)
ECE	959	10	0,87	0,39	-0,23	-0,24	0,71

Una vez comprobadas que se cumplían las condiciones necesarias para aplicar el análisis factorial, tal y como se muestra en el capítulo 9 anexo II, se realizó el mismo aportando los siguientes datos.

En la figura 6.4 se observa el gráfico de sedimentación del SOC-13, en el que aparece sólo un valor propio superior a 1, lo que sugiere la existencia de un factor en la Escala de Cansancio Emocional.

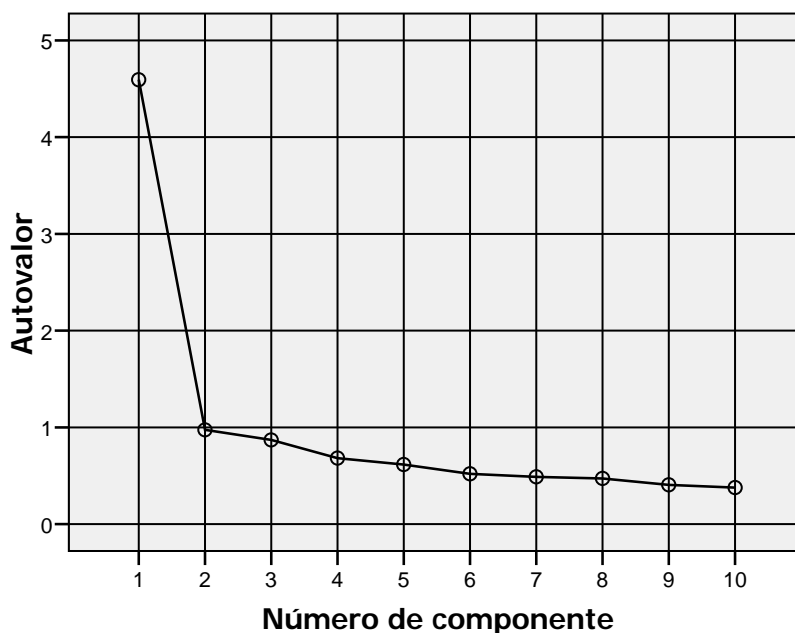


Figura 6.4. Gráfico de sedimentación ECE.

Al extraer los factores a través del método de los componentes principales se observa, como ha ocurrido en otros estudios, que sólo un valor propio o eigenvalue es superior a 1, concretamente el valor propio de 4,59 que explica el 46% de la varianza de la ECE.

Tabla 6.10. Varianza total explicada por los componentes. Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,594	45,939	45,939
2	,974	9,741	55,679
3	,870	8,703	64,382
4	,682	6,824	71,206
5	,615	6,155	77,361
6	,519	5,195	82,555
7	,488	4,884	87,439
8	,472	4,722	92,161
9	,406	4,062	96,223
10	,378	3,777	100,000

La escala muestra su naturaleza unidimensional, como medida de Cansancio Emocional de los estudiantes universitarios por tener todos los pesos de sus 10 ítems en el mismo factor, según el método de componentes principales. Sólo una elección forzada nos daría el segundo factor, aumentando a 55,68% la explicación de la varianza.

6.1.4.- EL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO COPE

Este cuestionario fue aplicado a una muestra total de 956 alumnos universitarios. Se obtuvieron los siguientes índices de fiabilidad.

Tabla 6.11. Fiabilidad COPE

	N	Nº ítems	α Cronbach	c.m.i.	Asimetría	Curtosis	Test-retest (n=178)
Afrontamiento Activo	956	2	0,46	0,3	-,221	-,029	0,53
Planificación	956	2	0,55	0,38	-,117	-,428	0,43
Apoyo Social Emocional	956	2	0,77	0,62	-,372	-,372	0,40
Apoyo Social Instrumental	956	2	0,59	0,42	-,026	-,238	0,57
Religión	956	2	0,80	0,68	1,519	1,838	0,67
Reinterpretación Positiva	956	2	0,61	0,44	,000	-,408	0,48
Aceptación	956	2	0,46	0,3	-,375	,113	0,45
Negación	956	2	0,62	0,45	1,282	1,472	0,41
Humor	956	2	0,81	0,68	,202	-,811	0,56
Autodistracción	956	2	0,55	0,38	,004	-,587	0,39
Autoinculpación	956	2	0,56	0,39	,164	-,409	0,59
Desconexión Conductual	956	2	0,64	0,47	1,472	1,813	0,31
Desahogarse	956	2	0,43	0,28	,289	-,249	0,47
Uso de Sustancias	956	2	0,91	0,84	2,790	8,353	0,52

En cuanto a la fiabilidad medida con el alfa de Cronbach de las distintas escalas del Cuestionario de Afrontamiento COPE oscila entre 0,43 y 0,91, siendo estos datos similares a los encontrados por los autores.

En cuanto al estudio test-retest con diferencia temporal de 1 año, el coeficiente de correlación de Pearson a un nivel de significación de 0,001 va desde 0,31 hasta 0,67.

Se comprobó que se cumplían las condiciones necesarias para aplicar el análisis factorial, tal y como se muestra en la tabla recogida en el Capítulo 9 Anexo II.

En la figura 6.5 se observa el gráfico de sedimentación obtenido al realizar en análisis factorial al cuestionario COPE de afrontamiento, en el se observa como aparecen 5 valores propios con puntuación superior a 1.

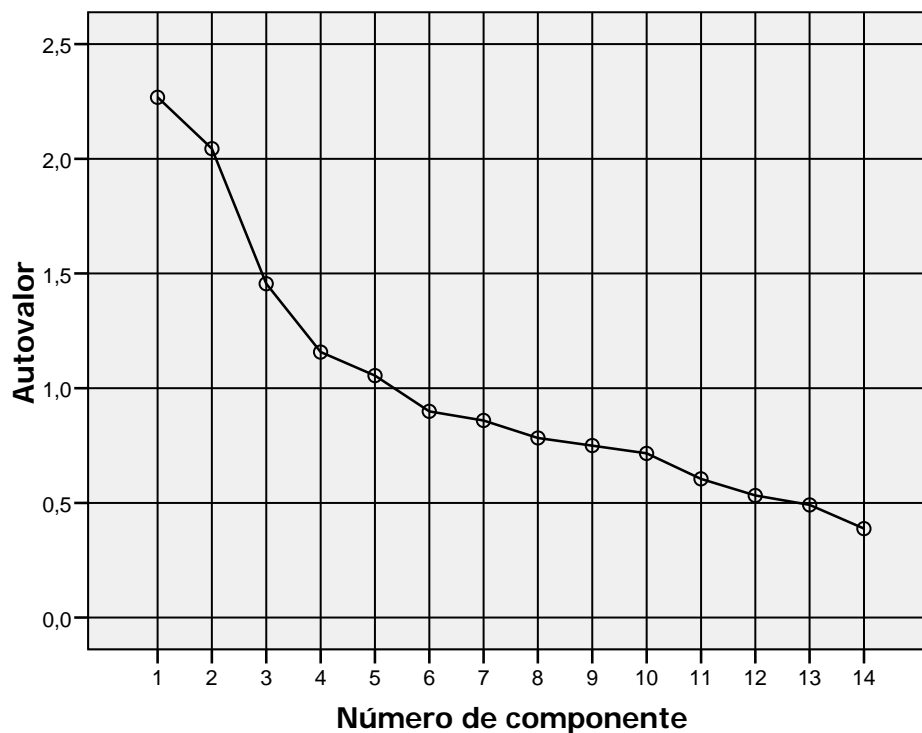


Figura 6.5. Gráfico de sedimentación COPE.

Al extraer los factores a través del método de los componentes principales se observa como los cinco primeros componentes (con valores mayores que uno) explican el 57% del total de la varianza, tal y como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 6.12. Varianza total explicada por los componentes. Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,268	16,201	16,201
2	2,044	14,601	30,802
3	1,455	10,394	41,196
4	1,157	8,268	49,463
5	1,055	7,534	56,997
6	,899	6,420	63,417
7	,859	6,136	69,553
8	,783	5,592	75,145
9	,750	5,355	80,500
10	,715	5,110	85,610
11	,604	4,317	89,927
12	,532	3,799	93,726
13	,491	3,507	97,233
14	,387	2,767	100,000

En el análisis factorial rotado se extrajeron cinco dimensiones. Vamos a ver a continuación en la tabla 6.13 la matriz de componentes rotados y como se agrupan en cinco factores.

Tabla 6.13. Matriz de componentes rotados(a). Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

	Componente				
	1	2	3	4	5
Afrontamiento Activo COPE	-,017	,735	,163	,197	,161
Planificación COPE	,262	,741	-,001	,156	,052
Apoyo Social Emocional COPE	-,019	,089	,870	,096	,014
Apoyo Social Instrumental COPE	,091	,020	,875	-,046	,025
Religión COPE	,168	,032	,084	,097	,835
Reinterpretación Positiva COPE	-,013	,204	,182	,661	,095
Aceptación COPE	-,225	,196	-,033	,633	,061
Negación COPE	,666	-,163	,044	-,131	,111
Humor COPE	,149	-,104	-,047	,725	-,129
Autodistracción COPE	,406	-,040	,120	,293	-,482
Autoinculpación COPE	,700	,082	-,096	-,057	-,011
Desconexión Conductual COPE	,426	-,577	,008	,017	,157
Desahogarse COPE	,472	,092	,286	,146	-,025
Uso de Sustancias COPE	,325	-,420	-,021	,283	,260

a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Vemos que en el primer componente, que explica el 16,201% de la varianza, se agrupan las estrategias de afrontamiento Negación con 0,666, Autodistracción con un peso de 0,406, Autoinculpación con 0,7, Desconexión conductual con 0,426, Desahogarse con 0,472 y Uso de sustancias con 0,325. Estas estrategias de afrontamiento tienen en común que son estrategias poco adaptativas y no resuelven el problema, además de estar asociadas con problemas de salud. A este primer factor lo denominaremos de evitación, estrategias de afrontamiento desadaptativas, falta de afrontamiento o no afrontamiento, siendo Negación y Autoinculpación las dos estrategias con mayor peso en el factor.

El segundo factor que explica el 14,6% de la varianza recoge las estrategias de Afrontamiento activo (peso 0,735) y Planificación con 0,741. Este segundo factor expresa la idea de poner en marcha estrategias activas y directas de solución de problemas, lo llamaríamos concentrarse en resolver el problema y serían estrategias de afrontamiento adaptativas.

El tercer factor está compuesto por las estrategias de afrontamiento relacionadas con el Apoyo social, tanto el emocional con un peso de 0,870 como el instrumental con 0,875. Podríamos denominarlo, por lo tanto, búsqueda de apoyo social y lo encuadraríamos dentro de las estrategias de afrontamiento adaptativas.

En el cuarto componente nos encontramos con las estrategias de afrontamiento Aceptación con 0,633, Humor con 0,661 y Reinterpretación positiva con 0,725. Son estrategias adaptativas que si bien no van encaminadas a solucionar directamente el problema, no resultan perjudiciales para la salud de la persona y la ayudarán a encontrar soluciones, lo denominaremos fijarse en lo positivo.

En el quinto y último componente se encuentra la estrategia de afrontamiento Religión con 0,835. A este factor lo podríamos llamar buscar apoyo espiritual. Los resultados obtenidos en otros estudios con esta escala son

muy variables y no es fácilmente clasificable dentro del conjunto adaptativo o desadaptativo de estrategias. Esto también sucede con la escala humor recogida en el factor cuatro.

6.1.5.- EL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

La versión del Cuestionario de Salud General de Goldberg utilizada en este estudio es la de 28 ítems que incluye cuatro escalas y una puntuación global, tal y como se ha descrito en el capítulo 5. Fue cumplimentada correctamente por 958 sujetos, los resultados en cuanto a su fiabilidad aparecen reflejados en la tabla 6.14. Los estadísticos descriptivos para la escala y para el global si se elimina cada ítem se encuentran recogidos en el Capítulo 9 en el Anexo II.

Tabla 6.14. Fiabilidad GHQ-28

	N	Nº ítems	α Cronbach	c.m.i.	Asimetría	Curtosis	Test-retest (n=178)
Salud General	958	28	0,92	0,3	1,03	1,33	0,518
Escala A	958	7	0,85	0,44	0,67	0,12	0,447
Escala B	958	7	0,89	0,53	0,4	-0,35	0,504
Escala C	958	7	0,75	0,3	0,93	2,69	0,286
Escala D	958	7	0,88	0,54	2,7	8,25	0,562

En el estudio test-retest, descrito anteriormente y desarrollado en 178 sujetos, el coeficiente de correlación de Pearson para la puntuación global fue de 0,518, para la escala A (Síntomas somáticos) $r=0,447$, para la B (Ansiedad e insomnio) $r=0,504$, para la C (Disfunción social) $r=0,286$ y para la D (Depresión grave) $r=0,562$, todos a un nivel de significación de 0,001.

6.2.- RESULTADOS GLOBALES

Las puntuaciones medias, el mínimo y máximo, así como la desviación típica obtenidos en cada una de las variables a estudio se encuentran recogidos en la tabla del Capítulo 9 Anexo III.

6.2.1.- EL SENTIDO DE COHERENCIA

Este constructo fue medido con el cuestionario SOC-13 que cumplieron correctamente 960 estudiantes universitarios.

Tabla 6.15. Resultados globales en escalas y total de SOC-13.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntuación global del SOC 13	960	22	86	61,87	10,71
Dimensión Comprensibilidad	960	7	33	21,98	4,79
Dimensión Manejabilidad	960	5	28	18,48	4,18
Dimensión Significación	960	7	28	21,41	3,68

De ellos, 780 (81,3%) son mujeres y 180 hombres (18,8%).

La media para los hombres fue de 62,5 y la desviación típica de 10,62, tal y como se observa en la tabla 6.16.

Tabla 6.16. Resultados para hombres en la puntuación global de SOC-13.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntuación global del SOC 13	180	32	84	62,5	10,62

Como se muestra en la tabla 6.17, para las mujeres la media en la medida global del sentido de coherencia fue de 61,73 y la desviación típica 10,73.

Tabla 6.17. Resultados para mujeres en la puntuación global de SOC-13.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntuación global del SOC 13	780	22	86	61,73	10,73

6.2.2.- EL ESTRÉS PERCIBIDO

El Cuestionario de Estrés Percibido fue cumplimentado por 901 alumnos en la versión general y 928 la reciente.

En la puntuación general la media fue de 59,56 y la desviación típica de 13,64.

Tabla 6.18. Resultados descriptivos en la puntuación general del CEP.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntuación general del CEP	901	32	115	59,56	13,64

En la puntuación reciente del estrés percibido la media fue de 65,75 y la desviación típica de 14,74.

Tabla 6.19. Resultados descriptivos en la puntuación reciente del CEP.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntuación reciente del CEP	928	33	115	65,75	14,74

6.2.3.- EL CANSANCIO EMOCIONAL, LA SATISFACCIÓN CON LOS ESTUDIOS Y LA AUTOESTIMA

La Escala de Cansancio Emocional fue cumplimentada por 959 alumnos y se obtuvo una puntuación media de 29,39 puntos y una desviación típica de 7,03.

Tabla 6.20. Resultados descriptivos en la puntuación de la Escala de Cansancio Emocional.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Cansancio Emocional	959	10	49	29,39	7,03

La media en satisfacción con los estudios fue de 3,55 y la desviación típica de 0,83, en 939 sujetos.

Tabla 6.21. Resultados descriptivos en satisfacción con los estudios.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Satisfacción con los estudios	939	1	5	3,55	0,83

En la variable autoestima, para 939 sujetos, la media fue de 3,07 y la desviación típica de 1,05.

Tabla 6.22. Resultados descriptivos en autoestima.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Autoestima	939	1	5	3,07	1,05

6.2.4.- LA SALUD GENERAL

La salud general o bienestar psicológico, medido con el test de Salud General GHQ-28 de Goldberg, fue cumplimentado por 958 estudiantes universitarios, la puntuación media obtenida fue de 23,57 y la desviación típica fue de 11,768.

Tabla 6.23. Resultados descriptivos en las escalas y en el total de salud general.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Salud General	958	4	80	23,57	11,77
Escala A	958	0	21	7,07	4,20
Escala B	958	0	21	7,65	4,72
Escala C	958	0	21	6,95	2,70
Escala D	958	0	20	1,92	3,20

En la escala A "Síntomas somáticos" la media fue de 7,07 y la desviación típica de 4,2.

La media obtenida en la escala B "Ansiedad e insomnio" es de 7,65 y la desviación típica 4,72.

La escala C "Disfunción social" presenta una media de 6,95 con una desviación típica de 2,7.

Por último en la escala D "Depresión grave" se obtiene una media de 1,92 y una desviación típica de 3,2.

6.2.5.- LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El cuestionario COPE contiene 14 escalas que se corresponden con 14 estrategias de afrontamiento. En la tabla 14 se pueden observar las puntuaciones medias y desviaciones típicas para cada una de las escalas.

Tabla 6.24. Resultados descriptivos en las 14 escalas de estrategias de afrontamiento.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Afrontamiento Activo	956	1	6	4,36	0,99
Planificación	956	0	6	3,82	1,24
Apoyo Social Emocional	956	0	6	4,10	1,41
Apoyo Social Instrumental	956	0	6	3,53	1,29
Religión	956	0	6	1,05	1,47
Reinterpretación Positiva	956	0	6	3,42	1,39
Aceptación	956	0	6	3,94	1,18
Negación	956	0	6	1,01	1,24
Humor	956	0	6	2,70	1,75
Autodistracción	956	0	6	3,33	1,44
Autoinculpación	956	0	6	3,01	1,43
Desconexión Conductual	956	0	6	0,65	0,99
Desahogarse	956	0	6	2,64	1,37
Uso de Sustancias	956	0	6	0,46	1,08

6.2.6.- LA PERSONALIDAD

El cuestionario EPQ-R de personalidad consta de cuatro escalas, fue cumplimentado por 949 alumnos universitarios y los resultados descriptivos se muestran en la tabla siguiente.

Tabla 6.25. Resultados globales en las dimensiones de personalidad.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Extraversión	949	27	73	53,07	9,47
Neuroticismo	949	27	73	44,38	9,15
Psicoticismo	949	29	73	45,69	9,08
Disimulo	949	27	73	50,61	9,14

6.3.- CORRELACIONES

6.3.1.- RELACIONES ENTRE CANSANCIO EMOCIONAL, SATISFACCIÓN CON LOS ESTUDIOS Y AUTOESTIMA

En el presente estudio el cansancio emocional correlaciona con la autoestima con un valor del coeficiente de Pearson $r = -0,383$ para un nivel de significación 0,001. Como se puede observar estas dos variables correlacionan en negativo, lo que significa que a mayor nivel de cansancio emocional, menor nivel de autoestima y viceversa.

Se observa una correlación entre el cansancio emocional y la satisfacción con los estudios siendo esta muy baja (coeficiente de Pearson $r = -0,072$ para un nivel de significación de 0,026).

Tabla 6.26. Correlaciones entre cansancio emocional, satisfacción con los estudios y autoestima.

		Cansancio Emocional	Satisfacción con los estudios	Autoestima
Cansancio Emocional	Correlación de Pearson	1	-,072(*)	-,383(**)
	Sig. (bilateral)		,026	,001
	N	959	939	939
Satisfacción con los estudios	Correlación de Pearson	-,072(*)	1	,210(**)
	Sig. (bilateral)	,026		,001
	N	939	939	939
Autoestima	Correlación de Pearson	-,383(**)	,210(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	
	N	939	939	939

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

6.3.2.- RELACIONES ENTRE SENTIDO DE COHERENCIA Y SALUD PSICOLÓGICA

La salud psicológica está relacionada con el sentido de coherencia, siendo, a un nivel de significación de 0,001, el valor del coeficiente de correlación de Pearson $r = -0,544$. Esto nos da a entender que a mayor nivel de sentido de coherencia menor puntuación en el cuestionario de salud de Goldberg, lo cual significa mejor estado de bienestar psicológico.

Tabla 6.27. Correlación entre salud general y sentido de coherencia.

		Salud General Goldberg
Puntuación global del SOC 13	Correlación de Pearson	-,544(**)
	Sig. (bilateral)	,001
	N	958

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

6.3.3.- RELACIONES ENTRE SENTIDO DE COHERENCIA Y MEDIDAS DE ESTRÉS

El sentido de coherencia está relacionado en negativo con las tres medidas de estrés a un nivel de significación de 0,001. El coeficiente de correlación de Pearson es de $r=-0,555$ para el estrés general, $r=-0,580$ para el estrés reciente y $r=-0,442$ para el cansancio emocional. Podemos interpretar estos resultados como que las personas que puntúan más alto en sentido de coherencia tienen menos niveles de estrés.

Tabla 6.28. Correlaciones entre medidas de estrés y sentido de coherencia.

		Puntuación global SOC	Puntuación general CEP	Puntuación reciente CEP	Cansancio Emocional
Puntuación global SOC	Correlación de Pearson	1	-,555(**)	-,580(**)	-,442(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001
	N	960	901	928	959
Puntuación general CEP	Correlación de Pearson	-,555(**)	1	,613(**)	,529(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,001
	N	901	901	901	901
Puntuación reciente CEP	Correlación de Pearson	-,580(**)	,613(**)	1	,652(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001		,001
	N	928	901	928	928
Cansancio Emocional	Correlación de Pearson	-,442(**)	,529(**)	,652(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	
	N	959	901	928	959

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

6.3.4.- RELACIONES ENTRE LAS MEDIDAS DE ESTRÉS Y LA SALUD PSICOLÓGICA

En la siguiente tabla podemos observar como la salud psicológica está relacionada con las tres medidas de estrés recogidas en este estudio todas a un nivel de significación de 0,001.

La correlación de la salud psicológica con el cansancio emocional es en positivo ($r = 0,68$), lo que significa que a mayor cansancio emocional, mayor puntuación en el cuestionario de salud general y por lo tanto peor nivel de bienestar y viceversa. Las correlaciones con las otras dos medidas de estrés, estrés reciente y general, también son en positivo, teniendo la misma interpretación ($r = 0,733$ y $r = 0,520$).

Así mismo también queda reflejado como las tres medidas de estrés se relacionan entre sí y en positivo, a medida que aumenta una aumenta la otra.

Tabla 6.29. Correlaciones entre medidas de estrés y salud general.

		Puntuación general CEP	Puntuación reciente CEP	Cansancio Emocional	Salud General
Puntuación general CEP	Correlación de Pearson	1	,613(**)	,529(**)	,520(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001
	N	901	901	901	900
Puntuación reciente CEP	Correlación de Pearson	,613(**)	1	,652(**)	,733(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,001
	N	901	928	928	927
Cansancio Emocional	Correlación de Pearson	,529(**)	,652(**)	1	,680(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001		,001
	N	901	928	959	958
Salud General	Correlación de Pearson	,520(**)	,733(**)	,680(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	
	N	900	927	958	958

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

6.3.5.- RELACIONES ENTRE MODOS DE AFRONTAMIENTO Y SENTIDO DE COHERENCIA, NIVEL DE ESTRÉS RECIENTE Y GENERAL, CANSANCIO EMOCIONAL, SATISFACCIÓN CON LOS ESTUDIOS, AUTOESTIMA, SALUD PSICOLÓGICA Y PERSONALIDAD

En el anexo IV se muestra la tabla 9.IV.1 en la que se recoge el análisis de correlaciones entre las variables personales estudiadas y los 14 modos de afrontamiento.

La variable sexo tiene dos niveles, codificados como 0 hombre y 1 mujer, se relaciona en positivo con Apoyo social instrumental ($r = 0,158$, $p = 0,000$), Desahogarse ($r = 0,72$, $p = 0,025$) y Apoyo social emocional ($r = 0,185$, $p = 0,000$), lo cual significa que el sexo femenino se relaciona con un uso mayor de estas estrategias de afrontamiento. Esta variable se relaciona en negativo con Aceptación ($r = -0,071$, $p = 0,027$), Uso de sustancias ($r = -0,101$, $p = 0,002$), Humor ($r = -0,155$, $p = 0,000$) y Desconexión conductual ($r = -0,075$, $p = 0,020$), por lo que estas estrategias estaría relacionadas con el sexo masculino.

La edad se relaciona en positivo con la estrategia de afrontamiento Religión ($r = 0,078$, $p = 0,016$), lo cual nos indica que a mayor edad mayor uso de esta estrategia y se relaciona en negativo con Apoyo social instrumental ($r = -0,109$, $p = 0,001$) y Apoyo social emocional ($r = -0,109$, $p = 0,001$), de lo cual se puede decir que a mayor edad menor utilización de los apoyos sociales como estrategias de afrontamiento.

Respecto a la variable escuela, codificada con dos niveles 1 Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud y 2 Escuela de Ingeniería Topográfica, se relaciona en negativo con Afrontamiento activo ($r = -0,067$, $p = 0,038$), Apoyo social instrumental ($r = -0,064$, $p = 0,048$) y Apoyo social emocional ($r = -0,106$, $p = 0,001$), lo que nos lleva a pensar que los alumnos de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud utilizan significativamente más estas estrategias de afrontamiento.

La variable titulación tiene tres niveles codificados como 1 enfermería, 2 fisioterapia y 3 topografía. La relación es negativa con la estrategia de afrontamiento Apoyo social emocional ($r = -0,110$, $p = 0,001$) y positiva con Humor ($r = 0,072$, $p = 0,026$), lo que nos lleva a suponer que los alumnos de enfermería utilizarían más la primera estrategia de afrontamiento y los de topografía la segunda.

Existen tres niveles en la variable curso, que se relaciona positivamente con la estrategia de Planificación ($r = 0,072$, $p = 0,026$) y negativamente con Autoinculpción ($r = -0,066$, $p = 0,041$), por lo que podemos decir que a medida que el curso es mayor se usa más la planificación y menos la autoinculpción.

Para finalizar, la variable campus tiene tres niveles codificados como 1 campus de León, 2 campus de Ponferrada y 3 campus de Córdoba. Esta variable se refiere a la ciudad donde estudian los alumnos y se relaciona en positivo con la estrategia de afrontamiento Religión ($r = 0,175$, $p = 0,000$) y en negativo con Uso de sustancias ($r = -0,089$, $p = 0,006$), por lo cual los alumnos que estudian en el campus de León usarían más esta segunda estrategia de afrontamiento y los alumnos que estudian en el campus de Córdoba utilizarían más la primera.

En la tabla 9.IV.2, recogida en el anexo IV, se observan las correlaciones entre el resto de variables estudiadas y las 14 estrategias de afrontamiento.

El sentido de coherencia se relaciona en positivo con Afrontamiento activo ($r = 0,215$, $p = 0,001$), con Aceptación ($r = 0,213$, $p = 0,001$), con Planificación ($r = 0,112$, $p = 0,001$), con Apoyo social emocional ($r = 0,125$, $p = 0,001$) y con Reinterpretación positiva ($r = 0,160$, $p = 0,001$), lo cual significa que a mayor sentido de coherencia mayor nivel de utilización de estos modos de afrontamiento. Se relaciona en negativo con Autodistracción ($r = -0,158$, $p = 0,001$), Desahogarse ($r = -0,173$, $p = 0,001$), Religión ($r = -0,068$, $p = 0,035$), Negación ($r = -0,334$, $p = 0,001$), con Autoinculpción ($r = -0,422$, $p = 0,001$), con Uso de sustancias ($r = -0,207$, $p = 0,001$) y con Desconexión conductual ($r =$

-0,259, $p=0,001$), lo que nos da a entender que a mayor sentido de coherencia menor utilización de estas estrategias de afrontamiento.

La puntuación general en el Cuestionario de Estrés Percibido se relaciona en positivo con Autodistracción ($r=0,081$, $p=0,015$), Desahogarse ($r=0,149$, $p=0,001$), Religión ($r=0,090$, $p=0,007$), Negación ($r=0,280$, $p=0,001$), con Autoinculpación ($r=0,401$, $p=0,001$), con Uso de sustancias ($r=0,144$, $p=0,001$) y con Desconexión conductual ($r=0,194$, $p=0,001$), por lo que podemos decir que a mayor nivel de estrés general mayor utilización de estas estrategias de afrontamiento. Las relaciones son en negativo con los siguientes modos de afrontamiento: Afrontamiento activo ($r=-0,102$, $p=0,002$), Aceptación ($r=-0,158$, $p=0,001$), Apoyo social emocional ($r=-0,125$, $p=0,001$) y Reinterpretación positiva ($r=-0,145$, $p=0,002$).

Respecto a la variante de estrés reciente del Cuestionario de Estrés Percibido, observamos que se relaciona en positivo con Autodistracción ($r=0,096$, $p=0,004$), Desahogarse ($r=0,137$, $p=0,001$), Religión ($r=0,081$, $p=0,014$), Negación ($r=0,272$, $p=0,001$), Autoinculpación ($r=0,394$, $p=0,001$), Uso de sustancias ($r=0,171$, $p=0,001$) y Desconexión conductual ($r=0,206$, $p=0,001$), lo que nos lleva a pensar que a mayor estrés reciente mayor utilización de estas estrategias de afrontamiento. Se relaciona en negativo con Afrontamiento activo ($r=-0,126$, $p=0,001$), Aceptación ($r=-0,169$, $p=0,001$), Apoyo social emocional ($r=-0,134$, $p=0,001$), Reinterpretación positiva ($r=-0,160$, $p=0,001$) y Humor ($r=-0,078$, $p=0,018$), podríamos decir que las personas con mayor nivel de estrés reciente utilizan menos estas estrategias de afrontamiento.

El cansancio emocional se relaciona en positivo con Apoyo social instrumental ($r=0,096$, $p=0,003$), Autodistracción ($r=0,120$, $p=0,001$), Desahogarse ($r=0,153$, $p=0,001$), Negación ($r=0,233$, $p=0,001$), con Autoinculpación ($r=0,328$, $p=0,001$), Uso de sustancias ($r=0,066$, $p=0,041$) y con Desconexión conductual ($r=0,154$, $p=0,001$), lo que podemos interpretar

como que a mayor cansancio emocional, mayor uso de estos modos de afrontamiento. El signo es negativo con respecto a Aceptación ($r = -0,133$, $p = 0,001$), Reinterpretación positiva ($r = -0,142$, $p = 0,001$) y Humor ($r = -0,101$, $p = 0,002$), mecanismo menos utilizados cuando el cansancio emocional es mayor.

La relación es positiva entre la satisfacción con los estudios y Afrontamiento activo ($r = 0,182$, $p = 0,001$), Aceptación ($r = 0,135$, $p = 0,001$), Planificación ($r = 0,119$, $p = 0,001$), Apoyo social emocional ($r = 0,128$, $p = 0,001$) y Reinterpretación positiva ($r = 0,120$, $p = 0,001$), estrategias que aumentan su uso cuando aumenta la satisfacción con los estudios. En cambio la relación es negativa con Autoinculpación ($r = -0,065$, $p = 0,047$), Uso de sustancias ($r = -0,099$, $p = 0,003$), Humor ($r = -0,080$, $p = 0,015$) y Desconexión conductual ($r = -0,101$, $p = 0,002$), si aumenta la satisfacción con los estudios disminuye su uso.

La variable autoestima se relaciona en positivo con Afrontamiento activo ($r = 0,197$, $p = 0,001$), Aceptación ($r = 0,183$, $p = 0,001$), Planificación ($r = 0,143$, $p = 0,001$), Reinterpretación positiva ($r = 0,209$, $p = 0,001$) y Humor ($r = 0,080$, $p = 0,014$), lo cual nos da a entender que a mayor autoestima, mayor nivel de utilización de estas estrategias de afrontamiento y viceversa. La relación es negativa con Negación ($r = -0,195$, $p = 0,001$), Autoinculpación ($r = -0,323$, $p = 0,001$) y Desconexión conductual ($r = -0,102$, $p = 0,002$), siendo estas estrategias menos usadas cuando la autoestima es mayor.

La salud psicológica se relaciona en positivo con las siguientes estrategias de afrontamiento: Autodistracción ($r = 0,097$, $p = 0,003$), Desahogarse ($r = 0,141$, $p = 0,001$), Religión ($r = 0,101$, $p = 0,002$), Negación ($r = 0,338$, $p = 0,001$), Autoinculpación ($r = 0,393$, $p = 0,001$), Uso de sustancias ($r = 0,169$, $p = 0,001$) y Desconexión conductual ($r = 0,208$, $p = 0,001$), por lo que cuanto mayor es la puntuación en el Cuestionario de Salud General de Goldberg (a mayor puntuación peor salud psicológica), mayor utilización de estas estrategias. La relación tiene signo negativo con Afrontamiento activo ($r = -0,110$, $p = 0,001$), Aceptación ($r = -0,186$, $p = 0,001$), Apoyo social emocional ($r =$

-0,067, $p=0,037$), Reinterpretación positiva ($r = -0,163$, $p = 0,001$) y Humor ($r = -0,089$, $p = 0,006$), entonces, a mejor estado de salud mayor utilización de estas estrategias de afrontamiento o viceversa.

Por último las variables de personalidad correlacionan con las estrategias de afrontamiento como sigue:

- Extraversión se relaciona en positivo con Afrontamiento activo ($r = 0,212$, $p=0,001$), Apoyo social instrumental ($r = 0,094$, $p=0,004$), Aceptación ($r = 0,093$, $p=0,004$), Desahogarse ($r = 0,119$, $p=0,001$), Planificación ($r = 0,141$, $p = 0,001$), Apoyo social emocional ($r = 0,153$, $p = 0,001$), Reinterpretación positiva ($r = 0,138$, $p = 0,001$) y Humor ($r = 0,216$, $p = 0,001$), lo que se puede interpretar como que a mayor puntuación en Extraversión mayor utilización de estas estrategias de afrontamiento. Se relaciona en negativo con Autoinculpación ($r = -0,133$, $p=0,001$) y Desconexión conductual ($r = -0,181$, $p = 0,001$), siendo esto interpretado en el sentido de que a mayor Extraversión menor utilización de estas dos estrategias de afrontamiento.

- Neuroticismo se relaciona en positivo con Apoyo social instrumental ($r = 0,115$, $p=0,001$), Autodistracción ($r = 0,142$, $p=0,001$), Desahogarse ($r = 0,230$, $p = 0,001$), Religión ($r = 0,117$, $p = 0,001$), Negación ($r = 0,366$, $p = 0,001$), Autoinculpación ($r = 0,456$, $p=0,001$), Uso de sustancias ($r = 0,181$, $p=0,001$) y Desconexión conductual ($r = 0,258$, $p = 0,001$), por lo que a mayor puntuación en esta dimensión, más frecuente es el uso de estos modos de afrontamiento. La relación es negativa con Afrontamiento activo ($r = -0,136$, $p = 0,001$), Aceptación ($r = -0,201$, $p = 0,001$), Reinterpretación positiva ($r = -0,163$, $p = 0,001$) y Humor ($r = -0,087$, $p=0,007$), lo que se puede interpretar como que a mayor puntuación en Neuroticismo menor utilización de estas estrategias.

- Psicoticismo se relaciona en positivo con Autodistracción ($r = 0,165$, $p = 0,001$), Desahogarse ($r = 0,162$, $p = 0,001$), Negación ($r = 0,160$, $p = 0,001$), Autoinculpación ($r = 0,158$, $p=0,001$), Uso de sustancias ($r = 0,273$, $p=0,001$), Humor ($r = 0,169$, $p = 0,001$) y Desconexión conductual ($r = 0,156$, $p = 0,001$),

siendo estos resultados interpretables como que a mayor puntuación en Psicoticismo mayor uso de estos modos de afrontamiento. La relación es negativa con Afrontamiento activo ($r = -0,105$, $p = 0,001$), lo que supone que las personas que puntúan alto en Psicoticismo utilizan menos esta estrategia.

6.3.6.- RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD Y RESTO DE VARIABLES

En el Anexo IV se recoge la tabla 9.IV.3 donde se muestran las correlaciones de las variables de personalidad con el resto de variables a excepción de las estrategias de afrontamiento que se encuentran reflejadas en el anexo anterior y descritas en el apartado precedente.

La variable sexo se relaciona en negativo con la dimensión Psicoticismo ($r = -0,073$, $p = 0,024$), por lo que, tal y como están codificadas las variables, el sexo masculino estaría relacionado con más puntuación en esta variable.

La edad se relaciona en negativo con la dimensión Extraversión ($r = -0,108$, $p = 0,001$), así que a mayor edad menor puntuación en esta dimensión de personalidad.

La relación es significativa y en positivo entre la variable Escuela o Facultad y la variable Disimulo ($r = 0,071$, $p = 0,028$), tal y como se relató anteriormente y siguiendo la codificación de esa variable podemos decir que los alumnos de la escuela de topografía puntúan más alto en Disimulo.

La relación también positiva entre la titulación y la dimensión de Psicoticismo ($r = 0,069$, $p = 0,034$), por lo que los alumnos de topografía presentan un nivel más elevado en esta dimensión.

El curso se relaciona en negativo con Disimulo ($r = -0,080$, $p = 0,014$), a mayor curso menos puntuación en Disimulo.

La relación es positiva entre la variable campus y la dimensión de Psicoticismo ($r = 0,080$, $p = 0,013$), así que podemos decir que los alumnos que estudian en el campus de Córdoba puntúan más alto en esta dimensión.

El sentido de coherencia correlaciona con todas las variables de personalidad a un nivel de significación de 0,001, con Extraversión el coeficiente de correlación de Pearson es de 0,213, con Neuroticismo $r = -0,602$, con Psicoticismo el coeficiente tiene un valor de -0,318 y con Disimulo 0,176. A la vista de estos resultados podemos decir que a mayor puntuación en sentido de coherencia mayor nivel de Extraversión y Disimulo y menor puntuación en Neuroticismo y Psicoticismo, o viceversa.

Las tres variables que recogen puntuaciones referidas al estrés se relacionan en positivo con las variables Neuroticismo y Psicoticismo a un nivel de significación de 0,001, lo que nos lleva a decir que a mayor puntuación en estas dimensiones de personalidad mayor nivel de estrés. La puntuación general en CEP se relaciona con Neuroticismo ($r = 0,556$, $p = 0,001$) y Psicoticismo ($r = 0,158$, $p = 0,001$), la puntuación reciente en CEP está relacionada con Neuroticismo ($r = 0,581$, $p = 0,001$) y Psicoticismo ($r = 0,171$, $p = 0,001$) y el cansancio emocional se relaciona con Neuroticismo ($r = 0,535$, $p = 0,001$) y Psicoticismo ($r = 0,103$, $p = 0,002$). La relación con la dimensión de Extraversión de las tres medidas de estrés es en negativo a un nivel de significación de 0,001, siendo los coeficientes de correlación de Pearson $p = -0,261$, $p = -0,225$ y $p = -0,150$ respectivamente. El sentido de la relación nos indica que a mayor puntuación en Extraversión menor puntuación en estrés.

La relación de la variable satisfacción con los estudios es negativa con las dimensiones de Neuroticismo ($r = -0,147$, $p = 0,001$) y Psicoticismo ($r = -0,133$, $p = 0,001$), lo que supone que las personas que puntúan alto en Neuroticismo y Psicoticismo puntúan menos en esta variable. La relación es positiva con Extraversión ($r = 0,100$, $p = 0,002$) y Disimulo ($r = 0,102$, $p = 0,002$), por lo que

las personas que presentan valores mayores en estas dimensiones también los presentarán en satisfacción con los estudios.

La variable autoestima se relaciona en positivo con Extraversión a un nivel de significación de 0,001 y un valor del coeficiente de correlación de Pearson de 0,304, siendo este resultado interpretable como que a mayor puntuación en Extraversión mayor autoestima. La relación es negativa con Neuroticismo ($r = -0,433$, $p = 0,001$) y Psicoticismo ($r = -0,083$, $p = 0,011$), por lo que a mayor puntuación en estas dimensiones menor nivel de autoestima.

Para finalizar, la variable salud general se relaciona en positivo con Neuroticismo y Psicoticismo a un nivel de significación de 0,001, siendo los coeficientes de correlación 0,607 y 0,179 respectivamente. Estos resultados indican que más puntuación en estas dimensiones de personalidad se asocia con más puntuación en la variable salud, lo que resultaría en un peor nivel de salud de la persona. En cambio la Extraversión se relaciona en negativo con la salud general ($r = -0,202$, $p = 0,001$) y a mayor puntuación en Extraversión menor puntuación en salud, lo que indica un mejor nivel de salud de la persona.

6.4.- COMPARACIONES INTRAGRUPOS

6.4.1.- CUESTIONARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO

Uno de los instrumentos utilizados en este estudio es el Cuestionario de Estrés Percibido que mide el estrés que los individuos perciben (Sanz-Carrillo et al., 2002). Contiene dos escalas, una evalúa el estrés percibido en general (durante el último o dos últimos años de vida) y la otra analiza el estrés percibido recientemente (durante el último mes).

Al analizar las diferencias de medias entre el estrés percibido general y reciente, en la muestra de estudiantes universitarios, encontramos que existen diferencias significativas entre las medias ($t = -14,813$, $p = 0,001$), como se

observa en la tabla siguiente, siendo la media significativamente mayor en la forma de estrés reciente.

Tabla 6.30. Prueba t de muestras relacionadas para CEP.

Variables		N	Media	Desviación típ.	t	p
CEP	General	901	59,56	13,642	-14,813	,001
	Reciente		65,74	14,757		

6.5.- COMPARACIONES INTERGRUPOS

En el Anexo V están recogidas las comparaciones de medias intergrupo para curso, campus, titulación y sexo con respecto a las variables estudiadas utilizando la prueba t para muestras independientes.

6.5.1.- CURSO

La tabla 6.31 muestra las variables en las que se han encontrado diferencias de medias estadísticamente significativas.

Tabla 6.31. Comparaciones con diferencias estadísticamente significativas por curso en las distintas variables estudiadas mediante la prueba t.

Variables	Curso	N	Media	Desviación típ.	t	p
Puntuación global SOC	1	434	61,18	10,600	-2,138	,033
	3	212	63,08	10,621		
Autoestima	1	427	2,99	1,054	-2,286	,023
	3	210	3,19	,963		
Afrontamiento Activo	1	431	4,29	1,041	-2,226	,026
	2	313	4,45	,950		
Planificación	1	431	3,73	1,255	-2,118	,035
	3	212	3,95	1,236		
Autoinculpación	1	431	3,10	1,456	2,047	,041
	3	212	2,85	1,339		
Extraversión	1	434	52,50	9,505	-2,003	,045
	2	304	53,91	9,421		
Psicoticismo	1	434	46,39	9,367	2,533	,012
	2	304	44,69	8,316		
Disimulo	1	434	51,02	8,883	2,822	,005
	3	211	48,86	9,574		
	2	304	51,26	9,071	2,885	,004
	3	211	48,86	9,574		

Salud General	1	432	24,32	12,240	3,228	,001
	3	212	21,13	10,795		
	2	314	24,17	11,550	3,036	,003
	3	212	21,13	10,795		

Como se puede observar las diferencias en la media son estadísticamente significativas ($t=-2,138$, $p=0,033$) con respecto al sentido de coherencia entre primer y tercer curso, siendo más alto entre los alumnos de tercer curso (63,08) en comparación con los de primero (61,18).

En la variable autoestima se obtienen resultados en este mismo sentido, la media obtenida por los alumnos de primer curso (2,99) es significativamente menor ($t=-2,286$, $p=0,023$) que la obtenida por los de tercer curso (3,19).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se observan diferencias estadísticamente significativas en Afrontamiento activo, Planificación y Autoinculpación. La media en Afrontamiento activo es significativamente mayor ($t=-2,226$, $p=0,026$) en segundo (4,45) que en primero (4,29), la de Planificación es significativamente mayor ($t=-2,118$, $p=0,035$) en tercero (3,95) que en primero (3,73) y en la estrategia de Autoinculpación la media es mayor significativamente ($t=2,047$, $p=0,041$) en primero (3,10) con respecto a tercer curso (2,85).

En la variable Extraversión existen diferencias significativas ($t=-2,003$, $p=0,045$) entre las medias de primer (52,50) y segundo curso (53,91), siendo mayor en segundo. En la variable Psicoticismo sucede al contrario, siendo la media mayor significativamente ($t=2,533$, $p=0,012$) en primer curso (46,39) respecto a segundo (44,69). En la variable Disimulo los alumnos de tercer curso (48,86) puntúan significativamente menos que los de primer (51,02) y segundo curso (51,26), entre los que no existen diferencias significativas.

Finalmente, en cuanto a salud general se refiere, se obtienen diferencias de medias estadísticamente significativas entre tercer curso y segundo (24,17)

y primero (24,32), siendo la media menor entre los alumnos de tercer curso (21,13), lo que significa que perciben que están mejor de salud.

6.5.2.- CAMPUS

Las comparaciones de medias entre los tres campus con respecto a las variables estudiadas se encuentran recogidas en el Anexo V.

A continuación se reflejan las variables en las que se han encontrado diferencias de medias estadísticamente significativas.

Tabla 6.32. Comparaciones con diferencias estadísticamente significativas por campus en las distintas variables estudiadas mediante la prueba t.

Variables	Campus	N	Media	Desviación típ.	t	p
Puntuación reciente CEP	León	295	68,59	14,432	2,679	,008
	Ponferrada	457	65,61	15,216		
	León	295	68,59	14,432	5,462	,000
	Córdoba	176	61,38	12,834		
Ponferrada	457	65,61	15,216	3,264	,001	
Córdoba	176	61,38	12,834			
Autoestima	León	286	2,92	1,028	-2,654	,008
	Ponferrada	481	3,12	1,039		
	León	286	2,92	1,028	-2,645	,008
	Córdoba	172	3,19	1,071		
Religión	León	294	,82	1,388	-5,613	,000
	Córdoba	175	1,63	1,710		
	Ponferrada	487	,99	1,380	-4,932	,000
	Córdoba	175	1,63	1,710		
Uso de Sustancias	León	294	,58	1,214	2,707	,007
	Córdoba	175	,30	,832		
Psicoticismo	León	294	44,86	8,879	-2,429	,016
	Córdoba	168	47,06	10,153		
Salud General	León	295	24,09	11,712	2,422	,016
	Córdoba	175	21,53	9,922		
	Ponferrada	488	23,98	12,342	2,362	,018
	Córdoba	175	21,53	9,922		

En la variable estrés reciente las diferencias de medias son significativas entre los tres campus, siendo los alumnos del campus de Córdoba (61,38) los que presentan la media más baja en esta variable y los que cursan sus estudios en el campus de León (68,59) los que obtienen la media más alta.

Las diferencias de medias son significativas en autoestima entre el campus de León y los de Córdoba ($t=-2,645$, $p=0,008$) y Ponferrada ($t=-2,654$, $p=0,008$), presentando el campus de León la media más baja (2,92) en la variable comentada.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento sólo se han encontrado diferencias significativas en dos: Religión y Uso de sustancias. En cuanto a la estrategia de afrontamiento Religión se observa que la media es más alta en el campus de Córdoba (1,63) que en los de Ponferrada (0,99) y León (0,82). Con respecto a la otra estrategia de afrontamiento en la que se han encontrado diferencias significativas ($t=2,707$, $p=0,007$), Uso de sustancias, estas han sido entre el campus de Córdoba (0,30) y de León (0,58), siendo más utilizada en este último.

En cuanto a la variable Psicoticismo la media es significativamente mayor ($t=-2,429$, $p=0,016$) en el campus de Córdoba (47,06) que en el de León (44,86).

Por último, la salud general percibida por los alumnos del campus de Córdoba (21,53) es mejor que la percibida por los alumnos de León (24,09) y Ponferrada (23,98), ya que la media es significativamente mayor en estos campus con respecto al primero.

6.5.3.- TITULACIÓN

En el Anexo V se recogen las comparaciones de medias entre las tres titulaciones con respecto a las variables estudiadas.

En la tabla 6.33, que se muestra a continuación, se reflejan las variables en las que se han encontrado diferencias de medias estadísticamente significativas.

Tabla 6.33. Comparaciones con diferencias estadísticamente significativas por titulación en las distintas variables estudiadas mediante la prueba t.

Variables	Titulación	N	Media	Desviación típ.	t	p
Puntuación reciente CEP	Enfermería	680	66,20	14,564	2,080	,038
	Fisioterapia	185	63,69	14,618		
Satisfacción con los estudios	Enfermería	667	3,57	,830	2,108	,035
	Topografía	60	3,33	,968		
Autoestima	Enfermería	667	3,05	1,032	-2,509	,012
	Topografía	60	3,40	,978		
	Fisioterapia	212	3,05	1,096	-2,252	,025
	Topografía	60	3,40	,978		
Autoinculpación	Enfermería	678	2,95	1,426	-2,632	,009
	Fisioterapia	215	3,25	1,453		
	Fisioterapia	215	3,25	1,453	2,138	,033
	Topografía	63	2,81	1,330		
Humor	Enfermería	678	2,61	1,735	-2,465	,014
	Fisioterapia	215	2,95	1,840		
Afrontamiento Activo	Enfermería	678	4,39	,958	2,187	,029
	Topografía	63	4,11	1,049		
Apoyo Social Instrumental	Enfermería	678	3,56	1,287	1,972	,049
	Topografía	63	3,22	1,263		
Apoyo Social Emocional	Enfermería	678	4,18	1,379	3,507	,000
	Topografía	63	3,54	1,389		
	Fisioterapia	215	4,01	1,458	2,294	,023
	Topografía	63	3,54	1,389		

En estrés reciente las diferencias de medias son significativas ($t=2,080$, $p=0,038$) entre enfermería y fisioterapia, siendo los alumnos de enfermería los que presentan la media más alta (66,20) en esta variable con respecto a los alumnos de fisioterapia (63,69).

En la variable satisfacción con los estudios se observan diferencias estadísticamente significativas ($t=2,108$, $p=0,035$) entre enfermería (3,57) y topografía (3,33), la media es mayor significativamente en enfermería.

Las diferencias de medias son significativas en autoestima ($t=-2,509$, $p=0,012$; $t=-2,252$, $p=0,025$), encontrándose una media más elevada en topografía (3,40) con respecto a enfermería (3,05) y fisioterapia (3,05).

En lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento se han encontrado diferencias de medias estadísticamente significativas en cinco de ellas. Los alumnos de fisioterapia reflejan una media (3,25) mayor en Autoinculpación que los de enfermería (2,95) y topografía (2,81), también utilizan más la estrategia de afrontamiento Humor (2,95) que los de enfermería (2,61). Los alumnos de enfermería puntúan más alto que los de topografía en Afrontamiento activo (4,39; 4,11), Apoyo social instrumental (3,56; 3,22) y Apoyo social emocional (4,18; 3,54), en esta última estrategia de afrontamiento topografía también obtiene una media significativamente menor que fisioterapia (4,01).

6.5.4.- SEXO

Las comparaciones de medias entre hombres y mujeres con respecto a las variables estudiadas se encuentran en el Anexo V.

Las variables en las que se han encontrado diferencias de medias estadísticamente significativas se describen a continuación en la tabla 6.34.

Tabla 6.34. Comparaciones con diferencias estadísticamente significativas por sexo en las distintas variables estudiadas mediante la prueba t.

Variabes	Sexo	N	Media	Desviación típ.	t	p
Puntuación general CEP	Hombre	171	56,95	13,493	-2,792	,005
	Mujer	730	60,17	13,613		
Puntuación reciente CEP	Hombre	175	62,01	14,610	-3,754	,000
	Mujer	753	66,62	14,642		

Cansancio Emocional	Hombre	179	24,82	7,504	-10,134	,000
	Mujer	780	30,44	6,483		
Satisfacción con los estudios	Hombre	176	3,40	,920	-2,797	,005
	Mujer	763	3,59	,804		
Autoestima	Hombre	176	3,58	1,000	7,318	,000
	Mujer	763	2,96	1,022		
Apoyo Social Instrumental	Hombre	178	3,11	1,260	-4,942	,000
	Mujer	778	3,63	1,277		
Aceptación	Hombre	178	4,12	1,204	2,211	,027
	Mujer	778	3,90	1,167		
Desahogarse	Hombre	178	2,43	1,361	-2,244	,025
	Mujer	778	2,69	1,361		
Uso de Sustancias	Hombre	178	,69	1,341	3,123	,002
	Mujer	778	,41	,999		
Apoyo Social Emocional	Hombre	178	3,56	1,410	-5,801	,000
	Mujer	778	4,22	1,376		
Humor	Hombre	178	3,27	1,732	4,845	,000
	Mujer	778	2,57	1,733		
Desconexión Conductual	Hombre	178	,80	1,212	2,328	,020
	Mujer	778	,61	,923		
Salud General	Hombre	178	19,59	10,768	-5,059	,000
	Mujer	780	24,47	11,805		
Psicoticismo	Hombre	179	47,06	9,933	2,255	,024
	Mujer	770	45,37	8,845		

Las mujeres puntúan significativamente más alto que los hombres en las tres medidas de estrés, a saber, estrés reciente ($t=-2,792$, $p=0,005$), estrés general ($t=-3,754$, $p=0,000$) y cansancio emocional ($t=-10,134$, $p=0,000$).

En cuanto a la variable satisfacción con los estudios son las mujeres las que obtienen una media mayor que los hombres ($t=-2,797$, $p=0,005$), al contrario que en la variable autoestima ($t=7,318$, $p=0,005$).

Del análisis de los datos se deduce que las mujeres utilizan las estrategias de afrontamiento Apoyo social instrumental ($t=-4,942$, $p=0,000$), Apoyo social emocional ($t=-5,801$, $p=0,000$) y Desahogarse ($t=-2,244$, $p=0,025$), a la hora de enfrentarse a los problemas, en mayor medida que los hombres, siendo la puntuación más elevada en los hombres en Aceptación ($t=2,211$, $p=0,027$),

Uso de sustancias ($t=3,123$, $p=0,002$), Humor ($t=4,845$, $p=0,000$) y Desconexión conductual ($t=2,328$, $p=0,020$).

Las diferencias de medias son significativas ($t=-5,059$, $p=0,000$) también en salud percibida, siendo mayor en mujeres (24,47), por lo que la salud percibida será peor que en los hombres (19,59).

Por último, se han encontrado diferencias significativas ($t=2,255$, $p=0,024$) en la variable Psicoticismo, más elevada en hombres (47,06) que en mujeres (45,37).

6.6.- ANALISIS DE VARIANZA

Se realiza la prueba del análisis de varianza para encontrar posibles diferencias entre los diferentes grupos formados a priori en las variables del estudio, así como también para mostrar diferencias de género. En primer lugar se muestran los datos obtenidos al realizar el análisis de varianza de un factor y a continuación se mostrarán los análisis multivariantes.

6.6.1.- CAMPUS

Al realizar el análisis de varianza de un factor (en este caso Campus) se encontraron diferencias significativas en las variables puntuación reciente CEP, autoestima, Religión y Uso de sustancias como estrategias de afrontamiento, salud general percibida y Psicoticismo.

Tabla 6.35. Diferencias significativas en ANOVA de factor Campus.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Puntuación reciente CEP	Intergrupos	5748,524	2	2874,262	13,590	,000
	Intragrupos	195633,967	925	211,496		
	Total	201382,490	927			
Autoestima	Intergrupos	10,217	2	5,109	4,708	,009
	Intragrupos	1015,712	936	1,085		
	Total	1025,930	938			
Religión COPE	Intergrupos	76,520	2	38,260	18,241	,000
	Intragrupos	1998,865	953	2,097		
	Total	2075,385	955			

Uso de Sustancias COPE	Intergrupos	8,852	2	4,426	3,846	,022
	Intragrupos	1096,557	953	1,151		
	Total	1105,409	955			
Salud General Goldberg	Intergrupos	888,499	2	444,249	3,223	,040
	Intragrupos	131642,858	955	137,846		
	Total	132531,357	957			
Psicoticismo	Intergrupos	517,560	2	258,780	3,154	,043
	Intragrupos	77618,864	946	82,050		
	Total	78136,424	948			

La prueba post-hoc realizada en cuanto a la puntuación de estrés reciente mediante Student-Newman-Keuls refleja que existen diferencias significativas entre las tres medias entre sí a un nivel de significación de 0,05.

Tabla 6.36. Prueba SNK CEP reciente.

	Campus	N	Subconjunto para alfa = .05		
			2	3	1
Student-Newman-Keuls	Córdoba	176	61,38		
	Ponferrada	457		65,61	
	León	295			68,59

Siendo la puntuación media de estrés reciente más elevada en el campus de León (68,59), seguida del campus de Ponferrada (65,61) y la puntuación más baja la obtenida en el campus de Córdoba (61,38), tal y como se observa en la figura 6.6.

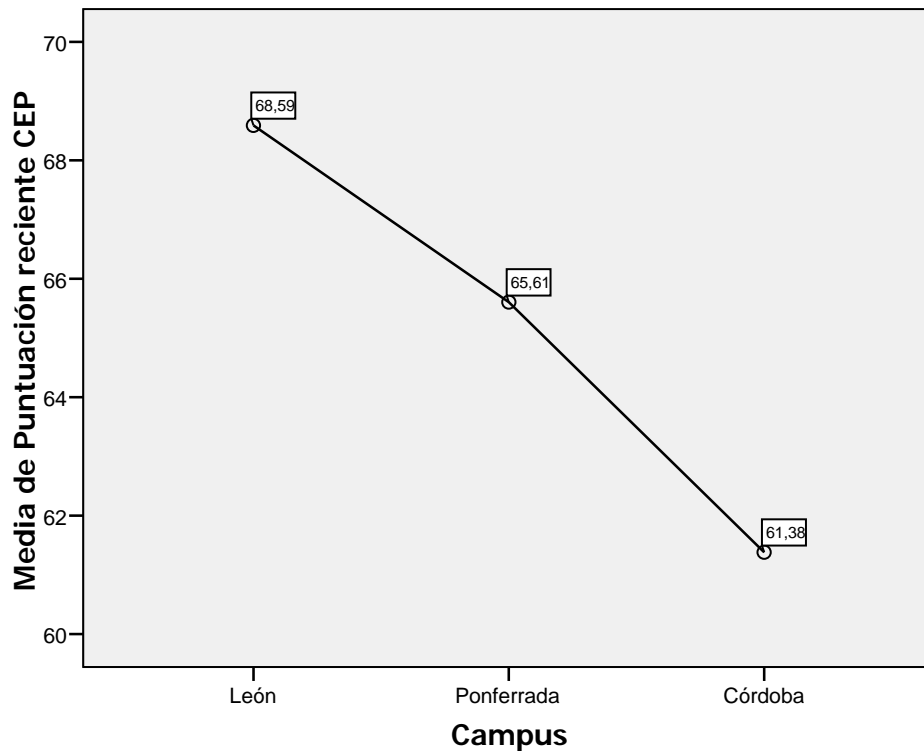


Figura 6.6. Gráfico de medias en CEP reciente para Campus.

En cuanto a la variable autoestima la prueba post-hoc nos indica que el nivel de autoestima entre los alumnos del campus de León (2,92) es más bajo significativamente que entre los alumnos del campus de Córdoba (3,19) o Ponferrada (3,12) entre los que no se han encontrado diferencias significativas. Esto también queda reflejado en la figura 6.7.

Tabla 6.37. Prueba SNK Autoestima.

	Campus	N	Subconjunto para alfa = .05	
			2	1
Student-Newman-Keuls	León	286	2,92	
	Ponferrada	481		3,12
	Córdoba	172		3,19

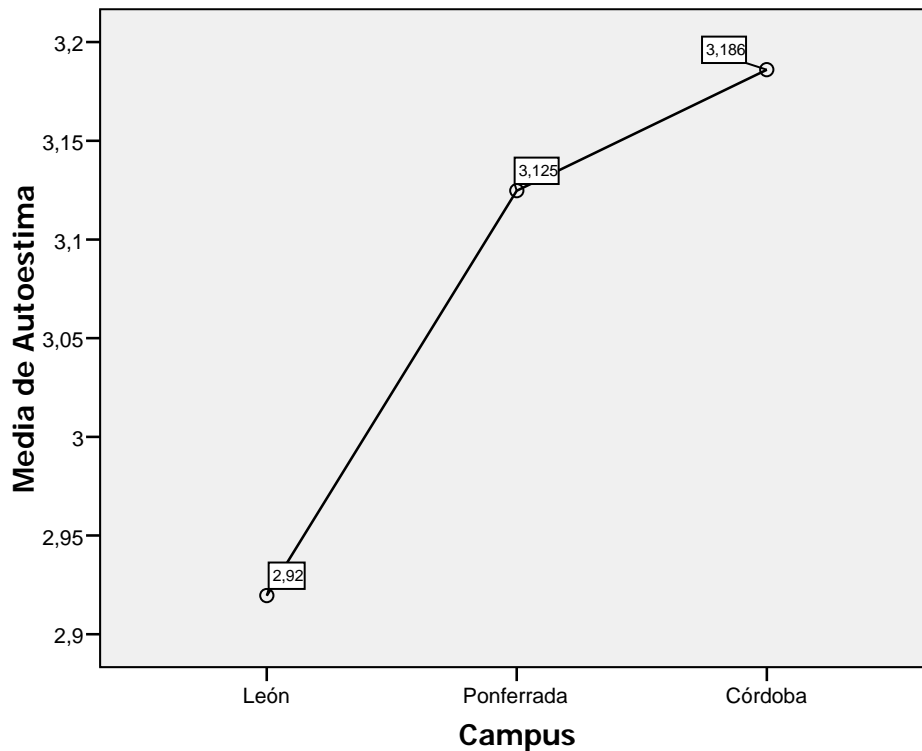


Figura 6.7. Gráfico de medias en Autoestima para Campus.

La estrategia de afrontamiento Religión es más utilizada significativamente en el campus de Córdoba (1,63) que en el de León (0,82) o Ponferrada (0,99), tal y como nos muestra la prueba post-hoc y la figura 6.8.

Tabla 6.38. Prueba SNK Religión COPE.

	Campus	N	Subconjunto para alfa = .05	
			2	1
Student-Newman-Keuls	León	294	,82	
	Ponferrada	487	,99	
	Córdoba	175		1,63

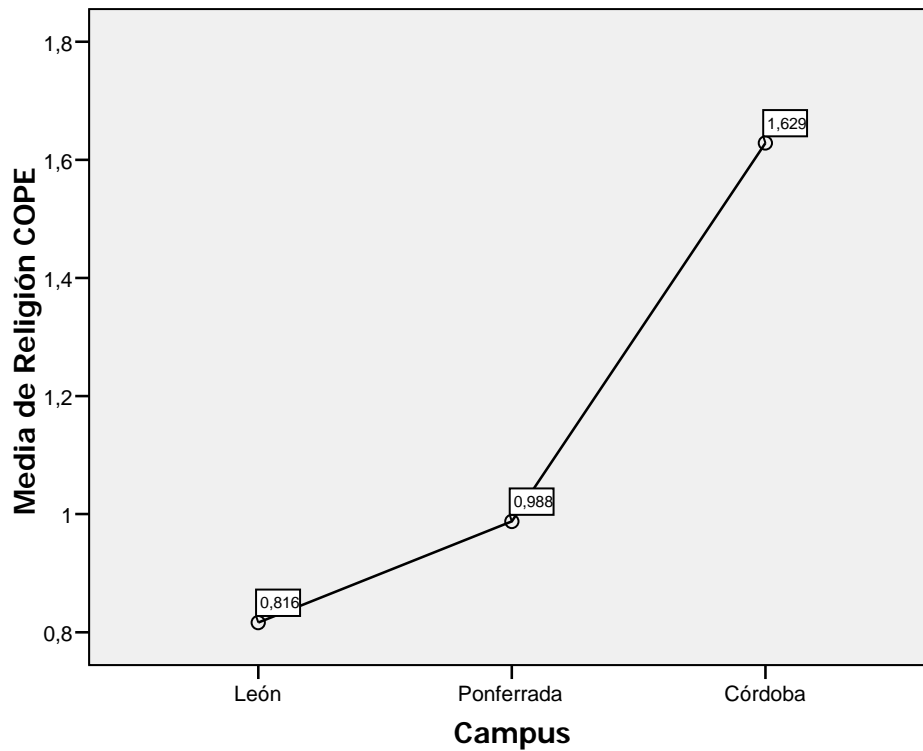


Figura 6.8. Gráfico de medias en la estrategia de afrontamiento Religión para Campus.

Uso de sustancias es la otra estrategia de afrontamiento en la que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al realizar el ANOVA, en la prueba post-hoc se constata que estas diferencias se encuentran entre el campus de León (0,58) y el de Córdoba (0,30).

Tabla 6.39. Prueba SNK Uso de sustancias COPE.

	Campus	N	Subconjunto para alfa = .05	
			2	1
Student-Newman-Keuls	Córdoba	175	,30	
	Ponferrada	487	,45	,45
	León	294		,58

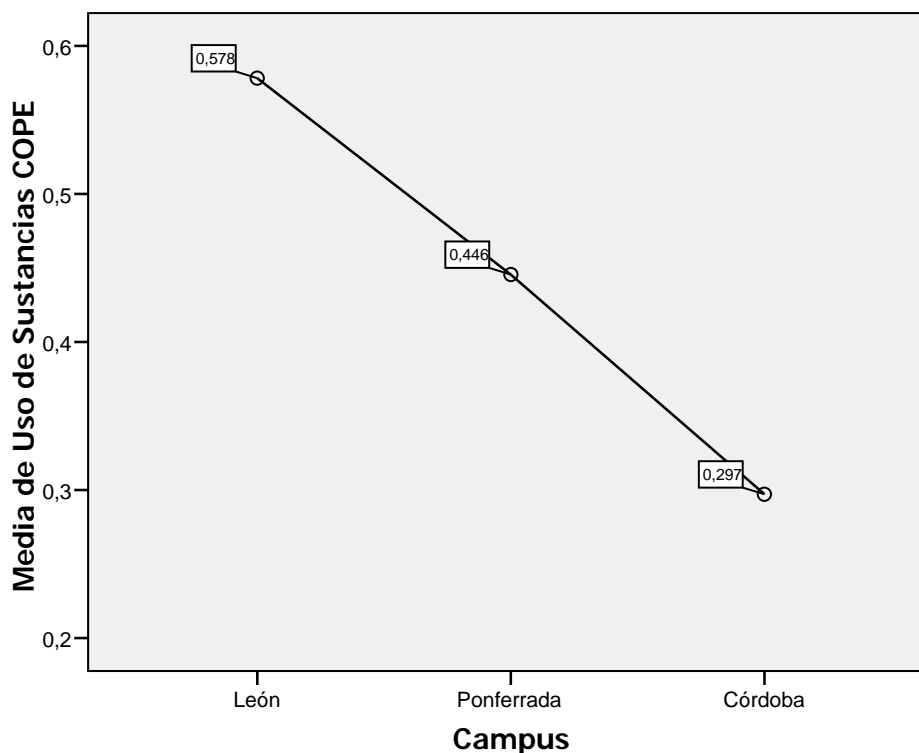


Figura 6.9. Gráfico de medias en la estrategia de afrontamiento Uso de Sustancias para Campus.

En cuanto a la variable salud general las diferencias son significativas entre el campus de León (24,09) y Ponferrada (23,98) con respecto al de Córdoba (21,53), siendo la salud general mejor percibida en este último.

Tabla 6.40. Prueba SNK Salud General.

	Campus	N	Subconjunto para alfa = .05	
			2	1
Student-Newman-Keuls	Córdoba	175	21,53	
	Ponferrada	488		23,98
	León	295		24,09

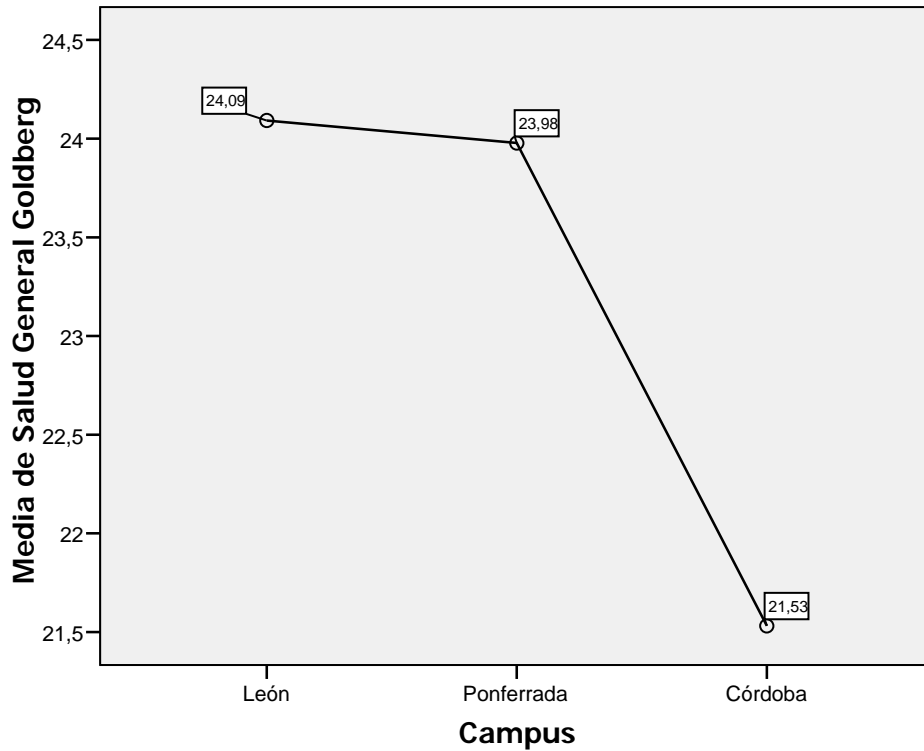


Figura 6.10. Gráfico de medias en Salud general para Campus.

La última de las variables en la que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas es la dimensión de personalidad Psicoticismo, la cual tiene una puntuación más elevada significativamente en el campus de Córdoba (47,06) con respecto al campus de León (44,86).

Tabla 6.41. Prueba SNK Psicoticismo.

	Campus	N	Subconjunto para alfa = .05	
			2	1
Student-Newman-Keuls	León	294	44,86	
	Ponferrada	487	45,71	45,71
	Córdoba	168		47,06

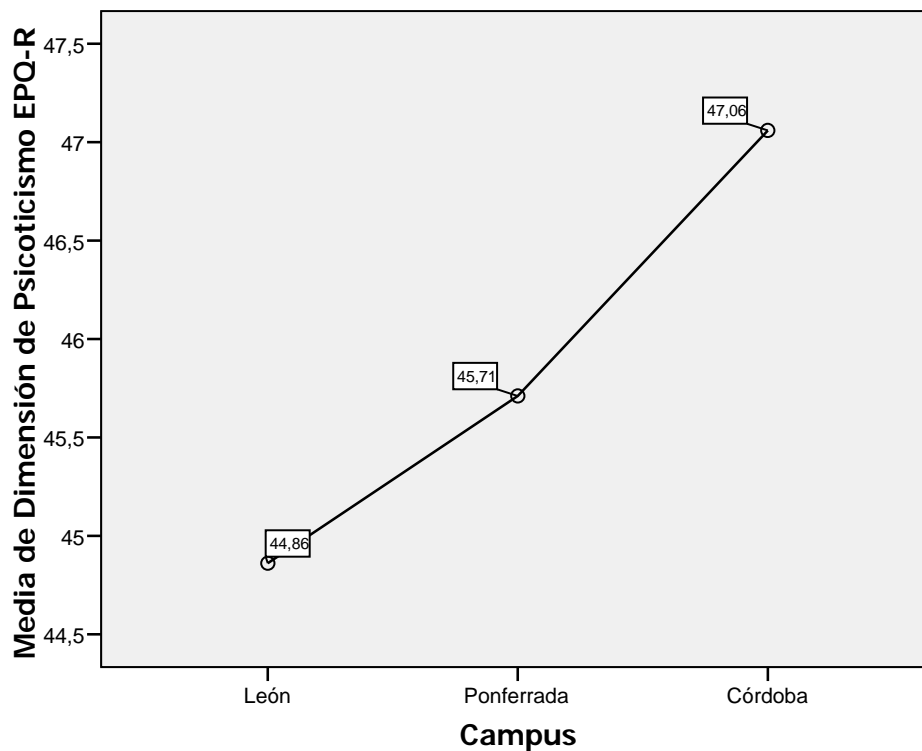


Figura 6.11. Gráfico de medias en la dimensión Psicoticismo para Campus.

6.6.2.- CURSO

Al realizar el análisis de varianza se encontraron diferencias significativas en las variables salud general percibida, Psicoticismo y Disimulo.

Tabla 6.42. Diferencias significativas en ANOVA de factor Curso.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Salud General Goldberg	Intergrupos	1616,726	2	808,363	5,897	,003
	Intragrupos	130914,631	955	137,083		
	Total	132531,357	957			
Psicoticismo	Intergrupos	513,906	2	256,953	3,132	,044
	Intragrupos	77622,518	946	82,053		
	Total	78136,424	948			
Disimulo	Intergrupos	846,464	2	423,232	5,110	,006
	Intragrupos	78344,609	946	82,817		
	Total	79191,073	948			

Seguidamente se realizó la prueba post-hoc de comparaciones múltiples para saber entre qué cursos aparecían las diferencias. En la variable dependiente salud general percibida se observa que las diferencias aparecen entre el tercer curso (21,13) y segundo (24,17) y primero (24,32), siendo la salud percibida como mejor en tercero que en los otros dos cursos.

Tabla 6.43. Prueba SNK Salud general.

	Curso	N	Subconjunto para alfa = .05	
			2	1
Student-Newman-Keuls	Tercero	212	21,13	
	Segundo	314		24,17
	Primero	432		24,32

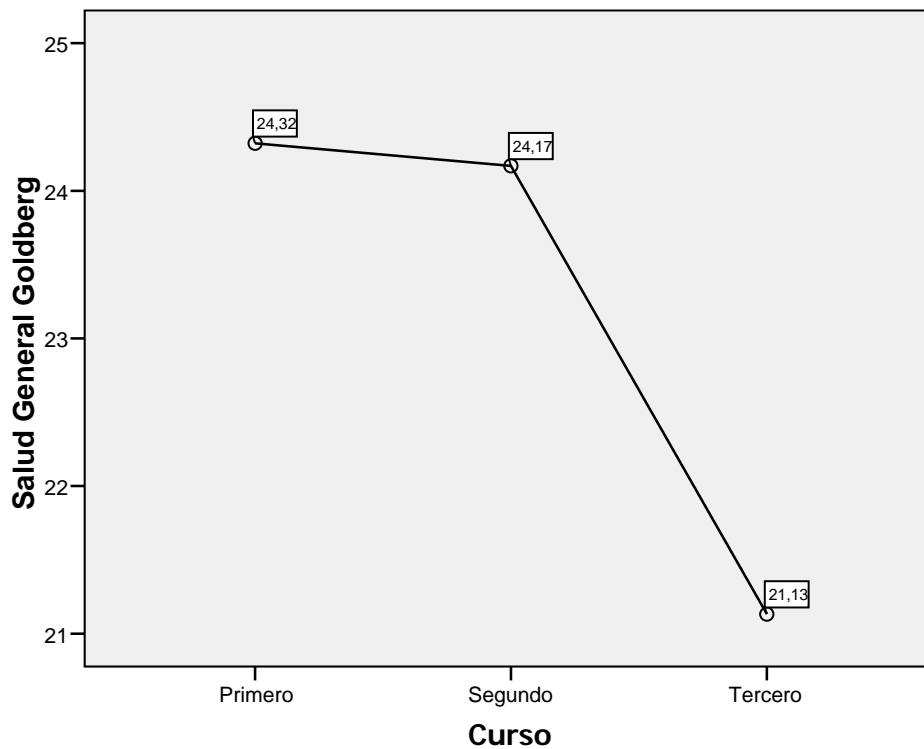


Figura 6.12. Gráfico de medias en Salud General para Curso.

En la dimensión de personalidad Psicoticismo los resultados del ANOVA muestran que existen diferencias significativas. La comprobación post-hoc,

mediante la prueba de Student-Newman-Keuls, da diferencia significativa ($p < 0,05$) entre el curso 1 y el curso 2, por mostrarse el curso primero superior al segundo en Psicoticismo (P del modelo PEN). No hay diferencias significativas entre los cursos 2 y 3, aunque sí aparece una tendencia a ser superiores en P los del tercer curso.

Tabla 6.44. Prueba SNK Psicoticismo.

	Curso	N	Subconjunto para alfa = .05	
			1	2
Student-Newman-Keuls	Segundo	304	44,69	
	Tercero	211	45,67	45,67
	Primero	434		46,39

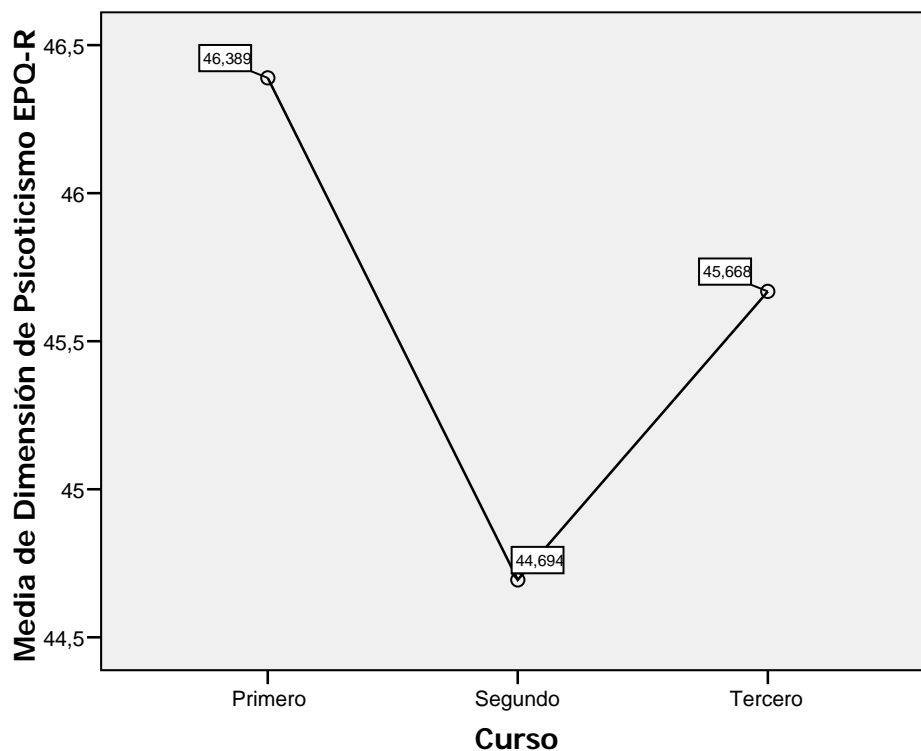


Figura 6.13. Gráfico de medias en dimensión Psicoticismo para Curso.

En cuanto a la otra dimensión de personalidad en la que el ANOVA arrojaba diferencias estadísticamente significativas, Disimulo, la prueba post-hoc nos indican que las diferencias se encuentran entre tercer curso (48,86) y primero

(51,02) y segundo (51,26), siendo el nivel de esta variable estadísticamente menor en tercero.

Tabla 6.45. Prueba SNK Disimulo.

	Curso	N	Subconjunto para alfa = .05	
			2	1
Student-Newman-Keuls	Tercero	211	48,86	
	Primero	434		51,02
	Segundo	304		51,26

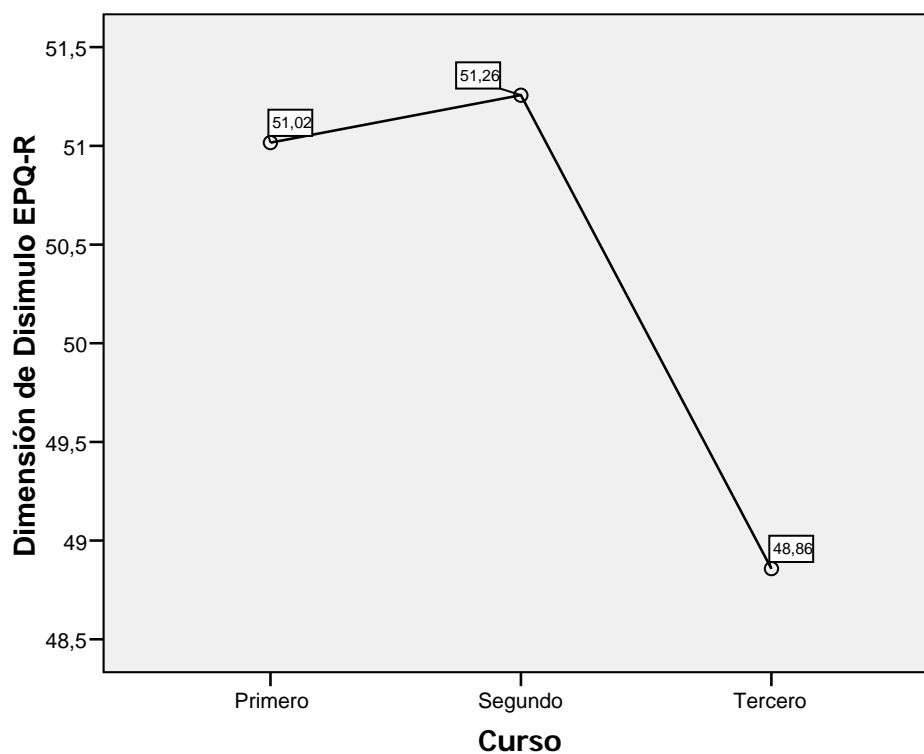


Figura 6.14. Gráfico de medias en dimensión Disimulo para Curso.

6.6.3.- TITULACIÓN

Al realizar el análisis de varianza con respecto a la variable titulación se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables autoestima, Disimulo y en las estrategias de afrontamiento Autoinculpación y Humor.

Tabla 6.46. Diferencias significativas en ANOVA de factor Titulación.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Dimensión de Disimulo EPQ-R	Intergrupos	908,684	2	454,342	5,490	,004
	Intragrupos	78282,389	946	82,751		
	Total	79191,073	948			
Autoestima	Intergrupos	6,838	2	3,419	3,140	,044
	Intragrupos	1019,092	936	1,089		
	Total	1025,930	938			
Autoinculpación COPE	Intergrupos	16,890	2	8,445	4,151	,016
	Intragrupos	1939,043	953	2,035		
	Total	1955,933	955			
Humor COPE	Intergrupos	20,462	2	10,231	3,344	,036
	Intragrupos	2915,575	953	3,059		
	Total	2936,037	955			

En la prueba post-hoc en cuanto a la variable autoestima se refiere, las diferencias se encuentran entre topografía (3,40) y enfermería (3,05) y fisioterapia (3,05), siendo la autoestima más baja en estas titulaciones.

Tabla 6.47. Prueba SNK Autoestima.

	Titulación	N	Subconjunto para alfa = .05	
			2	1
Student-Newman-Keuls	Fisioterapia	212	3,05	
	Enfermería	667	3,05	
	Topografía	60		3,40

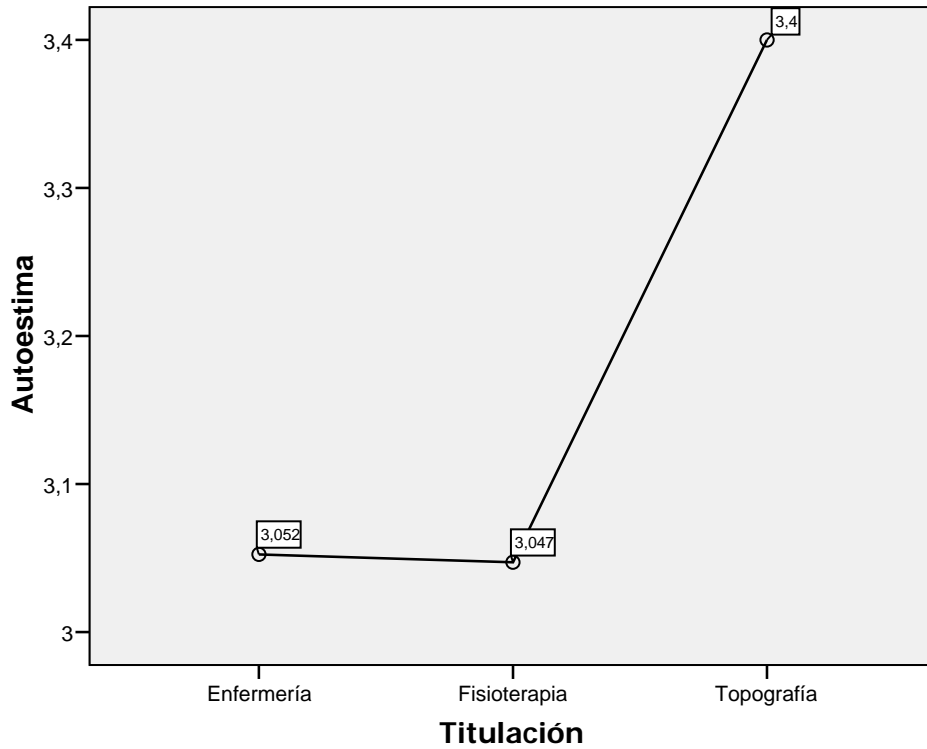


Figura 6.15. Gráfico de medias en Autoestima para Titulación.

La dimensión de personalidad en la que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas es la de Disimulo, la prueba post-hoc nos indica que estas diferencias se encuentran también, igual que en el caso anterior, entre topografía (53,08) y enfermería (50,87) y fisioterapia (49,11).

Tabla 6.48. Prueba SNK Disimulo.

	Titulación	N	Subconjunto para alfa = .05	
			2	1
Student-Newman-Keuls	Fisioterapia	216	49,11	
	Enfermería	671	50,87	
	Topografía	62		53,08

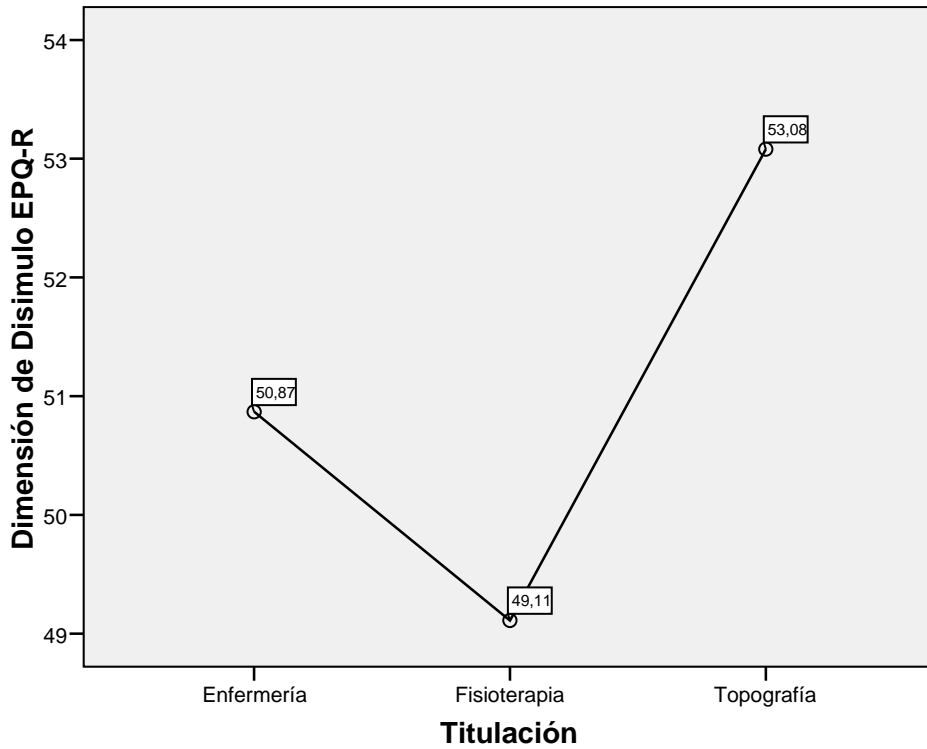


Figura 6.16. Gráfico de medias en dimensión Disimulo para Titulación.

La estrategia de afrontamiento Autoinculpación es más utilizada en los alumnos de fisioterapia (3,25) que en los de topografía (2,81).

Tabla 6.49. Prueba SNK Autoinculpación COPE.

	Titulación	N	Subconjunto para alfa = .05	
			2	1
Student-Newman-Keuls	Topografía	63	2,81	
	Enfermería	678	2,95	2,95
	Fisioterapia	215		3,25

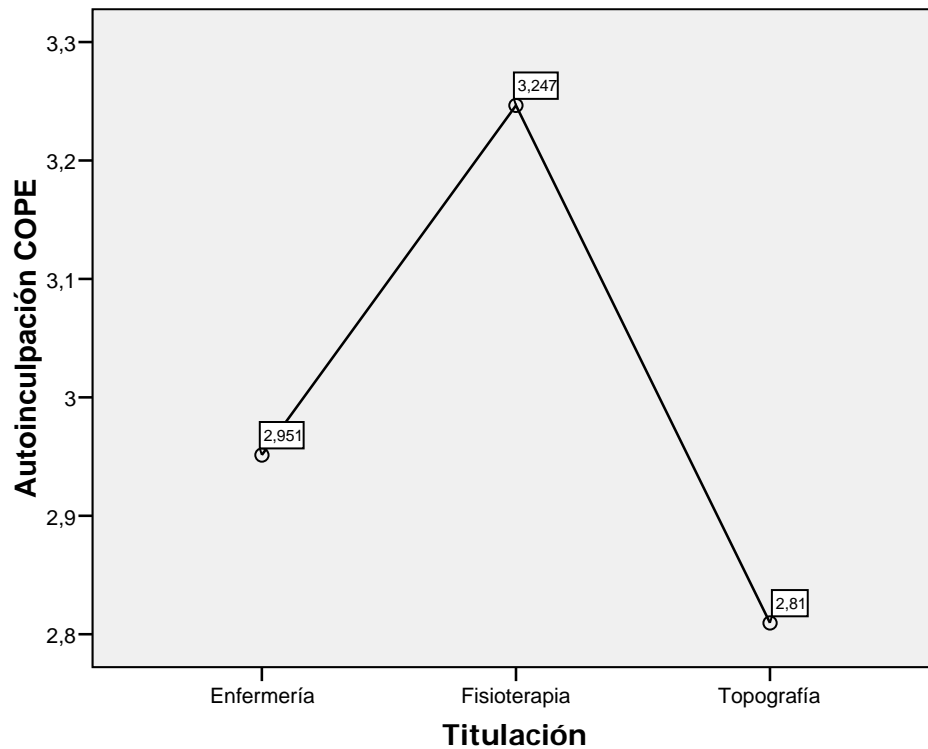


Figura 6.17. Gráfico de medias en la estrategia de afrontamiento Autoinculpación para Titulación.

En la otra estrategia de afrontamiento en la que se muestran diferencias significativas, los resultados arrojados por la prueba post-hoc evidencian que no existen tales diferencias.

Tabla 6.50. Prueba SNK Humor COPE.

	Titulación	N	Subconjunto para alfa = .05
			1
Student-Newman-Keuls	Enfermería	678	2,61
	Topografía	63	2,86
	Fisioterapia	215	2,95

6.6.4.- SEXO

Al realizar el análisis de varianza de un factor con respecto a la variable sexo se encontraron diferencias significativas en las siguientes variables, tal y como se muestra en la tabla 6.51.

Tabla 6.51. Diferencias significativas en ANOVA de factor Sexo.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Puntuación general CEP	Intergrupos	1439,951	1	1439,951	7,796	,005
	Intragrupos	166042,122	899	184,696		
	Total	167482,073	900			
Puntuación reciente CEP	Intergrupos	3019,626	1	3019,626	14,096	,000
	Intragrupos	198362,864	926	214,215		
	Total	201382,490	927			
Cansancio Emocional	Intergrupos	4589,625	1	4589,625	102,700	,000
	Intragrupos	42768,074	957	44,690		
	Total	47357,700	958			
Satisfacción con los estudios	Intergrupos	5,347	1	5,347	7,821	,005
	Intragrupos	640,578	937	,684		
	Total	645,925	938			
Autoestima	Intergrupos	55,471	1	55,471	53,558	,000
	Intragrupos	970,459	937	1,036		
	Total	1025,930	938			
Apoyo Social Instrumental COPE	Intergrupos	39,635	1	39,635	24,420	,000
	Intragrupos	1548,360	954	1,623		
	Total	1587,995	955			
Aceptación COPE	Intergrupos	6,737	1	6,737	4,888	,027
	Intragrupos	1315,098	954	1,379		
	Total	1321,836	955			
Desahogarse COPE	Intergrupos	9,330	1	9,330	5,037	,025
	Intragrupos	1767,167	954	1,852		
	Total	1776,497	955			
Uso de Sustancias COPE	Intergrupos	11,190	1	11,190	9,756	,002
	Intragrupos	1094,219	954	1,147		
	Total	1105,409	955			
Apoyo Social Emocional COPE	Intergrupos	64,288	1	64,288	33,653	,000
	Intragrupos	1822,469	954	1,910		
	Total	1886,757	955			
Humor COPE	Intergrupos	70,511	1	70,511	23,475	,000
	Intragrupos	2865,525	954	3,004		
	Total	2936,037	955			

Desconexión Conductual COPE	Intergrupos	5,244	1	5,244	5,422	,020
	Intragrupos	922,664	954	,967		
	Total	927,908	955			
Salud General Goldberg	Intergrupos	3455,861	1	3455,861	25,596	,000
	Intragrupos	129075,496	956	135,016		
	Total	132531,357	957			
Dimensión de Psicoticismo EPQ-R	Intergrupos	417,378	1	417,378	5,086	,024
	Intragrupos	77719,046	947	82,069		
	Total	78136,424	948			

Tal y como aparece reflejado en la tabla anterior y en las figuras 6.18, 6.19 y 6.20 las mujeres puntúan significativamente más alto en las tres medidas de estrés: 60,17 para estrés general, 66,62 para estrés reciente y 30,44 para cansancio emocional.

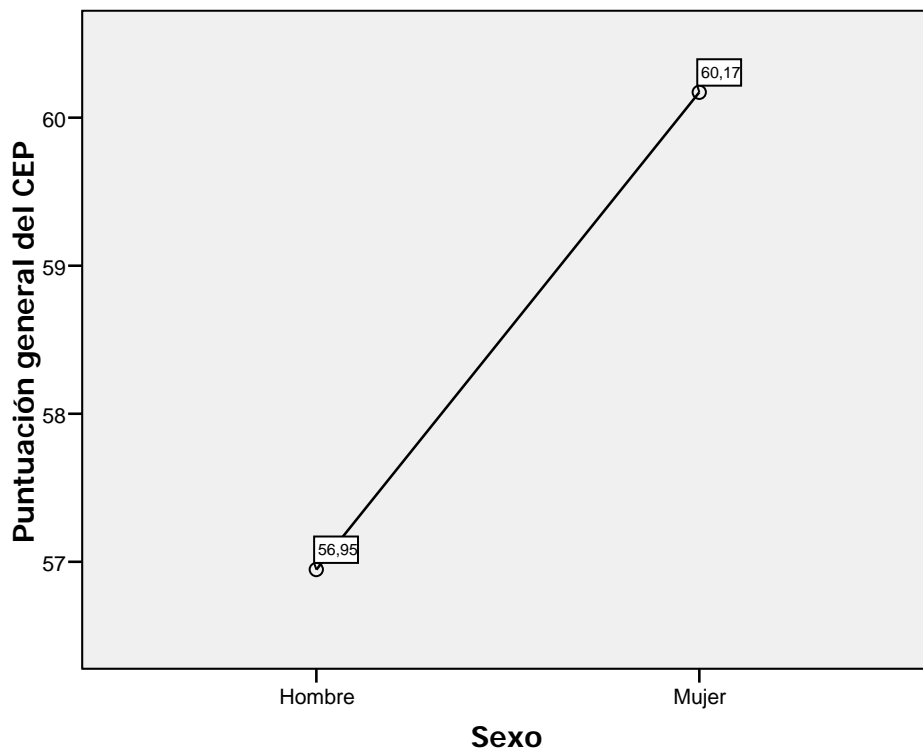


Figura 6.18. Gráfico de medias en CEP general para Sexo.

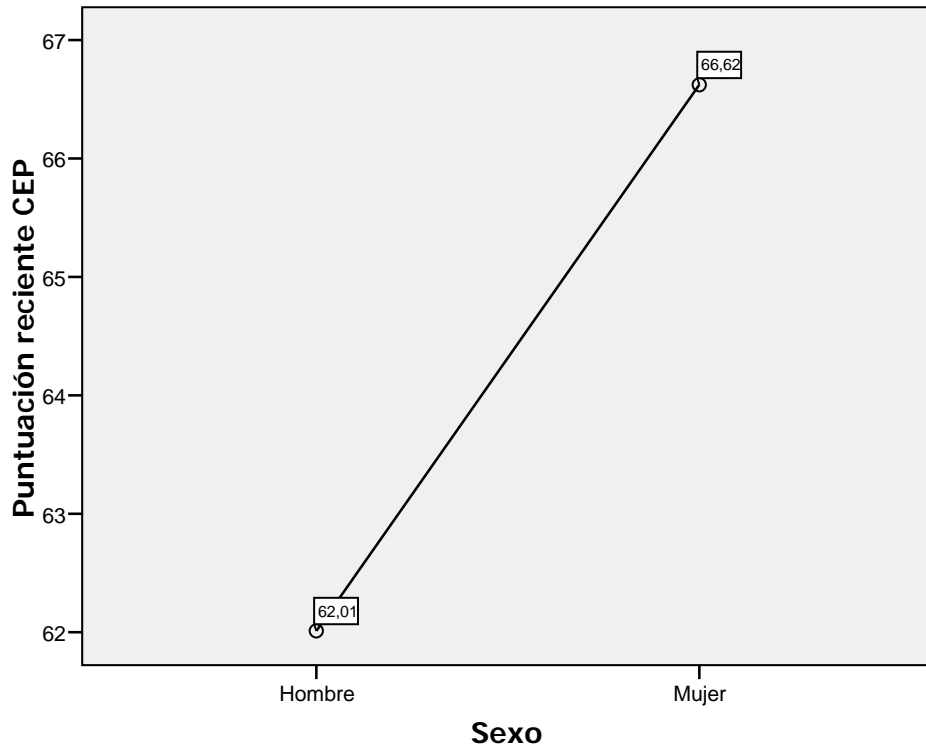


Figura 6.19. Gráfico de medias en CEP reciente para Sexo.

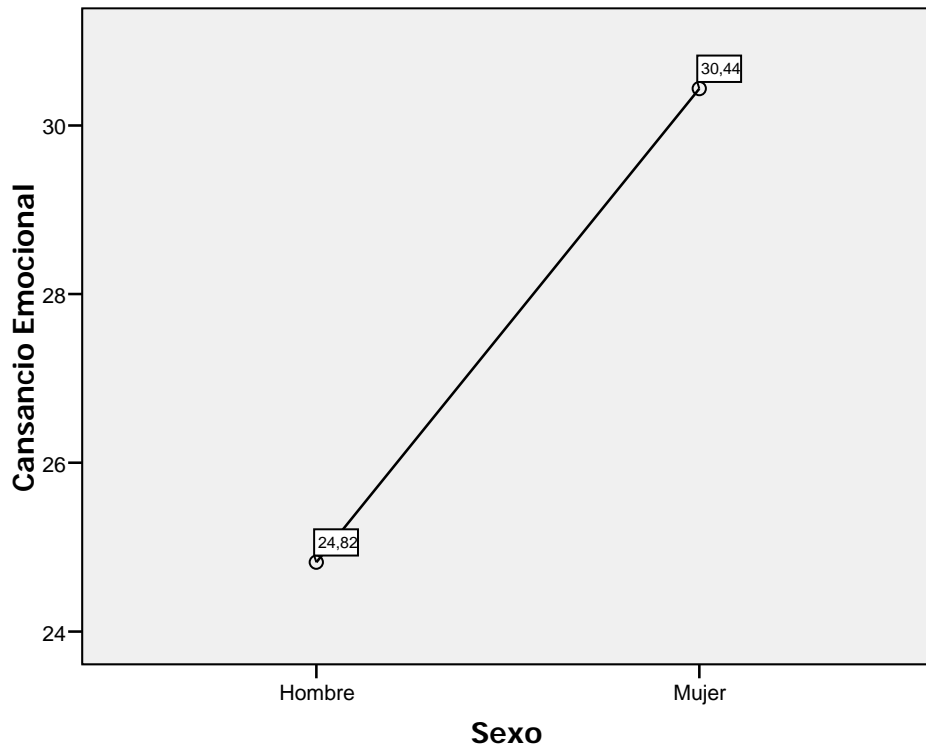


Figura 6.20. Gráfico de medias en Cansancio Emocional para Sexo.

Con respecto a la variable satisfacción con los estudios, las mujeres presentan una media significativamente superior (3,59) a los hombres (3,39).

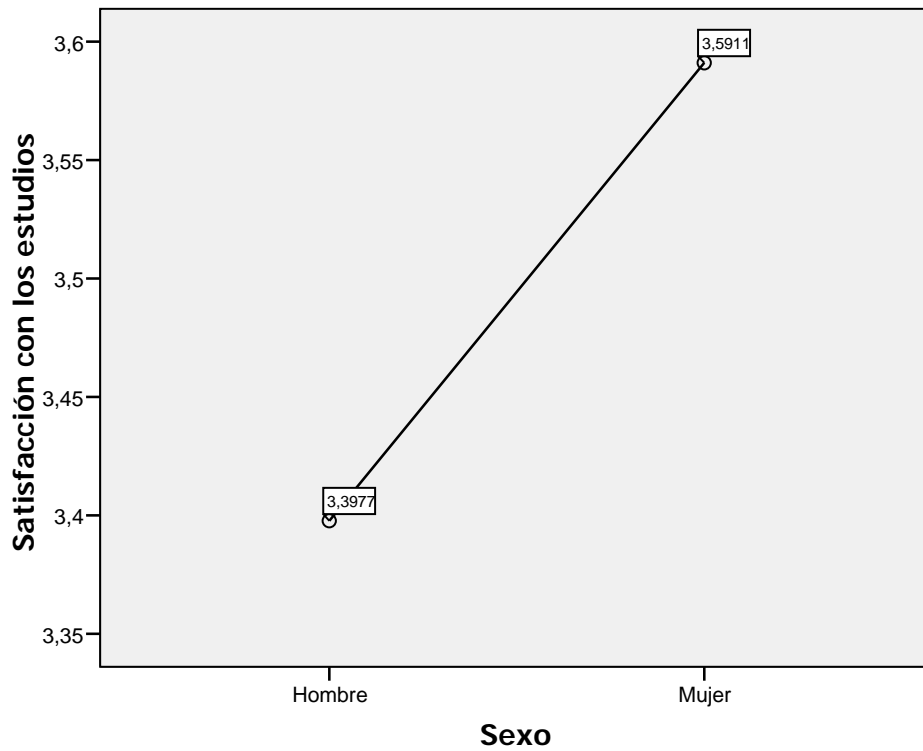


Figura 6.21. Gráfico de medias en Satisfacción con los estudios para Sexo.

Al contrario que en el caso anterior, y tal y como se observa en el gráfico siguiente, los hombres puntúan significativamente más alto en la variable autoestima (3,58) que las mujeres (2,96).

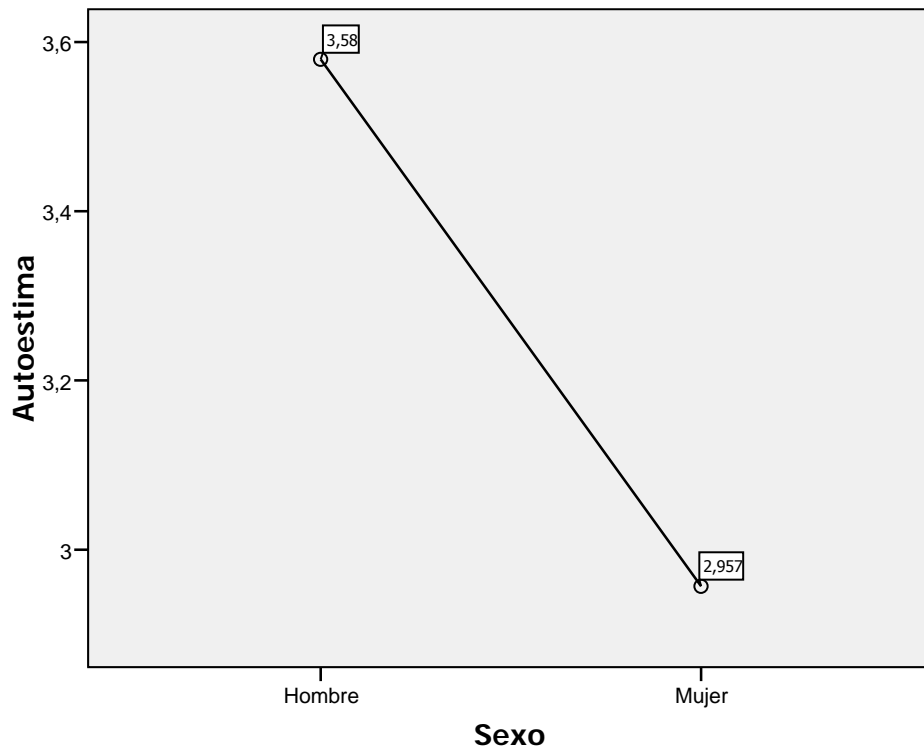


Figura 6.22. Gráfico de medias en Autoestima para Sexo.

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, los datos recogidos en la tabla 6.51 y en las figuras siguientes reflejan que las mujeres puntúan significativamente más alto en Apoyo social instrumental, Apoyo social emocional y Desahogarse. Los hombres obtienen una media significativamente más elevada en las estrategias de afrontamiento de Desconexión conductual, Humor, Uso de sustancias y Aceptación.

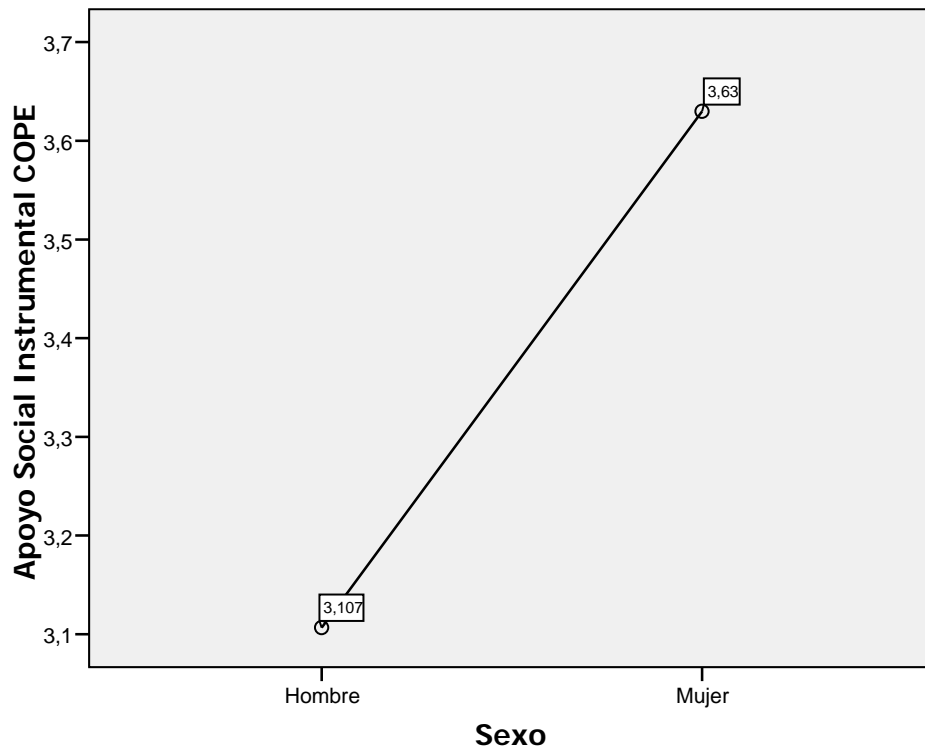


Figura 6.23. Gráfico de medias en la estrategia de afrontamiento Apoyo Social Instrumental para Sexo.

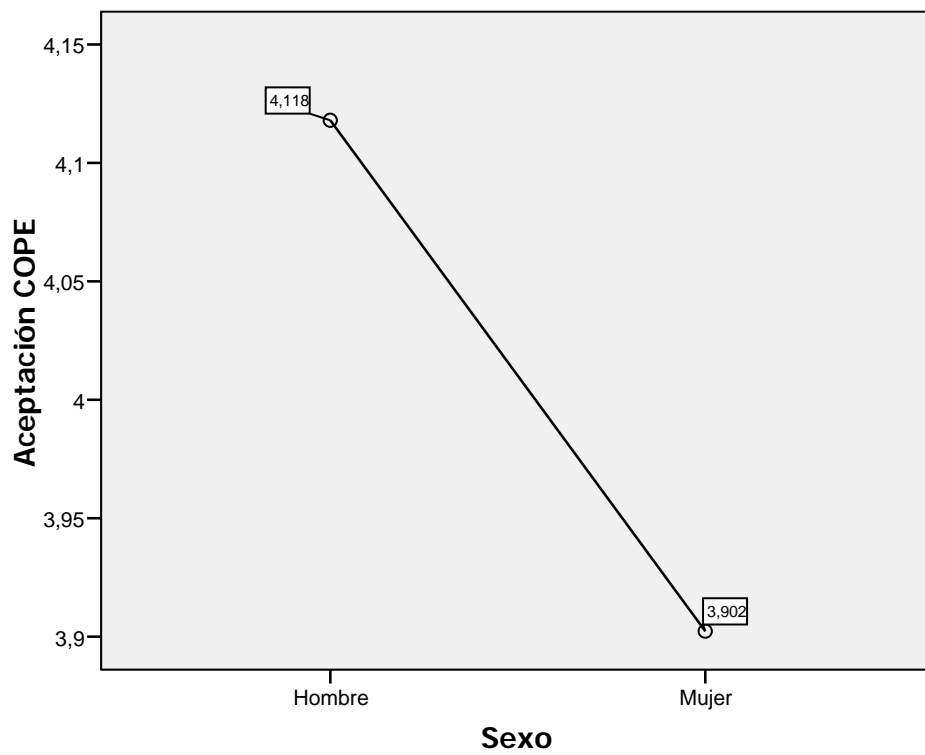


Figura 6.24. Gráfico de medias en la estrategia de afrontamiento Aceptación para Sexo.

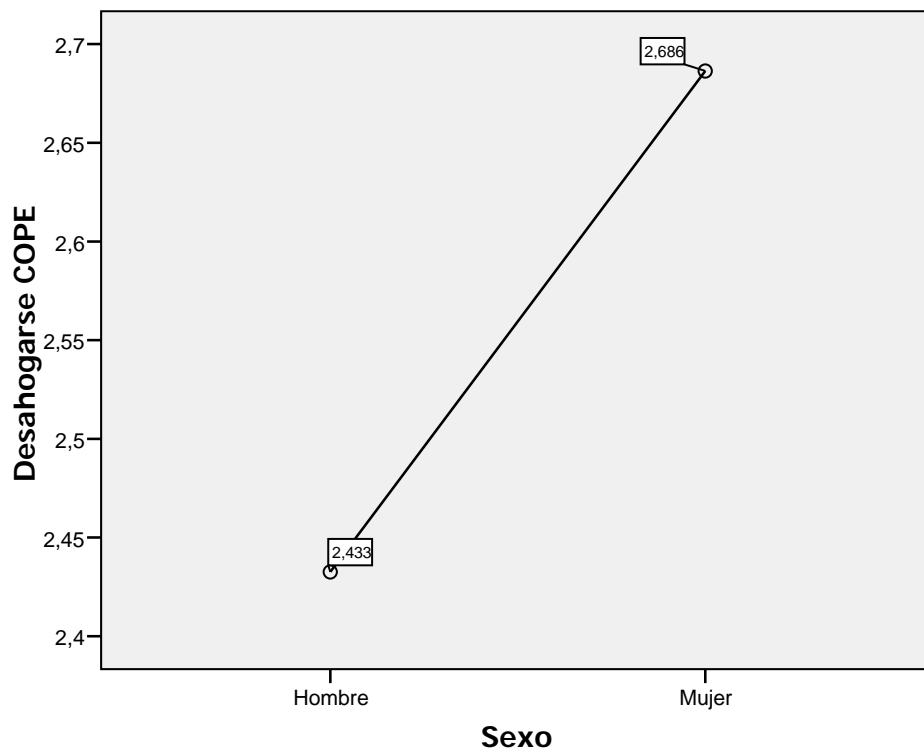


Figura 6.25. Gráfico de medias en la estrategia de afrontamiento Desahogarse para Sexo.

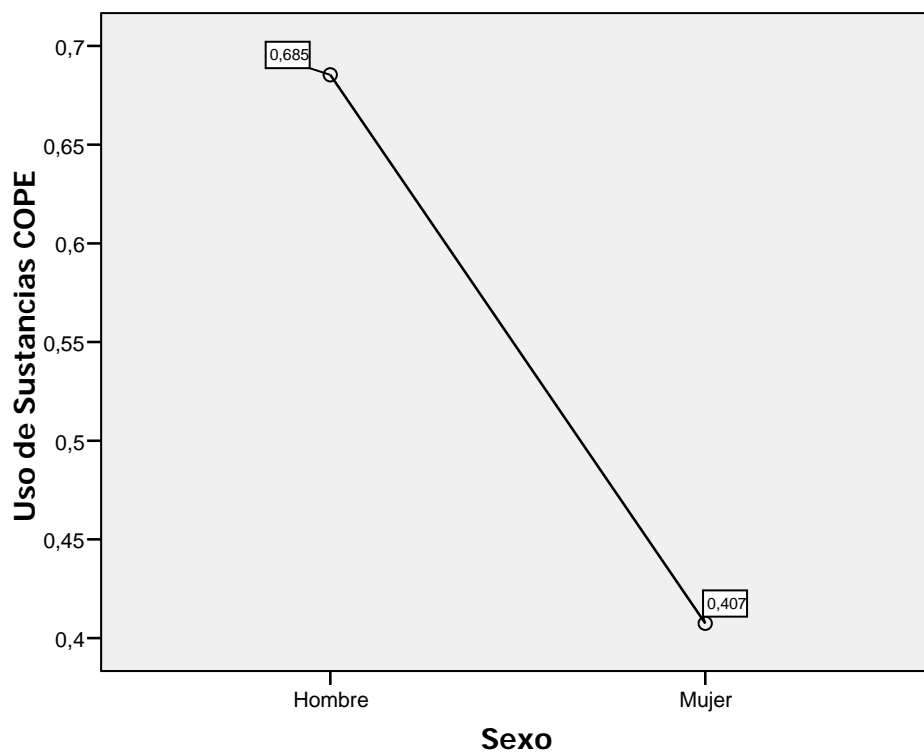


Figura 6.26. Gráfico de medias en la estrategia de afrontamiento Uso de Sustancias para Sexo.

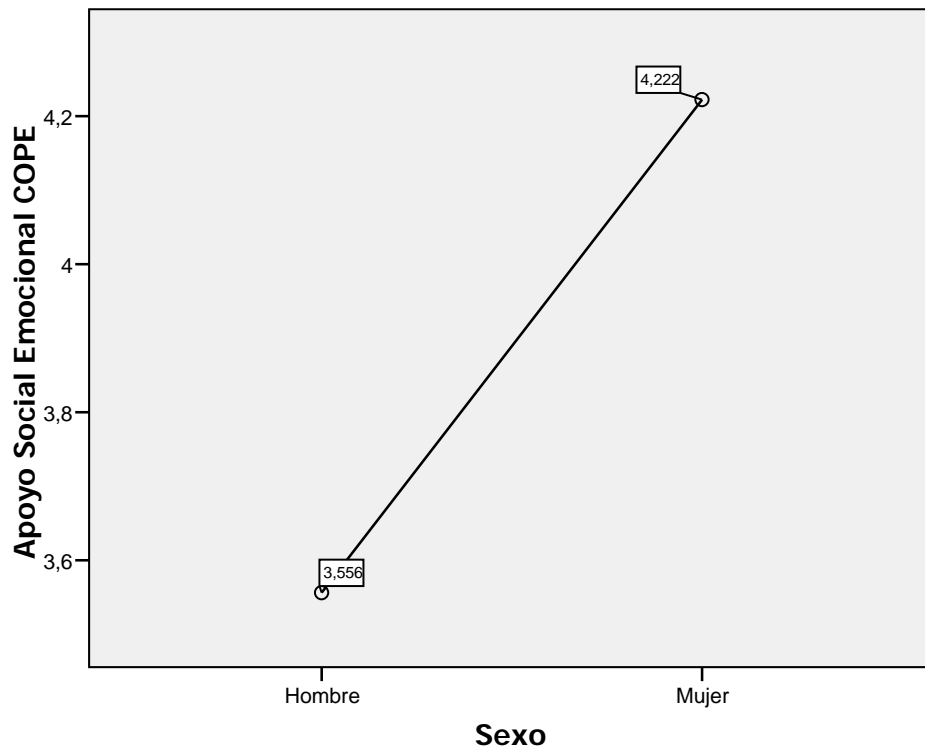


Figura 6.27. Gráfico de medias en la estrategia de afrontamiento Apoyo Social Emocional para Sexo.

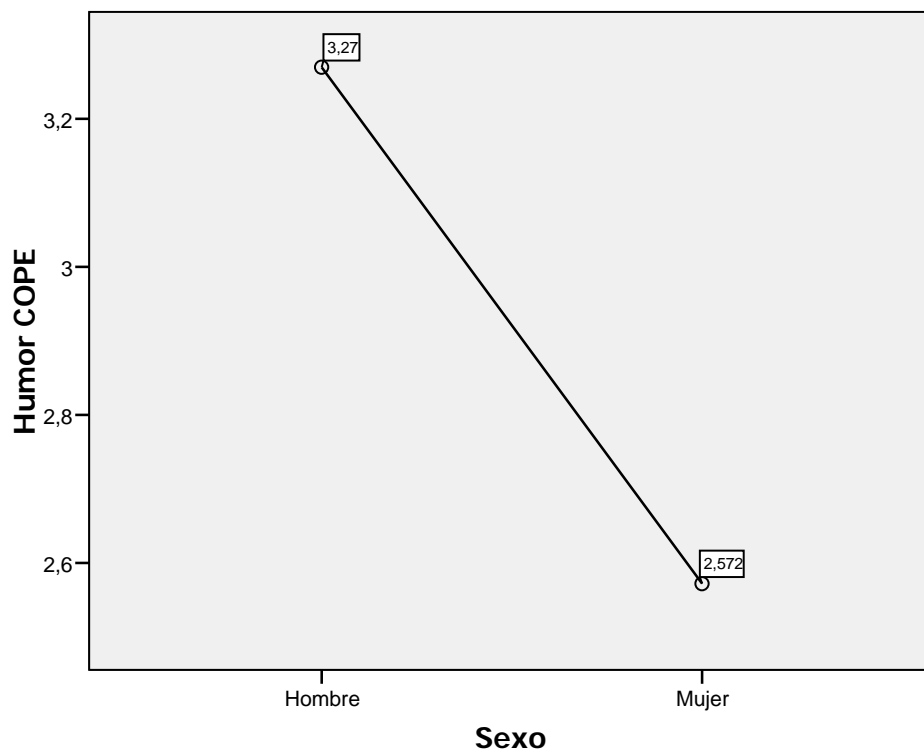


Figura 6.28. Gráfico de medias en la estrategia de afrontamiento Humor para Sexo.

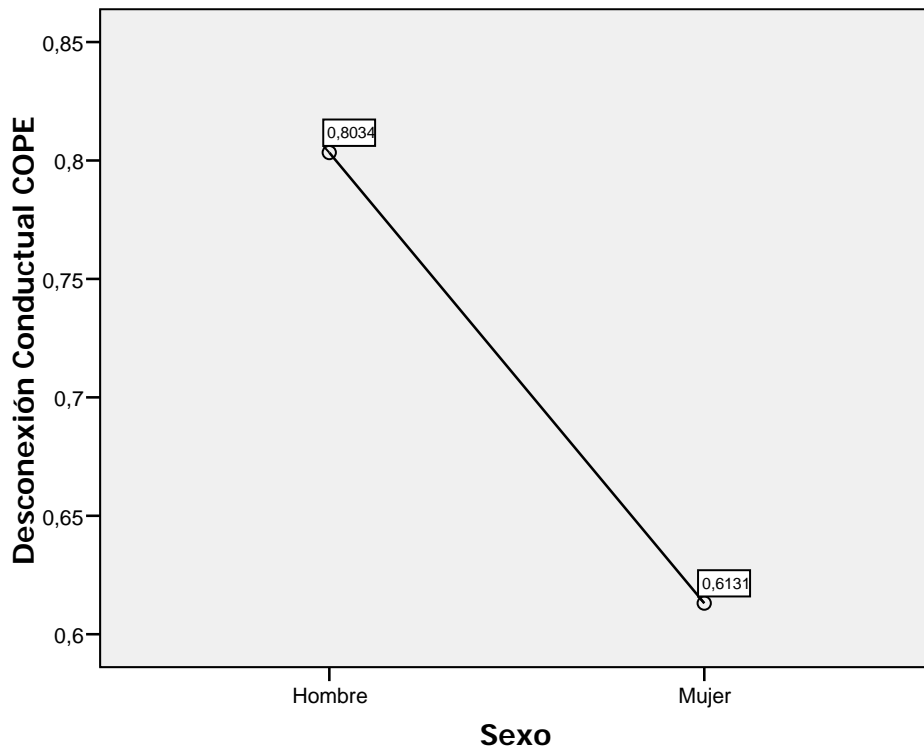


Figura 6.29. Gráfico de medias en la estrategia de afrontamiento Desconexión Conductual para Sexo.

El análisis de varianza de un factor con respecto a la variable sexo también encuentra diferencias significativas entre las medias de la variable salud general, siendo esta más elevada en mujeres, lo que se traduciría en mejor nivel de salud en los hombres al ser su media (19,59) más baja con respecto a la media obtenida por las mujeres (24,47).

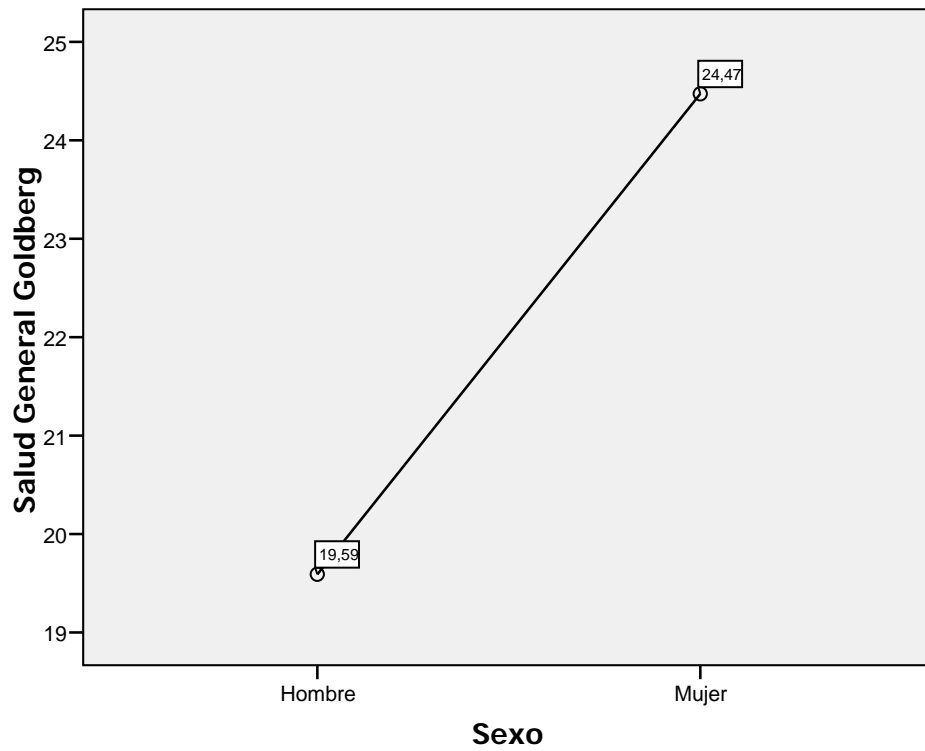


Figura 6.30. Gráfico de medias en Salud general para Sexo.

Para finalizar, en cuanto a la dimensión de personalidad Psicoticismo, se puede observar en la figura siguiente como los hombres (47,06) obtienen una puntuación significativamente superior a las mujeres (45,37).

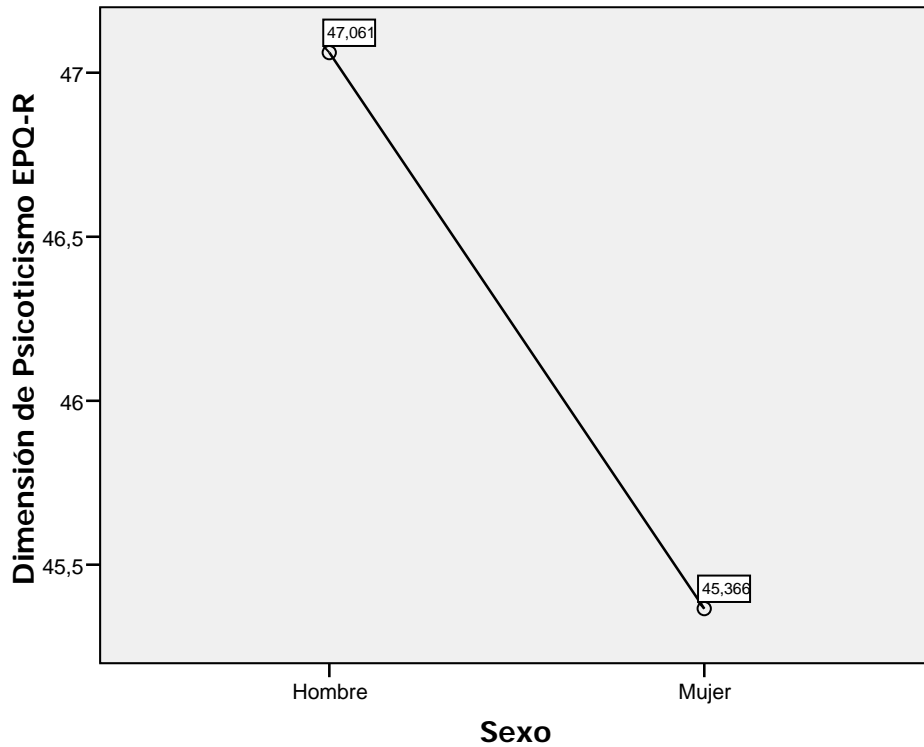


Figura 6.31. Gráfico de medias en dimensión Psicoticismo para Sexo.

6.6.5.- ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Se realizaron análisis multivariantes para comprobar cómo influyen las variables campus, titulación, curso y sexo en las puntuaciones obtenidas en los distintos cuestionarios y si existía interacción entre distintas variables estudiadas, es decir, si el efecto producido por los niveles de un factor depende de los niveles de otro factor.

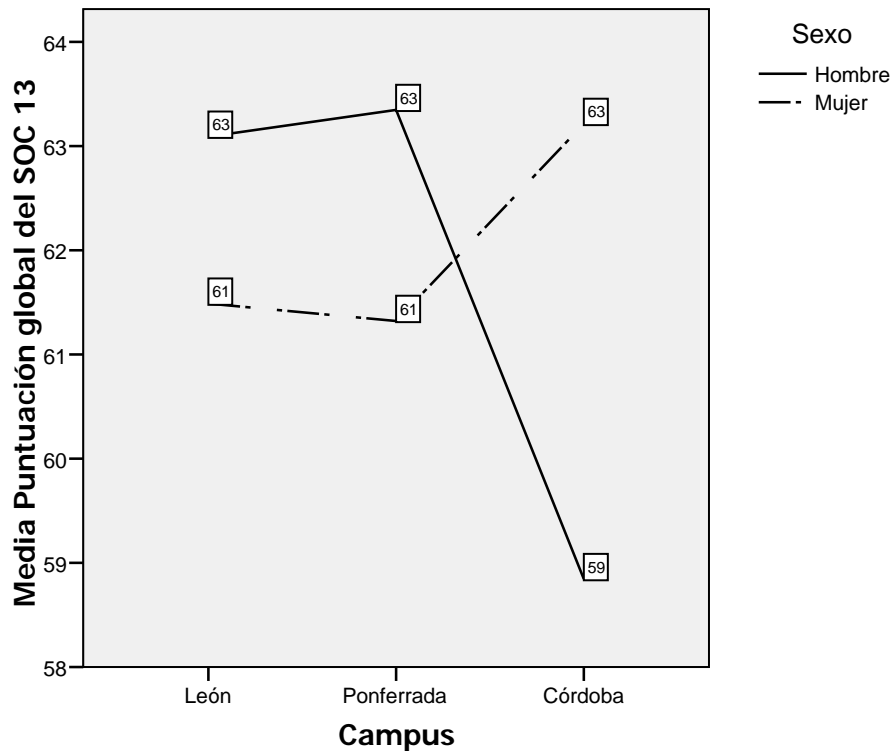


Figura 6.32. Gráfico de medias en sentido de coherencia para campus y sexo.

En la figura 6.32 se puede observar la interacción que muestra que el SOC es más alto en varones en los Campus de León y Ponferrada, mientras que en Córdoba son superiores las mujeres en Sentido de Coherencia (SOC-13). Lo llamativo es que la significación estadística ($F(2,95)=3,6$; $p<0,0276$) llega a serlo con la inversión de género, es decir, porque los 30 varones de Córdoba puntúan muy bajo en el SOC-13.

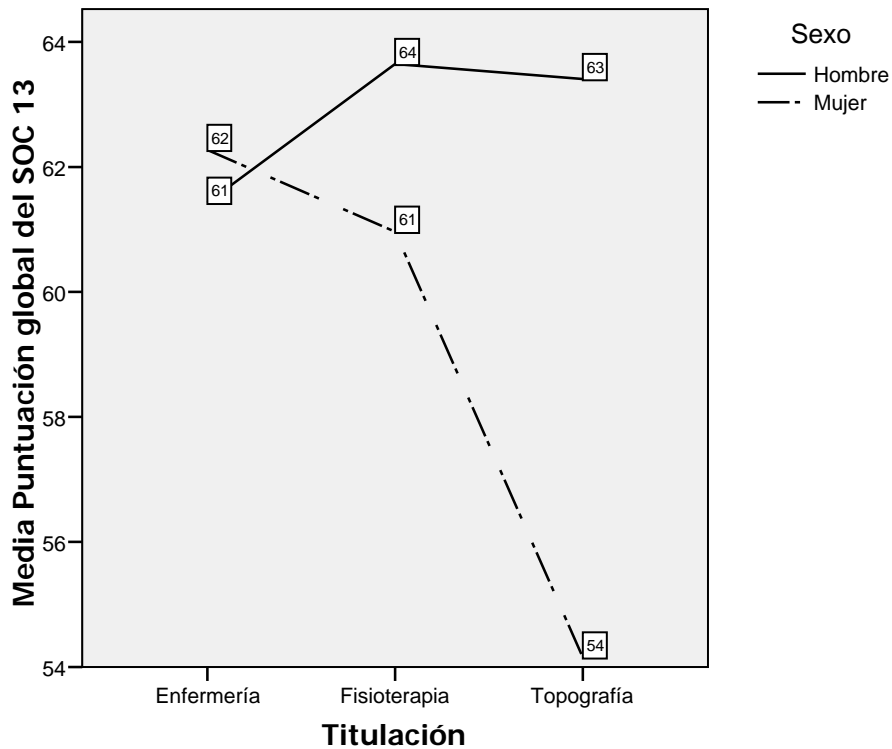


Figura 6.33. Gráfico de medias en sentido de coherencia para titulación y sexo.

En la figura 6.33 se muestra la interacción ($F(2,95)=6,03$; $p<0,0025$) por ser las mujeres superiores en sentido de coherencia en enfermería (591 mujeres frente a 87 varones), cambiando en fisioterapia (161 mujeres frente a 54 varones), y, sobre todo, en topografía (26 mujeres frente a 37 varones). Las 26 mujeres de topografía presentan un muy bajo Sentido de Coherencia (SOC-13).

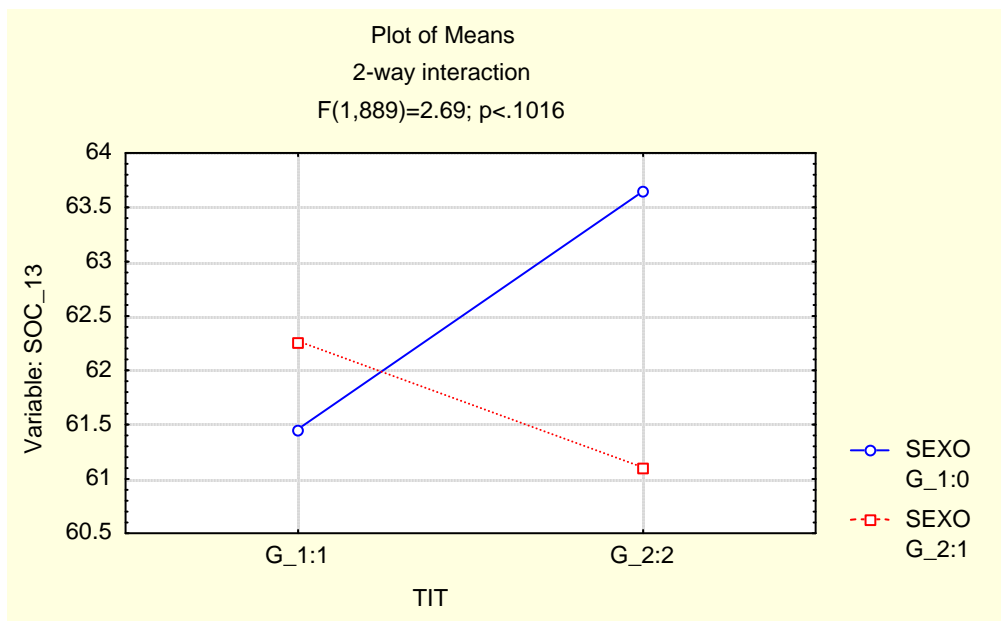


Figura 6.34. Gráfico de medias en sentido de coherencia para titulación y sexo.

La interacción se queda en tendencia por no llegar a ser estadísticamente significativa. Pero nos indica que con un incremento de la muestra en 63 sujetos (menos del 7%), la interacción llega a ser significativa, como ocurre en la figura anterior ($p < 0,005$) y en segundo lugar nos sugiere que la presente tendencia ($p = 0,10$) indica claramente cómo las mujeres que son superiores a los varones en enfermería (titulación 1) tienden a ser inferiores en fisioterapia (titulación 2).

Con esta pequeña reducción de la muestra (excluyendo 63 estudiantes de topografía), el actual ANOVA no muestra el efecto principal ($p < 0,01$) de superioridad de los varones en Sentido de Coherencia que aparecería con el total de la muestra.

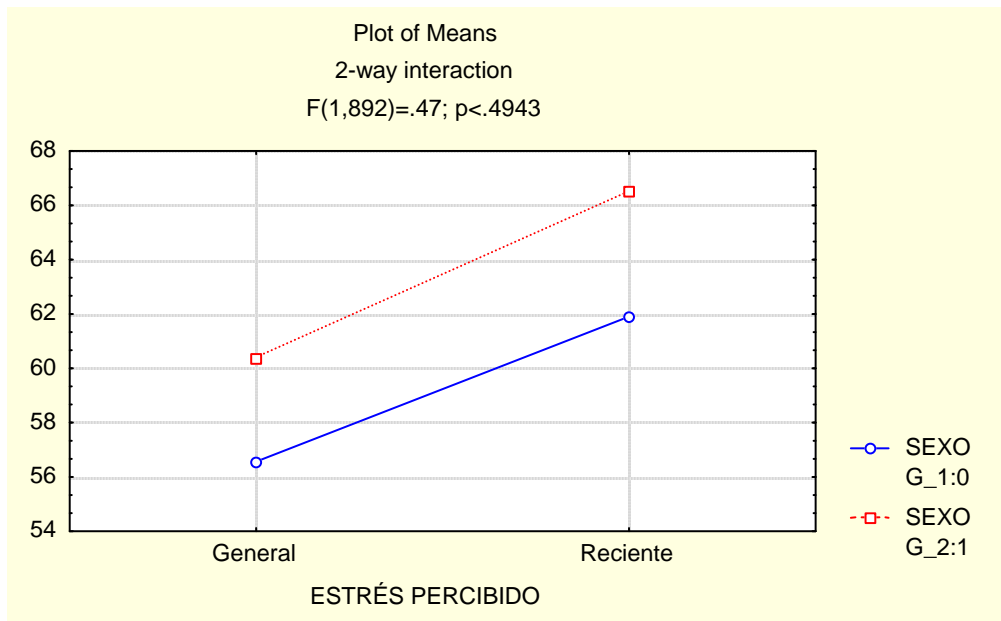


Figura 6.35. Gráfico de medias en estrés percibido para sexo.

Al introducirse como variables dependientes el resultado global del estrés percibido general y el reciente, se puede comprobar si hay diferencias entre los dos sexos y si hay diferencia entre estrés percibido general y reciente. En ambos casos, los efectos principales han mostrado esas diferencias ($p < 0,001$).

En la figura 6.35, se muestran dos efectos principales en el Cuestionario de Estrés Percibido (CEP): la diferencia de género en la percepción global del estrés ($p < 0,001$), en la que son superiores las mujeres y la diferencia entre general y reciente, siendo éste último muy superior en ambos sexos ($p < 0,001$).

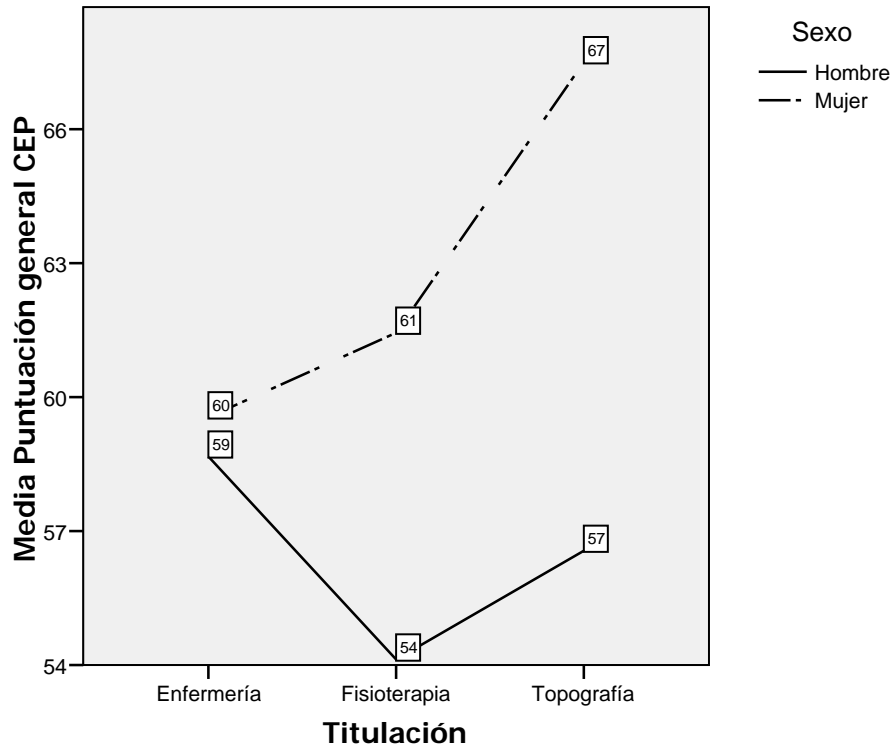


Figura 6.36. Gráfico de medias en estrés percibido general para titulación y sexo.

En el gráfico anterior se muestran las puntuaciones en estrés percibido general para hombres y mujeres en las tres titulaciones y se observa el distanciamiento entre sexos en fisioterapia y sobre todo en topografía ($F(2,892)=5,15$; $p<0,006$).

Es claro, como ya vimos, que las mujeres superan a los varones tanto en estrés percibido general como reciente.

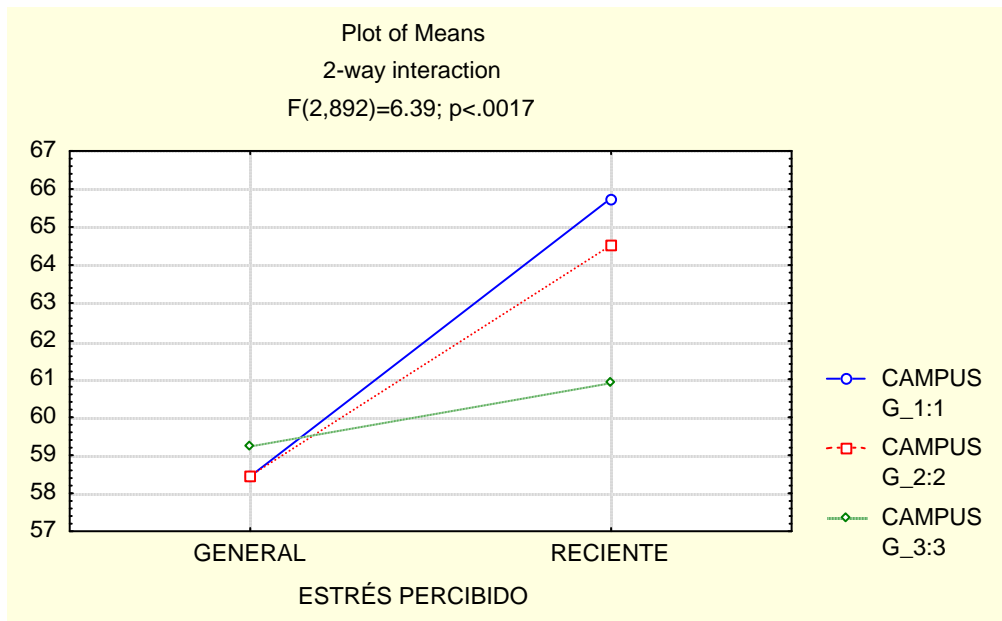


Figura 6.37. Gráfico de medias en estrés percibido general y reciente para campus.

La interacción indica que la subida en estrés percibido, de general a reciente, es apenas comparable la de Córdoba (verde) con la de León (azul) y Ponferrada (rojo).

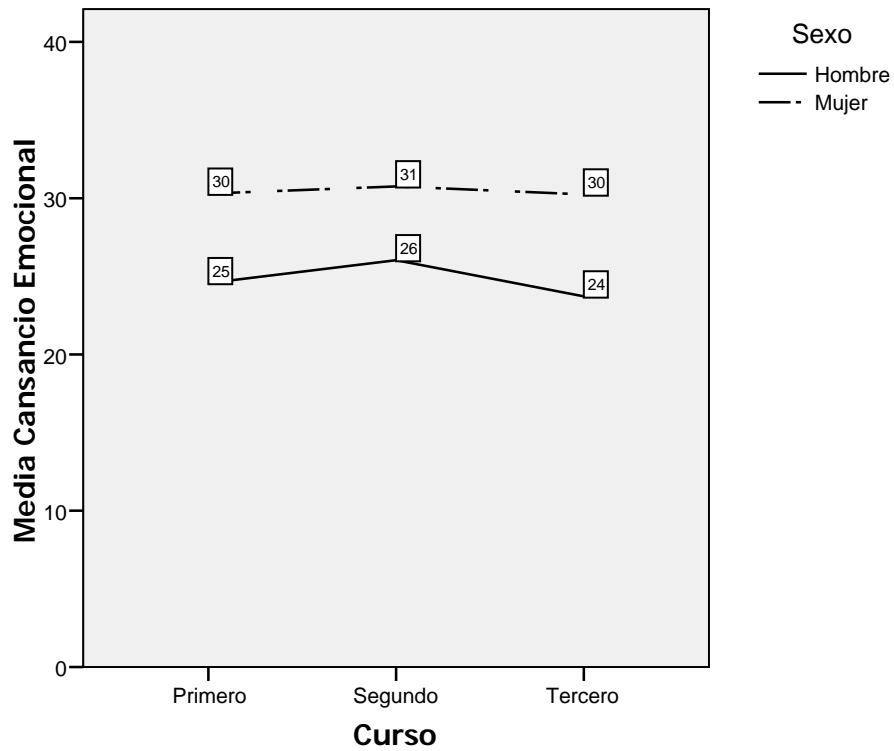


Figura 6.38. Gráfico de medias en cansancio emocional para curso y sexo.

Se muestra el efecto principal de la variable sexo ($p < 0,001$), sin interacción ($F(2,95)=0,75$; $p<0,4723$) por ser las mujeres superiores a los varones en cansancio emocional en los 3 cursos de la carrera.

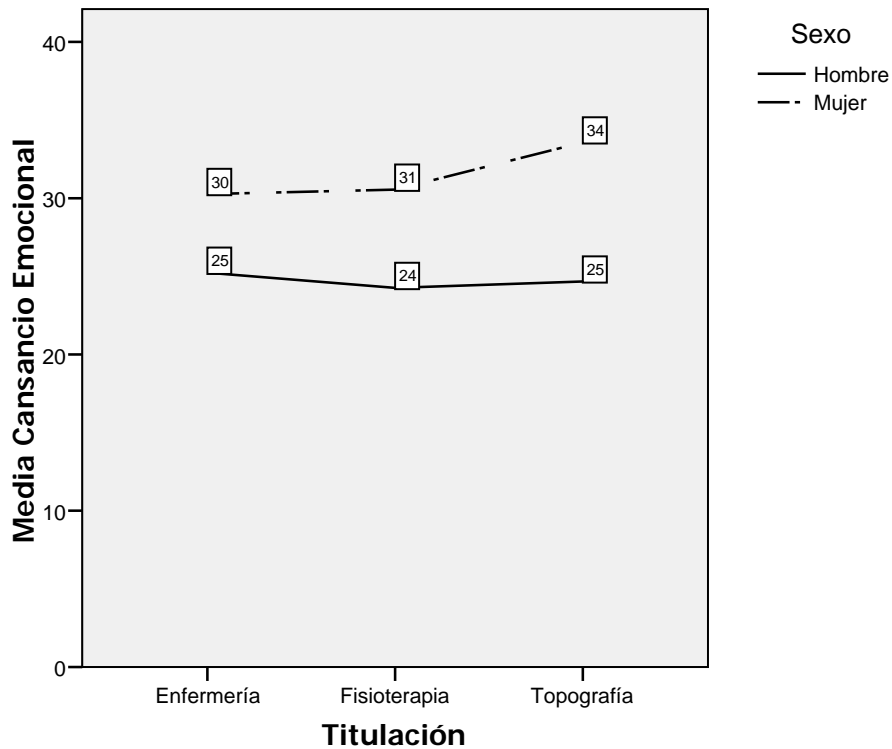


Figura 6.39. Gráfico de medias en cansancio emocional para titulación y sexo.

En la figura anterior se observan las diferencias entre hombres y mujeres, como efecto principal, en cansancio emocional en las 3 titulaciones. Las mujeres manifiestan mucho mayor cansancio emocional ($p < 0,001$) que los varones, debido a los estudios. Se muestra la interacción inexistente ($F(2,95)=2,23$; $p<0,1086$), para ilustrar que la diferencia es la misma en las tres titulaciones del estudio.

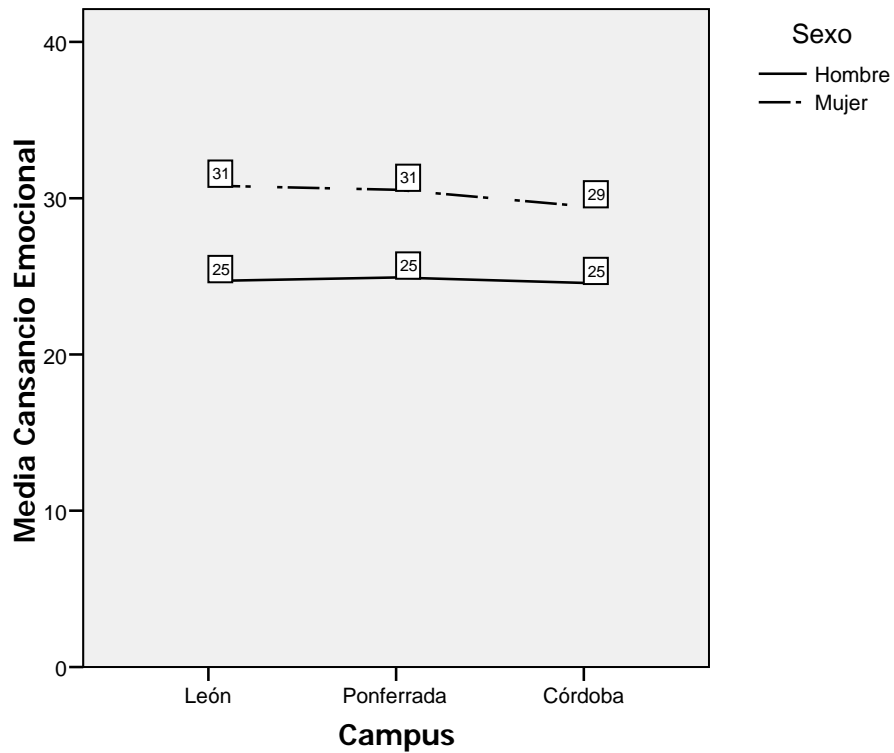


Figura 6.40. Gráfico de medias en cansancio emocional para campus y sexo.

Diferencias de sexo en ECE ($p < 0,001$), similares en los 3 campus universitarios. Hay que recordar que los varones de Córdoba son 30, en tanto que en León son 33 y en Ponferrada llegan a 115, pero las mujeres puntúan más alto que los hombres en los tres campus ($F(2,95)=0,19$; $p<0,8255$).

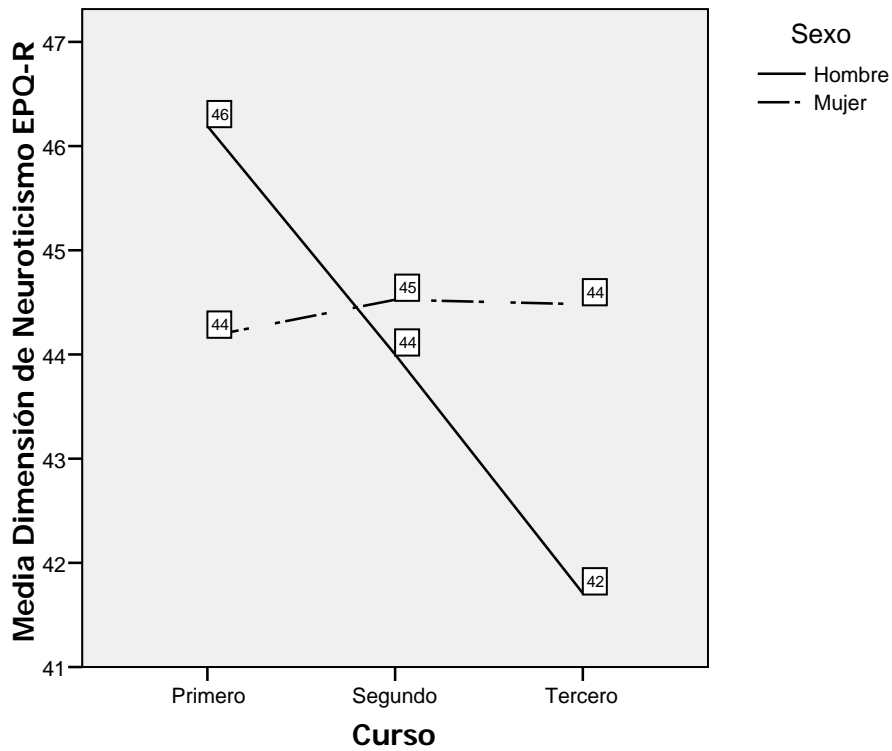


Figura 6.41. Gráfico de medias en la dimensión de Neuroticismo para curso y sexo.

La figura anterior representa la interacción ($F(2,939)=3,09$; $p<0,0458$) que muestra cómo, en Neuroticismo (N), los varones, que son superiores a las mujeres en el primer curso, van rebajando su N hasta ser claramente inferiores a las mujeres en tercer curso.

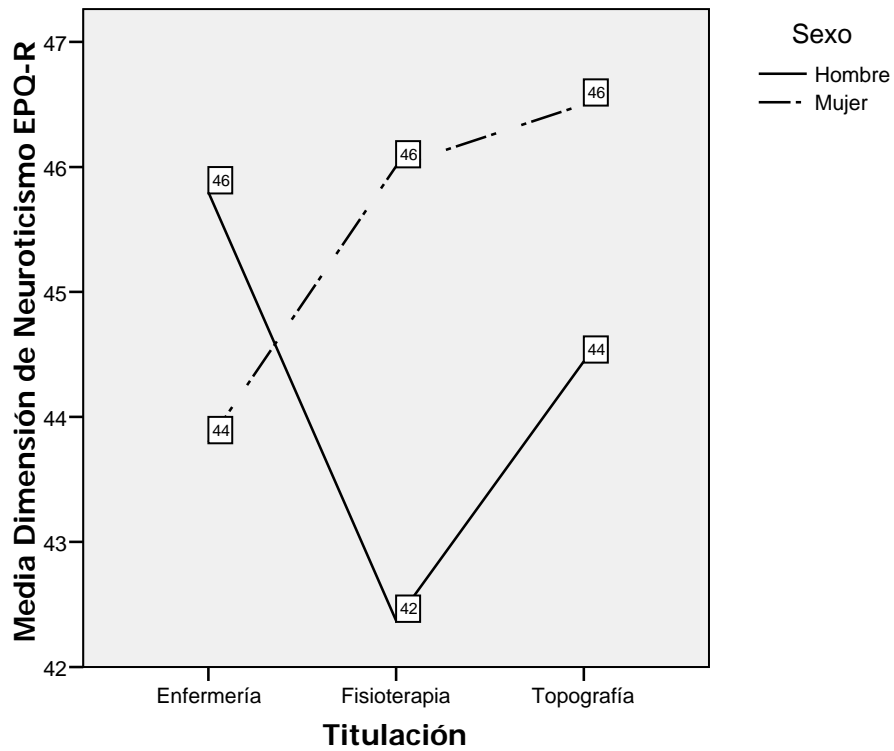


Figura 6.42. Gráfico de medias en la dimensión de Neuroticismo para titulación y sexo.

La figura anterior muestra la interacción ($F(2,939)=5,19$; $p<0,0057$) que indica la superioridad de las mujeres en N en dos titulaciones (fisioterapia y topografía), siendo inferiores en enfermería.

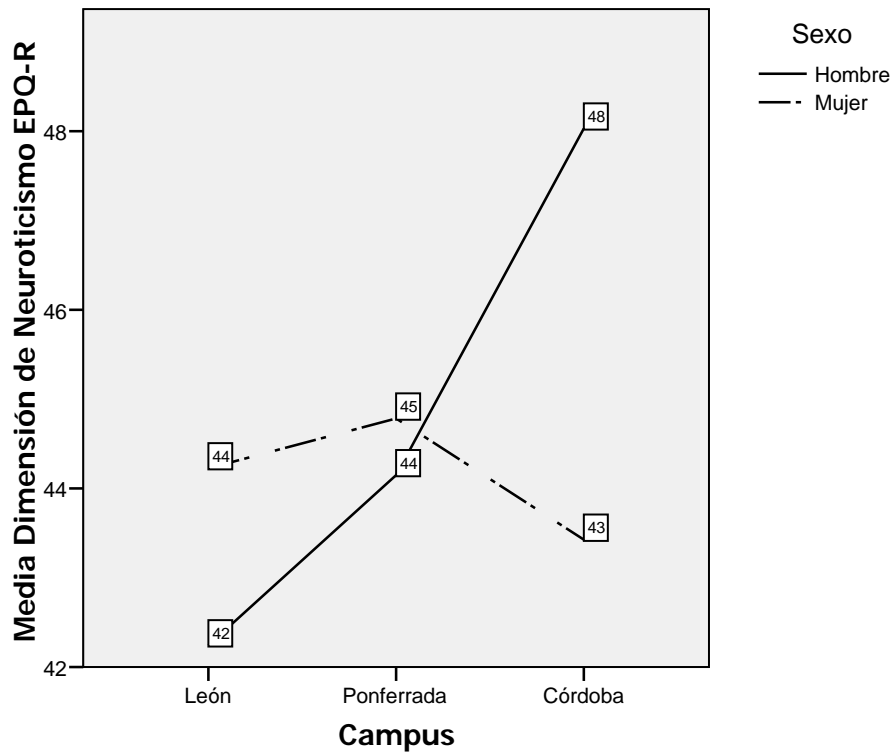


Figura 6.43. Gráfico de medias en la dimensión de Neuroticismo para campus y sexo.

El gráfico anterior muestra interacción ($F(2,939)=4,13$; $p<0,0164$) porque puntúan más alto de lo habitual los 30 varones de Córdoba en Neuroticismo (N).

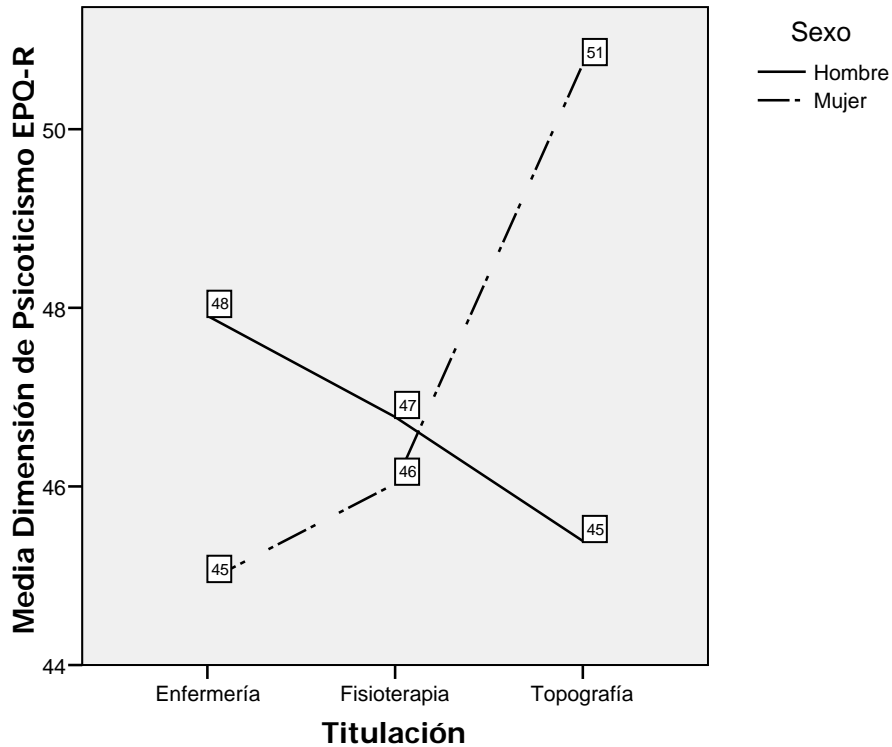


Figura 6.44. Gráfico de medias en la dimensión de Psicoticismo para titulación y sexo.

La interacción que muestra el gráfico ($F(2,939)=4,98$; $p<0,007$) se debe a las altas puntuaciones de las mujeres ($n = 26$) de topografía. Por lo demás, los resultados indican superioridad de P en los varones, como suele aparecer en otros estudios.

6.7.- ANÁLISIS DE REGRESIÓN

6.7.1.- DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y MEDIDAS DE ESTRÉS

Para saber si las dimensiones de personalidad influyen en las diferentes medidas de estrés debemos realizar un análisis de regresión lineal múltiple para conocer la predicción que tienen en el estrés, es decir, cuánto explican de esta variable, en qué porcentaje están influyendo en su variabilidad.

En cuanto al estrés percibido en su versión general el análisis de regresión, siguiendo el método de pasos sucesivos hacia delante, arroja los siguientes resultados.

Tabla 6.52. Resumen del modelo.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,556(a)	,310	,309	11,366
2	,569(b)	,324	,323	11,251

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Extraversión EPQ-R

Tabla 6.53. Coeficientes.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	22,643	1,887		12,000	,000
	Neuroticismo	,832	,042	,556	19,951	,000
2	(Constante)	34,352	3,256		10,552	,000
	Neuroticismo	,784	,043	,524	18,339	,000
	Extraversión	-,180	,041	-,125	-4,391	,000

a Variable dependiente: Puntuación general del CEP

Tabla 6.54. Variables excluidas.

Modelo		Beta dentro	T	Sig.	Correlación parcial	Estadísticos de colinealidad
		Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia
1	Extraversión	-,125(a)	-4,391	,000	-,146	,933
	Psicoticismo	,033(a)	1,143	,253	,038	,948
	Disimulo	,001(a)	,020	,984	,001	,977
2	Psicoticismo	,044(b)	1,550	,122	,052	,941
	Disimulo	-,019(b)	-,665	,506	-,022	,954

a Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Extraversión EPQ-R

c Variable dependiente: Puntuación general del CEP

Como vemos en las tablas, de las tres variables de personalidad que establecen una correlación significativa, la variable Neuroticismo es la que explica más variabilidad (Beta=0,556, t=19,951, p=0,000). Este modelo explica el 31% (R^2 corregida=0,309) de la variabilidad o varianza del estrés percibido

general. A medida que las puntuaciones en Neuroticismo son más altas, también lo serán las puntuaciones en estrés general.

El análisis de regresión para el estrés percibido reciente nos muestra resultados semejantes a la variable anterior.

Tabla 6.55. Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,581(a)	,338	,337	12,025
2	,587(b)	,344	,343	11,974

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Extraversión EPQ-R

Tabla 6.56. Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	24,035	1,969		12,209	,000
	Neuroticismo	,940	,044	,581	21,618	,000
2	(Constante)	32,336	3,414		9,472	,000
	Neuroticismo	,906	,045	,560	20,232	,000
	Extraversión	-,128	,043	-,082	-2,970	,003

a Variable dependiente: Puntuación reciente CEP

Tabla 6.57. Variables excluidas(c)

Modelo		Beta dentro	T	Sig.	Correlación parcial	Estadísticos de colinealidad
		Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia
1	Extraversión	-,082(a)	-2,970	,003	-,098	,935
	Psicoticismo	,040(a)	1,455	,146	,048	,948
	Disimulo	,005(a)	,171	,864	,006	,975
2	Psicoticismo	,047(b)	1,705	,089	,056	,942
	Disimulo	-,008(b)	-,274	,784	-,009	,954

a Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Extraversión EPQ-R

c Variable dependiente: Puntuación reciente CEP

La dimensión Neuroticismo/estabilidad emocional es la que explica más varianza (Beta=0,581, t=21,618, p=0,000). Este modelo explica el 34% (R² corregida=0,337) de la variabilidad o varianza del estrés percibido reciente. A

medida que las puntuaciones en Neuroticismo son más altas, también lo serán las puntuaciones en estrés reciente.

En cuanto a la última variable de estrés estudiada, el cansancio emocional, el análisis de regresión nos indica lo siguiente.

Tabla 6.58. Resumen del modelo.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,535(a)	,286	,285	5,952

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

Tabla 6.59. Coeficientes(a).

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	11,121	,957		11,620	,000
	Neuroticismo	,411	,021	,535	19,474	,000

a Variable dependiente: Cansancio Emocional

Tabla 6.60. Variables excluidas(b)

Modelo		Beta dentro	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticos de colinealidad
						Tolerancia
1	Extraversión	-,017(a)	-,583	,560	-,019	,937
	Psicoticismo	-,020(a)	-,701	,483	-,023	,948
	Disimulo	,038(a)	1,356	,175	,044	,974

a Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variable dependiente: Cansancio Emocional

Observamos en las tablas anteriores como la dimensión de personalidad Neuroticismo es también en este caso la que más variabilidad explica (Beta=0,535, t=19,474, p=0,000). Este modelo explica el 29% (R^2 corregida=0,285) de la variabilidad o varianza del cansancio emocional. A medida que las puntuaciones en Neuroticismo son más altas, también lo serán las puntuaciones en cansancio emocional.

6.7.2.- DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y SENTIDO DE COHERENCIA

Se han introducido las tres dimensiones de personalidad del EPQ-R en una ecuación de regresión para predecir las puntuaciones en el Cuestionario de Sentido de Coherencia.

Los resultados indican que las puntuaciones juntas del EPQ-R explican el 40% de la varianza en cuanto al sentido de coherencia (R^2 corregida=0,401). Las puntuaciones más bajas en Neuroticismo (Beta=-0,537, $t=20,060$, $p=0,000$) y Psicoticismo (Beta=-0,197, $t=7,589$, $p=0,000$), así como las más altas en Extraversión (Beta=0,80, $t=3,069$, $p=0,002$) son las que nos predicen puntuaciones altas en sentido de coherencia.

Tabla 6.61. Resumen del modelo.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,602(a)	,362	,362	8,527
2	,630(b)	,397	,395	8,298
3	,635(c)	,403	,401	8,261
4	,637(d)	,405	,403	8,246

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Psicoticismo EPQ-R

c Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Psicoticismo EPQ-R, Dimensión de Extraversión EPQ-R

d Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Psicoticismo EPQ-R, Dimensión de Extraversión EPQ-R, Dimensión de Disimulo EPQ-R

Tabla 6.62. Coeficientes(a).

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1	(Constante)	93,012	1,371		67,839	,000
	Neuroticismo	-,702	,030	-,602	-23,193	,000
2	(Constante)	100,993	1,721		58,687	,000
	Neuroticismo	-,651	,030	-,558	-21,530	,000
	Psicoticismo	-,224	,030	-,190	-7,343	,000
3	(Constante)	95,420	2,497		38,221	,000
	Neuroticismo	-,626	,031	-,537	-20,060	,000
	Psicoticismo	-,231	,030	-,197	-7,589	,000
	Extraversión	,090	,029	,080	3,069	,002

4	(Constante)	90,630	3,354		27,019	,000
	Neuroticismo	-,616	,031	-,528	-19,574	,000
	Psicoticismo	-,218	,031	-,185	-7,031	,000
	Extraversión	,099	,030	,088	3,335	,001
	Disimulo	,065	,031	,056	2,134	,033

a Variable dependiente: Puntuación global del SOC 13

Tabla 6.63. Variables excluidas(d).

Modelo		Beta dentro	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticos de colinealidad
		Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia
1	Extraversión	,065(a)	2,424	,016	,079	,936
	Psicoticismo	-,190(a)	-7,343	,000	-,232	,948
	Disimulo	,081(a)	3,095	,002	,100	,974
2	Extraversión	,080(b)	3,069	,002	,099	,931
	Disimulo	,044(b)	1,689	,092	,055	,933
3	Disimulo	,056(c)	2,134	,033	,069	,916

a Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Psicoticismo EPQ-R

c Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Psicoticismo EPQ-R, Dimensión de Extraversión EPQ-R

d Variable dependiente: Puntuación global del SOC 13

6.7.3.- DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y SALUD PSICOLÓGICA

Introducimos en un análisis de regresión las tres dimensiones de personalidad como variables predictoras de la salud general global y de las cuatro escalas que mide el GHQ-28.

En cuanto a la escala de síntomas somáticos, el Neuroticismo explica el 21% de la variabilidad (R^2 corregida=0,211). Las puntuaciones más altas en Neuroticismo (Beta=0,461, $t=15,957$, $p=0,000$) predecirían puntuaciones más altas en síntomas somáticos.

Tabla 6.64. Resumen del modelo.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,461(a)	,212	,211	3,730

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

Tabla 6.65. Coeficientes(a).

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-2,302	,600		-3,837	,000
	Neuroticismo	,211	,013	,461	15,957	,000

a Variable dependiente: Escala A Goldberg

Tabla 6.66. Variables excluidas(b)

Modelo		Beta dentro	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticos de colinealidad
						Tolerancia
1	Extraversión	,023(a)	,783	,434	,025	,937
	Psicoticismo	,016(a)	,544	,587	,018	,948
	Disimulo	,009(a)	,306	,760	,010	,974

a Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variable dependiente: Escala A Goldberg

Puntuaciones más altas en Neuroticismo (Beta=0,543, t=19,857, p=0,000) también predicen más puntuación en la escala de ansiedad/insomnio del GHQ-28. Este modelo explica el 29% de la variabilidad (R^2 corregida=0,294).

Tabla 6.67. Resumen del modelo.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,543(a)	,294	,294	3,967

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

Tabla 6.68. Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-4,765	,638		-7,469	,000
	Neuroticismo	,280	,014	,543	19,857	,000

a Variable dependiente: Escala B Goldberg

Tabla 6.69. Variables excluidas (b).

Modelo		Beta dentro	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticos de colinealidad
						Tolerancia
1	Extraversión	-,017(a)	-,616	,538	-,020	,937
	Psicoticismo	,016(a)	,564	,573	,018	,948
	Disimulo	,044(a)	1,598	,110	,052	,974

a Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variable dependiente: Escala B Goldberg

Tal y como se muestra en las tablas, la varianza en la escala de disfunción social se explica por las dimensiones de Neuroticismo y Extraversión en un 15% (R^2 corregida=0,151). Por los resultados obtenidos podemos deducir que a mayor puntuación en Neuroticismo (Beta=0,324, $t=10,478$, $p=0,000$) y menor en Extraversión (Beta=-0,151, $t=-4,876$, $p=0,000$), más puntuación en disfunción social.

Tabla 6.70. Resumen del modelo.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,362(a)	,131	,130	2,527
2	,391(b)	,153	,151	2,497

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Extraversión EPQ-R

Tabla 6.71. Coeficientes(a).

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	2,192	,406		5,393	,000
	Neuroticismo	,107	,009	,362	11,954	,000
2	(Constante)	4,983	,699		7,126	,000
	Neuroticismo	,096	,009	,324	10,478	,000
	Extraversión	-,043	,009	-,151	-4,876	,000

a Variable dependiente: Escala C Goldberg

Tabla 6.72. Variables excluidas(c).

Modelo		Beta dentro	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticos de colinealidad
		Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia
1	Extraversión	-,151(a)	-4,876	,000	-,157	,937
	Psicoticismo	,031(a)	,982	,326	,032	,948
	Disimulo	,028(a)	,901	,368	,029	,974
2	Psicoticismo	,043(b)	1,385	,166	,045	,942
	Disimulo	,006(b)	,191	,849	,006	,953

a Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Extraversión EPQ-R

c Variable dependiente: Escala C Goldberg

Las tres dimensiones de personalidad estudiadas predicen las puntuaciones en la escala de depresión del GHQ-28, cuya variabilidad es

explicada en un 30% (R^2 corregida=0,304). Según este modelo puntuaciones altas en Neuroticismo (Beta=0,487, $t=16,871$, $p=0,000$), Psicoticismo (Beta=0,107, $t=3,833$, $p=0,000$) y bajas en Extraversión (Beta=-0,99, $t=-3,531$, $p=0,000$) predecirían puntuaciones altas en depresión.

Tabla 6.73. Resumen del modelo.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,536(a)	,288	,287	2,689
2	,545(b)	,297	,296	2,673
3	,553(c)	,306	,304	2,657

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Psicoticismo EPQ-R

c Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Psicoticismo EPQ-R, Dimensión de Extraversión EPQ-R

Tabla 6.74. Coeficientes(a).

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1	(Constante)	-6,358	,432		-14,702	,000
	Neuroticismo	,186	,010	,536	19,540	,000
2	(Constante)	-7,605	,556		-13,689	,000
	Neuroticismo	,179	,010	,514	18,336	,000
	Psicoticismo	,035	,010	,099	3,543	,000
3	(Constante)	-5,546	,803		-6,907	,000
	Neuroticismo	,169	,010	,487	16,871	,000
	Psicoticismo	,038	,010	,107	3,833	,000
	Extraversión	-,033	,009	-,099	-3,531	,000

a Variable dependiente: Escala D Goldberg

Para finalizar, la puntuación global en salud general es más elevada, y por lo tanto peor salud percibida, si las puntuaciones son bajas en estabilidad emocional (Neuroticismo alto, con puntuaciones Beta=0,594, $t=22,266$, $p=0,000$) y en Extraversión (Beta=-0,053, $t=-1,968$, $p=0,049$). Este modelo predice el 37% de la varianza (R^2 corregida=0,37).

Tabla 6.75. Resumen del modelo.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,607(a)	,369	,368	9,360
2	,609(b)	,371	,370	9,345

a Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variables predictoras: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Extraversión EPQ-R

Tabla 6.76. Coeficientes(a).

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-11,074	1,505		-7,357	,000
	Neuroticismo	,780	,033	,607	23,485	,000
2	(Constante)	-6,857	2,617		-2,620	,009
	Neuroticismo	,763	,034	,594	22,266	,000
	Extraversión	-,065	,033	-,053	-1,968	,049

a Variable dependiente: Salud General Goldberg

Tabla 6.77. Variables excluidas(c).

Modelo		Beta dentro	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticos de colinealidad
		Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia	Tolerancia
1	Extraversión	-,053(a)	-1,968	,049	-,064	,937
	Psicoticismo	,043(a)	1,635	,102	,053	,948
	Disimulo	,038(a)	1,436	,151	,047	,974
2	Psicoticismo	,048(b)	1,800	,072	,059	,942
	Disimulo	,031(b)	1,159	,247	,038	,953

a Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R

b Variables predictoras en el modelo: (Constante), Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Dimensión de Extraversión EPQ-R

c Variable dependiente: Salud General Goldberg

6.7.4.- SALUD GENERAL

Introducimos en un análisis de regresión las variables que correlacionan con la salud general percibida en su puntuación total. Tal y como se observa en la tabla las variables que predicen el nivel de salud percibida son estrés reciente, cansancio emocional, Neuroticismo y sentido de coherencia. Este modelo explica el 64% (R^2 corregida=0,64) de la variabilidad de la salud percibida como puntuación total.

Por los resultados obtenidos se deduce que a mayor puntuación en estrés reciente (Beta=0,394, t=13,229, p=0,000) y cansancio emocional (Beta=0,288, t=10,537, p=0,000) y menor en estabilidad emocional (Neuroticismo alto, Beta=0,190, t=6,846, p=0,000) y sentido de coherencia (Beta=-0,074, t=-2,754, p=0,006), mayor puntuación en salud, lo que significa que peor es la percepción en salud general.

Tabla 6.78. Resumen del modelo.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,734(a)	,538	,538	8,043
2	,780(b)	,608	,607	7,414
3	,799(c)	,639	,638	7,124
4	,801(d)	,642	,640	7,097

a Variables predictoras: (Constante), Puntuación reciente CEP

b Variables predictoras: (Constante), Puntuación reciente CEP, Cansancio Emocional

c Variables predictoras: (Constante), Puntuación reciente CEP, Cansancio Emocional, Neuroticismo

d Variables predictoras: (Constante), Puntuación reciente CEP, Cansancio Emocional, Dimensión de Neuroticismo EPQ-R, Puntuación global del SOC 13

Tabla 6.79. Coeficientes(a).

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1	(Constante)	-14,974	1,229		-12,182	,000
	Puntuación reciente CEP	,587	,018	,734	32,171	,000
2	(Constante)	-20,287	1,210		-16,773	,000
	Puntuación reciente CEP	,406	,022	,508	18,341	,000
	Cansancio Emocional	,586	,047	,348	12,559	,000
3	(Constante)	-25,352	1,301		-19,482	,000
	Puntuación reciente CEP	,335	,023	,419	14,685	,000
	Cansancio Emocional	,487	,046	,289	10,517	,000
	Neuroticismo	,286	,033	,221	8,649	,000
4	(Constante)	-17,143	3,251		-5,273	,000
	Puntuación reciente CEP	,315	,024	,394	13,229	,000
	Cansancio Emocional	,486	,046	,288	10,537	,000

	Neuroticismo	,246	,036	,190	6,846	,000
	Puntuación global del SOC 13	-,083	,030	-,074	-2,754	,006

a Variable dependiente: Salud General Goldberg

6.8.- ANÁLISIS DE CONGLOMERADOS O CLUSTERS. PROCEDIMIENTO CENTRADO EN LAS PERSONAS

Con la finalidad de profundizar en la posible relación entre las estrategias de afrontamiento de los sujetos y el resto de variables estudiadas, se realizaron una serie de análisis complementarios incluyendo análisis de conglomerados de K medias, análisis de varianza y análisis multivariante de tres conglomerados y cuatro.

6.8.1.- SELECCIÓN DE TRES CONGLOMERADOS O CLUSTERS

Se obtienen tres conglomerados o clústers por el procedimiento de K-medias con las puntuaciones en 12 de las 14 escalas del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento COPE. Se excluyen las escalas Religión y Humor porque, tal y como se refleja anteriormente, no son fácilmente clasificables en el conjunto adaptativo o desadaptativo de estrategias (Año y Vasconcelles, 2005; Moreno, Morante, Rodríguez y Rodríguez, 2008).

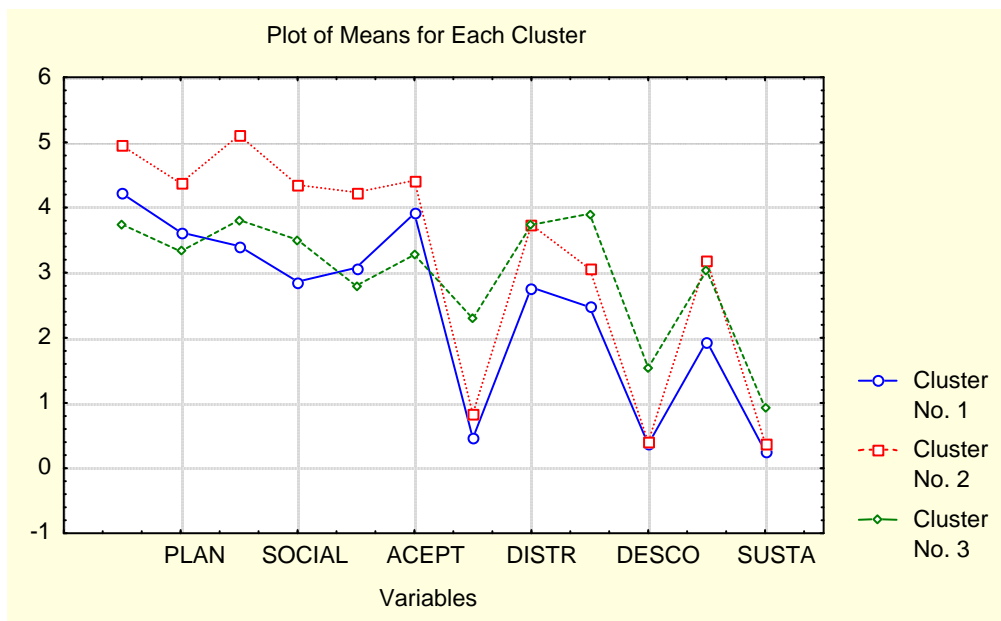


Figura 6.45. Tres conglomerados o clusters obtenidos por el procedimiento de K-medias.

En la tabla siguiente se observan las medias de cada conglomerado en las 12 estrategias de afrontamiento.

Tabla 6.80. Medias.

	Cluster		
	1	2	3
Afrontamiento Activo COPE	4,215002	4,946429	3,740909
Planificación COPE	3,619999	4,374996	3,327274
Apoyo Social Emocional COPE	3,407500	5,110118	3,809092
Apoyo Social Instrumental COPE	2,862499	4,348216	3,504544
Reinterpretación Positiva COPE	3,075001	4,235119	2,799999
Aceptación COPE	3,910000	4,416666	3,277273
Negación COPE	0,457500	0,830357	2,295455
Autodistracción COPE	2,774999	3,735120	3,736364
Autoinculpación COPE	2,472500	3,059525	3,904546
Desconexión Conductual COPE	0,367500	0,398810	1,540909
Desahogarse COPE	1,950001	3,199404	3,036365
Uso de Sustancias COPE	0,260000	0,389881	0,927273

El número de sujetos que contestó adecuadamente el cuestionario COPE fueron 956. El clúster o conglomerado 1 incluye 400 casos (42%), el clúster 2 336 casos (35%) y el clúster 3 incluye 220 casos (23%).

Según el perfil en las 12 escalas del Cuestionario Brief COPE, al grupo 1 lo denominaremos Adaptado Alto (AA), es el mejor adaptado porque puntuando alto (no el más alto) en las seis primeras escalas adaptativas, es el más bajo en puntuar en las seis siguientes o desadaptativas. El clúster 2 es el más alto en puntuar en las seis primeras escalas, pero también tiende a puntuar relativamente alto en las escalas desadaptativas, lo llamaremos Adaptado Medio (AM). El tercer grupo, Adaptado Bajo (AB) puntúa bajo en escalas adaptativas, pero en cambio es el más alto en las puntuaciones sobre las estrategias desadaptativas.

La tabla siguiente muestra la distribución por sexo en cada uno de los grupos.

Tabla 6.81. Distribución de la muestra según la clasificación de 3 conglomerados.

Conglomerado	Varones	Mujeres	Totales
(1) Adaptado Alto (AA)	91 (51%)	309 (40%)	400 (42%)
(2) Adaptado Medio (AM)	44 (25%)	292 (37%)	336 (35%)
(3) Adaptado Bajo (AB)	43 (24%)	177 (23%)	220 (23%)
Totales	178	778	956 (100%)

En la tabla siguiente se observa que con el paso de los cursos sólo disminuye el porcentaje del Conglomerado 3, el desadaptado o adaptado bajo, cuyas malas estrategias de afrontamiento llegan a ser coincidentes con los resultados de estos estudiantes en otras variables aquí investigadas. Del primer curso han resultado clasificados en este Conglomerado 3 el 25% de los estudiantes, del segundo curso el 22% y sólo el 19% del tercer curso de carrera. Así, la media del Conglomerado 3 es del 23%. En cambio, el curso tercero supera la media en los Conglomerados 1 (43%) y 2 (37%), como puede verse en la tabla.

Tabla 6.82. Distribución de la muestra por conglomerados y cursos.

Conglomerado	Curso 1	Curso 2	Curso 3
(1AA) (N = 397, 42%)	181 (42%)	124 (41%)	92 (43%)
(2AM) (N = 331, 35%)	141 (33%)	112 (37%)	78 (37%)
(3AB) (N = 217, 23%)	109 (25%)	67 (22%)	41 (19%)
Totales (N = 945)	431 (45%)	313 (33%)	212 (22%)

A continuación se muestra una tabla en la que se recoge la distribución de la muestra por conglomerados, titulación y sexo. Esta distribución nos permite un análisis de la adaptación de los estudiantes a sus titulaciones según el sexo.

Tabla 6.83. Distribución de la muestra por conglomerados, titulaciones y sexo.

Conglomerados	<i>TITULACIONES</i>					
	Enfermería		Fisioterapia		Topografía	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1AA (42%)	44 (50,6%)	240 (40,6%)	28 (51,9%)	59 (36,6%)	19 (51,4%)	10 (38,4%)
2AM (35%)	19 (21,8%)	228 (386%)	16 (29,6%)	56 (34,8%)	9 (24,3%)	8 (30,8%)
3AB (23%)	24 (27,6%)	123 (20,8%)	10 (18,5%)	46 (28,6%)	9 (24,3%)	8 (30,8%)
Totales N=956	87	591	54	161	37	26
	678 (71%)		215 (22,4%)		63 (6,6%)	

Si observamos el conglomerado AB (Adaptado Bajo) podemos darnos cuenta de que en enfermería los varones superan ampliamente el porcentaje medio del conglomerado (23%), ya que se clasifican en él hasta un 27,6%, mientras que las mujeres clasificadas como desadaptadas llegan sólo al 20,8%. Siguiendo en enfermería, el porcentaje de varones bien adaptados del conglomerado AA superan el 50%, siendo sólo el 40,6% de las mujeres las clasificadas con adaptación alta.

En fisioterapia se invierten los porcentajes de mal adaptados (conglomerado AB), estando clasificados así el 18,5% de varones y el 28,6% de mujeres. Aún es más elevado el porcentaje de mujeres clasificadas dentro del grupo AB en topografía, ya que llegan al 30,8%, en tanto que los varones rondan la media con el 24,3%.

En resumen, entre los estudiantes clasificados en el conglomerado de peor adaptados, en enfermería los varones superan en porcentaje a las mujeres. Por el contrario, hablando en porcentajes, los varones en general resultan mejor clasificados que las mujeres en fisioterapia y en topografía.

Por último, se presenta la tabla que recoge la distribución de la muestra por conglomerados, campus y sexo.

Tabla 6.84. Distribución de la muestra por conglomerados, campus y sexo.

Conglomerados	CAMPUS UNIVERSITARIO					
	León		Ponferrada		Córdoba	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1AA (42%)	21 (63,6%)	114 (43,7%)	58 (50,4%)	141 (37,9%)	12 (40%)	54 (37,2%)
2AM (35%)	8 (24,2%)	92 (35,2%)	28 (24,3%)	141 (37,9%)	8 (26,7%)	59 (40,7%)
3AB (23%)	4 (12,1%)	55 (21,1%)	29 (25,2%)	90 (24,2%)	10 (33,3%)	32 (22,1%)
Totales N=956	33	261	115	372	30	145
	294 (30,7%)		487 (51%)		175 (18,3%)	

Si comparamos porcentajes en cuanto al grupo AB, los varones del Campus de León son menos que los del Campus de Ponferrada y, sobre todo, menos que los del Campus de Córdoba, los de Córdoba superan el 33% cuando la media es del 23%. Si se consideran los mejor adaptados (clasificados en el conglomerado AA), también son los varones de León, seguidos de los de Ponferrada, los que superan ampliamente a los de Córdoba.

En mujeres, el porcentaje de Ponferrada supera a los porcentajes de León y Córdoba en estudiantes peor adaptadas (AB). Considerando el mejor nivel de adaptación (el conglomerado AA), éste incluye a las mujeres que estudian en León en superior porcentaje al de Ponferrada y Córdoba (el 43,7% frente al 37,9 y 37,2, respectivamente).

6.8.1.1.- Validación externa de los tres tipos de estrategias de afrontamiento

El procedimiento de validación externa se realiza mediante ANOVAs o MANOVAs, en los que los tres conglomerados o grupos sirven de variable

clasificadora. Las diferencias halladas en las variables dependientes utilizadas nos sirven para comprobar que la elección de tres conglomerados es la más apropiada para clasificar sujetos en grupos más homogéneos.

Las variables independientes (clasificadoras o intergrupo) son los tres cluster o conglomerados. A continuación se muestran efectos principales o interacciones para distintas variables dependientes examinadas por separado.

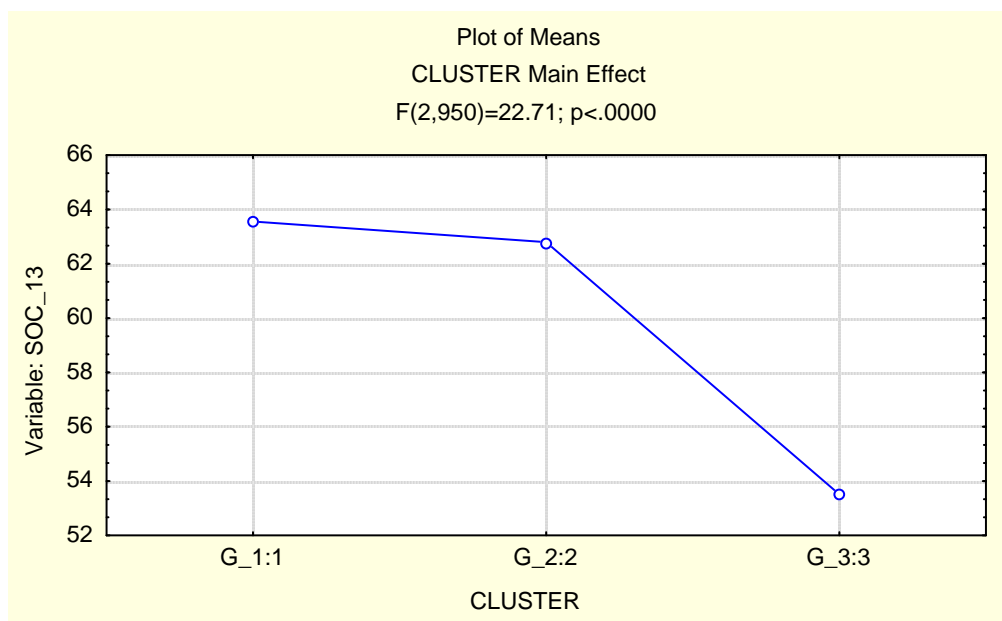


Figura 6.46. Media de sentido de coherencia para los tres conglomerados.

En cuanto a la variable dependiente sentido de coherencia, la comprobación post-hoc, mediante la prueba de SNK, da diferencias altamente significativas entre los grupos 1-3 y 2-3 ($p < 0,001$), indicando con ellas que los grupos 1 (AA) y 2 (AM) son muy superiores al 3 (AB) en sentido de coherencia, sin ser diferentes entre sí en esta variable.

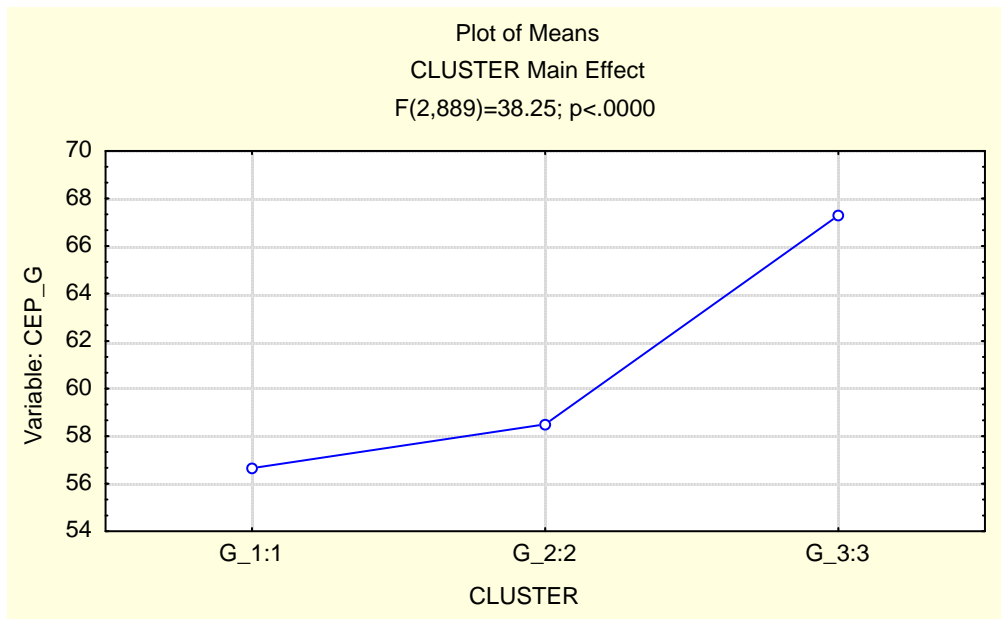


Figura 6.47. Media de estrés percibido general para los tres conglomerados.

En el caso de la variable dependiente estrés percibido general, la comprobación post-hoc, mediante la prueba de Student-Newman-Keuls, da diferencias altamente significativas entre los grupos 1-3 y 2-3 ($p < 0,001$), indicando con ellas que los grupos 1 y 2 tienen niveles más bajos en estrés percibido general que el grupo 3, aunque entre ellos existe una tendencia ($p = 0,06$) a ser superior el grupo 2 al grupo 1 en esta variable.

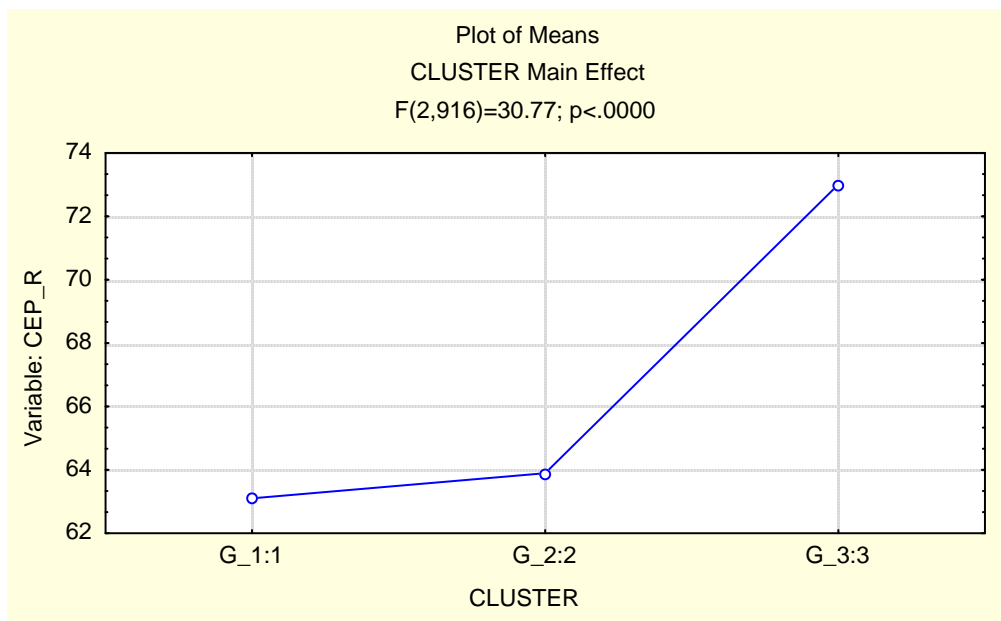


Figura 6.48. Media de estrés percibido reciente para los tres conglomerados.

Al igual que en el caso anterior la comprobación post-hoc, mediante la prueba de SNK, da diferencias altamente significativas entre los grupos 1-3 y 2-3 ($p < 0,001$), indicando con ellas que los grupos 1 y 2 tienen niveles inferiores al 3 en la variable dependiente estrés percibido reciente, sin ser diferentes entre sí en esta variable.

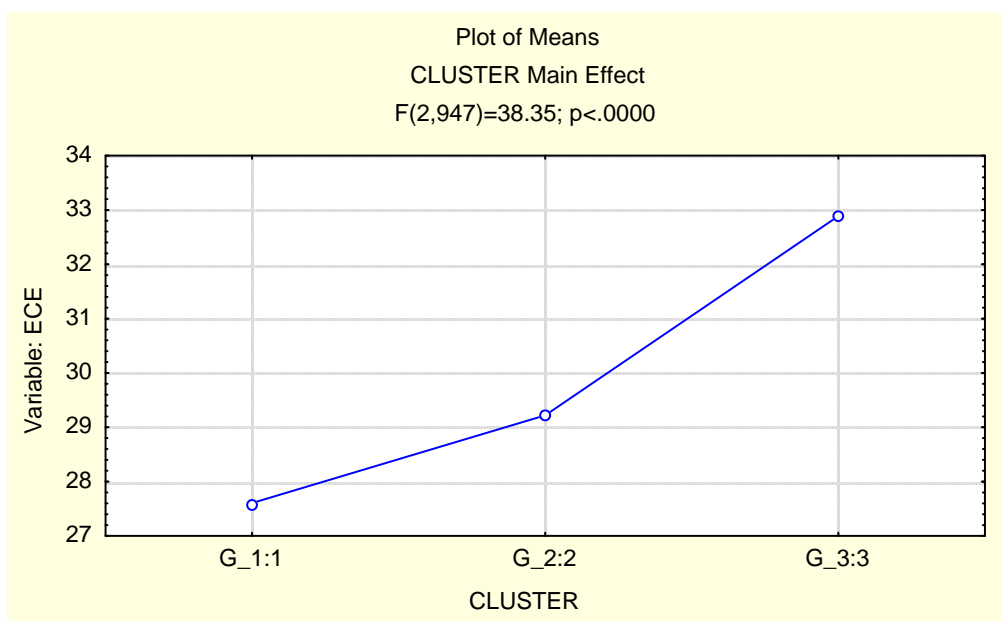


Figura 6.49. Media de cansancio emocional para los tres conglomerados.

Al igual que en las otras medidas de estrés, la comprobación post-hoc, mediante la prueba de Student-Newman-Keuls, da diferencias altamente significativas entre los grupos 1-3 y 2-3 ($p < 0,001$), indicando con ellas que los grupos 1 y 2 poseen niveles significativamente más bajos que el 3 en la variable dependiente cansancio emocional. También existe diferencia significativa en ECE ($p < 0,01$) entre los grupos 1 y 2, siendo el 2 superior al 1.

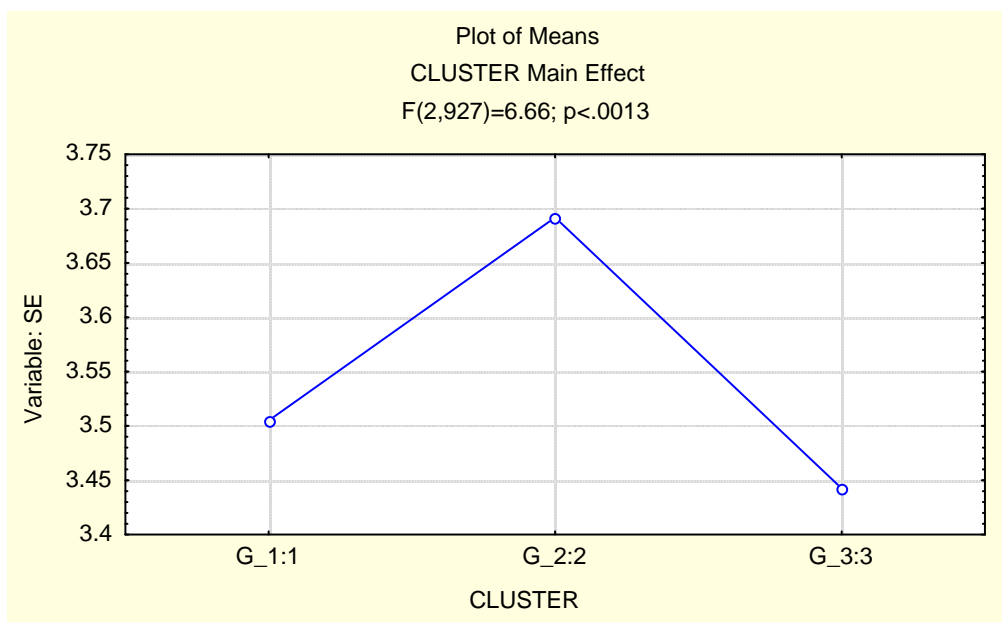


Figura 6.50. Media de satisfacción con los estudios para los tres conglomerados.

No se encontraron diferencias en la variable dependiente satisfacción con los estudios entre los grupos 1 y 3, el grupo 2 muestra mayor satisfacción con los estudios que los grupos 1 y 3 ($p < 0,01$), según la comprobación post-hoc con la prueba de SNK.

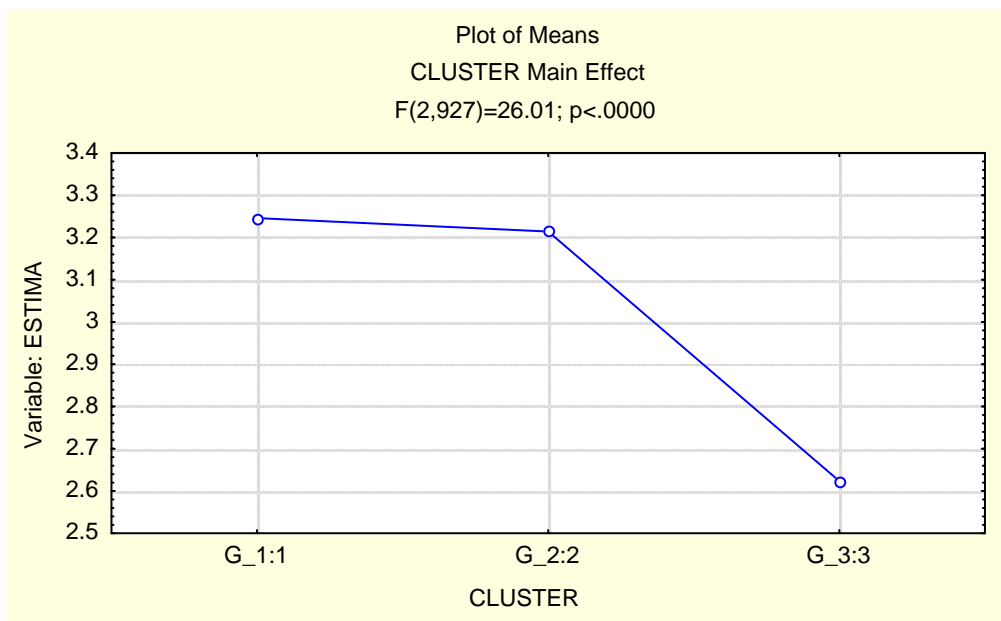


Figura 6.51. Media de autoestima para los tres conglomerados.

La comprobación post-hoc, mediante la prueba de Student-Newman-Keuls, da diferencias altamente significativas entre los grupos 1-3 y 2-3 ($p < 0,001$), indicando con ellas que los grupos 1 y 2 son muy superiores al 3 en la variable dependiente autoestima, sin ser diferentes entre sí en esta variable.

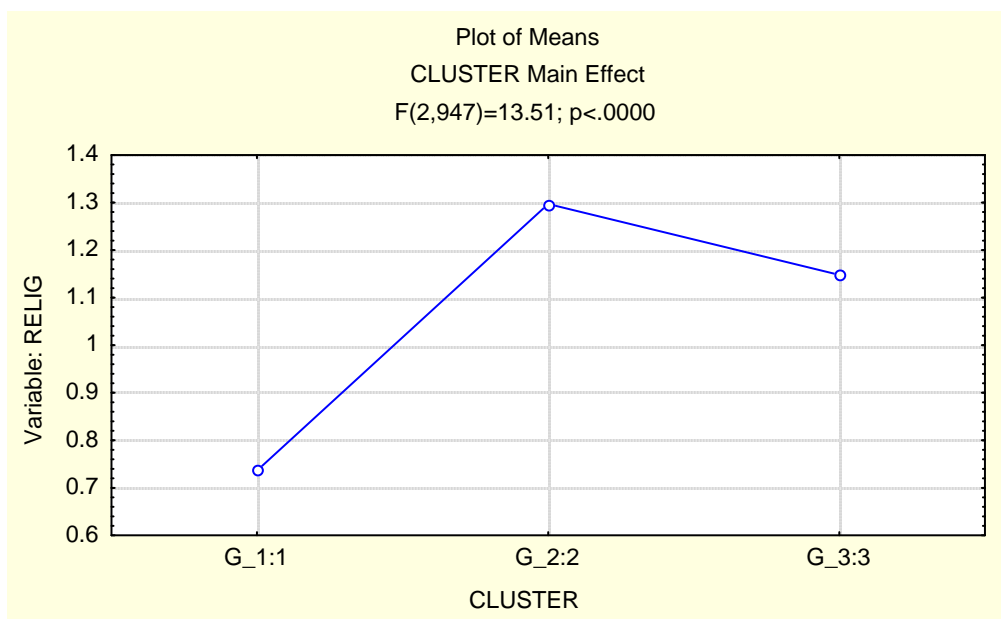


Figura 6.52. Media de la estrategia de afrontamiento religión para los tres conglomerados.

En el caso de la estrategia de afrontamiento Religión como variable dependiente, la comprobación post-hoc, mediante la prueba de Student-Newman-Keuls, da diferencias altamente significativas entre los grupos 1-3 y 1-2 ($p < 0,001$), indicando con ellas que los grupos 3 y 2 son muy superiores al 1 en el recurso a la Religión en situaciones de estrés, sin ser diferentes entre sí el 2 y el 3 en esta variable.

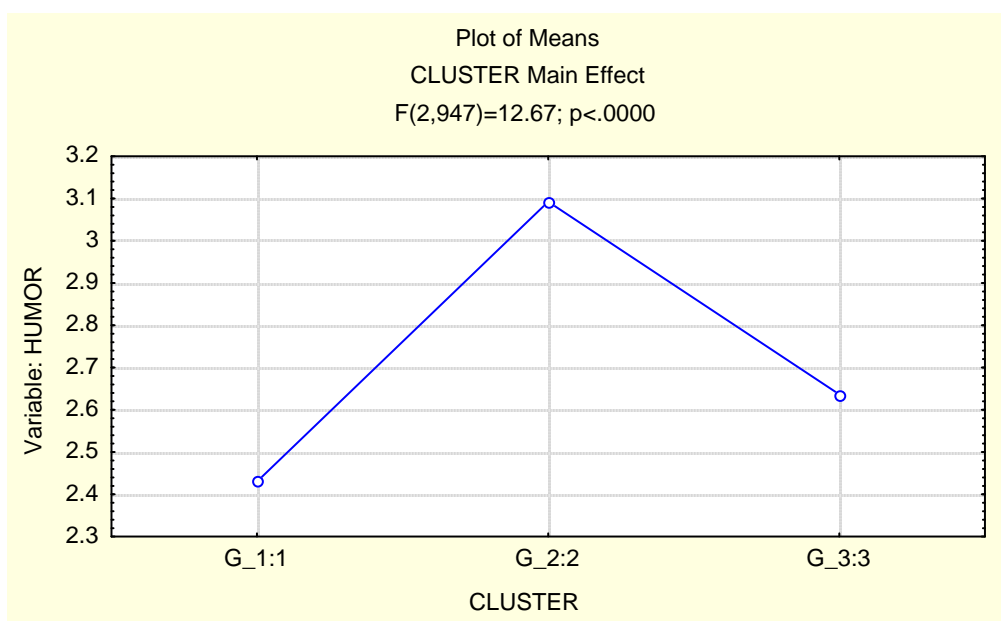


Figura 6.53. Media de la estrategia de afrontamiento Humor para los tres conglomerados.

La comprobación post-hoc, mediante la prueba de Newman-Keuls, da diferencias altamente significativas en la variable dependiente Humor como estrategia de afrontamiento entre los grupos 1 y 2 ($p < 0,001$), con diferencias también entre el 3 y el 2 ($p < 0,01$), indicando con ellas que los grupos 1 y 3 son inferiores al 2 en el recurso al Humor en situaciones de estrés, sin ser diferentes entre sí el 1 y el 3 en esta variable.

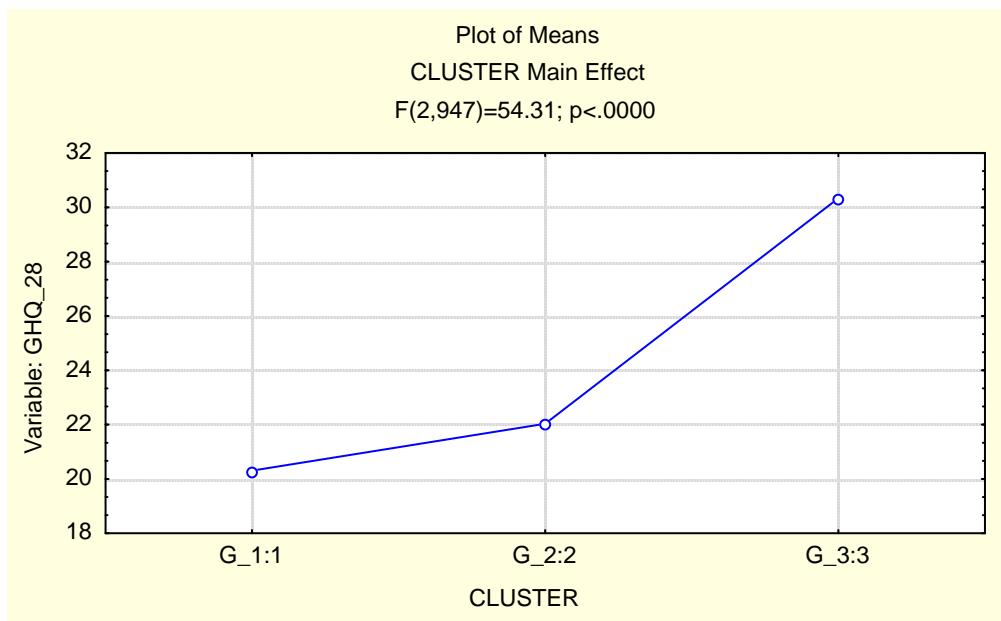


Figura 6.54. Media de salud general para los tres conglomerados.

En cuanto a la variable dependiente salud general, la comprobación post-hoc, mediante la prueba de SNK, da diferencias altamente significativas entre los grupos 1-3 y 2-3 ($p < 0,001$), indicando con ellas que los grupos 1 y 2 poseen mejor salud general que el grupo 3 (a mayor puntuación peor nivel de salud). Incluso la comparación del grupo 1 con el 2 indica que es mejor la salud general del grupo 1, porque existen también diferencias significativas ($p < 0,05$) entre estos dos grupos.

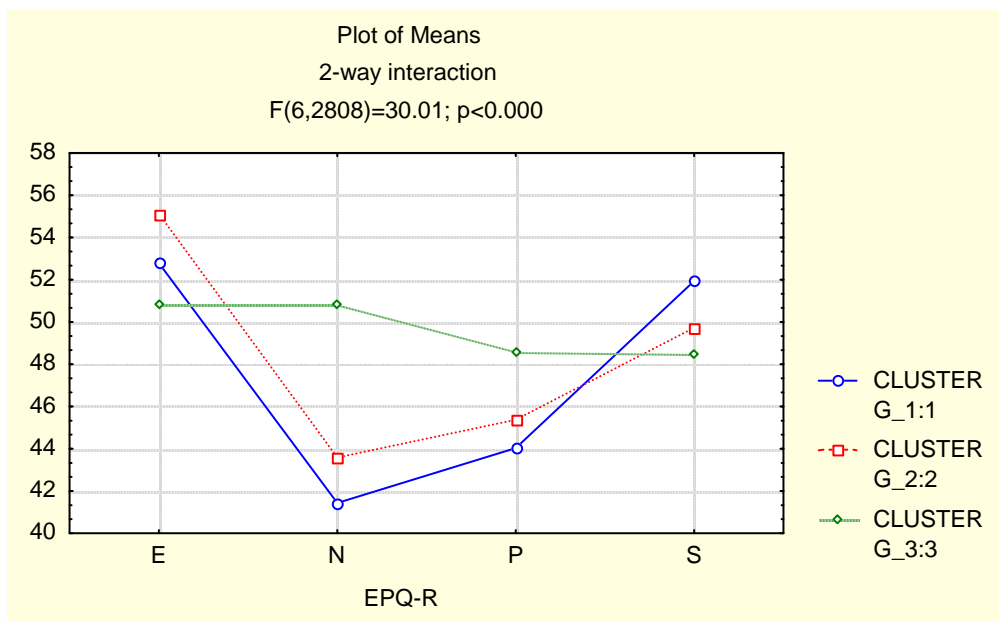


Figura 6.55. Puntuaciones medias de los tres clusters en cada dimensión del EPQ-R.

En el gráfico anterior se muestra la interacción entre las dimensiones de personalidad del EPQ-R. Aparecen los tres grupos (cluster 1 Adaptado Alto, 2 Adaptado Medio y 3 Adaptado Bajo) con sus puntuaciones medias en cada dimensión del EPQ-R: Extraversión (E), Neuroticismo (N), Psicoticismo (P), Disimulo (S).

Del análisis del gráfico se desprende que los perfiles de los grupos de afrontamiento muestran importantes diferencias en las dimensiones de su personalidad según el modelo PEN de Eysenck.

El perfil más diferenciado es el del grupo desadaptativo (cluster 3), por ser el que menos puntúa en E y en S, y el que más puntúa N y P. Este perfil del grupo desadaptativo se aproxima al perfil sugerido por Eysenck para los sujetos con conductas antisociales: altas puntuaciones en ENP y bajas en S.

El grupo 1 (cluster 1) muestra el perfil de personalidad de mejor adaptación: máxima estabilidad emocional (menor N) y menor puntuación en Psicoticismo (P), con la más alta puntuación a su vez en Disimulo (S).

A continuación se procede a analizar cada una de las dimensiones como variables dependientes por separado.

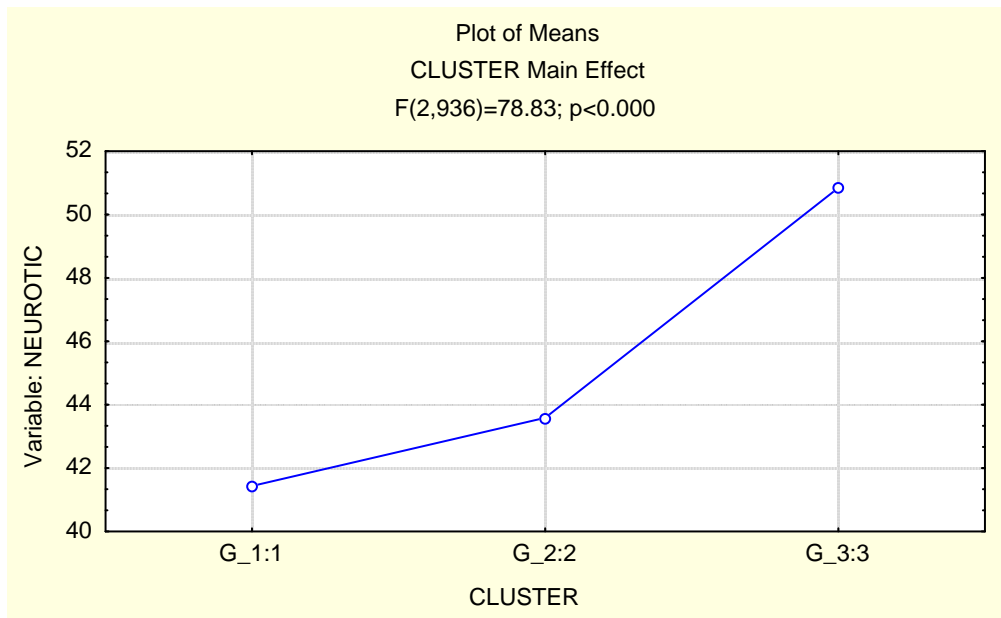


Figura 6.56. Puntuaciones medias en Neuroticismo de los tres clusters.

La comprobación post-hoc, mediante la prueba de Student-Newman-Keuls, da diferencias altamente significativas entre los tres grupos ($p < 0,001$) en la variable dependiente Neuroticismo o estabilidad emocional. El grupo 1 posee la mayor estabilidad emocional (bajo N), seguido del grupo 2 y con escasa o nula estabilidad emocional el grupo 3.

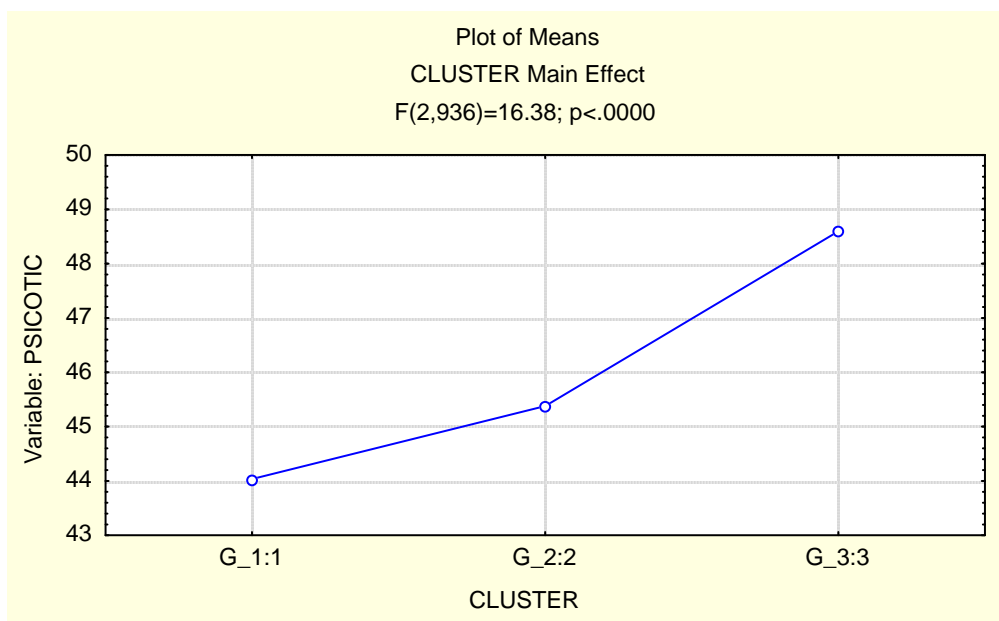


Figura 6.57. Puntuaciones medias en Psicoticismo de los tres clusters.

En cuanto a la dimensión de Psicoticismo, la comprobación post-hoc, mediante la prueba de SNK, da diferencias altamente significativas entre los grupos 1 y 2 con respecto al 3 ($p < 0,001$). El grupo 1 también es inferior al 2 en P ($p < 0,05$).

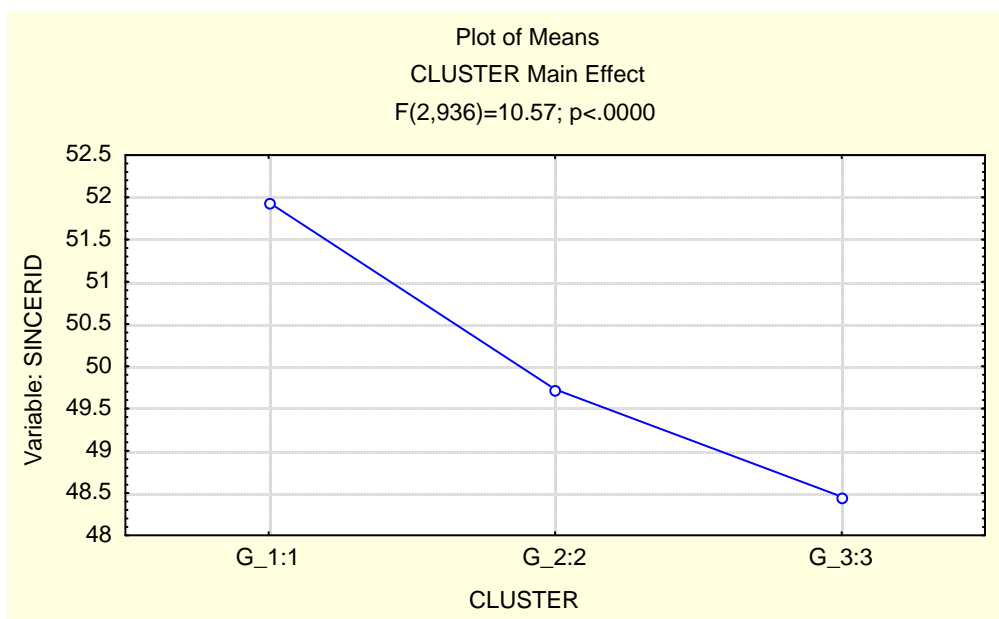


Figura 6.58. Puntuaciones medias en Disimulo o Sinceridad de los tres clusters.

En cuanto a la última escala del EPQ-R, Sinceridad o Disimulo, la comprobación post-hoc, mediante la prueba de Student-Newman-Keuls, da diferencias altamente significativas entre los grupos 1 y 2 con el 3 ($p < 0,001$). No habiendo diferencias en S entre los grupos 1 y 2.

6.8.2.- SELECCIÓN DE CUATRO CONGLOMERADOS O CLUSTERS

Se obtienen cuatro conglomerados o clústers por el procedimiento de K-medias con las puntuaciones en 12 de las 14 escalas del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento COPE. Se excluyen las escalas Religión y Humor porque, tal y como se refleja anteriormente, no son fácilmente clasificables en el conjunto adaptativo o desadaptativo de estrategias.

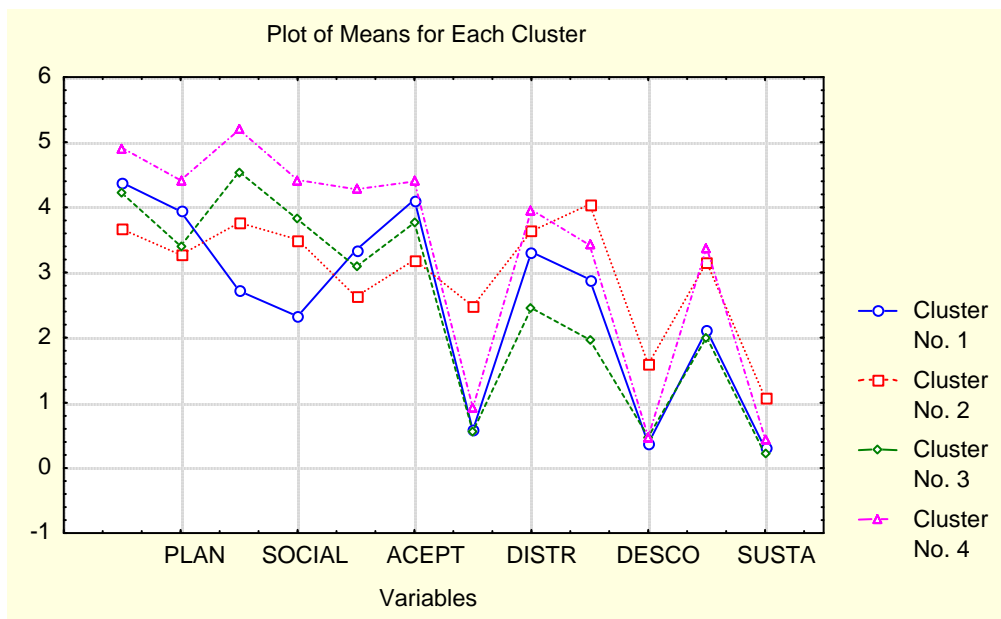


Figura 6.59. Cuatro conglomerados o clusters obtenidos por el procedimiento de K-medias.

Los 4 conglomerados agruparon así a los 956 sujetos: el conglomerado 1 incluye 259 casos de los que 77 son varones y el 88% procede del 1 anterior (con tres clusters), el grupo 2 está compuesto por 170 sujetos (33 son hombres) y el 99,6% procede del conglomerado 3 del apartado anterior, el

cluster 3 incluye 251 sujetos (33 son varones) y procede del 1 anterior el 68%, por último al grupo 4 le corresponden 276 casos de los que 35 son hombres y el 95% procede del conglomerado 2 anterior.

Al introducir cuatro conglomerados el grupo 2 está formado por los sujetos que utiliza estrategias de afrontamiento desadaptadas y deriva del grupo AB (Adaptación Baja). Se mantienen dentro de este grupo 169 sujetos del grupo 3 (AB) de la selección de 3 conglomerados (sólo uno procede del grupo 1AA). El grupo AB de tres conglomerados abarcaba 220 casos. Los 50 que faltan se clasificaron así:

21 en el grupo 1

17 en el grupo 3

12 en el grupo 4.

Por ello, el 77% se ha mantenido como grupo desadaptado también en una solución de 4 conglomerados, con procedencia del grupo AB de la solución de 3 conglomerados en un 99,6%, es decir, 169 casos de un total de 170. Su perfil adaptativo adolece de puntuaciones bajas en las escalas adaptativas, junto con las puntuaciones más altas en las escalas desadaptativas.

El grupo 4 deriva en su mayoría (el 95%) del 2 anterior, Adaptación Media (AM), que abarcaba 336 casos. Sólo añade 12 casos del grupo 3 y 1 del grupo 1. Su perfil adaptativo muestra puntuaciones altas en las estrategias adaptativas (las 6 primeras), junto con puntuaciones también altas en las estrategias desadaptativas (las 6 últimas, especialmente en Negación, Autodistracción y Autoinculpación).

El anterior grupo de Adaptación Alta (AA) se ha clasificado en una alta proporción en el grupo 3 actual (el 68%, con el 25% del 2 anterior y un 6.7% del 3 anterior). Su perfil adaptativo en las escalas COPE es de puntuaciones razonablemente altas en las seis escalas adaptativas, junto con las puntuaciones más bajas en las seis desadaptativas.

El conglomerado 1 actual aparece como el grupo nuevo en la solución de 4 conglomerados y está formado por el 88% del grupo 1 anterior, el 8% del grupo 3 y sólo un 4% del grupo 2. Su perfil adaptativo muestra puntuaciones bajas en Búsqueda de Apoyo Social Instrumental y dos niveles relativamente altos en escalas desadaptativas, como son Autodistracción y Autoinculpación.

Por lo dicho anteriormente, resulta interesante comparar entre sí a los grupos extremos en cuanto a utilización de estrategias de afrontamiento adaptativas (C 2 con C 3) por una parte, y también hacerlo con los grupos intermedios (C 1 y C 4).

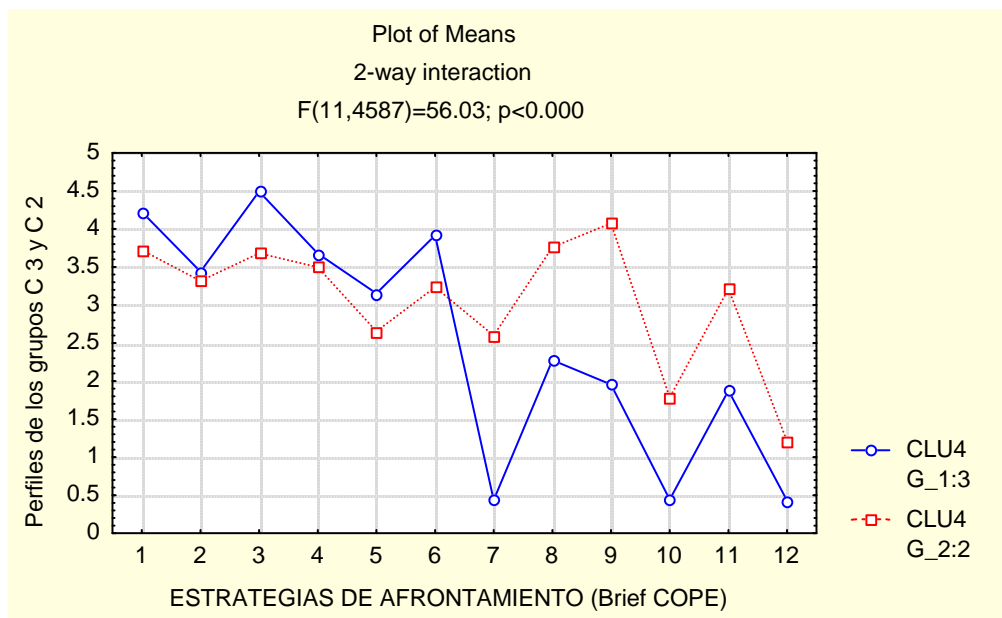


Figura 6.60. Perfiles de los grupos C3 y C2.

La interacción muestra cómo el conglomerado C 3 (azul) puntúa alto en las 6 primeras estrategias (adaptativas) y muy bajo en las seis restantes estrategias, que son desadaptativas. El perfil del conglomerado C 2 (rojo) apenas diferencia entre estrategias preferidas, sean adaptativas o desadaptativas.

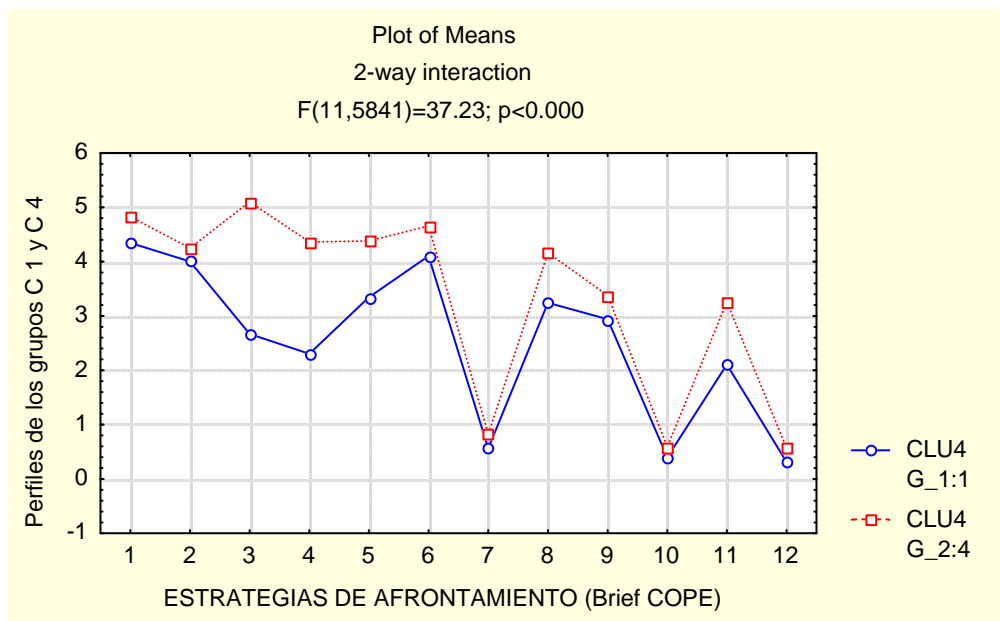


Figura 6.61. Perfiles de los grupos C1 y C4.

Se muestran los perfiles del grupo C 1 (azul) y C 4 (rojo). El perfil del C 4, aunque es superior en las seis primeras estrategias al del C 1, pierde esa ventaja al ser también superior en las estrategias negativas (de la 7 a la 12).

La tabla siguiente muestra la distribución de la muestra por conglomerados, titulación y sexo. Esta distribución nos permite un análisis de la adaptación de los estudiantes a sus titulaciones según el sexo.

Tabla 6.85. Distribución de la muestra por conglomerados, titulaciones y sexo.

Cluster	Enfermería		Fisioterapia		Topografía		Totales		Casos
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	
C 1	40 (46%)	133 (22,5%)	23 (42,6%)	43 (26,7%)	14 (37,8%)	6 (23,1%)	77 (43%)	182 (23%)	259 (27%)
C 2	19 (21,8%)	95 (16,1%)	8 (14,8%)	35 (21,7%)	6 (16,2%)	7 (26,9%)	33 (18%)	137 (18%)	170 (18%)
C 3	10 (11,5%)	174 (29,4%)	14 (25,9%)	35 (21,7%)	9 (24,3%)	9 (34,6%)	33 (18%)	218 (28%)	251 (26%)
C 4	18 (20,7%)	189 (32,0%)	9 (16,7%)	48 (29,8%)	8 (21,6%)	4 (15,4%)	35 (20%)	241 (31%)	276 (29%)
Total	87	591	54	161	37	26	178	778	956
	678		215		63		956		

En el conglomerado 2 (peor adaptados) superan los varones a las mujeres en enfermería, sin embargo ocurre a la inversa en fisioterapia y topografía.

En grupo 3 (mejor adaptados) superan las mujeres a los varones en enfermería y topografía, ocurriendo lo contrario en fisioterapia.

En los grupos intermedios, vemos que en C 1 predominan los varones en las tres titulaciones (con un resultado global del 43% de varones y 23% de mujeres). En C 4, por el contrario, predominan las mujeres (31%) sobre los varones (20%) en las titulaciones con elevado número de alumnos (enfermería y fisioterapia). Al respecto de la titulación de topografía, a causa del escaso alumnado participante, el hecho de que el porcentaje de varones sea superior en C 4 es irrelevante.

Tabla 6.86. Distribución de la muestra por campus, titulaciones y sexo.

Cluster	León		Ponferrada		Córdoba		Totales		Casos
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	
C 1	18 (54%)	64 (24%)	48 (42%)	90 (24%)	11 (37%)	28 (19%)	77 (43%)	182 (23%)	259 (27%)
C 2	2 (6%)	44 (17%)	23 (20%)	67 (18%)	8 (26%)	26 (18%)	33 (18%)	137 (18%)	170 (18%)
C 3	4 (12%)	72 (27%)	24 (21%)	101 (27%)	5 (17%)	45 (31%)	33 (18%)	218 (28%)	251 (26%)
C 4	9 (27%)	81 (31%)	20 (17%)	114 (31%)	6 (20%)	46 (32%)	35 (20%)	241 (31%)	276 (29%)
Total	33	261	115	372	30	145	178	778	956
	294		487		175		956		

El C 2 es el conglomerado que prácticamente procede en su totalidad del AB (adaptado bajo o desadaptado), según las estrategias preferidas en el afrontamiento del estrés. Abarca el 18% de la muestra total, con igual porcentaje de varones que de mujeres. El campus de Córdoba aporta el mayor porcentaje de varones y el menor el campus de León. Supone el extremo negativo de las variables, en cuanto representa a las conductas menos adaptadas. La solución de cuatro conglomerados ha seleccionado a sujetos que

ya estaban desadaptados en la solución de tres conglomerados, reduciendo su número y aumentando la homogeneidad del grupo: se pasó del 23% en la solución de tres al 18% en la solución de cuatro.

El C 3 es el conglomerado de los estudiantes mejor adaptados, derivados en gran parte del AA (Adaptado Alto) de la solución de tres. Abarca el 26% de la muestra, con superior porcentaje de mujeres (28% frente al 18% de los varones). Este conglomerado (C 3) será la referencia para comparar con el resto en otras variables, particularmente con el C 2 que habrá de estar en el extremo opuesto de la adaptación reflejada en las variables.

El C 4 es un conglomerado que deriva en su mayoría del grupo AM (Adaptado Medio), con la peculiaridad de tener en relación con el 1 escasa o ninguna diferencia en las variables importantes de esta investigación. Es el grupo más amplio y abarca el 29% del total de la muestra. Es el grupo del predominio de las mujeres (31% frente al 20% de los varones), en cuanto contrapuesto al C 1 que incluye un 43% de varones frente al 23% de mujeres.

El C1 es el conglomerado nuevo en la selección de cuatro cluster, con gran número de sujetos recibidos del anterior AA. Este grupo, con el 43% de los varones, abarca el 27% del total de la muestra. En general, con respecto a estrategias de afrontamiento, este C 1 apenas se diferencia del C 4, situándose ambos en una posición intermedia entre el C 2 y el C 3, aunque más próximos al grupo mejor adaptado que es el C 3.

6.8.1.2.- Validación externa de los cuatro tipos de estrategias de afrontamiento

El procedimiento de validación externa se realiza mediante ANOVAs o MANOVAs, en los que los cuatro conglomerados o grupos sirven de variable clasificadora. Las diferencias halladas en las variables dependientes utilizadas

nos sirven para comprobar que la elección de cuatro conglomerados es la más apropiada para clasificar sujetos en grupos más homogéneos.

Las variables independientes (clasificadoras o intergrupo) son los cuatro cluster o conglomerados. A continuación se muestran efectos principales o interacciones para distintas variables dependientes examinadas por separado.

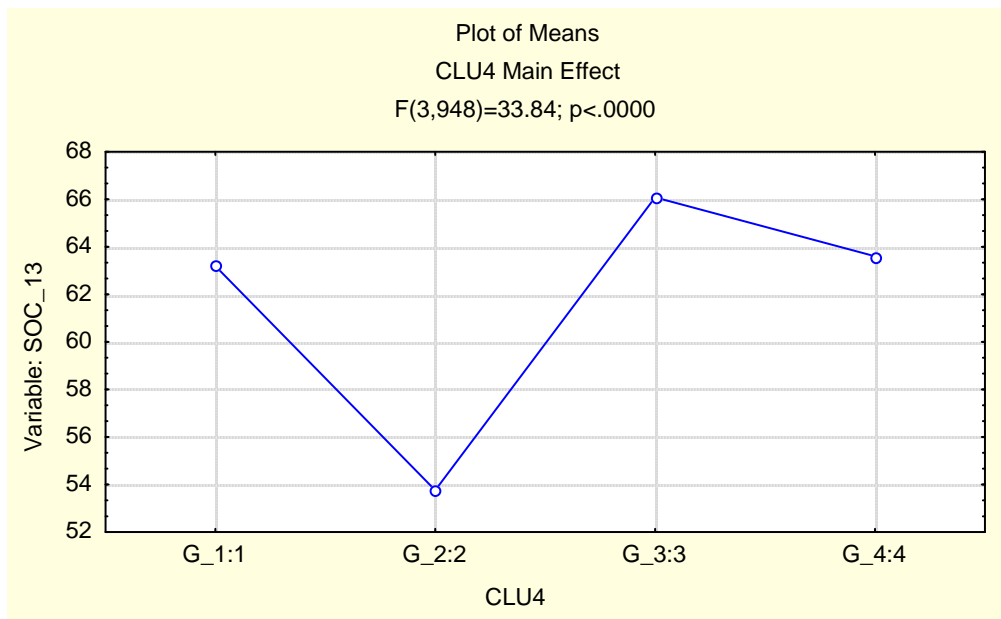


Figura 6.62. Media de sentido de coherencia para los cuatro conglomerados.

En cuanto a la variable dependiente sentido de coherencia, la comprobación post-hoc, mediante la prueba de SNK, muestra diferencias altamente significativas ($p < 0,001$) entre el grupo 2 por ser inferior con respecto a los grupos 1, 3 y 4. El máximo nivel de SOC-13 corresponde al grupo 3 que es superior ($p < 0,005$) al 1 y al 4, entre los que no se da diferencia estadísticamente significativa. El grupo 3 se presenta con las máximas puntuaciones en el SOC-13, los grupos 1 y 4 con puntuaciones intermedias y sin diferencias entre ellas, siendo el grupo 2 muy inferior a todos en el SOC-13. Tenemos, pues, dos grupos extremos: uno es el mejor adaptado (el nuevo grupo 3) y otro es el grupo desadaptado (el nuevo grupo 2).

Hay que destacar que los grupos 2 y 3 se mantienen en los extremos, para estrés percibido (general y reciente), alto el 2 y bajo el 3, con las puntuaciones intermedias de los grupos 1 y 4, sin diferencias entre sí. Ocurre de modo similar en el cansancio emocional (ECE). Todo ello, en consonancia con las puntuaciones invertidas para sentido de coherencia, alto el 3 y bajo el 2, con posición intermedia (y sin diferencias entre sí) de los grupos 1 y 4.

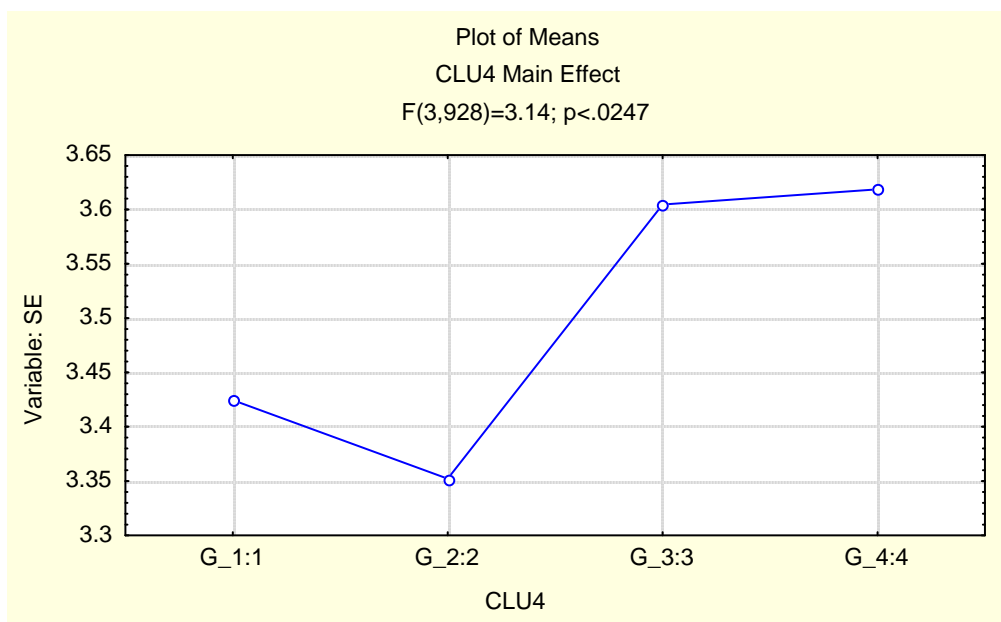


Figura 6.63. Media de satisfacción con los estudios para los cuatro conglomerados.

En esta variable se diferencian los grupos 1 (baja SE) y 4 (alta SE). Como se puede ver en la figura anterior, en SE el grupo 1 se alinea con el 2 sin diferenciarse entre sí en su baja SE, lo mismo que el grupo 4 se alinea con el 3 en alta SE. Las diferencias son estadísticamente significativas entre los grupos de baja SE y los de alta SE, según la comprobación post-hoc de Student-Newman-Keuls.

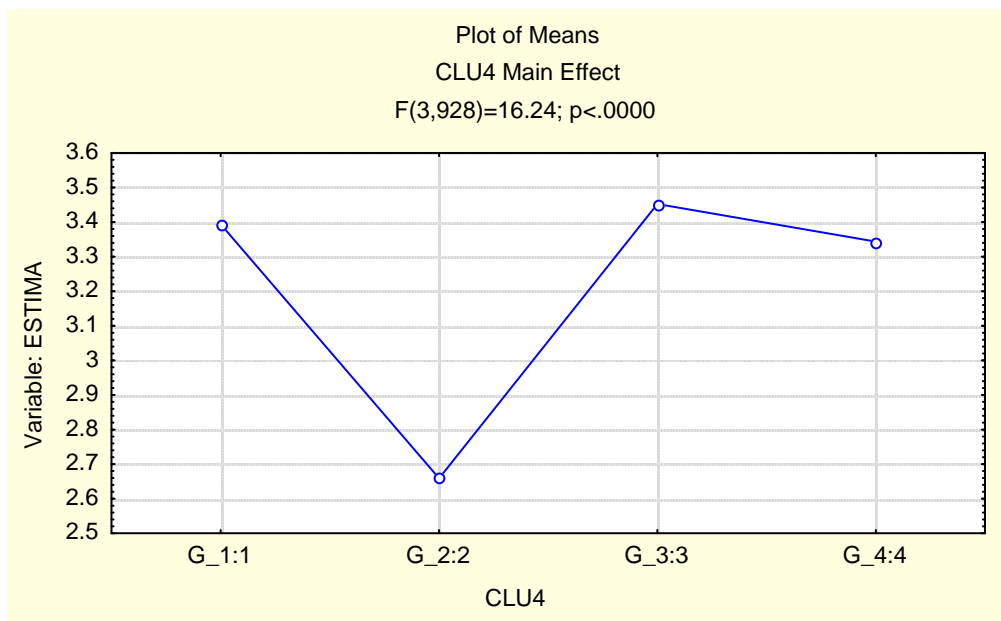


Figura 6.64. Media de autoestima para los cuatro conglomerados.

Como cabía esperar, el grupo con autoestima más baja es el 2 y el de autoestima más alta es el 3, existiendo diferencias significativas según la prueba post-hoc SNK ($p < 0,001$). Pero en esta variable no hay diferencia estadísticamente significativa del grupo 3 con el 1 y el 4, ya que también estos grupos se atribuyen alta autoestima.

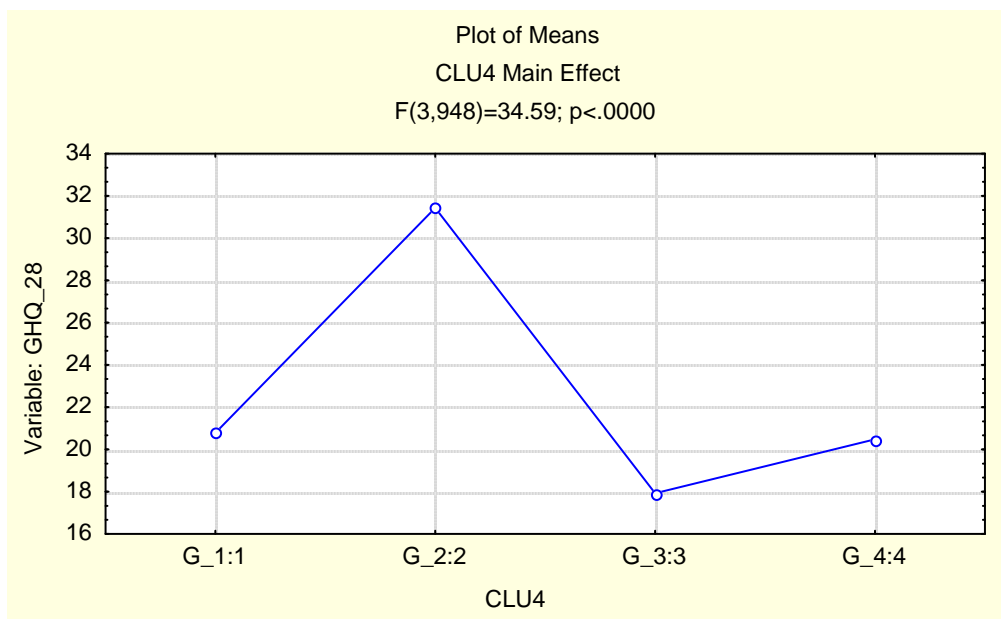


Figura 6.65. Media de salud general para los cuatro conglomerados.

En sentido contrario a la autovaloración de la autoestima, la valoración de los problemas de salud general, o distrés, son acusados en el grupo 2, el que mostraba la autoestima más baja. En el extremo opuesto, con menores problemas en el GHQ-28, se halla el grupo 3. Las diferencias, según comprobación post-hoc con la prueba de Student-Newman-Keuls, son estadísticamente significativas entre los grupos, a excepción de los grupos 1 y 4 entre sí.

A pesar de ser pocos los varones participantes en la investigación, se podría sugerir aquí que la superioridad de las mujeres en problemas de salud psicológica, o mayor distrés emocional (detectado este en superior Cansancio emocional, en Estrés percibido y en el GHQ-28), pudiera influir en los niveles de estas variables en los grupos C 1 y C 4 (superior este en porcentaje de mujeres en su composición). El C 4 incluye mayor porcentaje de mujeres y el C 1 incluye mayor porcentaje de varones.

Si en el ANOVA introducimos como covariante la variable sexo, los cambios producidos son: aparece diferencia entre el C 1 y C 4 ($p < 0,01$) y se elimina la diferencia entre el C 3 y el C 1 que se queda en mera tendencia ($p = 0,09$) al tener más problemas el C 1 que el C 3. En suma, el distrés del C 1 se reduce si actúa el sexo como covariante, variable que antes sí pudiera estar influyendo en los resultados.

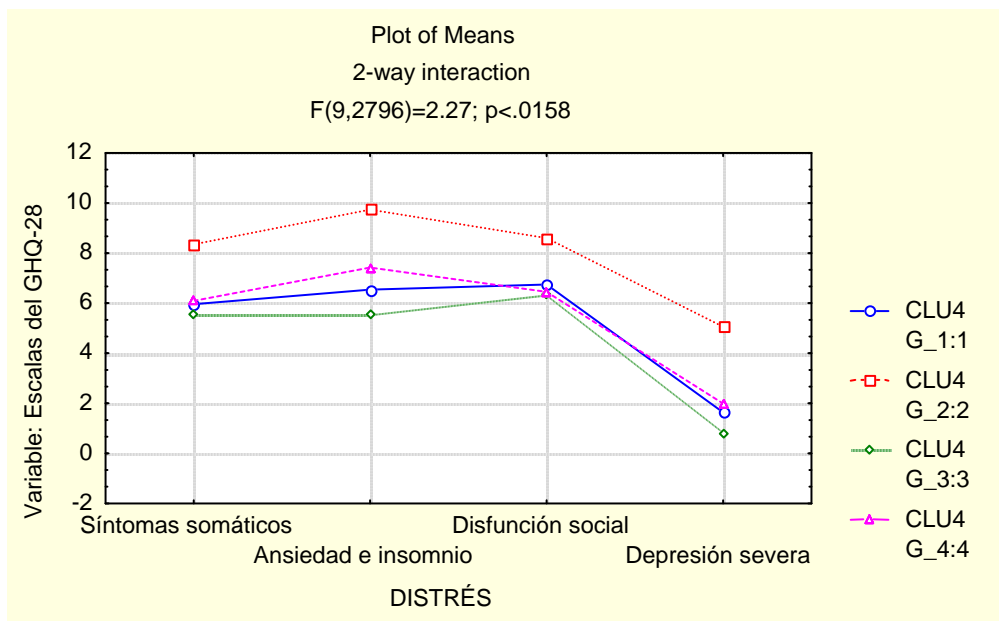


Figura 6.66. Perfil en las cuatro escalas de salud general para los cuatro conglomerados.

Se comprueba en la figura 6.66 que el conglomerado C 2 (rojo) es superior a los demás en problemas de salud en las cuatro escalas del GHQ-28.

Por lo demás, en las 4 escalas del GHQ-28 es el C 3 (verde) el que goza de mejor salud psicológica (menor distrés emocional) de los 4 grupos.

En los niveles intermedios se encuentran los grupos C 1 (azul) y C 4 (rosa). Este último supera al C 1 en la escala de ansiedad e insomnio. Esto se muestra en el ANOVA de la figura siguiente.

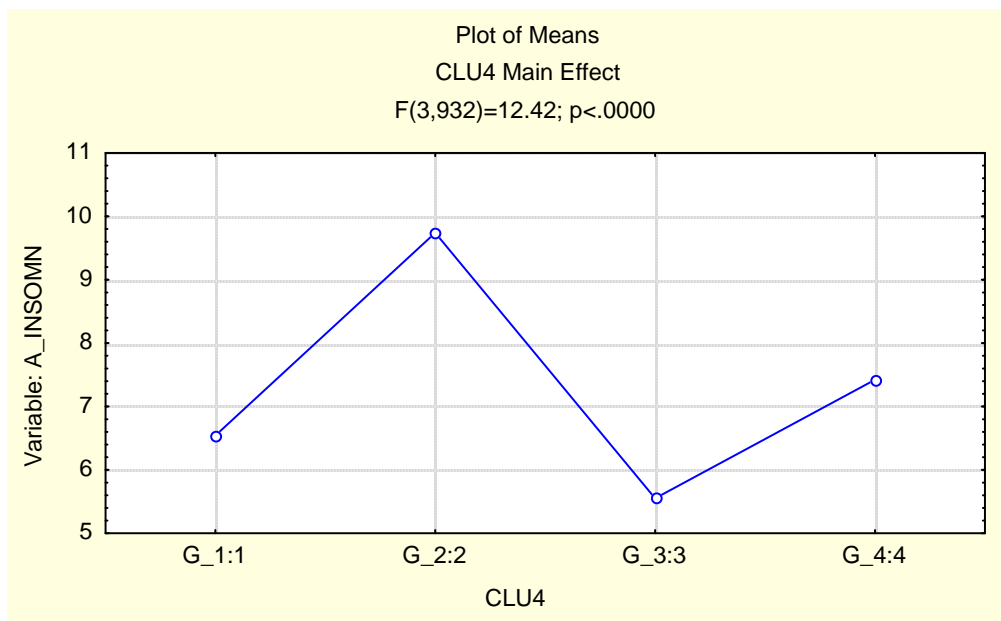


Figura 6.67. Medias en la escala ansiedad-insomnio para los cuatro conglomerados.

La comprobación post-hoc muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos. Del C 2 con todos los demás ($p < 0,001$), por ser el que más problemas dice tener en esta escala de ansiedad e insomnio. También es superior ($p < 0,05$) en estos problemas el C 4 al C 1 y ambos al C 3, llegando a ser muy alta la diferencia ($p < 0,001$) del C 4 respecto al C 3.

En cuanto a las dimensiones de personalidad también existen diferencias entre los cuatro grupos tal y como se aprecia en la figura siguiente, en la que se muestran en puntuaciones T los perfiles de los tres factores del modelo PEN de personalidad.

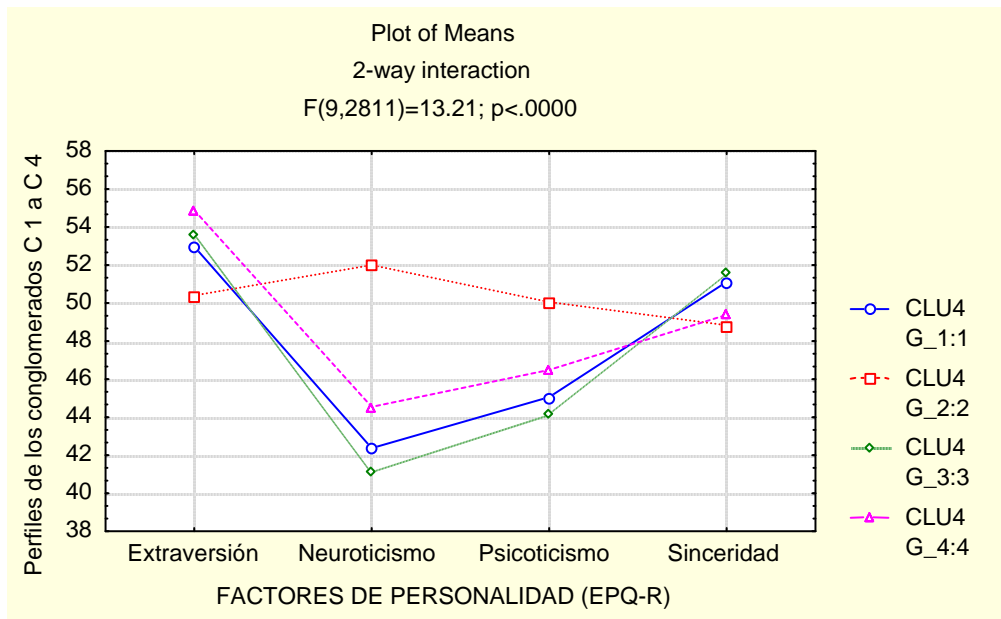


Figura 6.68. Perfil en las dimensiones de personalidad para los cuatro conglomerados.

Se observa la contraposición de los perfiles C 2 (rojo) y C 3 (verde) en las cuatro variables. C 1 y C 4 tienen perfiles atenuados y semejantes al perfil de mayor estabilidad emocional y adaptación que es el de C 3.

El C 2 es superior a C 3 y a C 1 tanto en Neuroticismo como en Psicoticismo, variables que sitúan al C 2 como grupo de riesgo de conductas antisociales según Eysenck, debido a sus altas puntuaciones en dichas variables.

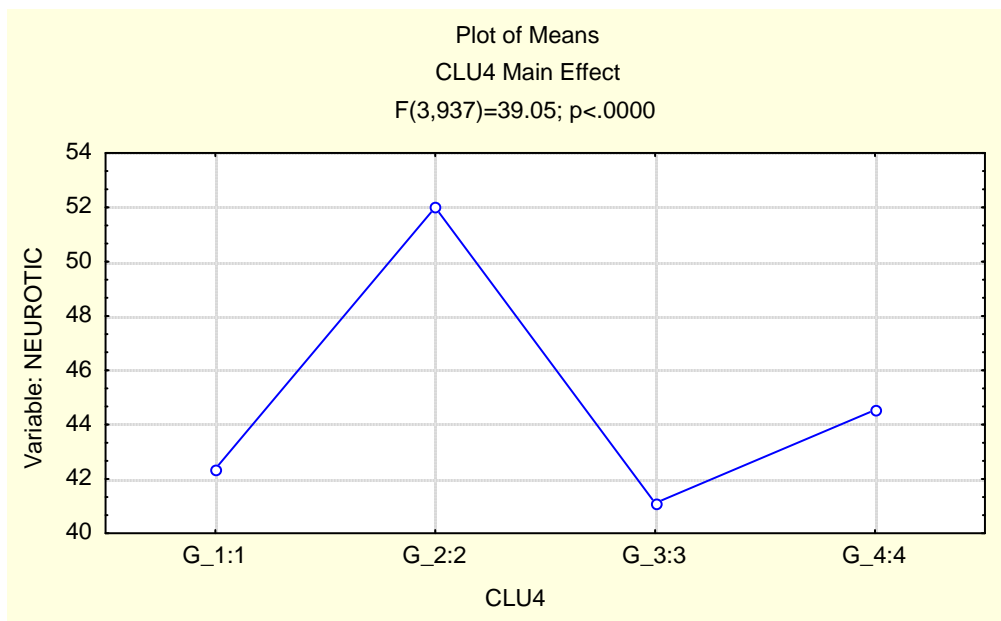


Figura 6.69. Medias en Neuroticismo para los cuatro conglomerados.

Las diferencias de los grupos en N del EPQ-R presentan un gráfico similar al de la salud psicológica del GHQ-28. Los más altos en Neuroticismo (N) son los del grupo 2 o desadaptado. Es decir, el grupo 2 muestra la mayor inestabilidad emocional y menor salud psicológica, situándose en el extremo opuesto el grupo de Adaptación Alta, o mejor adaptado, que es el grupo 3 con la mayor estabilidad emocional en su personalidad. La situación intermedia corresponde, como con otras variables importantes, a los grupos 1 y 4, aunque en N no existe diferencia estadísticamente significativa del grupo 3 con el 1 según la comprobación post-hoc con la prueba de Student-Newman-Keuls. Cuando se comparan los grupos en Neuroticismo (o estabilidad emocional, si las puntuaciones son bajas) por separado, indica que las diferencias son significativas, del C 4 ($p < 0,001$) con el 3 y ($p < 0,005$) con el 1 por ser el C 4 más bajo que el C 3 y el C 1 en estabilidad emocional.

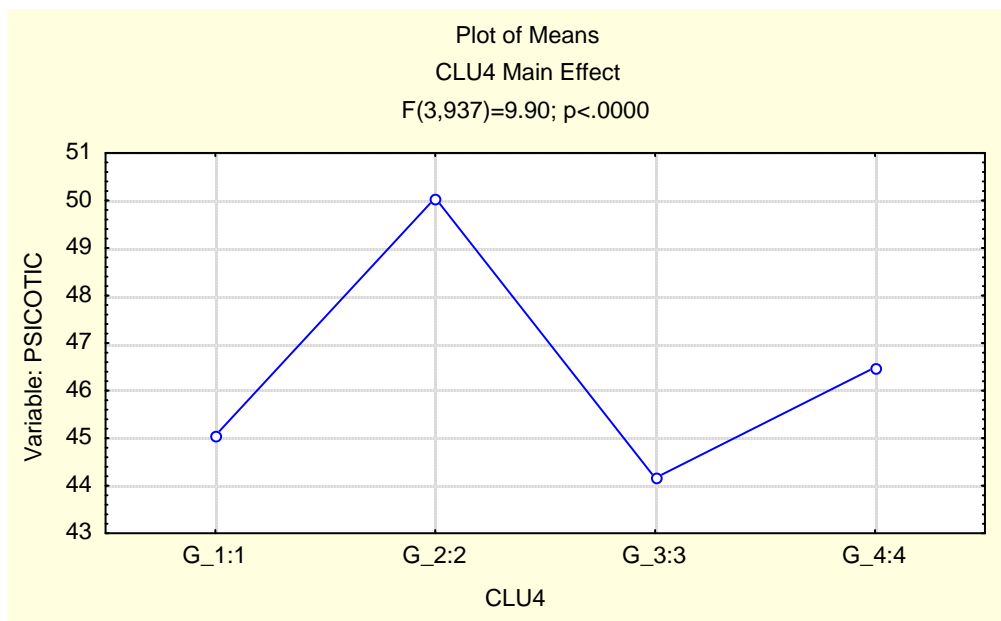


Figura 6.70. Medias en Psicoticismo para los cuatro conglomerados.

La representación de la figura 6.70 para P es muy similar a la anterior para N. También son extremos los grupos 2 (por alto P) y 3 (por bajo P). Según la comprobación post-hoc, todas las diferencias son significativas excepto las del grupo 1 con el 3 (tendencia, $p = 0,06$) y con el 4. El C 4 es significativamente superior al C 3 ($p < 0,01$) y existe una tendencia ($p = 0,06$) a serlo también respecto al C 1.

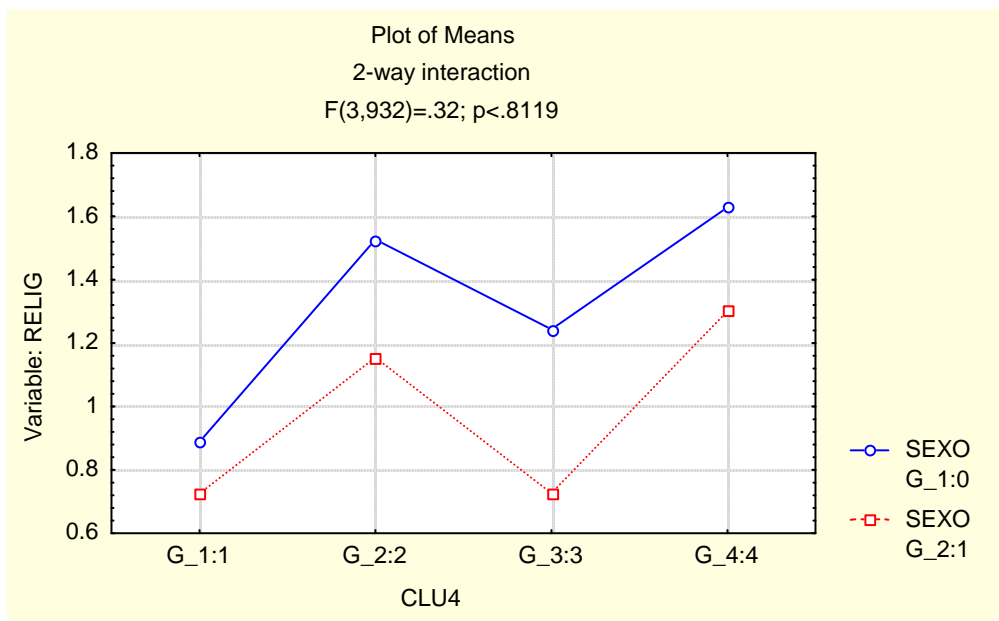


Figura 6.71. Diferencias de género y de conglomerado en la estrategia de afrontamiento religión.

Existe un efecto principal de género ($p < 0,05$), según el cual las mujeres (rojo) recurren menos a la Religión que los varones (azul) como estrategia de afrontamiento. También se da efecto principal de conglomerado ($p < 0,001$), según el cual dos grupos son los que más recurren a la Religión y otros dos grupos apenas recurren a la Religión frente al estrés. La comprobación post-hoc mostró que los grupos altos en la estrategia de Religión no se diferencian entre sí, el 2 y el 4, lo mismo que los bajos (el 1 y el 3) en la estrategia de Religión tampoco muestran diferencia significativa entre ellos. En cambio, la diferencia entre altos y bajos es significativa, hasta ser altamente significativa entre el grupo 4, el más alto, y los grupos 3 y 1 ($p < 0,001$).

Si ya los grupos 1 y 4 se diferenciaban entre sí en satisfacción con los estudios (SE), siendo el grupo 4 el más alto y el grupo 1 el más bajo, en la variable de Religión como estrategia de afrontamiento también son grupos extremos, y en la misma dirección: más alto el 4 y más bajo el 1.

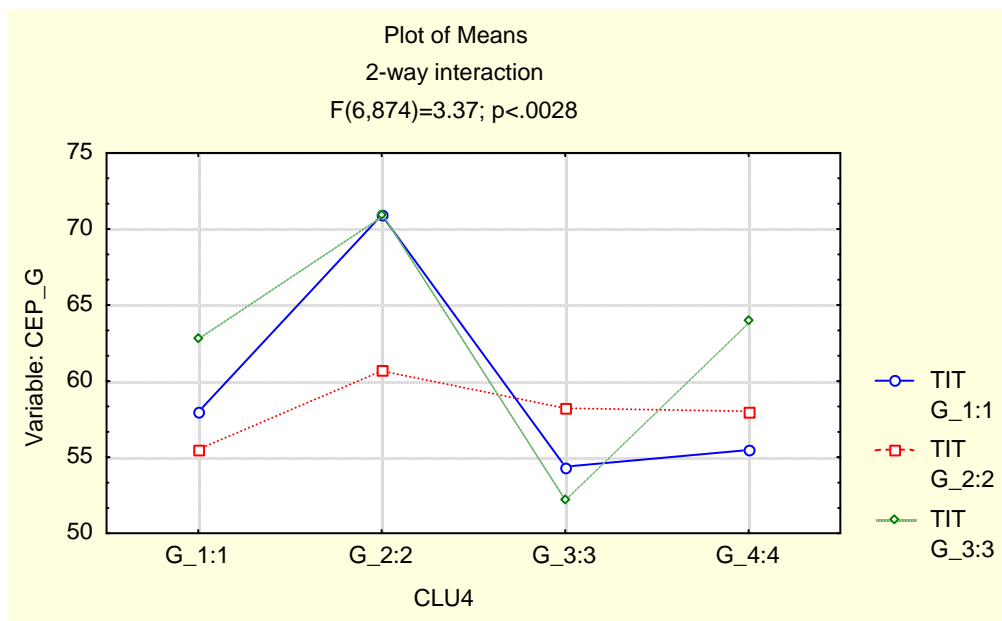


Figura 6.72. Interacción titulación por conglomerado en estrés percibido general.

En la variable dependiente estrés percibido en general, llama la atención que los estudiantes del Conglomerado 2 (C 2), correspondientes a fisioterapia (rojo), puntúan aproximadamente lo mismo que los del C 3 o C 4, a diferencia de los estudiantes de enfermería (azul) y topografía (verde) ($p < 0,005$).

En la figura siguiente se comparan, para mayor claridad, los Conglomerados extremos (C 2 con C 3) en las titulaciones más numerosas (en enfermería, o TIT 1, con 678 estudiantes y en fisioterapia, o TIT 2, con 215 estudiantes).

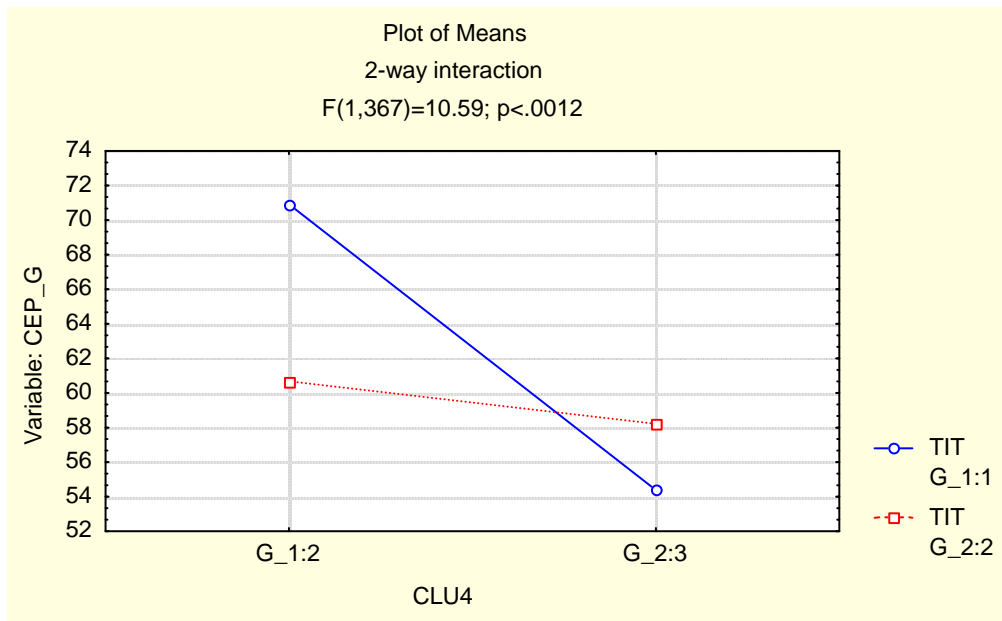


Figura 6.73. Interacción titulación (enfermería y fisioterapia) por conglomerado (C2 y C3) en estrés percibido general.

La comprobación post-hoc indica que la percepción general de estrés por parte de los estudiantes del Conglomerado 2 es muy superior ($p < 0,001$) en la titulación de enfermería (azul) que en la de fisioterapia (rojo). Asimismo, la comparación del C 2 con el C 3 indica que la percepción de estrés general sufre un cambio importante en enfermería ($p < 0,001$), ya que baja mucho la percepción de estrés por parte del C 3, algo que no pasa en fisioterapia por no ser significativa la diferencia en esta titulación entre el C 2 y el C 3.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7

7.1.- DISCUSIÓN

7.1.1.- SOBRE LOS RESULTADOS GLOBALES

Los valores de referencia de la escala de medida del SOC-13 (Antonovsky, 1983) de 1 a 7 puntos son los siguientes: puntuaciones de 1,00 a 2,33 corresponderían a un nivel bajo de SOC, 2,34-4,66 sería niveles moderados de sentido de coherencia y un SOC fuerte correspondería a los valores comprendidos entre 4,67-7,00. Podemos decir que el nivel de SOC en la población a estudio es fuerte (4,9 para los hombres y 4,78 para mujeres), estas puntuaciones son semejantes a las obtenidas por Kuuppelomäki y Utriainen (2003). Los niveles medios obtenidos en el presente estudio en cuanto al sentido de coherencia (para hombres $M = 62,5$ y $SD = 10,62$ y para mujeres $M = 61,73$ y $SD = 10,73$) son ligeramente superiores a los que se muestran en el estudio de Pallant y Lae del año 2002, tanto para hombres ($M = 61,37$, $SD = 11,23$) como para mujeres ($M = 60,4$, $SD = 12,05$), a pesar que la edad es superior en su muestra ($M = 37$, $SD = 13$) que en la del presente estudio ($M = 21,29$, $SD = 4,439$). Sin embargo, son ligeramente inferiores a los encontrados por Antonovsky en 1993 para una muestra de similares características ($M = 66,5$ y $SD = 10$). Por lo que podríamos, decir que los valores en este constructo, se asemejan a los encontrados en poblaciones similares y se corresponden con niveles altos de SOC.

El nivel de estrés percibido encontrado en la muestra objeto de estudio presenta una media de 59,56 y desviación típica de 13,64 para el estrés general y para el estrés reciente una media de 65,75 y una desviación típica de 14,74. Aplicándoles a las puntuaciones medias las indicaciones del grupo de Levenstein (Levenstein et al., 1993) para su transformación (índice de CEP = (puntuación total -30)/90), tenemos unos índices de estrés de 0,33 en la variante general y 0,4 en la reciente. Estos índices son similares a los encontrados por el grupo de Sanz-Carrillo (Sanz-Carrillo et al., 2002) para población de 18 a 24 años en la forma general (0,3681) y a los encontrados por el equipo de Levenstein (Levenstein et al., 1993) para estudiantes (0,36 en ambas formas general y reciente).

En la Escala de Cansancio Emocional se obtiene una media de 29,39 puntos y una desviación típica de 7,03. La media es ligeramente superior a la encontrada por Ramos et al. en 2005 en una muestra similar ($M = 27,45$, $SD = 6,31$), aunque en otro estudio (Ramos et al., 2007) que utiliza este mismo instrumento en una muestra semejante, los resultados son prácticamente equivalentes ($M = 30,24$, $SD = 7,14$). También la media en satisfacción con los estudios es ligeramente superior ($M = 3,55$, $SD = 0,83$) a la hallada en el citado artículo ($M = 2,83$, $SD = 0,84$). En una muestra similar de alumnos de la Facultad de Psicología, González y Landero (2007, 2008a) obtuvieron una media en cansancio emocional algo inferior ($M = 26,86$, $SD = 8,36$; $M = 26,47$, $SD = 8,05$).

En cuanto a la variable salud psicológica, vemos como la muestra objeto de estudio tiene unos peores niveles de bienestar ya que su media es más elevada ($M = 23,57$, $SD = 11,77$) que la de otros grupos similares como el estudiado por Ramos et al. en 2005 ($M = 19,71$, $SD = 9,32$). En el trabajo realizado por Morrison y O'Connor (2005) en estudiantes, los datos nos indican que la puntuación que obtienen nuestros alumnos es superior en cuanto a la puntuación total ($M = 18,35$, $SD = 8,17$) y en cada una de las escalas del GHQ-

28 a excepción de la escasa C (Disfunción social) en la que los datos son semejantes ($M = 6,97$, $SD = 1,93$).

Para finalizar observamos como las estrategias de afrontamiento más utilizadas son afrontamiento activo ($M = 4,36$, $SD = 0,99$) y apoyo social emocional ($M = 4,10$, $SD = 1,41$), seguidas por aceptación de la responsabilidad ($M = 3,94$, $SD = 1,18$) y planificación ($M = 3,82$, $SD = 1,24$). Todas ellas son estrategias de afrontamiento activo y adaptativas. Las menos frecuentes son uso de sustancias ($M = 0,46$, $SD = 1,08$) y desconexión conductual ($M = 0,65$, $SD = 0,99$), que podríamos englobarlas dentro del grupo de estrategias de afrontamiento desadaptativas.

Pasando a las dimensiones de personalidad, vemos como todos los valores se sitúan en torno a los valores medios de la población (Eysenck y Eysenck, 1985) obteniéndose en Extraversión una media de 53,07 ($SD = 9,47$) que equivaldría al percentil 60, en la dimensión Neuroticismo la media es de 44,38 ($SD = 9,15$) que estaría dentro del percentil 30, en Psicoticismo la muestra podría englobarse dentro del percentil 35 ($M = 45,69$, $SD = 9,08$) y en la escala de Disimulo la puntuación media corresponde con el percentil 50 ($M = 50,61$, $SD = 9,14$).

7.1.2.- SOBRE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

El Cuestionario de Estrés Percibido es un instrumento de medida del estrés que en sus inicios fue diseñado para medir el estrés en investigaciones con pacientes psicósomáticos (Levenstein et al., 1993). Posteriormente se ha utilizado con muestras de sujetos que no presentan este tipo de dolencias y se ha adaptado a otros idiomas y poblaciones (Sanz-Carrillo et al., 2002).

La fiabilidad del cuestionario en este estudio es buena, con una alfa de Cronbach de 0,92 en su variante de estrés general y de 0,92 en la de estrés reciente. Datos similares a los encontrados por el grupo de Sanz-Carrillo, que

fueron de 0,9 en el estrés general y de 0,87 en el reciente. Por lo que se demuestra que las características psicométricas de este cuestionario son favorables. En cuanto a la estabilidad temporal, no se han encontrado estudios que la valoren, obteniéndose en este un valor aceptable para las dos versiones del cuestionario.

Tanto para la versión general como para la reciente el análisis factorial de componentes principales y rotación varimax arroja cinco factores, lo cual no se corresponde con los análisis de validación de la prueba con pacientes, que proponían seis factores (Sanz-Carrillo et al., 2002). En ambas versiones aparecen cinco factores aunque los pesos no son del todo coincidentes en una y otra medición. En todo caso, hay pesos compartidos en no pocos ítems.

El otro instrumento de medida del estrés utilizado en este estudio es la Escala de Cansancio Emocional diseñada por Ramos et al. en 2005 para medir este elemento del burnout específicamente en estudiantes universitarios, ya que, en este tipo de población, estos dos constructos se identifican, sin tener que recurrir al MBI para medirlo.

Esta escala unidimensional de 10 ítems presentaba una consistencia interna en el artículo original (Ramos et al., 2005) de 0,83, si bien en artículos posteriores llegaba a 0,90 (González y Landero, 2007b, 2008a). En el presente estudio el alfa de Cronbach es de 0,87, resultado acorde con los obtenidos anteriormente y que lo avala como instrumento fiable para medir el Cansancio Emocional en este tipo de población. También se ha corroborado la estructura unidimensional propuesta por los autores (Ramos et al., 2005) que en este estudio explica un porcentaje de varianza mayor que en el original (el 46% de la varianza frente al 40% en el original). En el estudio de González y Landero (2007) con una muestra mejicana de alumnos de Psicología también se confirmó la estructura unifactorial de la escala. En este estudio se obtuvo un factor que explicaba el 52,78% de la varianza. No se han encontrado artículos que midan la estabilidad temporal de la escala, en el presente estudio test-

retest de un año se ha obtenido un coeficiente de correlación de 0,71, lo que nos lleva a pensar que la estabilidad temporal de la ECE es aceptable.

Queda también reflejado en los resultados como las tres medidas de estrés están relacionadas entre sí.

El Cuestionario de Orientación ante la Vida propuesto por Antonovsky en 1987 para medir el constructo Sentido de Coherencia tiene larga tradición de estudios y diversas formas. En esta ocasión se ha utilizado el cuestionario de 13 ítems (SOC-13), que ha demostrado, en la bibliografía relacionada con el tema, unas buenas propiedades psicométricas con un coeficiente alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,92 (Antonovsky, 1993a; von Bothmer y Fridlund, 2003; Eriksson y Lindström, 2005; Jellesma et al., 2006; Natvig et al., 2006). En el presente estudio se corrobora este punto obteniéndose un resultado de 0,82. En cuanto a la estabilidad temporal la correlación obtenida en el estudio test-retest a un año es de 0,71, lo cual se corresponde con una estabilidad considerable y acorde a trabajos previos (Antonovsky, 1993a; Eriksson y Lindström, 2005; Feldt et al., 2000; Feldt et al., 2003; Feldt et al., 2004; Feldt et al., 2005; Jellesma et al., 2006; Kivimäki et al., 2000; Schnyder et al., 2000; Veenstra et al., 2005). En cuanto al número de dimensiones propuestas por el autor, se corrobora con el análisis factorial los tres factores propuestos (Antonovsky, 1979, 1987, 1991, 1993a), si bien el análisis de los ítems no se corresponde con el propuesto por Antonovsky para cada factor.

El cuestionario COPE de afrontamiento en su forma breve (Carver, 1997) mide 14 estrategias de afrontamiento con dos ítems por escala y se deriva del cuestionario COPE de 60 ítems. La fiabilidad interna medida por el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre 0,50 y 0,90 para las diferentes escalas (sólo tres escalas, Negación, Desahogarse y Aceptación, está por debajo de 0,60), según el artículo original. En el presente estudio los resultados de la fiabilidad medida con el alfa de Cronbach de las distintas escalas del cuestionario de afrontamiento COPE son similares oscilando entre 0,43 y 0,91,

encontrándose en este caso también sólo tres escalas por debajo de 0,6 (Afrontamiento activo, Desahogarse y Aceptación). La estabilidad temporal test-retest a un año oscila entre 0,31 hasta 0,67 a un nivel de significación de 0,001, lo que resulta un poco menor que la encontrada en la versión de 60 ítems, en la que la fiabilidad test-retest es de 0,46 a 0,86, pero en este caso en un intervalo de 8 semanas (Crespo y Cruzado, 1997). No se han encontrado estudios que reflejen la estructura factorial del COPE abreviado, sí en cuanto a la versión de 60 ítems que en principio reflejó una estructura de seis factores (Crespo y Cruzado, 1997) pero que un estudio reciente se han encontrado cinco factores (Herbst et al., 2007) coincidiendo con los resultados obtenidos en el presente estudio. Los cinco factores explican el 57% del total de la varianza en el presente estudio, nivel algo superior al encontrado por los autores anteriores que fue de 53,18%.

El cuestionario de salud general de Goldberg de 28 ítems y 4 subescalas (GHQ-28) tiene en el presente estudio una fiabilidad, medida con el alfa de Cronbach, de 0,92 en la puntuación total y oscila entre 0,75 y 0,89 para las cuatro escalas, esto lo avala como un instrumento con buenas propiedades psicométricas. En el estudio llevado a cabo por Ramos et al. en 2005 en estudiantes universitarios, utilizaron el GHQ-28 como medida de la salud psicológica, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,90 para la puntuación global. Estas puntuaciones son similares a las recogidas por Goldberg y Williams (1996) para otras versiones del cuestionario.

7.1.3.- SOBRE LA SALUD PSICOLÓGICA Y EL ESTRÉS

Se han citado muchos estudios en los que se relaciona el estrés con problemas específicos de salud (Bishop, 1994; Cohen et al., 1993; Cooper, 1986; Cox y Gonder-Frederick, 1992; Fernández y Sheffield, 1996; Kielcolt-Glaser et al., 1991, 1992, 1996; Labrador y Crespo, 1993; Marlowe, 1998; Moreno et al., 1999; Ranjit et al., 2007; Sandín, 1995). En la presente

investigación este aspecto se ha tratado desde la salud psicológica medida con el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28), el cual es un test de screening de problemas generales de salud psicológica. También se ha reflejado la influencia del estrés laboral y en concreto del cansancio emocional en la salud de las personas (Badeian y Armenakis, 1981; Bravo et al., 1993; Byrne, 1994; Ferreres et al., 1995; Gil-Monte, 1994, 2005; González-Romá et al., 1993; Greenlass et al., 1998; Hock, 1988; Lee y Ashford, 1996; Marín et al., 2005; Pines y Aronson, 1981), esta relación también se da dentro de la población de estudiantes universitarios (Bunevicius et al., 2008; Guarino et al., 2000; Morrison y O'Connor, 2005).

Los resultados indican que las tres medidas de estrés se relacionan con la medida de salud, siendo esta peor cuanto más alto es el nivel de estrés, especialmente el reciente. Resultado que va en la misma dirección que los encontrados en los citados estudios. Morrison y O'Connor encontraron una correlación positiva entre las puntuaciones en GHQ-28 y estrés percibido en un estudio longitudinal en estudiantes. Específicamente en el estudio llevado a cabo por el grupo de Marín (2005) en profesionales de la salud en formación la puntuación total en el cuestionario GHQ-28 se correlacionaba con el cansancio emocional ($r = 0,567$, $p = 0,01$), datos semejantes a los encontrados en el presente estudio ($r = 0,68$, $p = 0,001$) y en el realizado por Ramos, Manga y Morán en 2005 ($r = 0,52$, $p = 0,05$). Luo y Wang (2009) estudiaron la relación entre el estrés por cuestiones académicas y los síntomas psicológicos en un grupo de alumnas de enfermería, encontrando una correlación significativa de $r = 0,49$. Por lo que una vez más vemos que la ruptura de la homeostasis debida a las demandas que originan la situación de estrés está relacionada con repercusiones negativas en la salud de las personas. Además también se ha encontrado una fuerte relación positiva entre el estrés percibido reciente y la salud, siendo este significativamente mayor que el estrés percibido en general en ambos sexos y muy acusada en los campus de León y Ponferrada.

En el modelo de predicción de la salud propuesto vemos como las dos primeras variables que entran a explicar la varianza (64%) son el estrés percibido reciente y el cansancio emocional, que explicarían el 61% de la varianza.

Como recogen en su artículo del año 2005 los autores Ramos, Manga y Morán, la influencia del estrés en la salud psicológica de los alumnos universitarios no tiene todavía una dirección clara. En la investigación presente sólo se recoge que existe una relación entre estas dos variables, pero no se concluye la dirección de la interinfluencia entre el estrés y la salud psicológica, es decir, ¿son los problemas de salud psicológica los que dan lugar al estrés o viceversa?

7.1.4.- SOBRE LA SALUD PSICOLÓGICA Y EL AFRONTAMIENTO

Las estrategias de afrontamiento seleccionadas para solucionar una situación estresante pueden tener un efecto negativo o positivo sobre la salud (Harris, 1989; Sheu et al., 2002). Si se ponen en marcha estrategias de afrontamiento efectivas, la situación estresante se resuelve, se retorna a la homeostasis y por lo tanto los efectos negativos del estrés se minimizan. En el otro polo, si se usan estrategias de afrontamiento no adecuadas a la situación, aumentan los efectos negativos del estrés. Pero la repercusión del afrontamiento en la salud va más allá, puesto que implica poner en marcha conductas que pueden resultar beneficiosas o perjudiciales para la salud.

En el presente estudio se puede observar como un mejor nivel de salud se relaciona con estrategias adaptativas como Aceptación de la responsabilidad, Reinterpretación positiva y Afrontamiento activo, similares resultados fueron encontrados por Karadesmas y Kalantzi-Azizi (2004). Estos datos también son coincidentes con el análisis de conglomerados realizado donde se muestra como los sujetos pertenecientes al grupo que utiliza más estrategias de afrontamiento no adaptativas puntúan significativamente más alto en problemas de salud en

general y en cada una de las escalas. En el estudio realizado por Gan et al. (2007) en estudiantes universitarios también se observó que el afrontamiento proactivo media la relación entre el estrés y el compromiso con los estudios y tiene altas correlaciones significativas con la depresión y con el optimismo. En el mismo sentido el estudio realizado por Martínez-Correa et al. en 2006 concluye que la autoinculpación es la estrategia de afrontamiento que correlaciona con un mayor número de categorías somáticas en estudiantes universitarios y es una variable importante en la predicción del desarrollo de sintomatología somática. Los síntomas psicológicos están también relacionados con el afrontamiento según Luo y Wang (2009), en su estudio concluyen que el afrontamiento negativo está positivamente correlacionado con los síntomas psicológicos y que esta correlación es negativa con el afrontamiento positivo.

7.1.5.- SOBRE LA SALUD PSICOLÓGICA Y EL SENTIDO DE COHERENCIA

La orientación salutogénica nos hace adoptar el punto de vista del mantenimiento del bienestar físico y psicosocial. Son muchos los trabajos citados que nos indican que las personas con niveles altos de sentido de coherencia poseen también niveles altos de salud y bienestar tanto físico como psicológico y de buen funcionamiento social (Carmel et al., 1991; Feldt et al., 2000; Kivimäki et al., 2000; Moreno et al., 1997; Pallant y Lae, 2002; Reid et al., 2005; Torsheim et al., 2001; von Bothmer y Fridlund, 2003).

Los resultados de este estudio van en este mismo sentido, observándose que existe una relación entre el sentido de coherencia y la salud psicológica ($r = -0,54$), resultado similar al obtenido por Pallat y Lae en 2002 ($r = -0,51$) y coincidente con lo concluído por Bíró et al. (2009) y Togari et al. (2008) en estudiantes universitarios. Estos resultados también van en el mismo sentido que los resultados obtenidos al realizar el análisis de regresión, en el que el

sentido de coherencia entra (con Beta negativo) dentro de las variables que explicarían el nivel de salud.

7.1.6.- SOBRE EL ESTRÉS Y LA ESTABILIDAD EMOCIONAL

Las personas que puntúan bajo en estabilidad emocional (alto en N) tienen tendencia a ser ansiosos, preocupados, suelen tener cambios de humor bruscos y frecuentemente se sienten deprimidos. Kammeyer-Mueller et al. (2009) concluyen que la estabilidad emocional está relacionada con un menor nivel de estrés y que modera la relación entre los estresores y los daños en la salud.

Las tres medidas de estrés se relacionan en positivo con N, lo que significa que a mayor puntuación en N (baja estabilidad emocional) mayor puntuación en estrés percibido general ($r = 0,556$, $p = 0,001$), reciente ($r = 0,581$, $p = 0,001$) y cansancio emocional ($r = 0,535$, $p = 0,001$). Esta correlación entre el cansancio emocional y la dimensión Neuroticismo es similar a la encontrada por Ramos et al. (0,59) en 2005 y por Ramos et al. en 2007 (0,51) en un grupo de estudiantes universitarios. Hernández y Olmedo (2004) también refieren esta misma relación. Además la dimensión de Neuroticismo es la variable de personalidad que más influencia tiene en la variabilidad del estrés en el presente estudio, explica el 31% de la varianza del estrés percibido general, el 34% del estrés percibido reciente y el 29% del cansancio emocional. Estos resultados van en el mismo sentido que los obtenidos por Bakker et al. (2006) en un grupo de voluntarios que trabajaba con pacientes terminales donde la estabilidad emocional y el cansancio emocional presentaban una correlación de 0,36 a un nivel de significación de 0,01 y explicaba el 13% de la varianza del cansancio emocional. También coinciden con las conclusiones aportadas por Morán (2005c) y Ramos et al. (2005) al estudiar el burnout en una muestra de estudiantes universitarios de características similares.

7.1.7.- SOBRE EL AFRONTAMIENTO Y LA ESTABILIDAD EMOCIONAL

Según el modelo PEN de Eysenck la persona que presenta estabilidad emocional tiende a responder emotivamente sólo de una forma suave y generalmente débil y vuelve a su línea base rápidamente después de una activación emocional. Habitualmente es calmada, emocionalmente equilibrada, controlada y poco aprensiva. Los altos en N tienen fuertes reacciones emocionales que interfieren la realización de conductas apropiadas y les hacen actuar de forma irracional y, a veces, rígida.

En el presente estudio hemos encontrado que el Neuroticismo se relaciona en positivo con las estrategias de afrontamiento Apoyo social instrumental ($r = 0,115$, $p = 0,001$), Autodistracción ($r = 0,142$, $p = 0,001$), Desahogarse ($r = 0,230$, $p = 0,001$), Religión ($r = 0,117$, $p = 0,001$), Negación ($r = 0,366$, $p = 0,001$), Autoinculpación ($r = 0,456$, $p = 0,001$), Uso de sustancias ($r = 0,181$, $p = 0,001$) y Desconexión conductual ($r = 0,258$, $p = 0,001$), en el polo opuesto la relación es negativa con Afrontamiento activo ($r = -0,136$, $p = 0,001$), Aceptación ($r = -0,201$, $p = 0,001$), Reinterpretación positiva ($r = -0,163$, $p = 0,001$) y Humor ($r = -0,087$, $p = 0,007$). En el análisis de conglomerados se observa que el grupo que utiliza estrategias de afrontamiento adaptativas posee la mayor estabilidad emocional (bajo N) y con escasa o nula estabilidad emocional el grupo que utiliza las estrategias de afrontamiento poco adaptativas. Estos resultados son coherentes con los encontrados por Storm y Rothmann (2003) en los que se mostraba que la estabilidad emocional estaba asociada con estrategias de afrontamiento adaptativas como Afrontamiento activo, Reinterpretación positiva y Aceptación, al contrario que el neuroticismo que se asociaba con estrategias de afrontamiento pasivas como Negación y Desahogarse. Herbst et al. (2007) describen que un nivel elevado de N se relaciona con niveles bajos de afrontamiento centrado en el problema y niveles altos de Pasividad,

Autoinculpación y Desconexión. También Morán (2005c) encontró que la estabilidad emocional predecía positivamente los modos de afrontamiento Distanciamiento y Escape en estudiantes universitarios.

7.1.8.- SOBRE EL SENTIDO DE COHERENCIA Y LA ESTABILIDAD EMOCIONAL

Si a la persona alta en N hay que describirla con una sola palabra, se podría decir que es aprensiva, su principal característica es una constante preocupación porque las cosas podrían ir mal y una fuerte reacción de ansiedad a estos pensamientos. Casi podríamos decir que la definición inicial que Antonovsky dio al constructo central de su modelo salutogénico, el sentido de coherencia, se refiere a todo lo contrario: "Una orientación global que expresa el grado en el que uno tiene un sentimiento generalizado y estable, aunque dinámico, de que los medios tanto interno como externo son previsibles, y de que hay una alta probabilidad de que las cosas resulten tan bien como razonablemente esperamos". (Antonovsky, 1979, p. 123). Si bien está comprobado que el SOC es diferente del N, también se ha visto como estos dos constructos están relacionados (Margalit y Eysenck, 1990).

Los resultados obtenidos indican que existe una fuerte relación negativa entre el sentido de coherencia y el neuroticismo ($r = -0,602$), además en el análisis de regresión se observa que todas las dimensiones de personalidad entran a formar parte de la explicación de la varianza del SOC (40%), si bien la dimensión N es la más importante ya que explica por sí sola el 36% de la varianza del SOC. También Surtees et al. (2003) encontraron que un alto sentido de coherencia estaba altamente asociado con bajo nivel de neuroticismo, al igual que en el estudio realizado por Strümpfer et al. (1998b) en el que el coeficiente de correlación fue de $-0,48$ para la muestra de estudiantes de enfermería y en el llevado a cabo por Gibson y Cook en 1996 en estudiantes universitarios que obtuvieron una correlación de $-0,46$.

7.1.9.- SOBRE LA SALUD Y LA ESTABILIDAD EMOCIONAL

Las personas que puntúan bajo en estabilidad emocional probablemente duermen mal y sufren de varios trastornos psicósomáticos (Eysenck y Eysenck, 1985). Los resultados del presente estudio se corresponden con esta afirmación de Eysenck ya que indican que más puntuación en esta dimensión de personalidad se asocia con más puntuación en la variable salud, lo que resultaría en un peor nivel de salud psicológica de la persona ($r = 0,607$). Según el modelo de regresión lineal, las dimensiones de personalidad que entrarían a predecir la salud psicológica en su puntuación global explicando el 37% de la varianza son Neuroticismo y Extraversión, si bien la variable Neuroticismo explicaría el 36,8% por sí sola. También se destaca que la dimensión Neuroticismo formaría parte de la explicación de todas las escalas del GHQ-28, siendo la única variable predictora en las escalas de síntomas somáticos y ansiedad e insomnio.

En el estudio realizado en 2008 por Bunevicius et al. en estudiantes universitarios de medicina, dentro de las conclusiones, se recoge que los síntomas de ansiedad y depresión están relacionados negativamente con la estabilidad emocional y positivamente con la vulnerabilidad al estrés. Estas conclusiones son acordes con los resultados de nuestro estudio.

7.1.10.- SOBRE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD

Las dimensiones de personalidad Neuroticismo y Psicoticismo correlacionan significativamente y en negativo con las variables sentido de coherencia, satisfacción con los estudios y autoestima, así como también con la estrategia de afrontamiento activo. En todas estas variables la correlación es significativa y con signo positivo con la dimensión de Extraversión. En relación al sentido de coherencia Feldt et al. (2007) encontraron similares relaciones a las aquí

mostradas, un nivel alto de SOC estaba asociado con bajo nivel de N y alto de E.

La correlación es significativa y de signo positivo entre las tres medidas de estrés, la salud psicológica y las estrategias de afrontamiento Autodistracción, Negación, Autoinculpación, Uso de sustancias y Desconexión conductual con respecto a las dimensiones de Neuroticismo y Psicoticismo, siendo esta correlación negativa con Extraversión (en las estrategias de afrontamiento con Autoinculpación y Desconexión conductual solamente). La relación negativa entre cansancio emocional y Extraversión se refleja en numerosos estudios (Bakker et al., 2006; Cebrià et al., 2001; Eastburg et al., 1994; Michielsen et al., 2004; Olmedo et al., 2001; Storm y Rothmann, 2003).

El análisis de conglomerados nos clarifica más las diferencias entre las dimensiones de personalidad en cuanto a la utilización de estrategias de afrontamiento. El grupo que utiliza más las estrategias de afrontamiento poco adaptativas es el que menos puntúa en Extraversión y Disimulo y el que más puntúa en Neuroticismo y Psicoticismo. En cambio, el grupo que utiliza más un afrontamiento adaptativo es el que menor nivel muestra en Neuroticismo y Psicoticismo. Conclusiones en este sentido también han sido halladas por McCrae y Costa (1986), Roesch et al. (2006) y Vollrath (2001).

En cuanto a los datos obtenidos mediante el análisis de regresión múltiple, se observa como el Neuroticismo es la variable que explica más varianza en las tres medidas de estrés, siempre con un signo positivo en Beta, pero la variable Extraversión también predice el estrés percibido general y reciente en este caso con signo negativo. A la hora de predecir el sentido de coherencia, la variable neuroticismo es la que más variabilidad explica seguida de Psicoticismo (ambas con Beta con signo negativo), Extraversión y la que menos Disimulo (las dos últimas con signo positivo en Beta). En las escalas de síntomas somáticos y ansiedad e insomnio del cuestionario de salud general la dimensión de Neuroticismo es la única que entra dentro del modelo de predicción (Beta

positivo), en la escala de disfunción social y en la puntuación global la dimensión que más variabilidad explica es el Neuroticismo seguida de la Extraversión (con Betas de signo opuesto, positivo para Neuroticismo y negativo para Extraversión) y en la escala de depresión Neuroticismo y Psicoticismo tendrían Beta con signo positivo y Extraversión con signo negativo.

Todos estos datos corroboran la clasificación de las personalidades susceptibles a la enfermedad elaborada por Grossarth-Marticek y Eysenck en 1990, en la que describen que el tipo de personalidad saludable incluye personas que puntúan alto en Extraversión y bajo en Neuroticismo. Así como también están en consonancia con la teoría de la incubación de las neurosis de Eysenck (1976), en la que defiende que las condiciones más favorecedoras para desarrollar el temor y ansiedad característicos de los trastornos de ansiedad son puntuaciones altas en N y bajas en E.

7.1.11.- SOBRE EL ESTRÉS, EL AFRONTAMIENTO Y EL SENTIDO DE COHERENCIA

Antonovsky en 1987 expuso tres formas por las que el SOC podría influir en el estrés y la salud:

1.- En la valoración de las circunstancias como estresantes o no.

2.- En el alcance del estresor para generar tensión.

3.- En el alcance de la tensión generada por el estresor para derivar en problemas de salud.

En la muestra de estudiantes universitarios investigada se corrobora el hallazgo científico descrito en el capítulo 2 sobre la relación entre el sentido de coherencia y el estrés percibido (Antonovsky, 1993a; Baker et al., 1997; Bowman, 1996; Gilbar, 1998; Heiman, 2004; Jorgensen et al., 1999; Fiorentino y Pomazal, 1994; Karlsson et al., 2000; Palsson et al., 1996; Torsheim et al., 2001), así como también entre el cansancio emocional y el sentido de

coherencia (Rothmann et al., 2003; Van der Colff y Rothmann, 2009). Se observa una relación inversa entre el SOC y las medidas de estrés recogidas en este estudio. Darling et al. (2007) encontraron los mismos resultados en estudiantes universitarios.

Antonovsky en 1987 y 1992 nos aporta la idea de que aunque el SOC no es una estrategia de afrontamiento en sí misma, influye en la elección de las mismas en el sentido de que las personas con un alto sentido de coherencia, adoptan estrategias de afrontamiento apropiadas. En este sentido se han citado artículos que han estudiado esta relación y obtienen esta misma conclusión (Ben-David y Leichtentritt, 1999; Cohen y Dekel, 2000; Gallagher et al., 1994; Margalit et al., 1992; McSherry y Holm, 1994).

En la presente investigación vemos como existe una correlación positiva entre el SOC y estrategias de afrontamiento adaptativas que acabarían o debilitarían el estresor, como Afrontamiento activo, Planificación, Aceptación de la responsabilidad y Reinterpretación positiva. Al contrario, la relación es negativa con estrategias de afrontamiento no adaptativas como Negación, Autoinculpción, Uso de sustancias y Desconexión conductual. Estos resultados son similares a los encontrados por otros autores (Glanz et al., 2005; Heiman, 2004; Pallant y Lae, 2002). En el mismo sentido son los resultados hallados por Herbst et al. (2007), el sentido de coherencia se relacionaba en positivo con el Afrontamiento activo y con Reinterpretación positiva. Así como con otros estudios en los que la disposición al Afrontamiento activo, Afrontamiento focalizado en el problema, Búsqueda de apoyo y Reinterpretación positiva, todas ellas consideradas como estrategias adaptativas, estaban positivamente correlacionadas con sentido de coherencia (Jahnsen et al., 2002; Junshehg et al., 2006; von Bothmer y Fridlund, 2003). En el análisis de conglomerados se muestra como los sujetos pertenecientes al grupo que utiliza estrategias de afrontamiento menos adaptativas presentan niveles más bajos de sentido de coherencia y más altos en las medidas de estrés.

En esta investigación, al igual que en la llevada a cabo por otros autores (Etzion y Pines, 1986; Morán, 2005b; Pines y Aronson, 1981), los modos de afrontamiento se relacionan con el estrés.

Las tres medidas de estrés utilizadas en el estudio se relacionan inversamente con Reinterpretación positiva y Aceptación, dos estrategias de afrontamiento consideradas como adaptativas, y en positivo con las estrategias de Autodistracción, Desahogo, Negación, Autoinculpción, Uso de sustancias y Desconexión conductual, consideradas como no adaptativas (Carver et al., 1989; Ramos, 1999). Los hallazgos encontrados en otros estudios (Etzion y Pines, 1986; Marín et al., 2005; Maslach et al., 2001; Morán, 2005b; Pines y Aronson, 1981; Ramos et al., 1999) también van en esta dirección, ya que reflejan que el modo de afrontamiento Escape, se asocia con puntuaciones altas en cansancio emocional, mientras que las estrategias adaptativas están relacionadas con bajas puntuaciones. Este extremo también se confirma en el análisis de conglomerados donde el grupo de sujetos que utiliza más estas estrategias de afrontamiento poco adaptativas puntúa más alto en las tres medidas de estrés.

7.1.12.- SOBRE LA AUTOESTIMA, EL CANSANCIO EMOCIONAL Y EL AFRONTAMIENTO

La autoestima estaría dentro de las variables disposicionales que actúan en el proceso del estrés (Reininghaus et al., 2007; Sandín, 1995). Las personas con alta autoestima tienden a percibir las situaciones como menos estresantes y a reaccionar ante los acontecimientos estresantes de forma más adaptativa (González-Tablas, Palenzuela, Pulido, Sáez y López, 2001). En el otro sentido, las personas con menores niveles de autoestima tienden a utilizar unas estrategias de afrontamiento más pobres y a percibir los acontecimientos como más estresantes (Durá y Sánchez-Cánovas, 1999).

Los resultados de este estudio reflejan estas mismas conclusiones, es decir, que las personas con alta autoestima refieren menos cansancio emocional, ya que existe una relación negativa entre estas dos variables ($r = -0,383$).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, la variable autoestima se relaciona en positivo con Afrontamiento activo, Aceptación, Planificación, Reinterpretación positiva y Humor y en negativo con Negación, Autoinculpación y Desconexión conductual. Morán en 2005c y Ben-Zur en 2002 refieren resultados similares, en la misma dirección de lo señalado anteriormente. En el análisis de conglomerados también se observa esta tendencia de que el grupo de sujetos que utiliza estrategias de afrontamiento poco adaptativas presenta niveles más bajos de autoestima.

7.1.13.- SOBRE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO

En las tres medidas de estrés la puntuación es mayor en las mujeres que en los hombres sin interacción de otras variables estudiadas como la titulación, el curso o el campus, la diferencia entre sexos es más acusada en la titulación de topografía en el estrés percibido general. Estos resultados son coincidentes con los encontrados en estudios anteriores. Gil-Monte (2002) describe que los varones puntúan más alto en despersonalización y las mujeres en agotamiento emocional, Agust, Grau y Beas (2001) indican que las mujeres manifiestan más cansancio emocional que los hombres, González y Landero (2008b) concluyen que las estudiantes universitarias presentan mayor nivel de percepción de estrés que los hombres y en el estudio desarrollado por Darling et al. en 2007 se observa que existen diferencias de género en el nivel de estrés percibido que es mayor en las mujeres, al igual que Alves et al. en 2007 en una muestra de estudiantes de Enfermería. Weekes et al. (2006) señalan que hay diferencias biológicas en cómo los hombres y las mujeres responden al estrés.

Se han encontrado diferencias entre los estudiantes chicos y las estudiantes chicas en la utilización de estrategias de afrontamiento, siendo estos hallazgos coincidentes con los obtenidos por Baker en 2003, Lee et al. en 2002 y Morán en 2005c. Hablando de estrategias en concreto los resultados son semejantes a los encontrados por Stöber (2004), Buchwald y Schwarzer (2003), González y Landero (2008b) y Heredia et al. (2008) que identifican que las mujeres estudiantes presentan mayor búsqueda de apoyo y orientación a la tarea y preparación, aunque menor evitación que los varones.

Aunque en estudios anteriores se han encontrado pequeñas diferencias con respecto al sexo, en las que parece que los hombres muestran un nivel más elevado de SOC que las mujeres (Antonovsky y Sagy, 2001; Eriksson y Lindström, 2005; Jogersen et al., 1999; Natvig et al., 2006), Pallant y Lae (2002), von Bothmer y Fridlund (2003) y Volanen et al. (2007) no encontraron tales diferencias. Este extremo no se puede clarificar con el presente estudio ya que se han encontrado interacciones con otras variables como son el campus (el sentido de coherencia es más alto en varones en los campus de León y Ponferrada, mientras que en Córdoba son superiores las mujeres) y la titulación (las mujeres presentan niveles superiores en sentido de coherencia en enfermería, cambiando en fisioterapia y, sobre todo, en topografía).

La autoestima también se presenta con niveles más altos en los hombres que en las mujeres, al igual que estudios anteriores (Morán, 2005c), y en los estudiantes de topografía, aunque podría haber una interacción, ya que en esta titulación la proporción de varones es mayor que en las otras dos.

En los resultados se puede observar como existen diferencias significativas entre hombre y mujeres en la salud psicológica, siendo la puntuación más baja en los hombres, lo que indicaría mejor salud percibida. Resultados semejantes se han mostrado en estudios previos realizados en diferentes países (Godberg y Williams, 1996). Así como en la Encuesta Nacional de Salud realizada en España

por el Ministerio de Sanidad, en la que los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres.

En el estudio de Lynn y Martin (1997) realizado en 37 países, las mujeres obtienen puntuaciones más altas que los hombres en la dimensión de personalidad Neuroticismo, así mismo Morán (2005c) también confirma este extremo, al igual que Eysenck y Eysenck (1985). Sin embargo, los resultados en este estudio no son concluyentes porque otras variables estudiadas están influyendo ya que se muestra como los varones son superiores a las mujeres en primer curso para posteriormente ir rebajando su N hasta ser claramente inferiores a las mujeres en tercer curso ($F(2,939)=3,09$; $p<0,0458$). También existe interacción ($F(2,939)=5,19$; $p<0,0057$) en cuanto a la titulación siendo superiores las mujeres en N en dos titulaciones (fisioterapia y topografía) e inferiores en enfermería, resultado que puede ser debido a que puntúan más alto de lo habitual los 30 varones de Córdoba en Neuroticismo (N).

En la dimensión de personalidad Psicoticismo también existen diferencias significativas siendo la puntuación mayor en los hombres, en concordancia con lo encontrado en prácticamente todos los países en los que se ha aplicado el EPQ-R (Eysenck y Eysenck, 1985).

7.1.14.- PROSPECTIVA

En el apartado siguiente se recogen las conclusiones basadas en los resultados de este estudio, las cuales están limitadas por las siguientes consideraciones. La muestra no es representativa de la población universitaria, ya que los alumnos participantes provienen en su mayoría de la rama de ciencias de la salud. Existe también un sesgo en cuanto al sexo ya que la muestra no es homogénea en cuanto a esta variable, por lo que los resultados y conclusiones sobre las diferencias de género deben ser tomados con precaución. Sería necesario en el futuro desarrollar estudios similares con muestras más extensas y con procedimientos aleatorios de selección de los

participantes. En el campo de la salud parece muy importante la necesidad de desarrollar estudios longitudinales que puedan dar fundamento adecuado a hipótesis causales. Esta es una de las principales limitaciones de esta tesis, su diseño transversal nos impide concluir en términos de causalidad. Así mismo, los datos se han recogido mediante autoinforme y pueden estar sesgados ya que se basan en una única fuente de información. Aunque es cierto que esta técnica de recogida de datos resulta más económica que otros procedimientos y que, en cualquier caso, nos permite acceder a las percepciones de los participantes sobre las realidades que les rodean, también es verdad que la varianza común es una fuente de error importante. En futuros estudios será conveniente introducir otro tipo de medidas y métodos de triangulación que permitan una evaluación más completa del proceso.

7.2.- CONCLUSIONES

Se muestran las siguientes conclusiones generales, con el deseo de contribuir a la reflexión y el avance en el campo.

1. De los resultados obtenidos con los instrumentos de medida utilizados con la muestra de estudiantes universitarios se desprende que:

a. El instrumento de medida elegido en este estudio para medir el constructo de sentido de coherencia en estudiantes universitarios, el SOC-13, posee unas propiedades psicométricas buenas, ya que su consistencia interna es elevada, alfa de Cronbach de 0,82 para 13 ítems y la estabilidad temporal a un año es adecuada ($r = 0,71$). Además presenta una correlación media entre ítems dentro del intervalo considerado óptimo para este tipo de escalas. El análisis factorial confirma la estructura de tres dimensiones.

b. El Cuestionario de Estrés Percibido, de 30 elementos, es un instrumento fiable para medir el estrés, tanto en su variante general como en la reciente, obteniéndose una fiabilidad de 0,92 para las dos versiones. Las correlaciones

medias entre ítems también confirman las buenas características psicométricas de este cuestionario, así como la estabilidad temporal. Respecto a su estructura factorial, el análisis arroja cinco factores con valor propio de 1 o superior.

c. La Escala de Cansancio Emocional, igualmente, demuestra tener buenas propiedades psicométricas a juzgar por su consistencia interna, alfa de Cronbach de 0,87 para sus 10 ítems y su estabilidad temporal ($r = 0,71$). Además presenta una correlación media entre ítems dentro del intervalo considerado óptimo para este tipo de escalas. El análisis factorial confirma la estructura unidimensional de la escala.

d. El Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento COPE, compuesto por 28 ítems distribuidos en catorce escalas, presenta unos niveles de fiabilidad aceptables, oscilando el coeficiente alfa de Cronbach entre 0,43 y 0,91 para las diferentes escalas. En consideración a su estructura factorial, el análisis arroja cinco factores que podríamos denominar falta de afrontamiento, concentrarse en resolver el problema, búsqueda de apoyo social, fijarse en lo positivo y búsqueda de apoyo espiritual.

e. El Cuestionario de Salud General GHQ-28 de 28 ítems, que incluye cuatro escalas, reúne propiedades psicométricas adecuadas a juzgar por su consistencia interna, coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación global de 0,92 y oscila de 0,75 a 0,89 para las cuatro escalas de 7 ítems cada una.

2. A la luz de los resultados obtenidos en esta tesis podemos decir que existe una relación entre la salud psicológica y el estrés, las estrategias de afrontamiento y el sentido de coherencia. La relación obtenida va en el sentido de que cuanto menor sea el nivel de estrés, mayor el del sentido de coherencia de los estudiantes universitarios y utilicen estrategias de afrontamiento adaptativas, mejor será su salud, o viceversa.

3. Se ha encontrado una relación de la estabilidad emocional con el estrés, las estrategias de afrontamiento y el sentido de coherencia. La relación obtenida va en el sentido de que cuanto menor sea el nivel de estrés mayor

será su estabilidad emocional, o viceversa. A mayor sentido de coherencia de los estudiantes universitarios mayor estabilidad emocional. Por último los alumnos que utilicen en mayor medida estrategias de afrontamiento adaptativas mayor será su estabilidad emocional, o viceversa.

4. Se observa una relación inversa entre el SOC y las medidas de estrés recogidas en este estudio. Por lo que los estudiantes universitarios con mayor nivel de sentido de coherencia tenderán a sufrir menos nivel de estrés y, por consiguiente, sus consecuencias negativas. Las estrategias de afrontamiento adaptativas se relacionan positivamente con bajos niveles de estrés y altos niveles de sentido de coherencia.

5. Los alumnos universitarios estudiados con altas puntuaciones en autoestima refieren menos cansancio emocional, ya que existe una relación significativa y negativa entre estas dos variables ($r = -0,383$). El grupo de estudiantes que utiliza estrategias de afrontamiento adaptativas refiere un mayor nivel de autoestima con respecto al grupo que utiliza estrategias de afrontamiento poco adaptativas.

6. La salud psicológica y la dimensión de personalidad Neuroticismo se encuentran relacionadas en la muestra de alumnos universitarios ($r = 0,61$). Lo que nos indica que mayor nivel de estabilidad emocional se asocia con menor puntuación en el cuestionario de salud general; lo que resultaría en un mejor nivel de salud percibida, pero no se concluye la dirección de la interinfluencia entre la estabilidad emocional y la salud psicológica, sólo se deja abierta la vía de que el nivel que presente la persona en esta variable de personalidad podría influir en la percepción de su salud psicológica.

7. De los resultados con respecto a las tres dimensiones de personalidad del modelo PEN se desprende que:

a. La dimensión Neuroticismo se relaciona con bajo nivel de sentido de coherencia, alto nivel de estrés y cansancio emocional, baja satisfacción con los estudios, baja autoestima y peor percepción de salud psicológica. Las variables

campus, titulación y curso interaccionan con la variable sexo a la hora de determinar la puntuación en esta dimensión de personalidad.

b. La Extraversión se relaciona con alto sentido de coherencia, bajo nivel de estrés y cansancio emocional, alta satisfacción con los estudios, alta autoestima y mejor percepción de salud psicológica.

c. La dimensión de Psicoticismo se asocia a bajo nivel de sentido de coherencia, alto nivel de estrés y cansancio emocional, baja satisfacción con los estudios, baja autoestima y peor percepción de salud psicológica. De los tres campus estudiados los alumnos del Campus de Córdoba presentan puntuaciones más altas. La variable titulación interacciona con la variable sexo en las puntuaciones de Psicoticismo, ya que los varones obtienen mayores puntuaciones en esta dimensión, a excepción de los estudiantes de topografía donde son las mujeres las que presentan mayores puntuaciones.

8. Diferencias encontradas entre los grupos formados a priori.

a. Los alumnos del campus de Córdoba presenta menor puntuación de estrés reciente, mayor autoestima, utilizan más la estrategia de afrontamiento Religión y menos la de Uso de sustancias, así como también presentan una mejor percepción de su nivel de salud psicológica que los del campus de León. Con respecto al de Ponferrada, las diferencias aparecen por presentar menos puntuación en estrés reciente, más en la estrategia de afrontamiento Religión y mejor salud psicológica los del campus de Córdoba. Los alumnos del campus de León puntúan más alto en estrés reciente y Uso de sustancias como estrategia de afrontamiento que los del campus de Ponferrada.

b. Los alumnos de tercer curso perciben su salud psicológica como mejor que los de primero y segundo curso.

c. Los alumnos de fisioterapia utilizan más la estrategia de afrontamiento Autoinculpción que los de topografía y éstos presentan un nivel de autoestima más alto que los de enfermería y fisioterapia.

d. Las mujeres presentan mayores puntuaciones en las tres medidas de estrés, más satisfacción con los estudios, menor puntuación en autoestima, perciben su salud psicológica como peor y utilizan más las estrategias de afrontamiento Apoyo social instrumental, Apoyo social emocional y Desahogarse, utilizando menos las estrategias Aceptación, Uso de sustancias, Desconexión conductual y Humor. Aunque la puntuación en sentido de coherencia es mayor en los hombres, existe una interacción con la variable campus ya que los hombres del campus de Córdoba puntúan muy bajo en esta variable.

9. El grupo de sujetos que utiliza más estrategias de afrontamiento adaptativas presentan mayor nivel de sentido de coherencia, menor percepción de estrés y cansancio emocional, más autoestima, recurren menos a la estrategia de afrontamiento Religión, perciben su salud psicológica como mejor y presentan menores niveles de Neuroticismo y Psicoticismo.

10. Las dimensiones de personalidad predicen el 32% de la varianza del estrés percibido general, el 34% del estrés percibido reciente, el 29% del cansancio emocional, el 40% del sentido de coherencia y el 37% de la salud psicológica general en la muestra de alumnos universitarios estudiada. De las tres dimensiones de personalidad del modelo PEN, el Neuroticismo es la que más varianza explica, siendo la única variable predictora en el caso del cansancio emocional y de las escalas de síntomas somáticos y ansiedad-insomnio dentro de la salud psicológica.

11. Y por fin, en los estudiantes universitarios de la muestra objeto de estudio, el modelo de predicción de la salud psicológica incluye las variables de estrés percibido reciente, cansancio emocional, Neuroticismo y sentido de coherencia, las tres primeras con signo positivo y la última con signo negativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8

- Admi, H. (1997). Nursing students stress during the initial clinical experience. *Journal of Nursing Education*, 36(7), 323–327.
- Agust, S., Grau, R. y Beas, M. (2001). Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. *Ansiedad y Estrés*, 7(1), 79-88.
- al'Absi, M., Carr, S.B. y Bongard, S. (2007). Anger and psychobiological changes during smoking abstinence and in response to acute stress: prediction of smoking relapse. *International Journal of Psychophysiology*, 66, 109-115.
- Allport, G.W. (1937). *Personality. A psychological interpretation*. Nueva York: Henry Holt and Company. (Traducción castellana: *Psicología de la Personalidad*. Buenos Aires: Paidós, 1970).
- Altun, I. (2002). Burnout and nurses' personal and professional values. *Nursing Ethics*, 9, 269–278.
- Alves, J.L., Alves, M. y Pineda, J. (2007). Evaluación de los estados emocionales de estudiantes de enfermería. *Index de Enfermería*, 56, 26-29.
- Amirkhan, J. y Greaves, H. (2003). Sense of coherence and stress: the mechanics of a healthy disposition, *Psychology and Health*, 18, 31–62.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. Nueva York: McMillan.

- Anaya, J.L., Ortiz, A.C., Panduro, D.R. y Ramírez G. (2006). Síndrome de "quemazón" (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos. *Atención Primaria, 38*(8), 467-472.
- Anderson, D.G. (2004). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse and Neglect, 24*, 839-848.
- Andrés, A. (1996). *Manual de psicología diferencial*. Madrid: McGraw-Hill.
- Angst, J. y Clayton, P. (1986). Premorbid personality of depressive, bipolar and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Comprehensive Psychiatry, 27*, 511-532.
- Ano, G. y Vasconcelles, E. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 61*(4), 461-480.
- Antonovsky, A. (1974). Conceptual and metodological problems in the study of resistance resources and stressful life events. En B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events: Their nature and effects* (pp. 245-255). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strengths. En C.L. Cooper y R. Payne (Eds.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (pp. 67-104). Nueva York: Wiley.
- Antonovsky, A. (1992). Can attitudes contribute to health? Advances. *The Journal of Mind-Body Health, 8*, 33-49.
- Antonovsky, A. (1993a). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine, 6*, 725-733.

- Antonovsky, A. (1993b). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine*, 8, 969-981.
- Antonovsky, A. (1994a). The sense of coherence: an historical and future perspective. En I. McCubbin, A. Thompson, I. Thompson y E. Fromer (Eds.), *Sense of Coherence and Resiliency: Stress, Coping and Health* (pp. 3-20). University of Wisconsin.
- Antonovsky, A. (1994b). The structure and properties of sense of coherence scale. En I. McCubbin, A. Thompson, I. Thompson y E. Fromer (Eds.), *Sense of Coherence and Resiliency: Stress, Coping and Health* (pp. 21-40). University of Wisconsin.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- Antonovsky, A. (1998). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Megamot*, 39, 170-181.
- Antonovsky, H. y Sagy, S. (2001). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *The Journal of Social Psychology*, 126(2), 213-225.
- Appley, M.H. y Trumbull, R. (1986). *Dynamics of stress*. New York: Plenum Press.
- Arbelo, M.C., Sotolongo, Y., Hernández, O., Iglesias, B.M. y Santander, A. (2008). Morbilidad oculta de depresión y síndrome de burnout en profesores de la Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. *Interpsiquis.2008*.
- Argyle, M. y Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*, 11(10), 1011-1017.
- Aston-Jones, G. y Cohen, J.D. (2005). An integrative theory of locus coeruleus-norepinephrine function: Adaptive gain and optimal performance. *Annual Review of Neuroscience*, 28, 403-450.

- Augusto, J.M. y Martínez, R. (1998). Afrontamiento del estrés y salud: panorama actual de la investigación. *Boletín de Psicología*, 58, 31-48.
- Averill, J.R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80, 286-303.
- Badeian, A.G. y Armenakis, A.A. (1981). A path-analysis study of the consequences of role conflict and ambiguity. *Academy of Management Journal*, 24, 417-424.
- Badura-Brzoza, K., Matysiakiewicz, J., Piegza, M., Rycerski, W. y Hese, R.T. (2008). Sense of coherence in patients after limb amputation and in patients after spine surgery. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(1), 41-47.
- Báguena, M.J. (1999). El modelo de H.J. Eysenck (1916-). En V. Pelechado (Coord.), *Psicología de la Personalidad* (pp. 59-88). Barcelona: Ariel.
- Bailey, R.D. (1981). Counselling services for nurses – a forgotten responsibility. *Journal of British Institute of Mental Handicap*, 9, 45-47.
- Bailey, R.D. (1985). *Coping with stress in caring*. Londres: Blackwell Scientific Publications.
- Baird, J., Hill, C.M., Kendrick, T. e Inskip, H.M. (2009). Infant sleep disturbance is associated with preconceptional psychological distress: findings from the southampton women ´s survey. *Sleep*, 32(4), 566-568.
- Baker, M., North, D. y Smith, D.F. (1997). Burnout, sense of coherence and sources of salutogenesis in social workers. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 34, 22-26.
- Baker, S. (2003). A prospective longitudinal investigation of social problem solving appraisals on adjustment to university, stress, health and academic motivation and performance. *Personality and Individual Differences*, 35, 569-591.

- Bakker, A.B., Demerouti, E. y Schaufeli, W.B. (2002). The validity of the Maslach Burnout Inventory–General Survey: An Internet Study. *Anxiety, Stress and Coping, 15*, 245–260.
- Bakker, A.B., LeBlanc, P.M. y Schaufeli, W.B. (2005). Burnout contagion among nurses who work at intensive care units. *Journal of Advanced Nursing, 51*, 276-287.
- Bakker, A.B., Van Der Zee, K.I., Lewig, K.A. y Dollard, M.F. (2006). The relationship between the Big Five personality factors and burnout: a study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology, 146*(1), 31-50.
- Bakker, A.B., van Emmerik, I.J.H. y Euwema, M.C. (2006). Crossover of burnout and engagement in work teams. *Work and Occupations, 33*, 464-489.
- Bakker, A.B., Westman, M. y Schaufeli, W.B. (2007). Crossover of burnout: an experimental design. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 16*(2), 220-239.
- Ballester, R. (1998). Salud y psicología de la salud. En F. Palmero y E.G. Fernández Abascal (Eds.), *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel.
- Baltrusch, H.J., Stangel, W. y Titze, I. (1991). Stress, cancer and immunity: new developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. *Acta Neurological, 13*(4), 315-327.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review, 84*, 191-215.
- Barbero, M.I., Vila, E. y Suárez, J.C. (2003). *Psicometría*. Madrid: UNED.
- Bar-On, R., Brown, J.M., Kirkcaldy, B.D. y Thomé, E. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress; an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Personality and Individual Differences, 28*, 1107-1118.

- Barrick, M.R. y Mount, M.K. (1991). The Big Five personality dimensions and job performance: a meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44, 1-26.
- Basson, M.J. y Rothmann, S. (2002). Sense of coherence, coping and burnout of pharmacists. *South African Journal of Economic and Management Sciences*, 5(1), 35-62.
- Beck, D.L. y Erivastava, R. (1991). Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 30, 127-133.
- Ben-David, A. y Leichtentritt, R. (1999). Ethiopian and Israeli students' adjustment to college: The effect of the family, social support and individual coping styles. *Journal of Comparative Family Studies*, 30, 297-313.
- Ben-Zur, H. (2002). Coping, affect and aging: the roles of mastery and self esteem. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 357-372.
- Berger, M., Bossert, S. y Krieg, J.C. (1987). [Interindividual differences in the susceptibility of the cortisol system: an important factor for the degree of hypercortisolism in stress situation?](#) *Biological Psychiatry*, 22, 1327-1339.
- Bernaldo de Quirós-Aragón, M. y Labrador-Encinas, F.J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical Psychology*, 7(2), 323-335.
- Bernard, C. (1959). *Introducción al estudio de la medicina experimental*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Berstein, J. y Carmel, S. (1987). Trait anxiety and the sense of coherence. *Psychological Reports*, 60, 1000.
- Berstein, J. y Carmel, S. (1991). Gender differences over time in medical school stressors, anxiety and the sense of coherence. *Sex Roles*, 24, 335-344.

- Bilkei-Gorzo, A., Rácz, I., Michel, K., Darvas, M., Maldonado, R. y Zimmer, A. (2007). A common genetic predisposition to stress sensitivity and stress-induced nicotine craving. *Biological Psychiatry*, doi:10.1016/j.biopsych.2007.02.010.
- Billings, A.G. y Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Bíró, E., Baiajti, I., Adány, R. y Kósa, K. (2009). Determinants of mental well-being in medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 24-30
- Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bjorksten, O., Sutherland, S., Miller, C. y Stewart, T. (1983). Identification of medical student problems and comparison with those of other students. *Journal of Medicine Education*, 58, 759-767.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- Bolger, N. y Schilling, E.A. (1991). Personality and problems of every-day life: The role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of Personality*, 59, 355-386.
- Bolger, N. y Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890-902.
- Borella, P., Bargellini, A., Rovesti, S., Pinelli, M., Vivoli, R., Solfrini, V. y Vivoli, G. (1999). Emotional stability, anxiety and natural killer activity under examination stress. *Psychoneuroendocrinology*, 24, 613-627.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. y Marmot, M. (1998). Two alternative Job Stress Models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88, 68-74.

- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vezina, M. y Guylaine, D. (1998). Job strain, psychological distress and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine, 24*, 20-28.
- Bowman, B.J. (1996). Cross-cultural validation of Antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of Clinical Psychology, 52*, 547-549.
- Bowman, M.A. y Allen, D.I. (1985). Stress and women physicians. En R. Payne y J. Firth-Cozens (Eds.), *Stress in the health professions*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Bravo, M.J., Zurriaga, R., Peiró, J.M. y González, P. (1993). Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. *Revista de Psicología de la Salud, 5*, 19-36.
- Briggs, S.R. y Cheek, J.M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality, 54*, 106-148.
- Brown, H. y Edelman, R. (2000). Project 2000: a study of expected and experienced stressors and support reported by students and qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing, 31*, 857-864.
- Buchwald, P. y Schwarzer, C. (2003). The exam-specific Strategic Approach to Coping Scale and interpersonal resources. *Anxiety, Stress and Coping, 16*, 281-291.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1995). Burnout, factores de estrés y locus de control en un grupo de vigilantes de instituciones penitenciarias. *Ansiedad y Estrés, 1*, 195-204.
- Bunevicius, A., Katkute, A. y Bunevicius, R. (2008). Symptoms of anxiety and depression in medical students and in humanities students: relationship

- with big-five personality dimensions and vulnerability to stress. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(6), 494-501.
- Burke, R.J. (1987). Burnout in police work: an examination of the Cherniss model. *Group and organization studies*, 12, 174-188.
- Burke, R.J., Greenglass, E.W. y Konarski, R. (1995). Coping, work demands and psychological burnout among teachers. *Journal of Health and Human Services Administration*, 18, 90-103.
- Butterwoth, T., Carson, J., Jeacock, J., White, E. y Clements, A. (1999). Stress, coping, burnout and job satisfaction in British nurses: findings from the Clinical Supervision Evaluation Project. *Stress Medicine*, 15, 27-33.
- Byrne, B.M. (1994). Burnout: testing for the validity, replication and invariance of causal structure across elementary, intermediate and secondary teachers. *American Educational Research Journal*, 31, 645-676.
- Byrne, D. (1964). The repression-sensitization as dimension of personality. En B. Maher (Ed.), *Progress in experimental research*. Nueva York: Academic Press.
- Calogero, A.E. (1995). Neurotransmitter regulation of the hypothalamic corticotropin-releasing hormone neuron. *Annual New York Academy of Science*, 771, 31-40.
- Cannon, W.B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage* (2^a ed.). Nueva York: Appleton.
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. Nueva York: Norton.
- Carlotto, M.S., Camara, S.G. y Brazil, A.M. (2005). Predictores del síndrome de Burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería. *Perspectivas en Psicología*, 1, 195-205.
- Carmel, S. y Berstein, J. (1989). Trait-anxiety and sense of coherence: A longitudinal study. *Psychological Reports*, 65, 221-222.

- Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonneh, D.Y. y Mahoz, B. (1991). Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Social Science and Medicine*, *32*, 1089-1096.
- Cartwright, L.K. (1987). Occupational stress in women physicians. En R. Payne y J. Firth-Cozens (Eds.), *Stress in the health professions* (pp. 71-87). Nueva York: Wiley.
- 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*(1), 92-100.
- Carver, C.S. y Scheider, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Carver, C.S. y Scheider, M.F. (1990). Principles of self-regulation: action and emotion. En E. Higgins y R.M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: foundations of social behavior* (Vol. 2, pp. 3-52). Nueva York: Guilford.
- Carver, C.S. y Scheider, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*, 184-195.
- Carver, C.S. y Scheider, M.F. (1997). *Teorías de la personalidad*. México: Prentice-Hall.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheider, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L.Jr. y Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 375-390.
- Carver, C.S., Scheider, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283.

- Castro, A.M., Rodríguez, M.L., Moreno, C., Vicente, C., Arroyo, M., y Fernández, M.J. (2006). Prevalencia del síndrome de burnout en fisioterapia. *Fisioterapia*, 28(1), 17-22.
- Cattell, R.B. (1957). *Personality and motivation structure and measurement*. Nueva York: World Book Company.
- Cattell, R.B. y Kline, P. (1977). *The scientific analysis of personality and motivation*. Academic Press. (Traducción castellana: *El análisis científico de la personalidad y la motivación*. Madrid: Pirámide, 1982).
- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M.J. y Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27(7), 459-468.
- Cebria-Andreu, J. (2005). Commentary: the professional burnout syndrome as a public health problem. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 470.
- Chan, R. y Joseph, S. (2000). Dimensions of personality, domains of aspiration, and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 28(2), 347-354.
- Chang, E.C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109-1120.
- Chen, Y., Dubé, C.M., Rice, C.J. y Baram, T.Z. (2008). Rapid loss of dendritic spines after stress involves derangement of spine dynamics by corticotropin-releasing hormone. *Journal of Neuroscience*, 28(11), 2903-2911.
- Cherniss, C. (1980). *Profesional burnout in the human service organizations*. Nueva York: Praeger.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond Burnout*. Londres: Routledge.

- Chorot, P. y Sandín, B. (1994). Life events and stress reactivity as predictor of cancer, coronary heart disease and anxiety disorders. *International Journal of Psychosomatics*, 41, 34-40.
- Clausi, A., Torales, E.G., Czernik, G.E. y Almirón, L.M. (2007). Estrés asistencial y laboral en un Servicio Hospitalario de Clínica Médica de la ciudad de Corrientes. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 4, 30-39.
- Coffey, M. y Coleman, M. (2001). The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 397-407.
- Cohelo, G.W., Hamburg, D.A. y Adam, J.E. (1974). *Coping and adaptation*. Nueva York: Basic Book.
- Cohen, O. y Dekel, R. (2000). Sense of coherence, ways of coping, and well being of married and divorced mothers. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 22, 467-486.
- Cohen, O. y Savaya, R. (2003). Sense of coherence and adjustment to divorce among Muslim Arab citizens of Israel. *European Journal of Personality*, 17, 309-326.
- Cohen, R.A., Paul, R.H., Stroud, L., Gunstad, J., Hitsman, B.L. y McCaffery, J. (2006). Early life stress and adult emotional experience: an international perspective. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 36(1), 35-52.
- Cohen, S. (1978). Environmental load and the allocation of attention. En A. Baum, J.E. Singer y S. Valins (Eds.), *Advances in environmental psychology* (Vol. 1, pp. 1-29). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., Hamrick, N. y Rodríguez, M.S. (2002). Reactivity and vulnerability to stress-associated risk for upper respiratory illness. *Psychosomatic Medicine*, 64, 302-310.

- Cohen, S., Tyrrell, D.A. y Smith, A.P. (1993). Negative events, perceived stress, negative effect and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 131-140.
- Cooper, C.L. (1986). *Estrés y cáncer*. Madrid: Martínez Santos.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Cox, D.J. y Gonder-Frederick, L. (1992). Mayor developments in behavioral diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 628-638.
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress and organizational healthiness. En W.B. Schaufeli, T. Moret y C. Maslach (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193). UK: Taylor and Francis.
- Cox, T., Tisserand, M. y Taris, T. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: questions and directions. *Work & Stress*, 19, 187-191.
- 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.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cuevas, P., O´Ferrall, F.C. y Crespo J. (1998). Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la salud mental en enfermeros de un hospital comarcal. *Revista Enfermería Científica*, 194-195, 31-33.
- Dallman, M. (1993). Stress update: adaptation of the hypotalamic-pituitary-adrenal axis to chronic stress. *Trends Edocrinology Metabolism*, 4, 62-69.

- Darling, C.A., McWey, L.M., Howard, S.N. y Olmstead, S.B. (2007). College student stress: the influence of interpersonal relationships on sense of coherence. *Stress and Health, 23*, 215-229.
- Davitz, L.J. (1972). Identification of stressfull situations in a Nigerian scholl of nursing. *Nursing Research, 21*, 352-357.
- de Kloet, E.R., Joels, M. y Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Natural Review of Neuroscience, 6*(6), 463-475.
- de Kloet, E.R., Karst, H. y Joels, M. (2008). Corticosteroid hormones in the central stress response: quick-and-slow. *Front Neuroendocrinology, 29*(2), 268-272.
- de Kloet, E.R., Oitzl, M.S. y Joels, M. (1999). Stress and cognition: are corticosteroids good or bad guys? *Trends Neuroscience, 22*(10), 422-426.
- Deary, I., Agius, R. y Sadler, A. (1996). Personality and stress in consultant psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry, 42*, 112-122.
- Deary, I.J., Watson, R. y Hogston, R. (2003). A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students. *Journal of Advanced Nursing, 43*(1), 71-81.
- Dedovic, K., D'Aguiar, C., Pruessner, J.C. (2009). What stress does to your brain: a review of neuroimaging studies. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*(1), 6-15.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. y Schaufeli, W.B. (2000). A model of burnout and life satisfaction among nurses. *Journal of Advanced Nursing, 32*(2), 454-464.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. y Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499-512.

- DeNeve, K.M. y Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *124*, 197–229.
- DeVries, A., Glasper, E.R. y Detillion, C.E. (2003). Social modulation of stress responses. *Physiology and Behavior*, *79*, 399-407
- Digman, J.M. (1990). Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, *41*, 417-440.
- Durá, E. y Sánchez-Cánovas, J. (1999) Sistema emocional y diversidad humana. En J. Sánchez-Cánovas y M.P. Sánchez, *Psicología diferencial: diversidad e individualidad humanas* (pp. 251-314). Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Eastburg, M.C., Williamson, M., Gorsuch, R. y Ridley, C. (1994). Social support, personality and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, *24*, 1233–1250.
- Endler, N.S. y Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 844-854.
- Erickson, K., Drevets, W. y Schulkin, J. (2003). Glucocorticoid regulation of diverse cognitive functions in normal and pathological emotional states. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *27*, 233-246.
- Eriksson, M. y Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *59*, 460-466.
- Escribá-Agüir, V. y Pérez-Hoyos, S. (2002). Psychosocial work environment and psychological well-being among hospital medical doctors. *La Medicina del Lavoro*, *93*, 408.

Escribá-Agüir, V. y Pérez-Hoyos, S. (2003). Psychosocial work environment and psychological well-being among emergency staff. *Gaceta Sanitaria*, 17, 186.

Escribá-Agüir, V. y Tenías-Burillo, J.M. (2004). Psychosocial well-being among hospital personnel: the role of family demands and psychosocial work environment. *International Archives of Environmental Health*, 77, 401-408.

Etzion, D. y Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals. A social psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17(2), 191-209.

Evans, G.W. y Schamberg, M.A. (2009). Childhood poverty, chronic stress and adult working memory. *PNAS*, doi:10.1073.

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Inteligencia emocional como predictor de la salud mental, social y física en estudiantes de Universidad. *Spanish Journal of Psychology*, 9, 45-51.

Eysenck, H.J. (1947). *Dimensions of personality*. Londres: Routledge and Kegan Paul.

Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Londres: Charles C. Thomas. (Traducción castellana: *Bases biológicas de la personalidad*. Madrid: Fontanella, 1982).

Eysenck, H.J. (1976). The learning theory model of neurosis. A new approach. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 251-267.

Eysenck, H.J. (1988). Personality, stress and cancer: prediction and prophylaxis. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 57-75.

Eysenck, H.J. (1990a). Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58, 245-261.

- Eysenck, H.J. (1990b). Biological dimensions of personality. En L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: theory and research*. Nueva York: Guilford.
- Eysenck, H.J. (1991). Dimensions of personality: 16, 5 or 3? –Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12, 773-790.
- Eysenck, H.J. (1994). *Tabaco, personalidad y estrés*. Barcelona: Herder.
- Eysenck, H.J. (1997). Personality and experimental psychology: the unification of psychology and the possibility of a paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1124-1137.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, M.W. (1985). *Personality and individual differences. A natural science approach*. Nueva York: Plenum.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1985). *Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) and Short Scale (EPQ-RS)*. Hodder y Stoughton. (Adaptado por Ortet, G., Ibañez, M.I., Moro, M. y Silva F. (2001). *Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck*. Madrid: TEA).
- Fang, C.Y., Miller, S.M., Bovbjerg, D.H., Bergman, C., Edelson, M.I. y Rosenblum, N.G. (2008). Perceived stress is associated with impaired T-Cell response to HPV16 in women with cervical dysplasia. *Annual Behavioral Medicine*, 35, 87-96.
- Fanous, A., Gardner, C.O. y Prescott, C.A. (2002). Neuroticism, major depression and gender: a population-based twin study. *Psychological Medicine*, 32, 719–728.
- Farber, B.A. (1983). *Stress and burnout in the human service professions*. Nueva York: Pergamon Press.
- Feldt, T., Kivimäki, M., Rantala, A. y Tolvanen, A. (2004). Sense of coherence and work characteristics: a cross-lagged structural equation model among managers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 323–342.

- Feldt, T., Kokko, K., Kinnunen, U. y Pulkkinen, L. (2005). The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. *European Psychologist, 10*, 298–308.
- Feldt, T., Leskinen, E. y Kinnunen, U. (2005). Structural invariance and stability of sense of coherence: a longitudinal analysis of two groups with different employment experiences. *Work and Stress, 19*, 68–83.
- Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U. y Mauno, S. (2000). Longitudinal factor analysis models in the assessment of the stability of sense of coherence. *Personality and Individual Differences, 28*, 239–257.
- Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U. y Ruoppila I. (2003). The stability of sense of coherence: comparing two age groups in a 5-year follow-up study. *Personality and Individual Differences, 35*, 1151-1165.
- Feldt, T., Mäkikangas, A. y Aunola, K. (2006). Sense of coherence and optimism: A more positive approach to health. En L. Pulkkinen, J. Kaprio y R.J. Rose (Eds.), *Socioemotional development and health from adolescence to adulthood* (pp. 286–305). Cambridge University Press.
- Feldt, T., Metsäpelto, R-L., Kinnunen, U. y Pukkinen, L. (2007). Sense of coherence and five-factor approach to personality: conceptual relationships. *European Psychologist, 12*(3), 165-172.
- Fernández, A. (2007). Estrés y enfermedad de Graves. *Anales de Psiquiatría, 23*(1), 34-38.
- Fernández, F. y Sheffield, J. (1996). Relative contribution of life events versus daily hassles to the frequency and intensity of headaches. *Headache, 36*, 595-602.
- Fernández, G. (2000). Burnout y trastornos psicossomáticos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16*(2), 229-235.

- Fernández, J.A., Fernández, E. y Siegrist, J. (2005). El trabajo y sus repercusiones en la salud. El modelo desequilibrio-esfuerzo-recompensa (DER). *Revista de Calidad Asistencial*, 20, 144-149.
- Fernández, J.A., Siegrist, J., Rödel, A. y Hernández, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo ¿qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*, 31, 1-10.
- Fernet, C., Guay, F. y Senécal, C. (2004). Adjusting to job demands: the role of work self-determination and job control in predicting burnout. *Journal of Vocational Behavior*, 65(1), 39-56.
- Ferrer, F. (2001). Estrés en profesionales de nueva incorporación. *Revista Rol de Enfermería*, 24(3), 177-180.
- Ferreres, A., González-Romá, V., Hernández, A., Espejo, B. y Lloret, S. (1995). The measurement of health habits and life-style and its influence on the relationship between role-stress and psychological and biochemical responses. En J. Rodríguez-Marín (Ed.), *Health Psychology and quality of life reserach* (pp. 746-757). Murcia: Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante y Sociedad Valenciana de Psicología Social.
- Fiorentino, L.M. y Pomazal, R.J. (1994). Sense of coherent and the stress-illness relationship among employees: a prospective study. En I. McCubbin, A. Thompson, I. Thompson y E. Fromer (Eds.), *Sense of coherence and Resilency: Stress, Coping and Health* (pp. 91-108). University of Wisconsin.
- Fisher, S. (1988). Life stress, control strategies and risk of disease. En S. Fisher y J. Reason, *Handbook of life stress, cognition and health*. Chichester: Wiley.

- Flannery, R.B. y Flannery, G.J. (1990). Sense of coherence, life stress and psychological distress: a prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 415-420.
- Flannery, R.B.Jr., Perry, C., Penk, W.E. y Flannery, G.J. (1994). Validating Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology, 50*, 575-577.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 839-852.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 466-475.
- Folkman, S. y Moskowitz, T. (2003). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. y Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(3), 571-579.
- Fornés, J., Ponsell, E. y Guasp, E. (2001). Ansiedad-estrés en Enfermería. *Revista Rol de Enfermería, 24*(1), 51-56.
- Francis, L.J. (1999). Happiness is a thing called stable extraversion: a further examination of the relationship between the Oxford Happiness Inventory and Eysenck's dimensional model of personality and gender. *Personality and Individual Differences, 26*, 5-11.
- Frankl, V.E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. 12ª edición. Barcelona: Editorial Herder.
- Frenz, A.W., Carey, M.P. y Jorgensen, R.S. (1993). Psychometric evaluation of Antonovsky's sense of coherence scale. *Psychological Assessment, 5*, 145-153.

- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Friedman, H.S. (1990). *Personality and disease*. Nueva York: Wiley.
- Friedman, H.S. y Booth-Kewley, S. (1987). Personality type A behavior and coronary heart disease: The role of emotional expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 783-792.
- Frommberger, U., Stieglitz, R.D., Straub, S., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E. y Berger, M. (1999). The concept of "sense of coherence" and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 343-348.
- Galbo, H. (1983). *Hormonal and metabolic adaptation to exercise*. Stuttgart: G.T. Verlag.
- Gallagher, L. (2004). Burnout and coping in suburban teachers. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65, 21-32.
- Gallagher, T.J., Wagenfeld, M.O., Baro, F. y Haepers, K. (1994). Sense of coherence, coping and caregiver role overload. *Social Science and Medicine*, 39, 1615-1622.
- Gallin, J.I., Goldstein, I.M. y Snyderman, R. (1988). *Inflammation: basic principles and clinical correlates*. Nueva York: Raven Press.
- Gan, Y., Shang, J. y Zhang, Y. (2007). Coping flexibility and locus of control as predictors of burnout among chinese college students. *Social Behavior and Personality*, 35(8), 1087-1098.
- Gan, Y., Yang, M., Zhou, Y. y Zhang, Y. (2007). The two-factor structure of future-oriented coping and its mediating role in student engagement. *Personality and Individual Differences*, 43, 851-863

- Gana, K. (2001). Is sense of coherence a mediator between adversity and psychological well-being in adults? *Stress and Health, 17*, 77-83.
- Garcés de los Fayos, E.J. (1995). Burnout en niños y adolescentes: un nuevo síndrome en psicopatología infantil. *Psicothema, 7*(1), 33-40.
- García, M.L. (1989). El qué y el cómo de la evaluación de la personalidad. En E. Ibáñez y V. Pelechano (Coord.), *Personalidad*. Madrid: Alhambra Universidad.
- García-Bueno, B. y Leza, J.C. (2008). Mecanismos inflamatorios/antiinflamatorios en el cerebro tras la exposición a estrés. *Revista Neurología, 46*, 675-683.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y. y González, J.L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies, 45*(3), 418-427.
- Gascón, S., Olmedo, M. y Ciccotelli, H. (2003). La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8*, 55-66.
- Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science and Medicine, 44*, 1771-1779.
- Gianoulakis, C. (1998). [Alcohol-seeking behavior: The roles of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the endogenous opioid system.](#) *Alcohol Health and Research World, 22*(3), 202-210.
- Gibson, L.M. y Cook, M.J. (1996). Neuroticism and sense of coherence. *Psychological Reports, 79*, 343-349.
- Gil, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1993). Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de enfermería. En L. Munduate y B. Barón, *Gestión de recursos humanos y calidad de vida laboral*. Sevilla: Eudema.

- Gilbar, O. (1998). Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. *Social Work in Health Care, 26*, 39-49.
- Gil-Monte, P.R. (1994). *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de Enfermería*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de la Laguna.
- Gil-Monte, P.R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo, 7*(1), 3-10.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Glanz, K., Maskarinec, G. y Carlin, L. (2005). Ethnicity, sense of coherence and tobacco use among adolescents. *Annals of Behavioral Medicine, 29*(3), 192-199.
- Glaser, J.P., van Os, J., Portegijs, P.J. y Myin-Germeys, I. (2006). Childhood trauma and emocional reactivity to daily life stress in adult frequent attenders of general practitioners. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(2), 229-236.
- Glaser, R. y Kiecolt-Glaser, J.K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Natural Review of Immunology, 5*(3), 243-251.
- Glass, D.C. y Singer, J.E. (1972). *Urban stress: experiments on noise and social stressors*. Nueva York: Academic Press.
- Godoy, D., Godoy, J.F., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S. y Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema, 20*(1), 155-165.

- Gold, P.W. y Chrousos, G.P. (2002). [Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: high vs low CRH/NE states](#). *Molecular Psychiatry*, 7, 254-275.
- Gold, Y. y Michael, W.B. (1985). Academic self-concept correlates of potencial burnout in a sample of first semester elementary school practice teachers: a current validity. *Educational Psychological Measurement*, 45, 909-914.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general. GHQ*. Barcelona: Masson.
- Goldberg, L.R. (1992). The development of markers for the Big-five factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.
- González, M.T. y Landero, R. (2007a). Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- González, M.T. y Landero, R. (2007b). Escala de cansancio emocional (ECE) para estudiantes universitarios: propiedades psicométricas en una muestra de México. *Anales de Psicología*, 23(2), 253-257.
- González, M.T. y Landero, R. (2008a). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(1), 7-18.
- González, M.T. y Landero, R. (2008b). Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL*, 11(4), 403-410.
- González-Romá, V., Lloret, S. y Tomás, I. (1993). La influencia del estrés de rol sobre el riesgo de enfermedad coronaria. *Salud y Trabajo*, 97, 24-28.
- González-Tablas, M.M., Palenzuela, D.L., Pulido, R.F., Sáez, L.M. y López, E. (2001). El papel de las expectativas generalizadas de control en el afrontamiento y ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7(1), 1-14.

- Gouva, M., Mantzoukas, S., Mitona, E. y Damigos, D. (2009). Understanding nurses' psychosomatic complications that relate to the practice of nursing. *Nursing and Health Sciences, 11*(2), 154-159.
- Greenlass, E.R., Burke, R.J. y Konarski, R. (1998). Components of burnout, resources and gender-related differences. *Journal of Applied Social Psychology, 28*, 1088-1106.
- Gross, E.B. (1992). Gender differences in physician stress. *Journal of American Medicine Women's Association, 47*(4), 107-112.
- Grossarth-Marticek, R. y Eysenck, H.J. (1990). Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. *Psychological Reports, 66*, 355-373.
- Guarino, L., Gavidia, I., Antor, M. y Caballero, H. (2000). Estrés, salud mental y cambios inmunológicos en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual, 8*, 57-71.
- Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología, 19*, 145-158.
- HahnMary, K. y Carlotto, S. (2008). Síndrome de burnout en monitores que actúan en una fundación de protección especial. *Revista Diversitas, 4*(1), 53-62.
- Hakanen, J.J., Feldt, T. y Leskinen, E. (2007). Change and stability of sense of coherent in adulthood: longitudinal evidence from the healthy child study. *Journal of Research in Personality, 41*(3), 602-617.
- Happell, B., Martin, T. y Pinikahana, J. (2003). Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing, 12*, 39-47.

- Harris, A., Ursin, H., Murison, R. y Eriksen, H.R. (2007). Coffee, stress and cortisol in nursing staff. *Psychoneuroendocrinology*, *32*, 322-330.
- Harris, R.B. (1989). Reviewing nursing stress according to a proposed coping adaptation framework. *Advances in Nursing Science*, *11*(12), 12-28.
- Hart, K.E., Hittner, J.B. y Paras, K.C. (1991). Sense of coherence, trait anxiety and the perceived availability of social support. *Journal Research in Personality*, *25*, 137-145.
- Heffelfinger, A.K. y Newcomer, J.W. (2001). Glucocorticoid effects on memory function over the human life span. *Development and Psychopathology*, *13*, 491-513.
- Heim, C. y Nemeroff, C.B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, *49*, 1023-1039.
- Heiman, T. (2004). Examination of the salutogenic model, support resources, coping style and stressors among israeli university students. *The Journal of Psychology*, *138*(6), 505-520.
- Heppner, P.P., Cook, S.W., Wright, D.M. y Johnson, W.C.Jr. (1995). Progress in resolving problems: A problem-focused style of coping. *Journal of Counseling Psychology*, *42*, 279-293.
- Herbst, L., Coetzee, S. y Visser, D. (2007). Personality, sense of coherence and the coping of working mothers. *Journal of Industrial Psychology*, *33*(3), 57-67.
- Heredia, D., Piemontesi, S., Furlan, L. y Pérez, E. (2008). Adaptación de una escala de afrontamiento ante la ansiedad e incertidumbre pre-examen (COPEAU). *Avaliação Psicológica*, *7*(1), 1-9.
- Herman, J.P. y Cullinan, W.E. (1997). Neurocircuitry of stress: central control of the hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Trends Neuroscience*, *20*, 78-84.

- Hernández, G.L. y Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome de "estar quemado" (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 121-136.
- Hernández, G.L., Olmedo, E. e Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 323-336.
- Hernández, J. y Esteban M. (2000). Métodos de investigación en Enfermería. En J. Hernández y M. Esteban, *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método* (pp. 85-126). Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Hernández-Martín, L., Fernández-Calvo, B., Ramos, F. y Contador, I. (2006). El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 599-611.
- Het, S., Ramlow, G. y Wolf, O.T. (2005). A meta-analytic review of the effects of acute cortisol administration on human memory. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 771-784.
- Heyns, P., Venter, J.H., Esterhuyse, K.G., Bam, R.H. y Odendaal, D.C. (2003). Nurses caring for patients with Alzheimer's disease: their strengths and risk of burnout. *South African Journal of Psychology*, 33, 80-85.
- Hills, H. y Norvell, N. (1991). An examination of hardiness and neuroticism as potencial moderators of stress outcomes. *Behavioral Medicine*, 19, 31-38.
- Hills, P. y Argyle, M. (2001). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and Individual Differences*, 31(8), 1357-1364.
- Hipwell, A., Tyier, P.A. y Wilson, C.M. (1989). Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *British Journal of Medicine Psychological*, 62, 71-79.

- Hirschfeld, R.M., Klerman, G.L. y Lavori, P. (1989). Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 46, 345-50.
- Hobfoll, S.E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6, 307-324.
- Hock, R. (1988). Professional burnout among public school teachers. *Public Personnel Management*, 17, 167-189.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hudd, S., Dumlao, J., Erdmann-Sager, D., Murray, D., Phan, E., Soukas, N. y Yokozuka, N. (2000). Stress at college: effects on health habits, health status and self-esteem. *College Student Journal*, 34(2), 217-227.
- Igná, C.V., Julkunen, J. y Ahlström, R. (2008). Sense of coherence relates with smoking. *Journal of Health Psychology*, 13(8), 996-1001.
- Inomata, K., Aoto, T., Binh, N., Okamoto, N., Tanimura, S. y Wakayama, T. (2009). Genotoxic stress abrogates renewal of melanocyte stem cells by triggering their differentiation. *Cell*, 137(6), 1088-1099.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2003). *V Encuesta de Condiciones de Trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Jahnsen, R., Villien, L., Straghelle, J.K. y Holm, I. (2002). Coping potential and disability sense of coherence in adults with cerebral paralysis. *Disability and Rehabilitation*, 24, 511-518.
- Jelinek, J. y Morf, M.E. (1995). Accounting for variance shared by measures of personality and stress-related variables: A canonical correlation analysis. *Psychological Reports*, 76, 959-962.

- Jellesma, F.C., Rieffe, C., Terwogt, M.M. y Kneepkens, C.M.F. (2006). Somatic complaints and health care use in children: mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science and Medicine*, *63*, 2640-2648.
- Jenaro-Río, C., Flores-Robaina, N. y González-Gil, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*, 107-121.
- Jessop, D.S. (1999). Review: central non-glucocorticoid inhibitors of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *Journal of Endocrinology*, *160*, 169-180.
- Jiménez, C. (2001). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud* (2^a ed). Córdoba: Servicio de publicaciones. Universidad de Córdoba.
- Joels, M., Karst, H. y Derijk, R. (2008). The coming out of the brain mineralocorticoid receptor. *Trends Neuroscience*, *31*(1), 1-7.
- Johansson, I., Larsson, G. y Hamrin, E. (1998). Sense of coherence, quality of life and function among elderly hip fracture. *Aging*, *10*, 377-384.
- Johnson, S.B., Perry, N. y Rozensky, R. (2002). *Handbook of clinical health psychology*. Washington: APA.
- Jones, J.G. (1987). Stress in psychiatric nursing. En R. Payne y J. Firth-Cozens (Eds.), *Stress in the health professionals*. Chichester: John Wiley y Sons.
- Jones, M.C. y Johnston, D.W. (1997). Distress, stress and coping in first-year student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *26*(3), 475-482.
- Jorgensen, R.S., Frankowski, J.J. y Carey, M.P. (1999). Sense of coherence, negative life events and appraisal of physical health among university students. *Personality and Individual Differences*, *27*, 1079-1089.

- Junsheng, L., Ying, Z., Leiping, B. y Biao, S. (2006). The relationship between sense of coherence and coping style among adolescent. *Psychological Science, 29*(5), 1107-1110.
- Jurado, D., Gurpegui, M., Moreno, O., Fernández M.C., Luna J.D. y Gálvez, R. (2005). Association of personality and work conditions with depressive symptoms. *European Psychiatry, 20*(3), 213-222.
- Kaiser, C.F., Sattler, D.N., Bellack, D.R. y Dersin, J.A. (1996). Conservation of resources approach to a natural disaster: Sense of coherence and psychological distress. *Journal of Social Behavior and Personality, 11*, 459–476.
- Kaiser, R.T. y Ozer, D.J. (1997). Emotional stability and goal-related stress. *Personality and Individual Differences, 22*(3), 371-379.
- Kammeyer-Mueller, J.D., Judge, T.A. y Scott, B.A. (2009). The role of core self-evaluations in the coping process. *Journal of Applied Psychology, 94*(1), 177-195.
- Karademas, E.C. y Kalantzi-Azizi, A. (2004). The stress process, self-efficacy expectations and psychological health. *Personality and Individual Differences, 37*, 1033-1043.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Nueva York: Basic Books.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*, 285-311.
- Karlsson, I., Berglin, E. y Larsson, P. (2000). Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery – a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing, 31*(6), 1383-1392.

- Kendler, K.S., Gardner, C.O. y Prescott, C.A. (2003). Personality and the experience of environmental adversity. *Psychological Medicine*, *33*, 1193–1202.
- Kendler, K.S., Kessler, R.C., Neale, M.C., Heath, A.C. y Eaves, L.J. (1993). The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1139–1148.
- Kendler, K.S., Kuhn, J. y Prescott, C.A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *The American Journal of Psychiatry*, *161*, 631–636.
- Kendrick, P. (2000). Comparing the effects of stress and relationship style on student and practicing nurse anesthetists. *AANA Journal*, *68*, 15-22.
- Khashan, A.S., McNamee, R., Abel, K.M., Mortensen, P.B., Kenny, L.C., Pedersen, M.G., Webb, R.T. y Baker, P.N. (2009). Rates of preterm birth following antenatal maternal exposure to severe life events: a population-based cohort study. *Human Reproduction*, *1*(1), 1-9.
- Kielcolt-Glaser, J.K., Cacioppo, J.T. y Malarkey, W.B. (1992). Acute psychological stressors and short-term immune changes: What, why, from whom and to what extent? *Psychosomatic Medicine*, *54*, 680-685.
- Kielcolt-Glaser, J.K., Dura, J.R. y Speicher, C.E. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, *53*, 345-362.
- Kielcolt-Glaser, J.K., Maucha, P.T. y Malarkey, W.B. (1996). El estrés psicológico enlentece la cicatrización de las heridas. *The Lancet* (ed. española), *28*, 188-191.
- Kielcolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F. y Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, *70*, 537–547.

- Kielcolt-Glaser, J.K., Robles, T.F., Heffner, K.L., Loving, T.J. y Glaser, R. (2002). Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. *Annual Oncology, 13*(4), 165–169.
- Kissen, D.M. y Eysenck, H.J. (1962). Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research, 6*, 123-137.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Nurmi, J.E., Feldt, T., Keltikangas-Järvinen, L. y Pentti, J. (2002). Sense of coherence as a mediator between hostility and health. Seven-year prospective study on female employees. *Journal of Psychosomatic Research, 52*, 239–247.
- Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera, J. y Nurmi, J.E. (2000). Sense of coherence and health: Evidence from two crosslagged longitudinal samples. *Social Science and Medicine, 50*, 583–597.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Lillrank, B. y Kevin, M. (2002). Death or illness of a family member, violence, interpersonal conflict, and financial difficulties as predictors of sickness absence: Longitudinal cohort study on psychological and behavioral links. *Psychosomatic Medicine, 64*, 817–825.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1-11.
- Kohlmann, C. (1993). Development of the repression-sensitization construct: With special reference to discrepancy between subjective and physiological stress reactions. En G. Hentschel (Ed.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology*. Nueva York: Springer Verlag.
- Korotkov, D.L. (1993). An assessment of the (short-form) sense of coherence measure: Issues of validity and well-being. *Personality and Individual Differences, 14*, 575-583.

- Korunka, C., Kubicek, B., Schaufeli, W.B. y Hoonakker, P. (2009). Work engagement and burnout: testing the robustness of the Job Demands-Resources model. *The Journal of Positive Psychology, 4*(3), 243-255.
- Kozyrskyj, A.L., Mai, X., McGrath, P., HayGlass, K.T., Becker, A.B. y MacNeil, B. (2008). Continued exposure to maternal distress in early life is associated with an risk of childhood asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 177*, 142-147.
- Kuuppelomäki, M. y Utriainen, P. (2003). A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. *International Journal of Nursing Studies, 40*, 383-388.
- Labrador, F.J. (1992). *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de hoy.
- Labrador, F.J. y Crespo, M. (1993). *Estrés y trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Lacey, K., Zaharia, M.D., Griffiths, J., Ravindran, A.V., Merali, Z. y Anisman, H. (2000). A prospective study of neuroendocrine and immune alterations associated with the stress of an oral academic examination among graduate students. *Psychoneuroendocrinology, 25*, 339-356.
- Langius, A. y Björvell, H. (1993). Coping ability and functional status in a Swedish population sample. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 7*, 3-10.
- Langius, A. y Björvell, H. (1996). Salutogenic model and use of the sense of coherence scale in nursing research – a methodological report. *Vard i Norden, 16*, 28-32.
- Langius, A., Björvell, H. y Antonovsky, A. (1992). The sense of coherence concept and its relation to personality traits in Swedish samples. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 6*, 165-171.

- Laplante, D., Brunet, A., Smichmitz, N., Ciampi, A. y King, S. (2008). Prenatal maternal stress affects cognitive and linguistic functioning in 51/2-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*(9), 1063-1072.
- Latorre, I. y Sáez, J. (2009). Análisis del burnout en profesores no universitarios de la región de Murcia (España) en función del tipo de centro docente: público versus concertado. *Anales de Psicología, 25*(1), 86-92.
- Lau, R., Quadrel, M. y Hartman, K. (1990). Development and change of young adults' preventive health beliefs and behavior: influence from parents and peers. *Journal of Health and Social Behavior, 31*, 240-59.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1990). Stress, coping and illness. En H.S. Friedman (Ed.), *Personality and disease*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*, 1-21.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones para la salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer. (Traducción, Barcelona, Martínez Roca, 1986).
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality, 1*, 147-169.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1989). *Manual for the Hassles and Uplift Scales*. Palo Alto, California: Research Edition Consulting Psychologist Press.
- Lee, B.K., Glass, T.A., Wand, G.S., McAtee, M.J., Bandeen-Roche, K., Bolla, K.I. y Schawartz, B.S. (2008). Apolipoprotein E genotype, cortisol and

- cognitive function in community-dwelling older adults. *American Journal of Psychiatry*, 7, 34-44.
- Lee, R., Keough, K. y Sexton, J. (2002). Social connected-ness, social appraisal and perceived stress in college women and men. *Journal of Counseling and Development*, 80, 355-361.
- Lee, R.T. y Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- Leiter, M.P., Gascón, S. y Martínez-Jarreta, B. (2008). A two process model of burnout: their relevance to spanish and canadian nurses. *Psychology in Spain*, 12(1), 37-45.
- León, O.G. y Montero, I. (1997). *Diseño de investigaciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M.L., Berto, E., Luzi, C. y Andreoli, A. (1993). Development of the perceived stress questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19-32.
- Levine, S. y Ursin, H. (1980). *Coping and health*. New York: Plenum Press.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M. y Rosenbaum, M. (1988). [A prospective study of risk factors for unipolar depression](#). *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 251-264.
- Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J. y Aradilla, A. (2008). Relación entre estrategias de afrontamiento y felicidad: estudio preliminar. *Interpsiquis*. 2008.
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 979-984.

- Lindström, B. y Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244.
- Linn, L.S., Yager, J., Cope, D. y Leake, B. (1985). Health status, job satisfaction, job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty. *Journal of American Medicine Association*, 254, 2775-2782.
- López-Araujo, B., Osca-Segovia, A. y Rodríguez, M.F. (2008). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 293-304.
- Lundberg, U. (2005). Stress hormones in health and illness: the roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1017-1021.
- Luo, Y. y Wang, H. (2009). Correlation research on psychological health impact on nursing students against stress, coping way and social support. *Nurse Education Today*, 29, 5-8.
- Lupien, S.J., Fiocco, A., Wan, N., Maheu, F., Lord, C., Schramek, T. y Tu, M.T. (2005). Stress hormones and human memory function across the lifespan. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 225-242.
- Lupien, S.J., Maheu, F., Tu, M., Fiocco, A. y Schramek, T.E. (2007). The effects of stress and stress hormones on human cognition: implications for the field of brain and cognition. *Brain and Cognition*, 65(3), 209-237.
- Lupien, S.J., McEwen, B.S., Gunnar, M.R. y Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, doi:10.1038/nrn2639.
- Lustig, D.C., Rosenthal, D.A., Strauser, D.R. y Haynes, K. (2000). The relationship between sense of coherence and adjustment in persons with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43, 134-141.
- Lynn, R. y Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism and psychoticism in 37 nations. *Journal of Social Psychology*, 137, 369-373.

- Mahat, G. (1996). Stress and coping: first year Nepalese nursing students in clinical settings. *Journal of Nursing Education, 35*, 163-169.
- Maldonado, E.F., Fernández, F.J., Trianes, M.V., Wesnes, K., Petrini, O. y Zangara, A. (2008). Cognitive performance and morning levels of salivary cortisol and alfa-amylase in children reporting high vs. low daily stress perception. *The Spanish Journal of Psychology, 11*(1), 3-15.
- Malkinson, A.M. (1980). *Acción Hormonal. Cuadernos de Biología*. Madrid: Omega.
- Margalit, M. y Eysenck, S. (1990). Prediction of coherence in adolescence: Gender differences in social skills, personality and family climate. *Journal of Research in Personality, 24*, 510-524.
- Margalit, M., Raviv, A. y Ankonina, D.B. (1992). Coping and coherence among parents with disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 202-209.
- Marín, N., Esteban, A., Palma, C., Vega, M., Mestre, L. y Fornés, J. (2005). Burnout en profesionales sanitarios en formación del Hospital Universitario Son Dureta. *Psiquiatría.com, 9*(4).
- Marlowe, N. (1998). Stressful events, appraisal, coping and recurrent headache. *Journal of Clinical Psychology, 54*, 247-256.
- Márquez, C. (2006). *Diferencias individuales en la respuesta endocrina al estrés: influencia de los rasgos de conducta*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Martín, I.M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología, 25*(1), 87-99.
- Martínez, I., Marqués, A., Salanova, M. y Lopes da Silva, A. (2002). Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal. Un estudio transcultural. *Ansiedad y Estrés, 8*, 13-23.

- Martínez-Correa, A., Reyes, G.A., García-León, A. y González-Jareño, M.A. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martyn, C.J. (1997). Distress, stress and coping in first-year student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 470-474.
- Martyn, C.J. (2000). Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 66-74.
- Maslach, C. (1982). *Burn-out. The cost of caring*. Nueva York: Prentice Hall.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. y Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Josey Bass.
- Maslach, C., Jackson, S.E. y Leiter, M.P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory*. (3ª ed). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-442.
- Mason, J.W. (1971). A re-evaluation of concept of non-specificity in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- Mazur, P.J. y Lynch, M.D. (1989). Differential impact of administrative, organizacional and personality factors on teacher burnout. *Teaching and Teacher Education*, 5, 337-353.
- McCormack, A. (1996). Drinking in stressful situations: college men under pressure. *College Student Journal*, 30(1), 65-77.

- McCrae, R.R. y Costa, P.T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality, 54*, 385-405.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T. (1990). *Personality in adulthood*. Nueva York: Guilford.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T.Jr. (2003). *Personality in adulthood: a five-factor theory perspective*. Nueva York: Guildford Press.
- McCrae, R.R. y John, O.P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality, 60*, 175-215.
- McCranie, E.W., Lambert, V.A. y Lambert, C.E. (1987). Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research, 36*, 374-378.
- McCue, J.D. (1982). The effects of stress on physicians and their medical practice. *National England Journal Medicine, 9*, 458-463.
- McEwen, B.S. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research, 886*(1-2), 172-189.
- McEwen, B.S. y Wingfield, J.C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behaviour, 43*(1), 2-15.
- McGaugh, J.L. (2004). The amygdala modulates the consolidation of memories of emotionally arousing experiences. *Annual Review of Neuroscience, 27*, 1-28.
- McGowan, B. (2001). Self-reported stress and its effects on nurses. *Nursing Standard, 15*, 33-38.
- McGrae, R.R. y Costa P.T.Jr. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality, 54*, 385-405.
- McKnight, J.D. y Glass, D.C. (1995). Perceptions of control, burnout and depressive symptomatology: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 490-494.

- McMillam, J.H. y Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa. Una introducción conceptual*. Madrid: Pearson. Addison Wesley.
- McSherry, W.C. y Holm, J.E. (1994). Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. *Journal of Clinical Psychology, 50*, 476–487.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing, 44*, 633-642.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S. y Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths and promising research directions. *Psychological Bulletin, 132*, 327-353.
- Michielsen, H.J., Willemsen, T.M., Croon, M.A., De Vries, J. y Van Heck, G.L. (2004). Determinants of general fatigue and emotional exhaustion: A prospective study. *Psychology and Health, 19*, 223–235.
- Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 345-353.
- Millon, T. y Davis, R. (2001). *Trastornos de personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. *Ley de prevención de riesgos laborales*. Ley 31/1995, de 8 de noviembre. B.O.E. nº 269, de 10 de noviembre.
- Mischel, W. (1979). On the interface of cognition and personality. *American Psychologist, 34*, 740-754.
- Misra, R. y McKean, M. (2000). College' students academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *American Journal of Health Studies, 16*, 41-51.

- Misra, R., Crist, M. y Burant, C. (2003). Relationships among life stress, social support, academic stressors and reactions to stressors of international students in the United States. *International Journal of Stress Management*, 10(2), 137-157.
- Mlonzi, E.N. y Strümpfer, D.J.W. (1998). Antonovsky's sense of coherence scale and 16PF second-order factors. *Social Behaviour and Personality*, 26, 39-50.
- Molina, J.M., Avalos, F. y Giménez, I. (2005). Burnout en Enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15(5), 275-282.
- Montero, I. y León, O. (2005). A classification system for method within research reports in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127.
- Morán, C. (2005a). *Estrés, Burnout y Mobbing. Recursos y estrategias de afrontamiento*. Salamanca: Amarú ediciones.
- Morán, C. (2005b). Personalidad, afrontamiento y burnout en profesionales de atención a personas con discapacidad psíquica. *Siglo cero: revista española sobre discapacidad intelectual*, 36, 30-39.
- Morán, C. (2005c). *Relación entre variables de personalidad y estrategias de afrontamiento del estrés laboral*. Tesis doctoral. León: Universidad de León.
- Moreno, B., Garrosa E. y González, J.L. (2000). El desgaste profesional en enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 3, 18-28.
- Moreno, B., Garrosa, E., Benevides-Pereira, A. y Gálvez, M. (2003). Estudios Transculturales del Burnout. Los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombiana de Psicología*, 12, 9-18.

- Moreno, B., González, J.L. y Garrosa, E. (1999). Burnout docente, sentido de coherencia y salud percibida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 3(4), 163-180.
- Moreno, B., Morante, M.E., Rodríguez, R. y Rodríguez, A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*, 20(1), 124-130.
- Moreno, C. (2003). *Evaluación psicológica*. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Jiménez, B., Alonso, M. y Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 115-138.
- Moreno-Jiménez, B., Morett, N., Rodríguez-Muñoz, A. y Morante, M.E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout: estudio en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18(3), 413-418.
- Morrison, R. y O'Connor, R.C. (2005). Predicting psychological distress in college students: the role of rumination stress. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 447-460.
- Mount, M.K., Barrick, M.R. y Strauss, J.P. (1994). Validity of observer ratings of the Big Five personality factors. *Journal of Applied Psychology*, 79(2), 272-280.
- Moya-Albiol, L., Serrano, M.A., González-Bono, E., Rodríguez-Alarcón, G. y Salvador, A. (2005). Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*, 17(2), 205-211.
- Muñiz, J. (1999). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Ariel.
- Muñoz, F.J. (1999). *El estrés académico: incidencia del sistema de enseñanza y función moduladora de las variables psicosociales en la salud, el bienestar y el rendimiento de los estudiantes universitarios*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla.

- Naquin, M.R. y Gilbert, G. (1996). College students' smoking behavior, perceived stress and coping styles. *Journal of Drug Education*, 26(4), 367-76.
- Nash, M.W., Huezco-Diaz, P., Williamson, R.J., Sterne, A., Purcell, S. y Hoda, F. (2004). Genome-wide linkage analysis of a composite index of neuroticism and mood-related scales in extreme selected sibships. *Human Molecular Genetics*, 13, 2173–2182.
- Nater, U.M., Moor, C., Okere, U., Stallkamp, R., Martin, M., Ehlert, U. y Kliegel, M. (2007). Performance on a declarative memory task is better in high than low cortisol responders to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 758-763.
- Natvig, G.K., Hanestad, B.R. y Samdal, O. (2006). The role of the student: salutogenic or pathogenic? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 280-287.
- Nieto, J., Abad, M.A., Esteban, M. y Tejerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud*. Madrid: McGraw-Hill.
- Nintachan, P. y Sompongse, P. (2000). The sense of coherent and trait-anxiety of nursing students at Ramathibodi School of Nursing: a four year follow up study during academic year 1994-1997. *Ramathibodi Nursing Journal*, 6(2), 119-132.
- Novak, K.M. (1986). A type A hardiness, a psychological distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 537-548.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- O'Brien, G.E. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. En J. Buendía (Ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 61-77). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Olmedo, M., Santed, M.A., Jiménez, R. y Gómez, M.D. (2001). El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis, 22*(3), 117-129.
- Olsson, M., Hansson, K., Lundblad, A. y Cederblad, M. (2006). Sense of coherence: definition and explanation. *International Journal of Social Welfare, 15*, 219-229.
- OMS. (1986). *The Ottawa Charter*. Ginebra: OMS.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en profesionales sanitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*, 137-160.
- Ortega, C., López, F. y Gómez, S. (2009). Intervención psicológica sobre el desgaste profesional de los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón. *Medicina Paliativa, 15*(2), 93-97.
- Ortet, G. y Sanchís, M.C. (1999). *Prácticas de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Otero-López, J.M., Santiago, M.J. y Castro, C. (2008). An integrating approach to the study of burnout in University Professors. *Psicothema, 20*(4), 766-772.
- Pagana, K.D. (1988). Stresses and threats reported by baccalaureate students in relation to an initial clinical experience. *Journal of Nursing Education, 27* (9), 418-424.
- Pagana, K.D. (1990). The relationship of hardiness and social support to student appraisal of stress in an initial clinical nursing situation. *Journal of Nursing Education, 29*, 255-261.
- Pallant, J.F. y Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences, 33*, 39-48.

- Palsson, M.B., Hallberg, I.R., Norberg, A. y Bjoervell, H. (1996). Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 10*, 19-26.
- Parkes, K.R. (1985). Stressful episodes reported by first year student nurses: a descriptive account. *Society of Science and Medicine, 20*(9), 945–953.
- Parkes, K.R. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En J. Buendía (Ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 79-117). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pavot, W., Diener, E. y Fujita, F. (1990). Extraversion and happiness. *Personality and Individual Differences, 11*, 1299-1306.
- Payne, R.L. y Firth-Cozens, J. (1987). *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley.
- Peiró, J.M. y Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: EUDEMA.
- Pelechado, V. (1996). *Psicología de la personalidad*. Teorías. Barcelona: Ariel.
- Pelechano, V., Matud, P. y de Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 19*(63), 91-149.
- Peled, R., Carmil, D., Siboni-Samocho, O. y Shoham-Vardi, I. (2008). Breast cancer, psychological distress and life events among young women. *BioMed Central Cancer, 8*, 245.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1999). La escala de estresores universitarios (EEU). Una propuesta para la evaluación del estrés en grupos de poblaciones específicas. *Ansiedad y Estrés, 5*(1), 61-78.
- Peralta-Ramírez, M.I., Jiménez-Alonso, J., Godoy-García, J.F. y Pérez-García, M. (2004). The effects of daily stress and stressful life events on the clinical

symptomatology of patients with lupus erythematosus. *Psychosomatic Medicine*, 66, 788–794.

Perea-Baena, J.M. y Sánchez-Gil, L.M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index de Enfermería*, 17(3), 164-168.

Pervin, L.A. (1996). Personality: A view of the future based on a look at the past. *Journal of Research in Personality*, 30, 309-318.

Pervin, L.A. y John, O.P. (2001). *Personality: theory and research*. Nueva York: John Wiley and Sons, Inc.

Peterson, L., Arnetz, B.B., Arnetz, J.E. y Hörte, L.G. (1995). Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses: results from a national questionnaire survey. *Psychotherapy and Psychosomatization*, 64, 20-31.

Pines, A.M. y Aronson, E. (1981). *Burnout*. Nueva York: Free Press.

Pines, A.M. y Keinan, G. (2005). Stress and burnout: the significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 625-635.

Plomin, R. y Caspi, A. (1999). Behavioral genetics and personality. En L.A. Pervin y O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research*. Nueva York: Guilford Press.

Poppius, E., Tenkanen, L. y Kalimo, R. (1999). The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Social and Science Medicine*, 49, 109–120.

Poppius, E., Tenkanen, L., Hakama, M., Kalimo, R. y Pitkänen, T. (2003). The sense of coherence, occupation and all-cause mortality in the Helsinki Heart Study. *European Journal of Epidemiology*, 18, 389–393.

Porrás, A., Bilbao, C. y Vila, B. Identificación de estresores laborales en profesionales de enfermería. *Presencia*, 1(1).

- Pruessner, J.C., Dedovic, K. y Khalili-Mahani, N. (2008). Deactivation of the limbic system during acute psychosocial stress: evidence from positron emission tomography and functional magnetic resonance imaging studies. *Biological Psychiatry*, 63(2), 234-240.
- Ramírez, A., Graham, J., Richards, M. y Gregary, W. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347, 724-728.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED-FUE.
- Ramos, F. y Buendía, J. (2001). El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En J. Buendía y F. Ramos (coor.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 33-57). Madrid: Pirámide.
- Ramos, F., Castro de, R, Galindo, A. y Fernández, M.J. (1999). Desgaste profesional (burnout) en los trabajadores del Hospital de León: prevalencia y análisis de factores de riesgo. *MAPFRE Medicina*, 10(2), 134-144.
- Ramos, F., Manga, D. y Morán, C. (2005). Escala de Cansancio Emocional (ECE) para estudiantes universitarios: propiedades psicométricas y asociación con medidas de personalidad y de salud psicológica. *Interpsiquis*. 2005.
- Ramos, F., Morán, C., Pérez, M. y Manga, D. (2007). Relaciones entre la inteligencia emocional, la personalidad y el cansancio emocional en estudiantes universitarios. *Interpsiquis*. 2007.
- Ranjit, N., Diez-Roux, A.V., Shea, S., Cushman, M., Seeman, T., Jackson, S.A. y Ni, H. (2007). Psychosocial Factors and Inflammation in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Archives of Internal Medicine*, 167, 174-181.
- Reid, S., Aunola, K., Feldt, T., Leinonen, R. y Ruoppila, I. (2005). The relationship between generalized resistance resources, sense of coherence and health among Finnish people aged 65–69. *European Psychologist*, 10, 244–253.

- Reininghaus, U., Craig, T., Gournay, K., Hopkison, P. y Carson, J. (2007). The high secure psychiatric hospitals' nursing staff stress survey 3: identifying stress resistance resources in the stress process of physical assault. *Personality and Individual Differences, 42*, 397-408.
- Rennemark, M. y Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *Aging and Mental Health, 3*, 79-87.
- Renthal, W., Maze, I., Krishnan, V., Covington, H.E., Xiao, G. y Kumar, A. (2007). Histone deacetylase 5 epigenetically controls behavioral adaptations to chronic emotional stimuli. *Neuron, 56*(3), 517-529.
- Richardson, C. y Ratner, P. (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*, 979-984.
- Roesch, S.C., Christian, W. y Vaughn, A.A. (2006). Relations between the big five personality traits and dispositional coping in Korean Americans: acculturation as a moderating factor. *International Journal of Psychology, 41*(2), 85-96.
- Roosendaal, B., Hui, G.K. y Hui, I.R. (2006). Basolateral amygdala noradrenergic activity mediates corticosterone-induced enhancement of auditory fear conditioning. *Neurobiological Learning Memory, 86*(3), 249-255.
- Rosales, M., Jiménez, H. y Serio, A. (2007). Riesgo de trastorno psicopatológico en docentes y autopercepción de bajo bienestar laboral. *Interpsiquis.2007*.
- Rothmann, S. y Malan, H. (2003). Koherensiesin, selfdoeltreffendheid, lokus van beheer en uitbranding by maatskaplike werkers. *South African Journal of Industrial Psychology, 29*(4), 43-51.

- Rothmann, S., Jackson, L.T.B. y Kruger, M.M. (2003). Burnout and job stress in a local government: the moderating effect of sense of coherence. *Journal of Industrial Psychology*, 29(4), 52-60.
- Rout, U. (1995). Occupational stress among general practitioners. En D.R. Trent y C.A. Reed (Eds.), *Promotion of Mental Health* (vol. 5, pp. 29-39). Aldershot: Ashgate Publishing.
- Rout, U. y Rout, J.K. (1993). *Stress and general practioners*. Londres: Kluwer.
- Rout, U. y Rout, J.K. (1994). Job satisfaction, mental health and job stress among general practitioners before and after the New Contract – a comparative study. *Family Practice*, 11, 3001-3006.
- Rovira, T., Fernández-Castro, J. y Edo, S. (2005). Antecedents and consequences of coping in the anticipatory stage of an exam: a longitudinal study emphasizing the role of affect. *Anxiety, Stress and Coping*, 18(3), 209-225.
- Royce, J.R. y Powell, A. (1983). *Theory of personality and individual differences: factors, systems and proceses*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Rushton, J.P., Fulker, D.W., Neale, M.C., Nias, D.K.B. y Eysenck, H.J. (1986). Altruism and agression: the heritability of individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1192-1198.
- Ryland, E. y Greenfeld, S. (1991). Work stress and well-being: an investigation of Antonovsky's Sense of Coherence Model. En P.L. Perrewé (ed.), *Handbook of job stress* (special issue). *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 39-54.
- Salanova, M., Grau, R.M. y Martínez, I.M. (2005). Job demands and coping behaviour: the moderating role of professional self-efficacy. *Psicothema*, 17(3), 390-395.

- Salanova, M., Martínez, I.M., Bresó, E., Llorens, S. y Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, 21(1), 170-180.
- Salvador, A. y González-Bono, E. (1995). Trastornos psicofisiológicos asociados al estrés laboral. *Ansiedad y Estrés*, 1, 157-171.
- Sánchez, M. (1994). Estrés en la Enfermería de Lleida. *Revista Enfermería Científica*, 148-149, 41-45.
- Sánchez, M., Giribet, M.E. y Rodríguez, A. (1997). Valoración del estrés en las enfermeras. *Revista Enfermería Científica*, 182-183, 64-67.
- Sánchez, V., Jiménez, I. y García, L. (2009). Burnout en médicos de Atención Primaria de los centros de salud del municipio de Vigo. *SEMERGEN*, 35(5), 211-213.
- Sánchez-Cánovas, J. y Sánchez, M.P. (1994). *Psicología diferencial: diversidad e individualidad humanas*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Sánchez-Elvira, A. (2000). Perspectiva biopsicosocial del estrés en el marco de la psicología de la salud. En C. Sandi y J.M. Calés (coord.), *Estrés: consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas*. Madrid: Sanz y Torres.
- Sánchez-Elvira, A. (2003). *Introducción al estudio de las diferencias individuales*. Madrid: Sanz y Torres.
- 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.
- Sanz-Carrillo, C., García-Campayo, J., Rubio, A., Santed, M.A. y Montoro, M. (2002). Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 167-172.
- Sapolsky, R.M. (2000). [Glucocorticoids and Hippocampal Atrophy in Neuropsychiatric disorders](#). *Archives of General Psychiatry*, 57, 925-935.

- Sarafino, E.P. (1999). *Health psychology: biopsychosocial interactions* (3^a ed.). Nueva York: Wiley.
- Sauro, M.D., Jorgensen, R.S. y Pedlow, C.T. (2003). Stress, glucocorticoids and memory: a meta-analytic review. *Stress*, 6, 235-245.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. y Jackson, S.E. (1996). The MBI-General Survey. En: Maslach, C., Jackson, S.E. y Leiter, M.P. (Eds.), *Maslach Burnout Inventory Manual*. (3^a ed). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Schaufeli, W.B., Martínez, I.M., Marqués-Pinto, A., Salanova, M. y Bakker, A. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464-481.
- Schaufeli, W.B., Maslach, C. y Marek, T. (1993). *Professional Burnout. Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor y Francis.
- Schnall, P.L., Belkic, K., Landsbergis, P. y Baker, D. (2000). The workplace and cardiovascular disease. *Occupational Medicine: State of the art reviews*, 15, 1-334.
- Schnyder, U., Buechi, S., Sensky, T. y Klaghofer, R. (2000). Antonovsky's Sense of coherence: Trait or state?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 296-302.
- Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R. y Schaufelli, W. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 43-66.
- Seco, J. (2004). *Estrés psicofísico y daño muscular en jugadores de baloncesto profesionales*. Tesis doctoral. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Segerstrom, S. y Miller, G. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630.

- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Cía. Gral. Fabril.
- Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept. *American Science*, 61, 692-699.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.
- Selye, H. (1982). History and present of the status of the stress concept. En L. Golberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. Nueva York: Free Press.
- Serrano, M.A., Moya, L. y Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: indicadores cardiovasculares y endocrinos. *Anales de Psicología*, 25(1), 150-159.
- Serrano, M.A., Moya-Albiol, L. y Salvador, A. (2008). The role of gender in teachers' perceived stress and heart rate. *Journal of Psychophysiology*, 22(1), 58-64.
- Serrano, M.F., Garcés, E.J. e Hidalgo, M.D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20(3), 361-368.
- Shader, K., Broome, M.E., Broome, C.D., West, M.E. y Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 31, 210-216.
- Sherwood, E., Varghese, F.P. y McEwen, B.S. (2004). [Association of depression with medical illness: does cortisol play a role?](#) *Biological Psychiatry*, 55, 1-9.
- Sheu, S., Lin, H.S. y Hwang, S.L. (2002). Perceived stress and physio-psychosocial status of nursing students during their initial period of clinical practice: the effect of coping behaviors. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 165-175.

- Shirom, A. (2003). The effects of work stress on health. En M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst y C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 63-83). Nueva York: Wiley, Hoboken.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*, 27-41.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M. y Niedhammer, I. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: european comparisons. *Social Science and Medicine, 58*, 1483-1499.
- Skärsäter, I., Rayens, M.K., Peden, A., Hall, L., Zhang, M., Agren, H. y Prochazka, H. (2009). Sense of coherence and recovery from major depression: a 4-year follow-up. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*(2), 119-127.
- Smith, A., Brice, C., Collins, A., Mathews, V. y McNamara, R. (2000). *The Scale of Occupational Stress: A Further Analysis of the Input of Demographic Factors and Type of Job*. Norwich: HSE Books, HMSO.
- Smith, C.A. y Lazarus, R. (1990). Emotion and adaptation. En L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 609-637). Nueva York: Guildford.
- Smith, C.S., Sulsky, L.M. y Uggerslev, K.L. (2002). Effects of job stress on mental and physical health. En J.C. Thomas y M. Hersen (Eds.), *Handbook of mental health in the workplace* (pp. 61-83). California: Sage, Thousand Oaks.
- Smits, C.H.M., Deeg, D.J.H. y Bosscher, R.J. (1995). Well-being and control in older persons: The prediction of well-being from control measures. *The International Journal of Aging and Human Development, 40*, 237-251.
- Soderfeldt, M. (2000). The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work and Stress, 14*, 1-15.

- Spangler, W.D. y Palrecha, R. (2004). The relative contributions of extraversion, neuroticism and personal strivings to happiness. *Personality and Individual Differences, 37*(6), 1193-1203.
- Stegeren, A.H. (2009). Imaging stress effects on memory: a review of neuroimaging studies. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(1), 16-27.
- Steiner, A., Raube, K. y Stuck, A.E. (1996). Measuring psychosocial aspects of well-being in older community residents: performance of four short scales. *Gerontologist, 36*, 54-62.
- Stephoe, A., Cropley, M., Griffith, J. y Kirschbaum, C. (2000). Job strain and anger expression predict early morning elevations in salivary cortisol. *Psychosomatic Medicine, 62*, 286-292.
- Stewart, L., Betson, C., Marshall, I., Wong, C.M., Lee, P.W. y Lam, T.H. (1995). Stress and vulnerability in medical students. *Medicine Education, 29*(2), 119-127.
- Stöber, J. (2004), Dimensions of test anxiety: relations to ways of coping with pre-exam anxiety and uncertainty. *Anxiety, Stress and Coping, 17*(3), 213-226
- Stordeur, S., D'Hoore, W. y Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organisational stress and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing, 35*(4), 533-542.
- Storm, K. y Rothmann, S. (2003). The relationship between burnout, personality traits and coping strategies in a corporate pharmaceutical group. *Journal of Industrial Psychology, 29*(4), 35-42.
- Strang, S. y Strang, P. (2001). Spiritual thoughts, coping and sense of coherence in brain tumor patients and their spouses. *Palliative Medicine, 15*, 127-134.

- Strümpfer, D.J.W., Viviers, M.R. y Gouws, J.F. (1998a). Item-phrasing in Antonovsky's sense of coherence scale related to negative and positive affectivity. *Personality and Individual Differences*, *24*, 669–675.
- Strümpfer, D.J.W., Viviers, M.R. y Gouws, J.F. (1998b). Antonovsky's sense of coherence scale related to negative and positive affectivity. *European Journal of Personality*, *12*(6), 457-480.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A. y Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, *50*, 77–86.
- Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., Khaw, K.T. y Day, N. (2003). Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, *158*, 1202–1209.
- Tao, S., Dong, Q., Pratt, M.W., Hunsberger, B. y Pancer, S.M. (2000). Social support: Relations to coping and adjustment during the transition to university in the People's Republic of China. *Journal of Adolescent Research*, *15*, 123–144.
- Tellegen, A., Lykken, D.T., Bouchard, T.J., Wilcox, K.J., Segal, N.L. y Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1031-1039.
- Thompson, K.N., Phillips, L.J., Komesaroff, P., Yuen, H.P., Wood, S.J. y Pantelis, C. (2007). Stress and HPA-axis functioning in young people at ultra high risk for psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, *41*(7), 561-569.
- Togari, T., Yamazaki, Y., Takayama, T.S., Yamaki, C.K. y Nakayama, K. (2008). Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, *44*(6), 1335-1347.

- Topa, G. y Morales, J. (2005). Specific determinants of work satisfaction, burnout and health consequences: an exploratory study among prison officers. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(1), 73-83.
- Topa, G., Morales, J.F. y Caeiro, J.L. (2007). Social comparison and perceived breach of psychological contract: their effects on burnout in a multigroup analysis. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 122-130.
- Topa-Cantisano, G. y Morales-Domínguez, J.F. (2007). Burnout e identificación con el grupo: el papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 337-348.
- Torsheim, T., Aaroe, L.E. y Wold, B. (2001). Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: Interactive, indirect or direct relationships? *Social Science and Medicine*, 53(5), 603-614.
- Tsigos, C. y Chrousos, G.P. (2002). [Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress](#). *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 865-871.
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Kario, K. e Ishikawa, S. (2009). Prospective study on occupational stress and risk of stroke. *Archives of Internal Medicine*, 169(1), 56-61.
- Turner-Cobb, J.M. (2005). Psychological and stress hormone correlates in early life: a key to HPA-axis dysregulation and normalisation. *Stress*, 8, 47-57.
- Tyler, P.A., Carroll, D.C. y Cunningham, S.E. (1991). Stress and well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors. *International Journal of Nursing Studies*, 28, 125-130.

- Tyrka, A.R., Mello, A.F., Mello, M.F., Gagne, G.G., Grover, K.E. y Anderson, G.M. (2006). Temperament and hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, *31*, 1036-1045.
- Ungar, L. y Florian, V. (2004). What helps middle-aged widows with their psychological and social adaptation several years after their loss? *Death Studies*, *28*(7), 621–641.
- United Nations Department of Public Information. (1948). The universal declaration of human rights. [Http://www.unhcr.ch/udhr/miscinfo/carta.htm](http://www.unhcr.ch/udhr/miscinfo/carta.htm) (Último acceso marzo, 2009).
- Ursin, H. y Eriksen, H.R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, *29*, 567-592.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Väänänen, A., Linna, A., Pentti, J., Helenius, H. y Elovainio, M. (2006). Sex differences in health effects of family death or illness: Are women more vulnerable than men? *Psychosomatic Medicine*, *68*, 283–291.
- Vahtera, J., Pentti, J. y Uutela, A. (1996). The effect of objective job demands on registered sickness absence spells; do personal, social and job-related resources act as moderators? *Work and Stress*, *10*, 286-308.
- van der Colff, J. y Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *Journal of Industrial Psychology*, *35*(1), 1-10.
- Veenstra, M., Moum, T. y Roysamb, E. (2005). Relationships between health domains and sense of coherence: a two-year cross-lagged study in patients with chronic illness. *Quality of Life Research*, *14*, 1455–1465.
- Vegchel, N., de Jonge, J., Bakker, A.B. y Schaufeli, W.B. (2002). Testing global and specific indicators of rewards in the Effort-Reward imbalance model:

does it make any difference? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(4), 403-421.

Vela-Bueno, A., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Fernández-Mendoza, J. y De la Cruz-Troca, J.J. (2008). Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 435-442.

Verplanken, B. (2004). Value congruence and job satisfaction among nurses: a human relations perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 41(6), 599-605.

Vitterso, J. (2001). Personality traits and subjective well-being: emotional stability, not extraversion, is probably the important predictor. *Personality and Individual Differences*, 31(6), 903-914.

Volanen, S.M., Suominen, S., Lahelma, E., Koskenvuo, M. y Silventoinen, K. (2007). Negative life events and stability of sense of coherence: a five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 433-441.

Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 335-347.

von Bothmer, M.I.K. y Fridlund, B. (2003). Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 347-357.

Vrijkotte, T., van der Wal, M., van Eijsden, M. y Bonsel, G. (2009). First-trimester working conditions and birthweight: a prospective cohort study. *American Journal of Public Health*, 6, 67-73.

Wang, J.L., Schmitz, N., Dewa, C. y Stansfeld, S. (2009). Changes in perceived job strain and the risk of major depression: results from a population-based longitudinal study. *American Journal of Epidemiology*, 169(9), 1085-1091.

- Watson, D. y Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, *96*, 234-254.
- Watson, R., Gardiner, E., Hogston, R., Gibson, H., Stimpson, A., Wrate, R. y Deary, I. (2009). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(2), 270-278.
- Weber, K., Rockstroh, B., Borgelt, J., Awiszus, B., Popov, T. y Hoffmann, K. (2008). Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients. *BioMed Central Psychiatry*, *8*, 63, doi:10.1186/1471-244X-B-63.
- Weekes, N., Lewis, R., Patel, F., Garrison-Jakel, J., Berger, D. y Lupien, S. (2006). Examination stress as an ecological inducer of cortisol and psychological responses to stress in undergraduate students. *Stress*, *9*(4), 199-206.
- Weitzman, E.D., Fukushima, D., Nogeire, C., Roffwarg, H., Gallagher, T.F. y Hellman, L. (1971). Twenty-four hour pattern of the episodic secretion of cortisol in normal subjects. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, *33*(1), 14-22.
- Whittington, R. y Higgins, L. (2002). More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression among mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl.)*, 37-40.
- Wilson, R.S., Schneider, J.A., Boyle, P.A., Arnold, S.E., Tang, Y. y Bennett, D.A. (2007). Chronic distress and incidence of mild cognitive impairment. *Neurology*, *68*, 2085-2092.
- Wolf, A.C. y Ratner, P.A. (1999). Stress, social support and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*, *21*, 182-197.

- Wolf, T.M. (1994). Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. *Medicine Education, 28*(1), 55-57.
- Zellars, K.L., Perrewe, P.L. y Hochwarter, W.A. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology, 30*(8), 1570–1598.
- Zhou, Z., Zhu, G., Hariri, A.R., Enoch, M., Scott, D. y Sinha, R. (2008). Genetic variation in human NPY expression affects stress response and emotion. *Nature*, doi:10.1038/nature06858.
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vincente, B., Rioseco, P. y Saldivia, S. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: result from a community sample. *Comprehensive Psychiatry, 49*(2), 163-169.
- Zohar, D. y Brandt, Y. (2002). Relationships between appraisal factors during stressful encounters: A test of alternative models. *Anxiety, Stress and Coping, 15*, 149-161.
- Zohar, D. y Dayan, I. (1999). Must coping options be severely limited during stressful events: Testing the interaction between primary and secondary appraisals. *Anxiety, Stress and Coping, 12*, 191-216.
- Zryewskij, T. y Davis, L. (1987). Sources of stress in third year baccalaureate nursing students. *AARN-News-Letter, 43*, 24-29.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D.M. y Camac, C. (1988). What lies beyond E and N? Factor analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 96-107.
- Zupiria, X., Uranga, M.J., Alberdi, M.J. y Barandiaran, M. (2003). KEZKAKA: Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gaceta Sanitaria, 17*(1), 23-31.

ANEXOS



Universidad de León

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, SOCIOLOGÍA Y FILOSOFÍA

ÁREA DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

TÍTULO DE TESIS: "Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional"

FECHA		
IDENTIFICADOR		
SEXO	<input type="checkbox"/> HOMBRE	<input type="checkbox"/> MUJER
EDAD		
ESCUELA O FACULTAD		
TITULACIÓN		
CURSO		
CAMPUS		

Cuestionario de SENTIDO DE COHERENCIA (SOC 13)

(De Antonovsky, adaptado por D. Manga en la Universidad de León, 2006)

Instrucciones. Se pide contestar, con la mayor libertad y sinceridad (ya que es información confidencial y su único fin es el de investigación), a todos los 13 ítems o cuestiones que se plantean a continuación. Se da una sola respuesta a cada ítem o cuestión, eligiendo y marcando con un aspa (X) un número del 1 al 7; éstos son los dos extremos de una escala, con los correspondientes grados intermedios, para poder expresar mejor lo que piensas o sientes sobre esa cuestión o pregunta. Se ha de leer bien tanto el enunciado de cada cuestión como la orientación de la respuesta en cada extremo. Gracias por tu colaboración.

1. ¿Tienes la impresión de que no te interesas por lo que pasa a tu alrededor?

Muy rara vez no me intereso	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Con mucha frecuencia no me intereso
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

2. ¿Te has quedado alguna vez sorprendido/a por el comportamiento de personas que creías conocer bien?

Nunca me ha ocurrido	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Me ha ocurrido siempre
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

3. ¿Te has sentido decepcionado/a por personas con las que de entrada contabas?

Nunca me ha ocurrido	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Me ha ocurrido siempre
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

4. Hasta ahora en la vida:

No he conseguido los objetivos ni mi propio rumbo	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	He conseguido los objetivos y mi propio rumbo
---	---	---	---	---	---	---	---	---

5. ¿Tienes la sensación de que no eres tratado con justicia?

Muy frecuentemente	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Raramente o nunca
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

6. ¿Muchas veces sientes que te encuentras en una situación poco habitual, sin saber qué hacer?

Me ocurre frecuentemente	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Nunca o raramente me ocurre
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------

7. Aquello que haces diariamente es:

Una fuente de profunda satisfacción y placer	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Una fuente de sufrimiento y aburrimiento
--	---	---	---	---	---	---	---	--

8. ¿Tienes sentimientos e ideas muy confusos?

Muy frecuentemente	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Muy raramente o nunca
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

9. ¿Te ocurre que tienes sentimientos que no te gustaría tener?

Muy frecuentemente	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Muy raramente
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

10. Muchas personas (incluso las que tienen un carácter fuerte), en ciertas situaciones, se sienten a veces unos fracasados. ¿Con qué frecuencia te has sentido tú así en el pasado?

Nunca	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Muchas veces
-------	---	---	---	---	---	---	---	--------------

11. Cuando tienes que enfrentarte a un problema, generalmente acabas por comprobar que:

Valoraste mal la importancia del problema	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Valoraste correctamente la importancia del problema
---	---	---	---	---	---	---	---	---

12. ¿Con qué frecuencia sientes que las cosas que haces en tu vida diaria apenas tienen sentido?

Muy frecuentemente	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Muy raramente o nunca
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

13. ¿Con qué frecuencia tienes sentimientos que dudas poder controlar?

Muy frecuentemente	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Muy raramente o nunca
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

Escala de Cansancio Emocional (ECE)

(Ramos, F., Manga, D. y Morán, C., 2005)

Instrucciones. Se te pide que contestes a las cuestiones que siguen referidas a los 12 últimos meses de tu vida de estudiante, poniendo en la casilla correspondiente 1, 2, 3, 4 o 5 según consideres que te ocurre lo que dice: en una escala que va desde 1 (nunca o raras veces) hasta 5 (siempre o casi siempre). Gracias por tu colaboración.

1	2	3	4	5
Raras veces	Pocas veces	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre

1.	Los exámenes me producen una tensión excesiva	
2.	Creo que me esfuerzo mucho para lo poco que consigo	
3.	Me siento bajo de ánimo, como triste, sin motivo aparente	
4.	Hay días que no duermo bien a causa del estudio	
5.	Tengo dolor de cabeza y otras molestias que afectan a mi rendimiento	
6.	Hay días que noto más la fatiga, y me falta energía para concentrarme	
7.	Me siento emocionalmente agotado por mis estudios	
8.	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
9.	Trabajar pensando en los exámenes me produce estrés	
10.	Me falta tiempo y me siento desbordado por los estudios	

Suma de puntos en las 10 casillas de arriba _____

Satisfacción con los Estudios (SE) y Autoestima (Au)		
11.	Disfruto estudiando porque me gusta lo que estudio	
12.	Me veo a mí mismo como alguien que tiene alta autoestima	

Afrontamiento: Cuestionario COPE de 28 ítems

INSTRUCCIONES. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

0 = No, en absoluto	1 = Un poco	2 = Bastante	3 = Mucho
---------------------	-------------	--------------	-----------

1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. Me digo a mí mismo "esto no es real".
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. Hago bromas sobre ello.
8. Me critico a mí mismo.
9. Consigo apoyo emocional de otros.
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. Me niego a creer que haya sucedido.
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. Me río de la situación.
20. Rezo o medito.
21. Aprendo a vivir con ello.
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. Expreso mis sentimientos negativos.
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-28)

Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, *durante las últimas semanas*. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.

Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

- | | | | | | |
|-------|--|-----------------------|------------------------|------------------------------|----------------------------|
| A. 1. | ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma? | Mejor que lo habitual | Igual que lo habitual | Peor que lo habitual | Mucho peor que lo habitual |
| 2. | ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 3. | ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 4. | ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 5. | ¿Ha padecido dolores de cabeza? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 6. | ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 7. | ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| <hr/> | | | | | |
| B. 1. | ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 2. | ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 3. | ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 4. | ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 5. | ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 6. | ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 7. | ¿Se ha notado nervioso y «a punto de explotar» constantemente?» | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |

POR FAVOR, VUELVA LA HOJA 

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

ÚLTIMAMENTE:

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?			
Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?			
Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?			
Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?			
Más satisfecho que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho
5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?			
Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
D. 1. ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de «quitarse de en medio»?			
Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?			
Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado

Tabla 9.II.1. Fiabilidad SOC-13

	N	Nº ítems	α Cronbach	c.m.i.	Asimetría	Curtosis	Test-retest (n=178)
SOC-13	960	13	0,82	0,25	-0,48	0,12	0,71

Tabla 9.II.2. Estadísticos descriptivos para escala si se elimina elemento para SOC-13.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 2	58,28	102,642	,340	,812
Ítem 6	57,10	97,017	,522	,798
Ítem 8	57,09	92,115	,622	,789
Ítem 9	57,25	91,492	,579	,792
Ítem 11	57,58	103,303	,279	,817
Ítem 3	57,85	100,202	,379	,809
Ítem 5	56,84	99,225	,421	,806
Ítem 10	57,25	94,109	,525	,797
Ítem 13	57,02	92,453	,579	,792
Ítem 1	56,42	103,977	,224	,822
Ítem 4	56,50	99,524	,438	,805
Ítem 7	56,79	102,348	,385	,808
Ítem 12	56,32	95,689	,588	,793

Tabla 9.II.3. Índice KMO y prueba de esfericidad de Bartlett para SOC-13.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,852
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3135,305
	gl	78
	Sig.	,000

Tabla 9.II.4. Fiabilidad CEP

	N	Nº ítems	α Cronbach	c.m.i.	Asimetría	Curtosis	Test-retest (n=178)
CEP general	901	30	0,92	0,28	0,82	0,88	0,532
CEP reciente	928	30	0,92	0,28	0,56	0,16	0,581

Tabla 9.II.5. Estadísticos descriptivos para escala si se elimina elemento para CEP general.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 3	57,94	172,648	,498	,916
Ítem 8	57,46	171,142	,550	,915
Ítem 10	57,48	169,059	,550	,915
Ítem 14	57,65	169,607	,597	,914
Ítem 15	57,84	169,683	,618	,914
Ítem 16	57,39	169,638	,518	,915
Ítem 26	57,57	169,392	,656	,913
Ítem 27	57,64	167,505	,586	,914
Ítem 30	57,28	170,941	,476	,916
Ítem 5	58,19	174,591	,460	,916
Ítem 6	58,16	174,031	,453	,916
Ítem 12	58,11	171,034	,585	,915
Ítem 17	57,71	171,387	,478	,916
Ítem 19	57,89	170,828	,490	,916
Ítem 20	57,96	170,396	,619	,914
Ítem 24	57,86	172,467	,465	,916
Ítem 1	57,18	172,415	,430	,917
Ítem 13	57,37	170,220	,551	,915
Ítem 21	57,90	171,706	,531	,915
Ítem 25	57,88	171,010	,571	,915
Ítem 29	57,11	171,952	,423	,917
Ítem 2	57,47	175,407	,366	,917
Ítem 4	56,85	175,137	,328	,918
Ítem 11	57,38	175,767	,313	,918
Ítem 18	57,35	170,468	,560	,915
Ítem 7	57,84	174,520	,351	,918
Ítem 9	57,49	169,639	,535	,915
Ítem 23	57,86	172,255	,453	,916
Ítem 22	57,49	171,006	,445	,917
Ítem 28	57,58	168,944	,612	,914

Tabla 9.II.6. Estadísticos descriptivos para escala si se elimina elemento para CEP reciente.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 3	63,91	198,720	,495	,917
Ítem 8	63,11	195,967	,562	,916
Ítem 10	63,44	194,753	,585	,916
Ítem 14	63,57	194,951	,634	,915
Ítem 15	63,84	193,524	,681	,915
Ítem 16	63,21	194,619	,563	,916
Ítem 26	63,39	195,242	,627	,915
Ítem 27	63,64	194,020	,584	,916
Ítem 30	63,08	198,074	,483	,917
Ítem 5	64,28	200,693	,471	,918
Ítem 6	64,28	201,854	,410	,918
Ítem 12	64,25	198,065	,592	,916
Ítem 17	63,78	198,476	,473	,918
Ítem 19	63,95	196,674	,518	,917
Ítem 20	63,97	196,530	,616	,916
Ítem 24	64,01	201,283	,405	,919
Ítem 1	62,88	200,026	,415	,918
Ítem 13	63,26	197,538	,537	,917
Ítem 21	63,92	198,199	,519	,917
Ítem 25	63,95	198,248	,546	,917
Ítem 29	62,88	201,140	,364	,919
Ítem 2	63,46	202,384	,346	,919
Ítem 4	62,63	202,518	,340	,919
Ítem 11	63,42	202,028	,370	,919
Ítem 18	63,21	194,147	,634	,915
Ítem 7	64,18	203,781	,313	,920
Ítem 9	63,59	196,755	,541	,917
Ítem 23	64,05	200,544	,439	,918
Ítem 22	63,59	199,398	,401	,919
Ítem 28	63,48	194,330	,635	,915

Tabla 9.II.7. Índice KMO y prueba de esfericidad de Bartlett para CEP general.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,942
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	9359,192
	gl	435
	Sig.	,000

Tabla 9.II.8. Índice KMO y prueba de esfericidad de Bartlett para CEP reciente.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,941
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	10439,058
	gl	435
	Sig.	,000

Tabla 9.II.9. Fiabilidad ECE

	N	Nº ítems	α Cronbach	c.m.i.	Asimetría	Curtosis	Test-retest (n=178)
ECE	959	10	0,87	0,39	-0,23	-0,24	0,71

Tabla 9.II.10. Estadísticos descriptivos para escala si se elimina elemento para ECE.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1	25,64	39,611	,619	,851
Ítem 2	26,60	41,727	,452	,864
Ítem 3	27,00	40,872	,550	,856
Ítem 4	26,69	39,470	,598	,852
Ítem 5	26,89	39,238	,578	,854
Ítem 6	26,33	42,089	,564	,856
Ítem 7	26,82	39,384	,670	,847
Ítem 8	25,84	42,564	,464	,862
Ítem 9	26,09	38,875	,633	,849
Ítem 10	26,29	38,918	,689	,845

Tabla 9.II.11. Índice KMO y prueba de esfericidad de Bartlett para SOC-13.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,907
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3342,795
	gl	45
	Sig.	,000

Tabla 9.II.12. Fiabilidad COPE

	N	Nº ítems	α Cronbach	c.m.i.	Asimetría	Curtosis	Test-retest (n=178)
Afrontamiento Activo	956	2	0,46	0,3	-,221	-,029	0,53
Planificación	956	2	0,55	0,38	-,117	-,428	0,43
Apoyo Social Emocional	956	2	0,77	0,62	-,372	-,372	0,40
Apoyo Social Instrumental	956	2	0,59	0,42	-,026	-,238	0,57
Religión	956	2	0,80	0,68	1,519	1,838	0,67
Reinterpretación Positiva	956	2	0,61	0,44	,000	-,408	0,48
Aceptación	956	2	0,46	0,3	-,375	,113	0,45
Negación	956	2	0,62	0,45	1,282	1,472	0,41
Humor	956	2	0,81	0,68	,202	-,811	0,56
Autodistracción	956	2	0,55	0,38	,004	-,587	0,39
Autoinculpación	956	2	0,56	0,39	,164	-,409	0,59
Desconexión Conductual	956	2	0,64	0,47	1,472	1,813	0,31
Desahogarse	956	2	0,43	0,28	,289	-,249	0,47
Uso de Sustancias	956	2	0,91	0,84	2,790	8,353	0,52

Tabla 9.II.13. Índice KMO y prueba de esfericidad de Bartlett para COPE.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,642
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1720,955
	gl	91
	Sig.	,000

Tabla 9.II.14. Fiabilidad GHQ-28

	N	Nº ítems	α Cronbach	c.m.i.	Asimetría	Curtosis	Test-retest (n=178)
Salud General	958	28	0,92	0,3	1,03	1,33	0,518
Escala A	958	7	0,85	0,44	0,67	0,12	0,447
Escala B	958	7	0,89	0,53	0,4	-0,35	0,504
Escala C	958	7	0,75	0,3	0,93	2,69	0,286
Escala D	958	7	0,88	0,54	2,7	8,25	0,562

Tabla 9.II.15. Estadísticos descriptivos para escala si se elimina elemento para GHQ-28.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1 de escala A	22,29	132,360	,480	,921
Ítem 2 de escala A	22,67	128,828	,546	,920
Ítem 3 de escala A	22,42	127,193	,642	,919
Ítem 4 de escala A	22,76	128,347	,561	,920
Ítem 5 de escala A	22,45	129,224	,516	,921
Ítem 6 de escala A	22,60	126,242	,611	,919
Ítem 7 de escala A	22,88	130,028	,495	,921
Ítem 1 de escala B	22,40	127,522	,619	,919
Ítem 2 de escala B	22,43	127,023	,573	,920
Ítem 3 de escala B	22,25	126,759	,666	,918
Ítem 4 de escala B	22,38	125,917	,679	,918
Ítem 5 de escala B	22,97	128,548	,630	,919
Ítem 6 de escala B	22,48	124,939	,689	,918
Ítem 7 de escala B	22,57	124,901	,714	,917
Ítem 1 de escala C	22,70	136,533	,231	,924

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Ítem 2 de escala C	22,43	134,834	,417	,922
Ítem 3 de escala C	22,55	133,667	,434	,922
Ítem 4 de escala C	22,51	132,704	,427	,922
Ítem 5 de escala C	22,77	134,852	,340	,923
Ítem 6 de escala C	22,78	135,254	,316	,923
Ítem 7 de escala C	22,47	131,706	,462	,922
Ítem 1 de escala D	23,18	129,831	,584	,920
Ítem 2 de escala D	23,37	132,831	,528	,921
Ítem 3 de escala D	23,41	134,117	,468	,922
Ítem 4 de escala D	23,39	134,329	,440	,922
Ítem 5 de escala D	23,01	127,827	,653	,919
Ítem 6 de escala D	23,42	133,749	,483	,921
Ítem 7 de escala D	23,45	135,550	,396	,922

Tabla 9.II.16. Estadísticos descriptivos para escala si se elimina elemento para escala A.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1 de escala A	5,77	14,664	,518	,836
Ítem 2 de escala A	6,15	13,245	,606	,823
Ítem 3 de escala A	5,91	13,113	,638	,818
Ítem 4 de escala A	6,25	12,990	,639	,818
Ítem 5 de escala A	5,94	13,076	,625	,820
Ítem 6 de escala A	6,09	12,352	,675	,812
Ítem 7 de escala A	6,37	13,852	,514	,837

Tabla 9.II.17. Estadísticos descriptivos para escala si se elimina elemento para escala B.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1 de escala B	6,47	16,916	,656	,875
Ítem 2 de escala B	6,50	16,815	,583	,885
Ítem 3 de escala B	6,32	16,438	,743	,865
Ítem 4 de escala B	6,44	16,320	,720	,867
Ítem 5 de escala B	7,04	17,618	,622	,879
Ítem 6 de escala B	6,54	16,117	,703	,869
Ítem 7 de escala B	6,64	15,953	,757	,862

Tabla 9.II.18. Estadísticos descriptivos para escala si se elimina elemento para escala C.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1 de escala C	6,05	6,362	,261	,756
Ítem 2 de escala C	5,78	6,115	,436	,722
Ítem 3 de escala C	5,90	5,411	,613	,681
Ítem 4 de escala C	5,86	5,157	,579	,685
Ítem 5 de escala C	6,12	5,699	,483	,710
Ítem 6 de escala C	6,13	5,780	,462	,715
Ítem 7 de escala C	5,82	5,501	,416	,729

Tabla 9.II.19. Estadísticos descriptivos para escala si se elimina elemento para escala D.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1 de escala D	1,49	7,166	,600	,868
Ítem 2 de escala D	1,69	7,429	,740	,847
Ítem 3 de escala D	1,73	7,615	,746	,848
Ítem 4 de escala D	1,71	7,628	,722	,850
Ítem 5 de escala D	1,33	7,158	,536	,883
Ítem 6 de escala D	1,74	7,555	,741	,848
Ítem 7 de escala D	1,77	8,053	,671	,858

Tabla 9.III.1. Datos descriptivos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Dimensión de Comprensibilidad	960	7	33	21,98	4,794
Dimensión de manejabilidad	960	5	28	18,48	4,182
Dimensión de significación	960	7	28	21,41	3,684
Puntuación global SOC 13	960	22	86	61,87	10,710
Factor 1 CEP general	901	9	36	18,29	5,044
Factor 2 CEP general	901	7	28	11,45	3,577
Factor 3 CEP general	901	5	20	10,65	2,889
Factor 4 CEP general	901	4	16	9,42	2,204
Factor 5 CEP general	901	3	12	5,65	1,868
Factor 6 CEP general	901	2	8	4,17	1,498
Puntuación general CEP	901	32	115	59,56	13,642
Factor 1 CEP reciente	928	9	36	21,03	5,676
Factor 2 CEP reciente	928	6	28	12,08	3,840
Factor 3 CEP reciente	928	5	20	12,11	3,026
Factor 4 CEP reciente	928	4	16	10,50	2,478
Factor 5 CEP reciente	928	3	12	5,57	1,891
Factor 6 CEP reciente	928	2	8	4,52	1,547
Puntuación reciente CEP	928	33	115	65,75	14,739
Cansancio Emocional	959	10	49	29,39	7,031
Satisfacción con los estudios	939	1	5	3,55	0,830
Autoestima	939	1	5	3,07	1,046
Afrontamiento Activo COPE	956	1	6	4,36	0,996
Planificación COPE	956	0	6	3,82	1,240
Apoyo Social Emocional COPE	956	0	6	4,10	1,406
Apoyo Social Instrumental COPE	956	0	6	3,53	1,290
Religión COPE	956	0	6	1,05	1,474
Reinterpretación Positiva COPE	956	0	6	3,42	1,385
Aceptación COPE	956	0	6	3,94	1,176
Negación COPE	956	0	6	1,01	1,240
Humor COPE	956	0	6	2,70	1,753
Autodistracción COPE	956	0	6	3,33	1,436
Autoinculpación COPE	956	0	6	3,01	1,431
Desconexión Conductual COPE	956	0	6	0,65	0,986
Desahogarse COPE	956	0	6	2,64	1,364
Uso de Sustancias COPE	956	0	6	0,46	1,076
Escala A Goldberg	958	0	21	7,07	4,197
Escala B Goldberg	958	0	21	7,65	4,719
Escala C Goldberg	958	0	21	6,95	2,700
Escala D Goldberg	958	0	20	1,92	3,190
Salud General Goldberg	958	4	80	23,57	11,768
Dimensión de Extraversión EPQ-R	949	27	73	53,07	9,470
Dimensión de Neuroticismo EPQ-R	949	27	73	44,38	9,152
Dimensión de Psicoticismo EPQ-R	949	29	73	45,69	9,079
Dimensión de Disimulo EPQ-R	949	27	73	50,61	9,140

Tabla 9.IV.1. Correlaciones entre variables personales y estrategias de afrontamiento.

COPE		Sexo (N=956)	Edad (N=944)	Escuela (N=956)	Titulación (N=956)	Curso (N=956)	Campus (N=956)
Afrontamiento Activo	Correlación	,048	,042	-,067(*)	-,059	,049	,003
	Sig. Bilat	,142	,193	,038	,068	,132	,918
Planificación	Correlación	-,020	,029	-,039	-,007	,072(*)	-,017
	Sig. Bilat	,529	,380	,226	,831	,026	,605
Apoyo Social Emocional	Correlación	,185(**)	-,109(**)	-,106(**)	-,110(**)	-,024	,034
	Sig. Bilat	,001	,001	,001	,001	,457	,290
Apoyo Social Instrumental	Correlación	,158(**)	-,109(**)	-,064(*)	-,048	,013	,056
	Sig. Bilat	,001	,001	,048	,138	,688	,085
Religión	Correlación	-,061	,078(*)	-,012	-,044	-,060	,175(**)
	Sig. Bilat	,058	,016	,704	,179	,064	,001
Reinterpretación Positiva	Correlación	-,005	,007	-,059	-,038	-,009	,000
	Sig. Bilat	,889	,827	,067	,243	,786	,998
Aceptación	Correlación	-,071(*)	,056	,035	,002	,063	-,015
	Sig. Bilat	,027	,086	,286	,941	,053	,637
Negación	Correlación	,033	,036	-,016	,007	-,028	,014
	Sig. Bilat	,314	,271	,620	,826	,381	,667
Humor	Correlación	,155(**)	-,013	,024	,072(*)	,026	-,023
	Sig. Bilat	,001	,684	,467	,026	,416	,479
Autodistracción	Correlación	,008	-,044	-,009	,010	,003	-,014
	Sig. Bilat	,799	,180	,784	,758	,930	,664
Autoinculpación	Correlación	-,029	-,001	-,037	,032	-,066(*)	,017
	Sig. Bilat	,368	,966	,254	,326	,041	,600
Desconexión Conductual	Correlación	-,075(*)	,025	,056	,053	-,036	-,004
	Sig. Bilat	,020	,438	,082	,103	,261	,893
Desahogarse	Correlación	,072(*)	-,055	-,044	-,034	,052	-,003
	Sig. Bilat	,025	,090	,173	,288	,111	,919
Uso de Sustancias	Correlación	,101(**)	-,036	,051	,054	,013	,089(**)
	Sig. Bilat	,002	,272	,113	,095	,687	,006

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Tabla 9.IV.2. Correlaciones entre variables y estrategias de afrontamiento.

COPE		SOC 13	CEP general	CEP reciente	Cansancio Emocional	Satisfacción Estudios	Autoestima	Salud General	E EPQ	N EPQ	P EPQ	L EPQ
Afrontamiento Activo	Correlación	,215**	-,102**	-,126**	-,034	,182**	,197**	-,110**	,212**	-,136**	-,105**	,078*
	Sig. Bilat	,001	,002	,001	,295	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,016
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945
Planificación	Correlación	,112**	-,004	-,059	-,025	,119**	,143**	-,048	,141**	-,040	-,036	,008
	Sig. bilat	,001	,909	,073	,436	,001	,001	,135	,001	,219	,275	,817
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945
Apoyo Social Emocional	Correlación	,125**	-,125**	-,134**	,002	,128**	,051	-,067*	,153**	-,053	-,037	-,080*
	Sig. bilat	,001	,001	,001	,948	,001	,120	,037	,001	,101	,258	,014
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945
Apoyo Social Instrumental	Correlación	-,019	-,018	-,014	,096**	,044	-,042	,010	,094**	,115**	-,008	-,080*
	Sig. bilat	,549	,581	,679	,003	,182	,198	,749	,004	,001	,801	,014
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945
Religión	Correlación	-,068*	,090**	,081*	,055	,049	,015	,101**	,001	,117**	,014	,022
	Sig. bilat	,035	,007	,014	,087	,131	,636	,002	,997	,001	,656	,502
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945
Reinterpretación Positiva	Correlación	,160**	-,145**	-,160**	-,142**	,120**	,209**	-,163**	,138**	-,163**	,001	-,021
	Sig. bilat	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,980	,510
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945
Aceptación	Correlación	,213**	-,158**	-,169**	-,133**	,135**	,183**	-,186**	,093**	-,201**	-,038	,056
	Sig. bilat	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,004	,001	,244	,086
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945
Negación	Correlación	-,334**	,280**	,272**	,233**	-,060	-,195**	,338**	-,059	,366**	,160**	-,037
	Sig. bilat	,001	,001	,001	,001	,064	,001	,001	,069	,001	,001	,251
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945

COPE		SOC 13	CEP general	CEP reciente	Cansancio Emocional	Satisfacción Estudios	Autoestima	Salud General	E EPQ	N EPQ	P EPQ	L EPQ
Humor	Correlación	-,025	-,025	-,078*	-,101**	-,080*	,080*	-,089**	,216**	-,087**	,169**	-,217**
	Sig. bilat	,442	,455	,018	,002	,015	,014	,006	,001	,007	,001	,001
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945
Autodistracción	Correlación	-,158**	,081*	,096**	,120**	,006	-,049	,097**	,015	,142**	,165**	-,051
	Sig. bilat	,001	,015	,004	,001	,856	,133	,003	,654	,001	,001	,116
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945
Autoinculpación	Correlación	-,422**	,401**	,394**	,328**	-,065*	-,323**	,393**	-,133**	,456**	,158**	-,131**
	Sig. bilat	,001	,001	,001	,001	,047	,001	,001	,001	,001	,001	,001
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945
Desconexión Conductual	Correlación	-,259**	,194**	,206**	,154**	-,101**	-,102**	,208**	-,181**	,258**	,156**	-,113**
	Sig. bilat	,001	,001	,001	,001	,002	,002	,001	,001	,001	,001	,001
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945
Desahogarse	Correlación	-,173**	,149**	,137**	,153**	-,017	-,026	,141**	,119**	,230**	,162**	-,200**
	Sig. bilat	,001	,001	,001	,001	,598	,434	,001	,001	,001	,001	,001
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945
Uso de Sustancias	Correlación	-,207**	,144**	,171**	,066*	-,099**	-,057	,169**	,052	,181**	,273**	-,163**
	Sig. bilat	,001	,001	,001	,041	,003	,079	,001	,108	,001	,001	,001
	N	956	898	925	956	936	936	956	945	945	945	945

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 9.IV.3. Correlaciones entre dimensiones de personalidad y resto de variables.

		Extraversión	Neuroticismo	Psicoticismo	Disimulo
Sexo (N=949)	Correlación de Pearson	-,007	-,006	-,073(*)	,041
	Sig. (bilateral)	,824	,857	,024	,211
Edad (N=937)	Correlación de Pearson	-,108(**)	-,045	-,027	,064
	Sig. (bilateral)	,001	,173	,408	,052
Escuela o Facultad (N=949)	Correlación de Pearson	,025	,027	,057	,071(*)
	Sig. (bilateral)	,441	,410	,081	,028
Titulación (N=949)	Correlación de Pearson	,010	,052	,069(*)	-,004
	Sig. (bilateral)	,767	,111	,034	,913
Curso (N=949)	Correlación de Pearson	,034	-,025	-,045	-,080(*)
	Sig. (bilateral)	,293	,448	,162	,014
Campus (N=949)	Correlación de Pearson	,024	,016	,080(*)	,046
	Sig. (bilateral)	,466	,612	,013	,154
SOC (N=949)	Correlación de Pearson	,213(**)	-,602(**)	-,318(**)	,176(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,001
CEP general (N=890)	Correlación de Pearson	-,261(**)	,556(**)	,158(**)	-,084(*)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,012
CEP reciente (N=917)	Correlación de Pearson	-,225(**)	,581(**)	,171(**)	-,087(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,008
Cansancio Emocional (N=948)	Correlación de Pearson	-,150(**)	,535(**)	,103(**)	-,049
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,002	,131
Satisfacción estudios (N=928)	Correlación de Pearson	,100(**)	-,147(**)	-,133(**)	,102(**)
	Sig. (bilateral)	,002	,001	,001	,002
Autoestima (N=928)	Correlación de Pearson	,304(**)	-,433(**)	-,083(*)	,009
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,011	,775
Salud General (N=947)	Correlación de Pearson	-,202(**)	,607(**)	,179(**)	-,061
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,062

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 9.V.1. Estadísticos de grupo para primer y segundo curso

Variabes	Curso	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación global SOC 13	Primero	434	61,18	10,600	,509
	Segundo	314	62,02	10,877	,614
Puntuación general CEP	Primero	427	59,13	13,574	,657
	Segundo	299	60,01	14,332	,829
Puntuación reciente CEP	Primero	433	65,70	15,044	,723
	Segundo	313	66,38	14,539	,822
Cansancio Emocional	Primero	433	29,21	6,779	,326
	Segundo	314	29,93	7,261	,410
Satisfacción con los estudios	Primero	427	3,55	,831	,040
	Segundo	302	3,57	,855	,049
Autoestima	Primero	427	2,99	1,054	,051
	Segundo	302	3,12	1,083	,062
Afrontamiento Activo	Primero	431	4,29	1,041	,050
	Segundo	313	4,45	,950	,054
Apoyo Social Instrumental	Primero	431	3,51	1,303	,063
	Segundo	313	3,55	1,265	,072
Aceptación	Primero	431	3,85	1,184	,057
	Segundo	313	4,02	1,213	,069
Autodistracción	Primero	431	3,33	1,465	,071
	Segundo	313	3,34	1,457	,082
Desahogarse	Primero	431	2,59	1,366	,066
	Segundo	313	2,60	1,348	,076
Planificación	Primero	431	3,73	1,255	,060
	Segundo	313	3,86	1,215	,069
Religión	Primero	431	1,16	1,548	,075
	Segundo	313	,98	1,454	,082
Negación	Primero	431	1,07	1,342	,065
	Segundo	313	,94	1,139	,064
Autoinculpación	Primero	431	3,10	1,456	,070
	Segundo	313	2,99	1,451	,082
Uso de Sustancias	Primero	431	,45	1,119	,054
	Segundo	313	,45	1,067	,060
Apoyo Social Emocional	Primero	431	4,12	1,435	,069
	Segundo	313	4,12	1,354	,077
Reinterpretación Positiva	Primero	431	3,45	1,358	,065
	Segundo	313	3,38	1,370	,077
Humor	Primero	431	2,66	1,793	,086
	Segundo	313	2,70	1,738	,098
Desconexión Conductual	Primero	431	,68	1,034	,050
	Segundo	313	,65	,950	,054
Salud General Goldberg	Primero	432	24,32	12,240	,589
	Segundo	314	24,17	11,550	,652
Extraversión	Primero	434	52,50	9,505	,456
	Segundo	304	53,91	9,421	,540
Neuroticismo	Primero	434	44,56	9,076	,436
	Segundo	304	44,43	9,179	,526
Psicoticismo	Primero	434	46,39	9,367	,450
	Segundo	304	44,69	8,316	,477

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Disimulo	Primero	434	51,02	8,883	,426
	Segundo	304	51,26	9,071	,520

Tabla 9.V.2. Prueba T para muestras independientes para primer y segundo curso.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Puntuación global SOC 13	Se han asumido varianzas iguales	,152	,697	-1,057	746	,291	-,839	,794	-2,398	,719
	No se han asumido varianzas iguales			-1,053	664,240	,293	-,839	,797	-2,405	,726
Puntuación general CEP	Se han asumido varianzas iguales	2,290	,131	-,840	724	,401	-,880	1,047	-2,937	1,176
	No se han asumido varianzas iguales			-,832	619,083	,406	-,880	1,058	-2,957	1,197
Puntuación reciente CEP	Se han asumido varianzas iguales	,194	,660	-,617	744	,537	-,680	1,101	-2,840	1,481
	No se han asumido varianzas iguales			-,621	685,357	,535	-,680	1,095	-2,829	1,469
Cansancio Emocional	Se han asumido varianzas iguales	2,865	,091	-1,401	745	,162	-,725	,518	-1,742	,291
	No se han asumido varianzas iguales			-1,385	646,609	,166	-,725	,523	-1,753	,303
Satisfacción con los estudios	Se han asumido varianzas iguales	,036	,849	-,378	727	,706	-,024	,063	-,148	,100

	No se han asumido varianzas iguales			-,376	636,514	,707	-,024	,064	-,149	,101
Autoestima	Se han asumido varianzas iguales	,960	,327	- 1,592	727	,112	-,128	,080	-,285	,030
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,585	637,203	,113	-,128	,081	-,286	,031
Afrontamiento Activo	Se han asumido varianzas iguales	1,114	,291	- 2,226	742	,026	-,166	,075	-,312	-,020
	No se han asumido varianzas iguales			- 2,259	704,733	,024	-,166	,073	-,310	-,022
Apoyo Social Instrumental	Se han asumido varianzas iguales	,558	,455	-,351	742	,726	-,034	,096	-,221	,154
	No se han asumido varianzas iguales			-,353	683,359	,724	-,034	,095	-,220	,153
Aceptación	Se han asumido varianzas iguales	,130	,718	- 1,852	742	,064	-,164	,089	-,339	,010
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,845	662,827	,066	-,164	,089	-,340	,011
Autodistracción	Se han asumido varianzas iguales	,002	,963	-,135	742	,892	-,015	,109	-,228	,198
	No se han asumido varianzas iguales			-,136	674,484	,892	-,015	,108	-,228	,198
Desahogarse	Se han asumido varianzas iguales	,005	,945	-,089	742	,929	-,009	,101	-,207	,189
	No se han asumido varianzas iguales			-,089	677,378	,929	-,009	,101	-,207	,189

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Planificación	Se han asumido varianzas iguales	1,711	,191	- 1,413	742	,158	-,130	,092	-,311	,051
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,421	684,726	,156	-,130	,092	-,310	,050
Religión	Se han asumido varianzas iguales	2,446	,118	1,558	742	,120	,175	,112	-,045	,395
	No se han asumido varianzas iguales			1,573	695,200	,116	,175	,111	-,043	,393
Negación	Se han asumido varianzas iguales	10,450	,001	1,426	742	,154	,134	,094	-,050	,317
	No se han asumido varianzas iguales			1,464	724,096	,144	,134	,091	-,046	,313
Autoinculpción	Se han asumido varianzas iguales	,532	,466	,991	742	,322	,107	,108	-,105	,319
	No se han asumido varianzas iguales			,992	673,775	,322	,107	,108	-,105	,319
Uso de Sustancias	Se han asumido varianzas iguales	,040	,842	-,004	742	,996	,000	,082	-,160	,160
	No se han asumido varianzas iguales			-,004	689,982	,996	,000	,081	-,159	,158
Apoyo Social Emocional	Se han asumido varianzas iguales	2,243	,135	-,060	742	,952	-,006	,104	-,211	,198
	No se han asumido varianzas iguales			-,061	693,552	,952	-,006	,103	-,209	,196
Reinterpretación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	,140	,708	,677	742	,499	,068	,101	-,130	,267

	No se han asumido varianzas iguales			,676	668,869	,499	,068	,101	-,131	,267
Humor	Se han asumido varianzas iguales	,863	,353	-,250	742	,802	-,033	,131	-,291	,225
	No se han asumido varianzas iguales			-,252	684,169	,801	-,033	,131	-,290	,224
Desconexión Conductual	Se han asumido varianzas iguales	,627	,429	,421	742	,674	,031	,074	-,114	,177
	No se han asumido varianzas iguales			,427	702,659	,670	,031	,073	-,113	,175
Salud General Goldberg	Se han asumido varianzas iguales	1,198	,274	,173	744	,863	,153	,887	-1,587	1,893
	No se han asumido varianzas iguales			,174	695,866	,862	,153	,878	-1,572	1,878
Extraversión	Se han asumido varianzas iguales	,075	,784	-2,003	736	,045	-1,419	,708	-2,810	-,029
	No se han asumido varianzas iguales			-2,007	655,804	,045	-1,419	,707	-2,808	-,030
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	,255	,614	,186	736	,853	,127	,682	-1,212	1,466
	No se han asumido varianzas iguales			,185	647,621	,853	,127	,683	-1,215	1,468
Psicoticismo	Se han asumido varianzas iguales	4,684	,031	2,533	736	,012	1,695	,669	,381	3,009
	No se han asumido varianzas iguales			2,586	696,126	,010	1,695	,656	,408	2,982

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Disimulo	Se han asumido varianzas iguales	,049	,824	-,359	736	,720	-,240	,670	-1,556	1,075
	No se han asumido varianzas iguales			-,357	643,591	,721	-,240	,673	-1,561	1,080

Tabla 9.V.3. Estadísticos de grupo para primer y tercer curso.

Variables	Curso	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación global SOC 13	Primero	434	61,18	10,600	,509
	Tercero	212	63,08	10,621	,729
Puntuación general CEP	Primero	427	59,13	13,574	,657
	Tercero	175	59,85	12,601	,953
Puntuación reciente CEP	Primero	433	65,70	15,044	,723
	Tercero	182	64,81	14,371	1,065
Cansancio Emocional	Primero	433	29,21	6,779	,326
	Tercero	212	28,95	7,172	,493
Satisfacción con los estudios	Primero	427	3,55	,831	,040
	Tercero	210	3,55	,794	,055
Autoestima	Primero	427	2,99	1,054	,051
	Tercero	210	3,19	,963	,066
Afrontamiento Activo	Primero	431	4,29	1,041	,050
	Tercero	212	4,38	,959	,066
Apoyo Social Instrumental	Primero	431	3,51	1,303	,063
	Tercero	212	3,55	1,303	,090
Aceptación	Primero	431	3,85	1,184	,057
	Tercero	212	4,02	1,097	,075
Autodistracción	Primero	431	3,33	1,465	,071
	Tercero	212	3,33	1,348	,093
Desahogarse	Primero	431	2,59	1,366	,066
	Tercero	212	2,79	1,378	,095
Planificación	Primero	431	3,73	1,255	,060
	Tercero	212	3,95	1,236	,085
Religión	Primero	431	1,16	1,548	,075
	Tercero	212	,95	1,336	,092
Negación	Primero	431	1,07	1,342	,065
	Tercero	212	1,00	1,166	,080
Autoinculpación	Primero	431	3,10	1,456	,070
	Tercero	212	2,85	1,339	,092
Uso de Sustancias	Primero	431	,45	1,119	,054
	Tercero	212	,49	1,000	,069
Apoyo Social Emocional	Primero	431	4,12	1,435	,069
	Tercero	212	4,02	1,424	,098
Reinterpretación Positiva	Primero	431	3,45	1,358	,065
	Tercero	212	3,43	1,464	,101
Humor	Primero	431	2,66	1,793	,086
	Tercero	212	2,79	1,700	,117
Desconexión Conductual	Primero	431	,68	1,034	,050

	Tercero	212	,58	,938	,064
Salud General Goldberg	Primero	432	24,32	12,240	,589
	Tercero	212	21,13	10,795	,741
Extraversión	Primero	434	52,50	9,505	,456
	Tercero	211	53,04	9,424	,649
Neuroticismo	Primero	434	44,56	9,076	,436
	Tercero	211	43,94	9,299	,640
Psicoticismo	Primero	434	46,39	9,367	,450
	Tercero	211	45,67	9,429	,649
Disimulo	Primero	434	51,02	8,883	,426
	Tercero	211	48,86	9,574	,659

Tabla 9.V.4. Prueba T para muestras independientes para primer y tercer curso.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Puntuación global SOC 13	Se han asumido varianzas iguales	,170	,681	2,138	644	,033	-1,900	,889	-3,646	-,155
	No se han asumido varianzas iguales			2,137	418,036	,033	-1,900	,889	-3,649	-,152
Puntuación general CEP	Se han asumido varianzas iguales	,170	,681	-,607	600	,544	-,725	1,194	-3,069	1,619
	No se han asumido varianzas iguales			-,627	346,815	,531	-,725	1,157	-3,001	1,551
Puntuación reciente CEP	Se han asumido varianzas iguales	,685	,408	,674	613	,500	,884	1,312	-1,692	3,460
	No se han asumido varianzas iguales			,687	354,628	,493	,884	1,287	-1,648	3,416
Cansancio Emocional	Se han asumido varianzas iguales	1,251	,264	,448	643	,654	,260	,579	-,878	1,397

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			,440	398,742	,660	,260	,591	-,901	1,421
Satisfacción con los estudios	Se han asumido varianzas iguales	,720	,397	-,097	635	,923	-,007	,069	-,142	,129
	No se han asumido varianzas iguales			-,099	432,707	,921	-,007	,068	-,140	,127
Autoestima	Se han asumido varianzas iguales	,413	,520	- 2,286	635	,023	-,197	,086	-,367	-,028
	No se han asumido varianzas iguales			- 2,357	450,937	,019	-,197	,084	-,362	-,033
Afrontamiento Activo	Se han asumido varianzas iguales	1,162	,282	- 1,108	641	,268	-,094	,085	-,262	,073
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,140	452,117	,255	-,094	,083	-,257	,068
Apoyo Social Instrumental	Se han asumido varianzas iguales	,002	,962	-,358	641	,720	-,039	,109	-,254	,175
	No se han asumido varianzas iguales			-,358	419,588	,721	-,039	,109	-,254	,176
Aceptación	Se han asumido varianzas iguales	5,574	,019	- 1,726	641	,085	-,167	,097	-,358	,023
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,771	449,533	,077	-,167	,094	-,353	,018
Autodistracción	Se han asumido varianzas iguales	1,575	,210	-,065	641	,948	-,008	,120	-,243	,227
	No se han asumido varianzas iguales			-,067	452,550	,947	-,008	,116	-,236	,221

Desahogarse	Se han asumido varianzas iguales	,016	,899	- 1,747	641	,081	-,201	,115	-,426	,025
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,742	416,371	,082	-,201	,115	-,427	,026
Planificación	Se han asumido varianzas iguales	2,661	,103	- 2,118	641	,035	-,222	,105	-,428	-,016
	No se han asumido varianzas iguales			- 2,129	425,635	,034	-,222	,104	-,427	-,017
Religión	Se han asumido varianzas iguales	4,382	,037	1,668	641	,096	,207	,124	-,037	,451
	No se han asumido varianzas iguales			1,754	479,297	,080	,207	,118	-,025	,440
Negación	Se han asumido varianzas iguales	3,017	,083	,601	641	,548	,065	,108	-,147	,277
	No se han asumido varianzas iguales			,630	476,084	,529	,065	,103	-,137	,267
Autoinculpación	Se han asumido varianzas iguales	2,237	,135	2,047	641	,041	,244	,119	,010	,477
	No se han asumido varianzas iguales			2,107	452,658	,036	,244	,116	,016	,471
Uso de Sustancias	Se han asumido varianzas iguales	,206	,650	-,446	641	,656	-,040	,091	-,219	,138
	No se han asumido varianzas iguales			-,463	464,609	,643	-,040	,087	-,212	,131
Apoyo Social Emocional	Se han asumido varianzas iguales	,176	,675	,828	641	,408	,099	,120	-,136	,335

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			,831	422,552	,407	,099	,120	-,136	,335
Reinterpretación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	1,243	,265	,139	641	,890	,016	,117	-,213	,246
	No se han asumido varianzas iguales			,135	392,866	,892	,016	,120	-,220	,252
Humor	Se han asumido varianzas iguales	2,180	,140	-,840	641	,401	-,124	,148	-,415	,166
	No se han asumido varianzas iguales			-,855	440,468	,393	-,124	,145	-,410	,161
Desconexión Conductual	Se han asumido varianzas iguales	2,529	,112	1,128	641	,260	,095	,084	-,070	,260
	No se han asumido varianzas iguales			1,166	458,508	,244	,095	,081	-,065	,255
Salud General Goldberg	Se han asumido varianzas iguales	1,946	,163	3,228	642	,001	3,190	,988	1,249	5,130
	No se han asumido varianzas iguales			3,369	469,736	,001	3,190	,947	1,329	5,050
Extraversión	Se han asumido varianzas iguales	,553	,457	-,682	643	,495	-,543	,795	-2,105	1,020
	No se han asumido varianzas iguales			-,684	419,343	,494	-,543	,793	-2,102	1,016
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	,377	,539	,800	643	,424	,614	,768	-,893	2,122
	No se han asumido varianzas iguales			,794	407,234	,428	,614	,774	-,908	2,137

Psicoticismo	Se han asumido varianzas iguales	,257	,612	,915	643	,360	,721	,788	-,826	2,268
	No se han asumido varianzas iguales			,913	413,687	,362	,721	,790	-,831	2,273
Disimulo	Se han asumido varianzas iguales	,708	,400	2,822	643	,005	2,158	,765	,656	3,660
	No se han asumido varianzas iguales			2,749	389,489	,006	2,158	,785	,615	3,702

Tabla 9.V.5. Estadísticos de grupo para segundo y tercer curso.

	Curso	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación global SOC 13	Segundo	314	62,02	10,877	,614
	Tercero	212	63,08	10,621	,729
Puntuación general CEP	Segundo	299	60,01	14,332	,829
	Tercero	175	59,85	12,601	,953
Puntuación reciente CEP	Segundo	313	66,38	14,539	,822
	Tercero	182	64,81	14,371	1,065
Cansancio Emocional	Segundo	314	29,93	7,261	,410
	Tercero	212	28,95	7,172	,493
Satisfacción con los estudios	Segundo	302	3,57	,855	,049
	Tercero	210	3,55	,794	,055
Autoestima	Segundo	302	3,12	1,083	,062
	Tercero	210	3,19	,963	,066
Afrontamiento Activo	Segundo	313	4,45	,950	,054
	Tercero	212	4,38	,959	,066
Apoyo Social Instrumental	Segundo	313	3,55	1,265	,072
	Tercero	212	3,55	1,303	,090
Aceptación	Segundo	313	4,02	1,213	,069
	Tercero	212	4,02	1,097	,075
Autodistracción	Segundo	313	3,34	1,457	,082
	Tercero	212	3,33	1,348	,093
Desahogarse	Segundo	313	2,60	1,348	,076
	Tercero	212	2,79	1,378	,095
Planificación	Segundo	313	3,86	1,215	,069
	Tercero	212	3,95	1,236	,085
Religión	Segundo	313	,98	1,454	,082
	Tercero	212	,95	1,336	,092
Negación	Segundo	313	,94	1,139	,064
	Tercero	212	1,00	1,166	,080
Autoinculpación	Segundo	313	2,99	1,451	,082
	Tercero	212	2,85	1,339	,092

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Uso de Sustancias	Segundo	313	,45	1,067	,060
	Tercero	212	,49	1,000	,069
Apoyo Social Emocional	Segundo	313	4,12	1,354	,077
	Tercero	212	4,02	1,424	,098
Reinterpretación Positiva	Segundo	313	3,38	1,370	,077
	Tercero	212	3,43	1,464	,101
Humor	Segundo	313	2,70	1,738	,098
	Tercero	212	2,79	1,700	,117
Desconexión Conductual	Segundo	313	,65	,950	,054
	Tercero	212	,58	,938	,064
Salud General Goldberg	Segundo	314	24,17	11,550	,652
	Tercero	212	21,13	10,795	,741
Extraversión	Segundo	304	53,91	9,421	,540
	Tercero	211	53,04	9,424	,649
Neuroticismo	Segundo	304	44,43	9,179	,526
	Tercero	211	43,94	9,299	,640
Psicoticismo	Segundo	304	44,69	8,316	,477
	Tercero	211	45,67	9,429	,649
Disimulo	Segundo	304	51,26	9,071	,520
	Tercero	211	48,86	9,574	,659

Tabla 9.V.6. Prueba T para muestras independientes para segundo y tercer curso.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Puntuación global SOC 13	Se han asumido varianzas iguales	,485	,487	1,108	524	,268	-1,061	,958	-2,943	,820
	No se han asumido varianzas iguales			1,113	460,076	,266	-1,061	,953	-2,935	,812
Puntuación general CEP	Se han asumido varianzas iguales	2,735	,099	,119	472	,905	,155	1,306	-2,411	2,721
	No se han asumido varianzas iguales			,123	402,498	,902	,155	1,263	-2,327	2,637

Puntuación reciente CEP	Se han asumido varianzas iguales	,206	,650	1,159	493	,247	1,564	1,350	-1,088	4,215
	No se han asumido varianzas iguales			1,162	382,046	,246	1,564	1,345	-1,081	4,209
Cansancio Emocional	Se han asumido varianzas iguales	,123	,725	1,534	524	,126	,985	,642	-,277	2,247
	No se han asumido varianzas iguales			1,537	456,664	,125	,985	,641	-,274	2,244
Satisfacción con los estudios	Se han asumido varianzas iguales	,849	,357	,230	510	,818	,017	,075	-,129	,164
	No se han asumido varianzas iguales			,233	469,670	,816	,017	,074	-,128	,162
Autoestima	Se han asumido varianzas iguales	2,232	,136	-,751	510	,453	-,070	,093	-,253	,113
	No se han asumido varianzas iguales			-,767	480,320	,444	-,070	,091	-,249	,109
Afrontamiento Activo	Se han asumido varianzas iguales	,032	,858	,844	523	,399	,072	,085	-,095	,238
	No se han asumido varianzas iguales			,843	450,198	,400	,072	,085	-,095	,239
Apoyo Social Instrumental	Se han asumido varianzas iguales	,451	,502	-,049	523	,961	-,006	,114	-,229	,218
	No se han asumido varianzas iguales			-,049	444,027	,961	-,006	,115	-,231	,220
Acceptación	Se han asumido varianzas iguales	3,270	,071	-,028	523	,978	-,003	,104	-,207	,201

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			-,028	481,700	,977	-,003	,102	-,203	,197
Autodistracción	Se han asumido varianzas iguales	1,569	,211	,055	523	,956	,007	,126	-,240	,254
	No se han asumido varianzas iguales			,056	475,719	,955	,007	,124	-,237	,250
Desahogarse	Se han asumido varianzas iguales	,032	,858	- 1,585	523	,114	-,192	,121	-,430	,046
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,578	446,310	,115	-,192	,122	-,431	,047
Planificación	Se han asumido varianzas iguales	,215	,643	-,844	523	,399	-,092	,109	-,306	,122
	No se han asumido varianzas iguales			-,841	447,786	,401	-,092	,109	-,306	,123
Religión	Se han asumido varianzas iguales	,391	,532	,261	523	,794	,033	,125	-,213	,279
	No se han asumido varianzas iguales			,266	477,633	,791	,033	,123	-,209	,275
Negación	Se han asumido varianzas iguales	1,430	,232	-,671	523	,503	-,069	,102	-,270	,132
	No se han asumido varianzas iguales			-,668	445,828	,505	-,069	,103	-,271	,133
Autoinculpación	Se han asumido varianzas iguales	,557	,456	1,092	523	,275	,137	,125	-,109	,383
	No se han asumido varianzas iguales			1,109	476,297	,268	,137	,123	-,106	,379

Uso de Sustancias	Se han asumido varianzas iguales	,416	,519	-,433	523	,665	-,040	,093	-,222	,142
	No se han asumido varianzas iguales			-,439	472,171	,661	-,040	,091	-,220	,140
Apoyo Social Emocional	Se han asumido varianzas iguales	,711	,399	,860	523	,390	,106	,123	-,136	,347
	No se han asumido varianzas iguales			,851	437,589	,395	,106	,124	-,138	,350
Reinterpretación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	,564	,453	-,417	523	,677	-,052	,125	-,298	,194
	No se han asumido varianzas iguales			-,412	432,688	,681	-,052	,127	-,302	,197
Humor	Se han asumido varianzas iguales	,383	,536	-,596	523	,552	-,091	,153	-,392	,210
	No se han asumido varianzas iguales			-,598	459,731	,550	-,091	,153	-,391	,209
Desconexión Conductual	Se han asumido varianzas iguales	,967	,326	,758	523	,449	,064	,084	-,101	,229
	No se han asumido varianzas iguales			,759	456,905	,448	,064	,084	-,101	,228
Salud General Goldberg	Se han asumido varianzas iguales	,151	,698	3,036	524	,003	3,037	1,000	1,072	5,002
	No se han asumido varianzas iguales			3,076	472,810	,002	3,037	,987	1,097	4,976
Extraversión	Se han asumido varianzas iguales	,220	,639	1,038	513	,300	,877	,844	-,782	2,535

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			1,038	451,743	,300	,877	,844	-,783	2,536
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	,025	,874	,590	513	,555	,488	,827	-1,137	2,112
	No se han asumido varianzas iguales			,589	448,057	,556	,488	,829	-1,141	2,117
Psicoticismo	Se han asumido varianzas iguales	5,754	,017	- 1,237	513	,217	-,974	,788	-2,521	,573
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,209	414,288	,227	-,974	,806	-2,558	,609
Disimulo	Se han asumido varianzas iguales	,848	,357	2,885	513	,004	2,399	,832	,765	4,032
	No se han asumido varianzas iguales			2,857	435,922	,004	2,399	,840	,748	4,049

Tabla 9.V.7. Estadísticos de grupo para Campus de León y Campus de Ponferrada.

	Campus	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación global SOC 13	León	295	61,67	10,581	,616
	Ponferrada	488	61,80	10,968	,496
Puntuación general CEP	León	282	59,91	12,250	,730
	Ponferrada	448	59,47	14,730	,696
Puntuación reciente CEP	León	295	68,59	14,432	,840
	Ponferrada	457	65,61	15,216	,712
Cansancio Emocional	León	295	30,12	6,955	,405
	Ponferrada	488	29,22	7,238	,328
Satisfacción con los estudios	León	286	3,50	,849	,050
	Ponferrada	481	3,56	,809	,037
Autoestima	León	286	2,92	1,028	,061
	Ponferrada	481	3,12	1,039	,047
Afrontamiento Activo	León	294	4,36	,931	,054
	Ponferrada	487	4,36	1,044	,047
Apoyo Social Instrumental	León	294	3,47	1,260	,073
	Ponferrada	487	3,52	1,307	,059
Aceptación	León	294	3,99	1,152	,067
	Ponferrada	487	3,91	1,202	,054
Autodistracción	León	294	3,36	1,384	,081
	Ponferrada	487	3,33	1,460	,066
Desahogarse	León	294	2,66	1,385	,081
	Ponferrada	487	2,62	1,420	,064
Planificación	León	294	3,84	1,244	,073
	Ponferrada	487	3,82	1,241	,056
Religión	León	294	,82	1,388	,081
	Ponferrada	487	,99	1,380	,063
Negación	León	294	,98	1,190	,069
	Ponferrada	487	1,02	1,256	,057
Autoinculpación	León	294	2,90	1,343	,078
	Ponferrada	487	3,10	1,474	,067
Uso de Sustancias	León	294	,58	1,214	,071
	Ponferrada	487	,45	1,058	,048
Apoyo Social Emocional	León	294	4,08	1,387	,081
	Ponferrada	487	4,05	1,448	,066
Reinterpretación Positiva	León	294	3,41	1,349	,079
	Ponferrada	487	3,43	1,416	,064
Humor	León	294	2,67	1,784	,104
	Ponferrada	487	2,79	1,761	,080
Desconexión Conductual	León	294	,64	,977	,057
	Ponferrada	487	,66	,966	,044
Salud General Goldberg	León	295	24,09	11,712	,682
	Ponferrada	488	23,98	12,342	,559
Extraversión	León	294	53,14	9,115	,532
	Ponferrada	487	52,68	9,792	,444

Neuroticismo	León	294	44,00	9,055	,528
	Ponferrada	487	44,63	9,481	,430
Psicoticismo	León	294	44,86	8,879	,518
	Ponferrada	487	45,71	8,761	,397
Disimulo	León	294	50,22	9,398	,548
	Ponferrada	487	50,53	8,956	,406

Tabla 9.V.8. Prueba T para muestras independientes para Campus de León y Campus de Ponferrada

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Puntuación global SOC 13	Se han asumido varianzas iguales	,277	,599	-,165	781	,869	-,131	,798	-1,698	1,436
	No se han asumido varianzas iguales			-,166	637,561	,868	-,131	,791	-1,685	1,422
Puntuación general CEP	Se han asumido varianzas iguales	8,330	,004	,419	728	,675	,440	1,051	-1,623	2,504
	No se han asumido varianzas iguales			,437	674,186	,662	,440	1,008	-1,539	2,420
Puntuación reciente CEP	Se han asumido varianzas iguales	1,226	,269	2,679	750	,008	2,984	1,114	,797	5,170
	No se han asumido varianzas iguales			2,709	651,149	,007	2,984	1,101	,821	5,146

Cansancio Emocional	Se han asumido varianzas iguales	,246	,620	1,716	781	,087	,903	,526	-,130	1,935
	No se han asumido varianzas iguales			1,733	639,521	,084	,903	,521	-,120	1,926
Satisfacción con los estudios	Se han asumido varianzas iguales	,417	,519	-,940	765	,348	-,058	,062	-,179	,063
	No se han asumido varianzas iguales			-,928	576,241	,354	-,058	,062	-,180	,065
Autoestima	Se han asumido varianzas iguales	,461	,497	- 2,654	765	,008	-,205	,077	-,357	-,053
	No se han asumido varianzas iguales			- 2,662	604,226	,008	-,205	,077	-,357	-,054
Afrontamiento Activo	Se han asumido varianzas iguales	4,338	,038	,090	779	,928	,007	,074	-,139	,152
	No se han asumido varianzas iguales			,092	672,879	,926	,007	,072	-,135	,148
Apoyo Social Instrumental	Se han asumido varianzas iguales	1,146	,285	-,519	779	,604	-,049	,095	-,236	,138
	No se han asumido varianzas iguales			-,524	635,431	,601	-,049	,094	-,235	,136
Aceptación	Se han asumido varianzas iguales	3,678	,056	,917	779	,359	,080	,087	-,091	,252
	No se han asumido varianzas iguales			,927	638,310	,354	,080	,086	-,090	,250
Autodistracción	Se han asumido varianzas iguales	2,130	,145	,232	779	,817	,024	,106	-,183	,232

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			,235	643,678	,815	,024	,104	-,180	,229
Desahogarse	Se han asumido varianzas iguales	,341	,560	,310	779	,757	,032	,104	-,172	,236
	No se han asumido varianzas iguales			,312	629,880	,755	,032	,103	-,171	,235
Planificación	Se han asumido varianzas iguales	,491	,484	,227	779	,820	,021	,092	-,159	,201
	No se han asumido varianzas iguales			,227	616,480	,821	,021	,092	-,159	,201
Religión	Se han asumido varianzas iguales	,289	,591	- 1,678	779	,094	-,171	,102	-,372	,029
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,675	615,274	,094	-,171	,102	-,372	,029
Negación	Se han asumido varianzas iguales	,666	,415	-,435	779	,663	-,040	,091	-,218	,139
	No se han asumido varianzas iguales			-,441	644,034	,659	-,040	,090	-,216	,137
Autoinculpación	Se han asumido varianzas iguales	4,324	,038	- 1,931	779	,054	-,203	,105	-,410	,003
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,976	662,873	,049	-,203	,103	-,405	-,001
Uso de Sustancias	Se han asumido varianzas iguales	9,019	,003	1,605	779	,109	,133	,083	-,030	,295
	No se han asumido varianzas iguales			1,551	553,360	,121	,133	,086	-,035	,301

Apoyo Social Emocional	Se han asumido varianzas iguales	2,399	,122	,268	779	,789	,028	,105	-,178	,235
	No se han asumido varianzas iguales			,271	638,456	,786	,028	,104	-,176	,233
Reinterpretación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	,986	,321	-,098	779	,922	-,010	,103	-,212	,192
	No se han asumido varianzas iguales			-,099	641,404	,921	-,010	,102	-,209	,189
Humor	Se han asumido varianzas iguales	,227	,634	-,896	779	,371	-,117	,131	-,374	,139
	No se han asumido varianzas iguales			-,893	611,402	,372	-,117	,131	-,375	,140
Desconexión Conductual	Se han asumido varianzas iguales	,185	,667	-,256	779	,798	-,018	,072	-,159	,122
	No se han asumido varianzas iguales			-,255	612,249	,799	-,018	,072	-,159	,123
Salud General Goldberg	Se han asumido varianzas iguales	1,537	,215	,128	781	,898	,114	,893	-1,639	1,867
	No se han asumido varianzas iguales			,129	645,604	,897	,114	,882	-1,617	1,845
Extraversión	Se han asumido varianzas iguales	1,224	,269	,651	779	,515	,459	,705	-,924	1,843
	No se han asumido varianzas iguales			,663	652,508	,508	,459	,692	-,901	1,819
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	,635	,426	-,917	779	,360	-,631	,689	-1,983	,721

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			-,927	640,104	,354	-,631	,681	-1,968	,706
Psicoticismo	Se han asumido varianzas iguales	,058	,810	- 1,307	779	,192	-,850	,650	-2,127	,427
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,303	611,364	,193	-,850	,652	-2,131	,431
Disimulo	Se han asumido varianzas iguales	,975	,324	-,457	779	,648	-,308	,674	-1,631	1,015
	No se han asumido varianzas iguales			-,452	594,625	,652	-,308	,682	-1,647	1,031

Tabla 9.V.9. Estadísticos de grupo para Campus de León y Campus de Córdoba.

	Campus	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación global SOC 13	León	295	61,67	10,581	,616
	Córdoba	177	62,42	10,235	,769
Puntuación general CEP	León	282	59,91	12,250	,730
	Córdoba	171	59,21	12,893	,986
Puntuación reciente CEP	León	295	68,59	14,432	,840
	Córdoba	176	61,38	12,834	,967
Cansancio Emocional	León	295	30,12	6,955	,405
	Córdoba	176	28,63	6,479	,488
Satisfacción con los estudios	León	286	3,50	,849	,050
	Córdoba	172	3,62	,853	,065
Autoestima	León	286	2,92	1,028	,061
	Córdoba	172	3,19	1,071	,082
Afrontamiento Activo	León	294	4,36	,931	,054
	Córdoba	175	4,38	,968	,073
Apoyo Social Instrumental	León	294	3,47	1,260	,073
	Córdoba	175	3,69	1,285	,097
Aceptación	León	294	3,99	1,152	,067
	Córdoba	175	3,95	1,149	,087
Autodistracción	León	294	3,36	1,384	,081
	Córdoba	175	3,30	1,459	,110
Desahogarse	León	294	2,66	1,385	,081
	Córdoba	175	2,65	1,159	,088
Planificación	León	294	3,84	1,244	,073
	Córdoba	175	3,78	1,237	,094
Religión	León	294	,82	1,388	,081
	Córdoba	175	1,63	1,710	,129
Negación	León	294	,98	1,190	,069
	Córdoba	175	1,03	1,284	,097
Autoinculpación	León	294	2,90	1,343	,078
	Córdoba	175	2,92	1,444	,109
Uso de Sustancias	León	294	,58	1,214	,071
	Córdoba	175	,30	,832	,063
Apoyo Social Emocional	León	294	4,08	1,387	,081
	Córdoba	175	4,25	1,311	,099
Reinterpretación Positiva	León	294	3,41	1,349	,079
	Córdoba	175	3,41	1,361	,103
Humor	León	294	2,67	1,784	,104
	Córdoba	175	2,50	1,671	,126
Desconexión Conductual	León	294	,64	,977	,057
	Córdoba	175	,62	1,059	,080
Salud General Goldberg	León	295	24,09	11,712	,682
	Córdoba	175	21,53	9,922	,750
Extraversión	León	294	53,14	9,115	,532
	Córdoba	168	54,07	9,104	,702
Neuroticismo	León	294	44,00	9,055	,528
	Córdoba	168	44,30	8,344	,644

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Psicoticismo	León	294	44,86	8,879	,518
	Córdoba	168	47,06	10,153	,783
Disimulo	León	294	50,22	9,398	,548
	Córdoba	168	51,56	9,199	,710

Tabla 9.V.10. Prueba T para muestras independientes para Campus de León y Campus de Córdoba.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Puntuación global SOC 13	Se han asumido varianzas iguales	,323	,570	-,761	470	,447	-,756	,994	-2,709	1,197
	No se han asumido varianzas iguales			-,767	380,448	,444	-,756	,986	-2,694	1,182
Puntuación general CEP	Se han asumido varianzas iguales	,769	,381	,579	451	,563	,701	1,211	-1,680	3,081
	No se han asumido varianzas iguales			,571	344,594	,568	,701	1,227	-1,712	3,113
Puntuación reciente CEP	Se han asumido varianzas iguales	3,347	,068	5,462	469	,000	7,209	1,320	4,616	9,803
	No se han asumido varianzas iguales			5,626	402,346	,000	7,209	1,281	4,690	9,728

Cansancio Emocional	Se han asumido varianzas iguales	1,125	,289	2,318	469	,021	1,497	,646	,228	2,766
	No se han asumido varianzas iguales			2,360	388,937	,019	1,497	,634	,250	2,744
Satisfacción con los estudios	Se han asumido varianzas iguales	,019	,889	-1,445	456	,149	-,119	,082	-,280	,043
	No se han asumido varianzas iguales			-1,443	359,025	,150	-,119	,082	-,280	,043
Autoestima	Se han asumido varianzas iguales	1,681	,195	-2,645	456	,008	-,266	,101	-,464	-,068
	No se han asumido varianzas iguales			-2,618	348,805	,009	-,266	,102	-,467	-,066
Afrontamiento Activo	Se han asumido varianzas iguales	,627	,429	-,146	467	,884	-,013	,090	-,191	,164
	No se han asumido varianzas iguales			-,145	354,528	,885	-,013	,091	-,192	,166
Apoyo Social Instrumental	Se han asumido varianzas iguales	,000	,991	-1,860	467	,063	-,225	,121	-,464	,013
	No se han asumido varianzas iguales			-1,851	360,094	,065	-,225	,122	-,465	,014
Aceptación	Se han asumido varianzas iguales	,310	,578	,323	467	,747	,036	,110	-,180	,251
	No se han asumido varianzas iguales			,323	366,681	,747	,036	,110	-,180	,251
Autodistracción	Se han asumido varianzas iguales	,302	,583	,445	467	,657	,060	,135	-,205	,325

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			,439	350,592	,661	,060	,137	-,209	,329
Desahogarse	Se han asumido varianzas iguales	5,644	,018	,040	467	,968	,005	,125	-,240	,250
	No se han asumido varianzas iguales			,042	416,777	,966	,005	,119	-,229	,239
Planificación	Se han asumido varianzas iguales	,214	,644	,531	467	,595	,063	,119	-,170	,296
	No se han asumido varianzas iguales			,532	367,454	,595	,063	,118	-,170	,296
Religión	Se han asumido varianzas iguales	19,654	,000	- 5,613	467	,000	-,812	,145	-1,097	-,528
	No se han asumido varianzas iguales			- 5,326	308,912	,000	-,812	,153	-1,112	-,512
Negación	Se han asumido varianzas iguales	,926	,336	-,389	467	,697	-,046	,117	-,276	,184
	No se han asumido varianzas iguales			-,382	344,009	,703	-,046	,119	-,280	,189
Autoinculpación	Se han asumido varianzas iguales	,708	,400	-,141	467	,888	-,019	,132	-,278	,241
	No se han asumido varianzas iguales			-,139	344,880	,890	-,019	,134	-,283	,246
Uso de Sustancias	Se han asumido varianzas iguales	28,171	,000	2,707	467	,007	,281	,104	,077	,485
	No se han asumido varianzas iguales			2,968	457,748	,003	,281	,095	,095	,467

Apoyo Social Emocional	Se han asumido varianzas iguales	,029	,866	- 1,308	467	,191	-,170	,130	-,425	,085
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,327	382,469	,185	-,170	,128	-,421	,082
Reinterpretación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	,045	,831	,027	467	,978	,004	,129	-,250	,258
	No se han asumido varianzas iguales			,027	363,255	,978	,004	,130	-,251	,258
Humor	Se han asumido varianzas iguales	2,089	,149	1,025	467	,306	,171	,166	-,156	,498
	No se han asumido varianzas iguales			1,043	385,017	,298	,171	,164	-,151	,492
Desconexión Conductual	Se han asumido varianzas iguales	,181	,671	,208	467	,835	,020	,096	-,169	,209
	No se han asumido varianzas iguales			,204	342,659	,839	,020	,098	-,173	,213
Salud General Goldberg	Se han asumido varianzas iguales	3,969	,047	2,422	468	,016	2,560	1,057	,483	4,638
	No se han asumido varianzas iguales			2,526	413,371	,012	2,560	1,014	,568	4,553
Extraversión	Se han asumido varianzas iguales	,006	,937	- 1,047	460	,296	-,923	,881	-2,654	,809
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,047	348,023	,296	-,923	,881	-2,655	,810
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	2,622	,106	-,353	460	,725	-,300	,851	-1,973	1,373

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			-,360	371,504	,719	-,300	,833	-1,938	1,337
Psicoticismo	Se han asumido varianzas iguales	4,532	,034	- 2,429	460	,016	-2,199	,905	-3,978	-,420
	No se han asumido varianzas iguales			- 2,342	310,991	,020	-2,199	,939	-4,047	-,351
Disimulo	Se han asumido varianzas iguales	,405	,525	- 1,488	460	,138	-1,342	,902	-3,114	,431
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,496	353,855	,135	-1,342	,897	-3,105	,422

Tabla 9.V.11. Estadísticos de grupo para Campus de Ponferrada y Campus de Córdoba.

	Campus	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación global SOC 13	Ponferrada	488	61,80	10,968	,496
	Córdoba	177	62,42	10,235	,769
Puntuación general CEP	Ponferrada	448	59,47	14,730	,696
	Córdoba	171	59,21	12,893	,986
Puntuación reciente CEP	Ponferrada	457	65,61	15,216	,712
	Córdoba	176	61,38	12,834	,967
Cansancio Emocional	Ponferrada	488	29,22	7,238	,328
	Córdoba	176	28,63	6,479	,488
Satisfacción con los estudios	Ponferrada	481	3,56	,809	,037
	Córdoba	172	3,62	,853	,065
Autoestima	Ponferrada	481	3,12	1,039	,047
	Córdoba	172	3,19	1,071	,082
Afrontamiento Activo	Ponferrada	487	4,36	1,044	,047
	Córdoba	175	4,38	,968	,073
Apoyo Social Instrumental	Ponferrada	487	3,52	1,307	,059
	Córdoba	175	3,69	1,285	,097
Aceptación	Ponferrada	487	3,91	1,202	,054
	Córdoba	175	3,95	1,149	,087
Autodistracción	Ponferrada	487	3,33	1,460	,066
	Córdoba	175	3,30	1,459	,110
Desahogarse	Ponferrada	487	2,62	1,420	,064
	Córdoba	175	2,65	1,159	,088
Planificación	Ponferrada	487	3,82	1,241	,056
	Córdoba	175	3,78	1,237	,094
Religión	Ponferrada	487	,99	1,380	,063
	Córdoba	175	1,63	1,710	,129
Negación	Ponferrada	487	1,02	1,256	,057
	Córdoba	175	1,03	1,284	,097
Autoinculpación	Ponferrada	487	3,10	1,474	,067
	Córdoba	175	2,92	1,444	,109
Uso de Sustancias	Ponferrada	487	,45	1,058	,048
	Córdoba	175	,30	,832	,063
Apoyo Social Emocional	Ponferrada	487	4,05	1,448	,066
	Córdoba	175	4,25	1,311	,099
Reinterpretación Positiva	Ponferrada	487	3,43	1,416	,064
	Córdoba	175	3,41	1,361	,103
Humor	Ponferrada	487	2,79	1,761	,080
	Córdoba	175	2,50	1,671	,126
Desconexión Conductual	Ponferrada	487	,66	,966	,044
	Córdoba	175	,62	1,059	,080
Salud General Goldberg	Ponferrada	488	23,98	12,342	,559
	Córdoba	175	21,53	9,922	,750
Extraversión	Ponferrada	487	52,68	9,792	,444
	Córdoba	168	54,07	9,104	,702

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Neuroticismo	Ponferrada	487	44,63	9,481	,430
	Córdoba	168	44,30	8,344	,644
Psicoticismo	Ponferrada	487	45,71	8,761	,397
	Córdoba	168	47,06	10,153	,783
Disimulo	Ponferrada	487	50,53	8,956	,406
	Córdoba	168	51,56	9,199	,710

Tabla 9.V.12. Prueba T para muestras independientes para Campus de Ponferrada y Campus de Córdoba.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Puntuación global SOC 13	Se han asumido varianzas iguales	1,069	,302	-,660	663	,509	-,625	,946	-2,482	1,232
	No se han asumido varianzas iguales			-,682	332,309	,496	-,625	,916	-2,426	1,177
Puntuación general CEP	Se han asumido varianzas iguales	2,428	,120	,203	617	,839	,260	1,281	-2,255	2,776
	No se han asumido varianzas iguales			,216	348,674	,829	,260	1,207	-2,113	2,634
Puntuación reciente CEP	Se han asumido varianzas iguales	8,091	,005	3,264	631	,001	4,225	1,295	1,683	6,768
	No se han asumido varianzas iguales			3,518	373,732	,000	4,225	1,201	1,864	6,587
Cansancio Emocional	Se han asumido varianzas iguales	2,269	,132	,959	662	,338	,594	,619	-,622	1,811
	No se han asumido varianzas iguales			1,011	343,052	,313	,594	,588	-,562	1,751

Satisfacción con los estudios	Se han asumido varianzas iguales	,505	,477	-,833	651	,405	-,061	,073	-,204	,082
	No se han asumido varianzas iguales			-,813	288,174	,417	-,061	,075	-,208	,086
Autoestima	Se han asumido varianzas iguales	,729	,394	-,659	651	,510	-,061	,093	-,244	,121
	No se han asumido varianzas iguales			-,649	293,762	,517	-,061	,094	-,247	,124
Afrontamiento Activo	Se han asumido varianzas iguales	,877	,349	-,220	660	,826	-,020	,090	-,197	,157
	No se han asumido varianzas iguales			-,228	329,235	,820	-,020	,087	-,191	,152
Apoyo Social Instrumental	Se han asumido varianzas iguales	,803	,370	- 1,535	660	,125	-,176	,115	-,401	,049
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,547	311,872	,123	-,176	,114	-,400	,048
Aceptación	Se han asumido varianzas iguales	1,044	,307	-,426	660	,670	-,045	,105	-,250	,161
	No se han asumido varianzas iguales			-,435	320,063	,664	-,045	,103	-,246	,157
Autodistracción	Se han asumido varianzas iguales	,357	,551	,276	660	,783	,036	,129	-,217	,288
	No se han asumido varianzas iguales			,276	307,460	,783	,036	,129	-,218	,289
Desahogarse	Se han asumido varianzas iguales	9,008	,003	-,228	660	,820	-,027	,120	-,262	,208

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			-,250	373,487	,803	-,027	,109	-,241	,187
Planificación	Se han asumido varianzas iguales	,006	,937	,386	660	,700	,042	,109	-,172	,257
	No se han asumido varianzas iguales			,386	308,089	,699	,042	,109	-,173	,257
Religión	Se han asumido varianzas iguales	20,876	,000	- 4,932	660	,000	-,641	,130	-,896	-,386
	No se han asumido varianzas iguales			- 4,463	259,903	,000	-,641	,144	-,924	-,358
Negación	Se han asumido varianzas iguales	,114	,735	-,054	660	,957	-,006	,111	-,225	,213
	No se han asumido varianzas iguales			-,053	301,484	,958	-,006	,113	-,227	,215
Autoinculpación	Se han asumido varianzas iguales	,651	,420	1,430	660	,153	,185	,129	-,069	,438
	No se han asumido varianzas iguales			1,443	312,925	,150	,185	,128	-,067	,437
Uso de Sustancias	Se han asumido varianzas iguales	10,259	,001	1,678	660	,094	,148	,088	-,025	,322
	No se han asumido varianzas iguales			1,876	387,995	,061	,148	,079	-,007	,304
Apoyo Social Emocional	Se han asumido varianzas iguales	2,341	,127	- 1,590	660	,112	-,198	,125	-,443	,046
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,667	336,820	,097	-,198	,119	-,432	,036

Reinterpretación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	,367	,545	,110	660	,912	,014	,124	-,229	,256
	No se han asumido varianzas iguales			,112	318,489	,911	,014	,121	-,225	,252
Humor	Se han asumido varianzas iguales	1,325	,250	1,879	660	,061	,288	,153	-,013	,588
	No se han asumido varianzas iguales			1,926	322,205	,055	,288	,149	-,006	,582
Desconexión Conductual	Se han asumido varianzas iguales	,024	,878	,439	660	,661	,038	,087	-,133	,210
	No se han asumido varianzas iguales			,420	284,414	,675	,038	,091	-,141	,218
Salud General Goldberg	Se han asumido varianzas iguales	10,004	,002	2,362	661	,018	2,446	1,036	,413	4,480
	No se han asumido varianzas iguales			2,615	378,990	,009	2,446	,935	,607	4,285
Extraversión	Se han asumido varianzas iguales	,965	,326	- 1,605	653	,109	-1,382	,861	-3,072	,309
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,663	309,907	,097	-1,382	,831	-3,016	,253
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	5,407	,020	,402	653	,688	,331	,823	-1,286	1,948
	No se han asumido varianzas iguales			,428	326,604	,669	,331	,774	-1,192	1,853
Psicoticismo	Se han asumido varianzas iguales	5,019	,025	- 1,650	653	,099	-1,349	,818	-2,954	,256

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			- 1,536	257,967	,126	-1,349	,878	-3,078	,380
Disimulo	Se han asumido varianzas iguales	,011	,915	- 1,281	653	,201	-1,034	,807	-2,618	,551
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,265	283,655	,207	-1,034	,818	-2,643	,575

Tabla 9.V.13. Estadísticos de grupo para Titulación enfermería y fisioterapia.

	Titulación	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación global SOC 13	Enfermería	681	62,16	10,402	,399
	Fisioterapia	216	61,63	10,841	,738
Puntuación general CEP	Enfermería	661	59,43	13,013	,506
	Fisioterapia	180	59,45	14,393	1,073
Puntuación reciente CEP	Enfermería	680	66,20	14,564	,558
	Fisioterapia	185	63,69	14,618	1,075
Cansancio Emocional	Enfermería	680	29,61	6,715	,258
	Fisioterapia	216	28,98	7,353	,500
Satisfacción con los estudios	Enfermería	667	3,57	,830	,032
	Fisioterapia	212	3,56	,779	,054
Autoestima	Enfermería	667	3,05	1,032	,040
	Fisioterapia	212	3,05	1,096	,075
Afrontamiento Activo	Enfermería	678	4,39	,958	,037
	Fisioterapia	215	4,35	1,088	,074
Apoyo Social Instrumental	Enfermería	678	3,56	1,287	,049
	Fisioterapia	215	3,55	1,299	,089
Aceptación	Enfermería	678	3,95	1,149	,044
	Fisioterapia	215	3,86	1,219	,083
Autodistracción	Enfermería	678	3,32	1,417	,054
	Fisioterapia	215	3,40	1,491	,102
Desahogarse	Enfermería	678	2,66	1,333	,051
	Fisioterapia	215	2,65	1,413	,096
Planificación	Enfermería	678	3,81	1,247	,048
	Fisioterapia	215	3,90	1,228	,084
Religión	Enfermería	678	1,10	1,514	,058
	Fisioterapia	215	,92	1,353	,092
Negación	Enfermería	678	1,00	1,236	,047
	Fisioterapia	215	1,08	1,260	,086
Autoinculpación	Enfermería	678	2,95	1,426	,055
	Fisioterapia	215	3,25	1,453	,099
Uso de Sustancias	Enfermería	678	,43	1,068	,041
	Fisioterapia	215	,49	,976	,067
Apoyo Social Emocional	Enfermería	678	4,18	1,379	,053
	Fisioterapia	215	4,01	1,458	,099

Reinterpretación Positiva	Enfermería	678	3,44	1,368	,053
	Fisioterapia	215	3,46	1,400	,095
Humor	Enfermería	678	2,61	1,735	,067
	Fisioterapia	215	2,95	1,840	,125
Desconexión Conductual	Enfermería	678	,62	,967	,037
	Fisioterapia	215	,67	,995	,068
Salud General Goldberg	Enfermería	679	23,56	11,355	,436
	Fisioterapia	216	23,64	12,364	,841
Extraversión	Enfermería	671	53,08	9,320	,360
	Fisioterapia	216	52,80	9,939	,676
Neuroticismo	Enfermería	671	44,06	8,982	,347
	Fisioterapia	216	45,10	9,353	,636
Psicoticismo	Enfermería	671	45,34	9,107	,352
	Fisioterapia	216	46,22	8,913	,606
Disimulo	Enfermería	671	50,87	9,161	,354
	Fisioterapia	216	49,11	9,282	,632

Tabla 9.V.14. Prueba T para muestras independientes para Titulación enfermería y fisioterapia.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Puntuación global SOC 13	Se han asumido varianzas iguales	,481	,488	,643	895	,521	,527	,821	-1,083	2,138
	No se han asumido varianzas iguales			,629	349,458	,530	,527	,838	-1,122	2,176
Puntuación general CEP	Se han asumido varianzas iguales	2,680	,102	-,017	839	,987	-,019	1,120	-2,217	2,179
	No se han asumido varianzas iguales			-,016	264,011	,987	-,019	1,186	-2,354	2,317
Puntuación reciente CEP	Se han asumido varianzas iguales	,000	,994	2,080	863	,038	2,514	1,209	,141	4,886

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			2,075	291,044	,039	2,514	1,211	,130	4,897
Cansancio Emocional	Se han asumido varianzas iguales	4,433	,036	1,188	894	,235	,638	,537	-,416	1,692
	No se han asumido varianzas iguales			1,134	336,519	,258	,638	,563	-,469	1,745
Satisfacción con los estudios	Se han asumido varianzas iguales	,949	,330	,177	877	,860	,011	,065	-,115	,138
	No se han asumido varianzas iguales			,182	375,201	,855	,011	,062	-,111	,134
Autoestima	Se han asumido varianzas iguales	1,951	,163	,064	877	,949	,005	,083	-,157	,167
	No se han asumido varianzas iguales			,062	338,106	,950	,005	,085	-,162	,173
Afrontamiento Activo	Se han asumido varianzas iguales	3,210	,074	,463	891	,644	,036	,078	-,116	,188
	No se han asumido varianzas iguales			,434	325,997	,665	,036	,083	-,127	,199
Apoyo Social Instrumental	Se han asumido varianzas iguales	,207	,650	,071	891	,943	,007	,101	-,191	,205
	No se han asumido varianzas iguales			,071	356,973	,943	,007	,101	-,192	,207
Aceptación	Se han asumido varianzas iguales	4,092	,043	1,028	891	,304	,094	,091	-,085	,273
	No se han asumido varianzas iguales			,997	343,011	,319	,094	,094	-,091	,279

Autodistracción	Se han asumido varianzas iguales	2,208	,138	-,738	891	,461	-,083	,112	-,303	,138
	No se han asumido varianzas iguales			-,719	345,177	,473	-,083	,115	-,310	,144
Desahogarse	Se han asumido varianzas iguales	1,241	,266	,107	891	,915	,011	,106	-,196	,219
	No se han asumido varianzas iguales			,104	343,197	,918	,011	,109	-,203	,226
Planificación	Se han asumido varianzas iguales	,552	,458	-,967	891	,334	-,094	,097	-,285	,097
	No se han asumido varianzas iguales			-,975	364,450	,330	-,094	,097	-,284	,096
Religión	Se han asumido varianzas iguales	3,577	,059	1,552	891	,121	,179	,116	-,047	,406
	No se han asumido varianzas iguales			1,645	397,825	,101	,179	,109	-,035	,394
Negación	Se han asumido varianzas iguales	,935	,334	-,844	891	,399	-,082	,097	-,273	,109
	No se han asumido varianzas iguales			-,836	354,108	,404	-,082	,098	-,275	,111
Autoinculpación	Se han asumido varianzas iguales	1,042	,308	- 2,632	891	,009	-,295	,112	-,515	-,075
	No se han asumido varianzas iguales			- 2,607	354,277	,010	-,295	,113	-,518	-,072
Uso de Sustancias	Se han asumido varianzas iguales	,290	,590	-,779	891	,436	-,064	,082	-,225	,097

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			-,816	389,689	,415	-,064	,078	-,218	,090
Apoyo Social Emocional	Se han asumido varianzas iguales	1,878	,171	1,490	891	,137	,163	,109	-,052	,378
	No se han asumido varianzas iguales			1,447	343,805	,149	,163	,113	-,059	,385
Reinterpretación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	,273	,601	-,236	891	,814	-,025	,108	-,237	,186
	No se han asumido varianzas iguales			-,233	352,953	,816	-,025	,109	-,240	,189
Humor	Se han asumido varianzas iguales	2,171	,141	- 2,465	891	,014	-,340	,138	-,610	-,069
	No se han asumido varianzas iguales			- 2,391	343,048	,017	-,340	,142	-,619	-,060
Desconexión Conductual	Se han asumido varianzas iguales	1,441	,230	-,541	891	,589	-,041	,076	-,191	,108
	No se han asumido varianzas iguales			-,533	351,417	,594	-,041	,077	-,193	,111
Salud General Goldberg	Se han asumido varianzas iguales	1,502	,221	-,086	893	,932	-,078	,907	-1,857	1,702
	No se han asumido varianzas iguales			-,082	338,133	,935	-,078	,947	-1,941	1,786
Extraversión	Se han asumido varianzas iguales	1,263	,261	,377	885	,706	,280	,741	-1,175	1,734
	No se han asumido varianzas iguales			,365	345,082	,715	,280	,766	-1,227	1,786

Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	,936	,333	- 1,455	885	,146	-1,033	,710	-2,426	,360
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,426	351,670	,155	-1,033	,725	-2,458	,392
Psicoticismo	Se han asumido varianzas iguales	,260	,610	- 1,245	885	,214	-,882	,709	-2,273	,509
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,259	370,356	,209	-,882	,701	-2,261	,496
Disimulo	Se han asumido varianzas iguales	,216	,642	2,445	885	,015	1,758	,719	,347	3,169
	No se han asumido varianzas iguales			2,428	359,600	,016	1,758	,724	,334	3,181

Tabla 9.V.15. Estadísticos de grupo para Titulación enfermería y topografía.

	Titulación	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación global SOC 13	Enfermería	681	62,16	10,402	,399
	Topografía	63	59,59	13,178	1,660
Puntuación general CEP	Enfermería	661	59,43	13,013	,506
	Topografía	60	61,30	17,682	2,283
Puntuación reciente CEP	Enfermería	680	66,20	14,564	,558
	Topografía	63	67,00	16,570	2,088
Cansancio Emocional	Enfermería	680	29,61	6,715	,258
	Topografía	63	28,35	8,959	1,129
Satisfacción con los estudios	Enfermería	667	3,57	,830	,032
	Topografía	60	3,33	,968	,125
Autoestima	Enfermería	667	3,05	1,032	,040
	Topografía	60	3,40	,978	,126
Afrontamiento Activo	Enfermería	678	4,39	,958	,037
	Topografía	63	4,11	1,049	,132
Apoyo Social Instrumental	Enfermería	678	3,56	1,287	,049
	Topografía	63	3,22	1,263	,159
Aceptación	Enfermería	678	3,95	1,149	,044
	Topografía	63	4,10	1,316	,166
Autodistracción	Enfermería	678	3,32	1,417	,054
	Topografía	63	3,29	1,464	,184
Desahogarse	Enfermería	678	2,66	1,333	,051
	Topografía	63	2,41	1,520	,192
Planificación	Enfermería	678	3,81	1,247	,048
	Topografía	63	3,63	1,195	,151
Religión	Enfermería	678	1,10	1,514	,058
	Topografía	63	,98	1,431	,180
Negación	Enfermería	678	1,00	1,236	,047
	Topografía	63	,94	1,230	,155
Autoinculpación	Enfermería	678	2,95	1,426	,055
	Topografía	63	2,81	1,330	,168
Uso de Sustancias	Enfermería	678	,43	1,068	,041
	Topografía	63	,67	1,426	,180
Apoyo Social Emocional	Enfermería	678	4,18	1,379	,053
	Topografía	63	3,54	1,389	,175
Reinterpretación Positiva	Enfermería	678	3,44	1,368	,053
	Topografía	63	3,11	1,493	,188
Humor	Enfermería	678	2,61	1,735	,067
	Topografía	63	2,86	1,575	,198
Desconexión Conductual	Enfermería	678	,62	,967	,037
	Topografía	63	,86	1,134	,143
Salud General Goldberg	Enfermería	679	23,56	11,355	,436
	Topografía	63	23,37	14,050	1,770
Extraversión	Enfermería	671	53,08	9,320	,360
	Topografía	62	53,97	9,513	1,208

Neuroticismo	Enfermería	671	44,06	8,982	,347
	Topografía	62	45,31	10,176	1,292
Psicoticismo	Enfermería	671	45,34	9,107	,352
	Topografía	62	47,63	9,155	1,163
Disimulo	Enfermería	671	50,87	9,161	,354
	Topografía	62	53,08	7,610	,966

Tabla 9.V.16. Prueba T para muestras independientes para Titulación enfermería y topografía.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Puntuación global SOC 13	Se han asumido varianzas iguales	5,748	,017	1,834	742	,067	2,574	1,404	-,182	5,330
	No se han asumido varianzas iguales			1,508	69,332	,136	2,574	1,707	-,832	5,980
Puntuación general CEP	Se han asumido varianzas iguales	12,987	,000	-1,030	719	,303	-1,869	1,814	-5,431	1,693
	No se han asumido varianzas iguales			-,799	64,930	,427	-1,869	2,338	-6,539	2,801
Puntuación reciente CEP	Se han asumido varianzas iguales	3,234	,073	-,412	741	,680	-,800	1,941	-4,611	3,011
	No se han asumido varianzas iguales			-,370	71,160	,712	-,800	2,161	-5,109	3,509
Cansancio Emocional	Se han asumido varianzas iguales	12,856	,000	1,386	741	,166	1,265	,913	-,526	3,057

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			1,093	68,605	,278	1,265	1,158	-1,044	3,575
Satisfacción con los estudios	Se han asumido varianzas iguales	1,681	,195	2,108	725	,035	,239	,114	,016	,462
	No se han asumido varianzas iguales			1,854	67,036	,068	,239	,129	-,018	,497
Autoestima	Se han asumido varianzas iguales	,061	,804	-2,509	725	,012	-,348	,139	-,619	-,076
	No se han asumido varianzas iguales			-2,625	71,353	,011	-,348	,132	-,611	-,084
Afrontamiento Activo	Se han asumido varianzas iguales	,019	,890	2,187	739	,029	,278	,127	,029	,528
	No se han asumido varianzas iguales			2,028	71,941	,046	,278	,137	,005	,552
Apoyo Social Instrumental	Se han asumido varianzas iguales	,463	,496	1,972	739	,049	,334	,169	,002	,666
	No se han asumido varianzas iguales			2,004	74,479	,049	,334	,167	,002	,666
Aceptación	Se han asumido varianzas iguales	2,866	,091	-,920	739	,358	-,141	,153	-,442	,160
	No se han asumido varianzas iguales			-,821	71,055	,414	-,141	,172	-,483	,201
Autodistracción	Se han asumido varianzas iguales	,053	,818	,168	739	,867	,031	,187	-,336	,399
	No se han asumido varianzas iguales			,163	73,211	,871	,031	,192	-,352	,415

Desahogarse	Se han asumido varianzas iguales	2,482	,116	1,379	739	,168	,245	,178	-,104	,594
	No se han asumido varianzas iguales			1,236	71,141	,220	,245	,198	-,150	,640
Planificación	Se han asumido varianzas iguales	,025	,874	1,059	739	,290	,173	,164	-,148	,495
	No se han asumido varianzas iguales			1,097	75,105	,276	,173	,158	-,141	,488
Religión	Se han asumido varianzas iguales	,347	,556	,585	739	,559	,116	,198	-,273	,506
	No se han asumido varianzas iguales			,613	75,485	,542	,116	,189	-,261	,494
Negación	Se han asumido varianzas iguales	,235	,628	,372	739	,710	,061	,163	-,259	,380
	No se han asumido varianzas iguales			,374	74,125	,710	,061	,162	-,262	,383
Autoinculpación	Se han asumido varianzas iguales	,503	,478	,759	739	,448	,142	,187	-,225	,509
	No se han asumido varianzas iguales			,804	75,876	,424	,142	,176	-,209	,493
Uso de Sustancias	Se han asumido varianzas iguales	8,433	,004	-1,635	739	,102	-,237	,145	-,523	,048
	No se han asumido varianzas iguales			-1,289	68,618	,202	-,237	,184	-,605	,130
Apoyo Social Emocional	Se han asumido varianzas iguales	,244	,621	3,507	739	,000	,637	,182	,281	,994

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			3,485	73,811	,001	,637	,183	,273	1,002
Reinterpretación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	,466	,495	1,784	739	,075	,324	,182	-,033	,681
	No se han asumido varianzas iguales			1,659	72,007	,101	,324	,195	-,065	,713
Humor	Se han asumido varianzas iguales	1,662	,198	- 1,093	739	,275	-,248	,227	-,693	,197
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,185	76,686	,240	-,248	,209	-,665	,169
Desconexión Conductual	Se han asumido varianzas iguales	6,411	,012	- 1,803	739	,072	-,233	,129	-,487	,021
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,580	70,634	,119	-,233	,148	-,528	,061
Salud General Goldberg	Se han asumido varianzas iguales	5,586	,018	,128	740	,898	,196	1,528	-2,805	3,197
	No se han asumido varianzas iguales			,108	69,719	,915	,196	1,823	-3,440	3,832
Extraversión	Se han asumido varianzas iguales	,016	,900	-,720	731	,472	-,892	1,239	-3,325	1,541
	No se han asumido varianzas iguales			-,707	72,249	,482	-,892	1,261	-3,404	1,621
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	1,419	,234	- 1,030	731	,303	-1,242	1,206	-3,611	1,126
	No se han asumido varianzas iguales			-,928	70,065	,356	-1,242	1,338	-3,911	1,426

Psicoticismo	Se han asumido varianzas iguales	,128	,721	- 1,897	731	,058	-2,294	1,209	-4,668	,081
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,888	72,609	,063	-2,294	1,215	-4,715	,127
Disimulo	Se han asumido varianzas iguales	1,838	,176	- 1,843	731	,066	-2,212	1,200	-4,568	,144
	No se han asumido varianzas iguales			- 2,149	78,301	,035	-2,212	1,029	-4,261	-,163

Tabla 9.V.17. Estadísticos de grupo para Titulación enfermería y fisioterapia.

	Titulación	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación global SOC 13	Fisioterapia	216	61,63	10,841	,738
	Topografía	63	59,59	13,178	1,660
Puntuación general CEP	Fisioterapia	180	59,45	14,393	1,073
	Topografía	60	61,30	17,682	2,283
Puntuación reciente CEP	Fisioterapia	185	63,69	14,618	1,075
	Topografía	63	67,00	16,570	2,088
Cansancio Emocional	Fisioterapia	216	28,98	7,353	,500
	Topografía	63	28,35	8,959	1,129
Satisfacción con los estudios	Fisioterapia	212	3,56	,779	,054
	Topografía	60	3,33	,968	,125
Autoestima	Fisioterapia	212	3,05	1,096	,075
	Topografía	60	3,40	,978	,126
Afrontamiento Activo	Fisioterapia	215	4,35	1,088	,074
	Topografía	63	4,11	1,049	,132
Apoyo Social Instrumental	Fisioterapia	215	3,55	1,299	,089
	Topografía	63	3,22	1,263	,159
Aceptación	Fisioterapia	215	3,86	1,219	,083
	Topografía	63	4,10	1,316	,166
Autodistracción	Fisioterapia	215	3,40	1,491	,102
	Topografía	63	3,29	1,464	,184
Desahogarse	Fisioterapia	215	2,65	1,413	,096
	Topografía	63	2,41	1,520	,192
Planificación	Fisioterapia	215	3,90	1,228	,084
	Topografía	63	3,63	1,195	,151
Religión	Fisioterapia	215	,92	1,353	,092
	Topografía	63	,98	1,431	,180

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Negación	Fisioterapia	215	1,08	1,260	,086
	Topografía	63	,94	1,230	,155
Autoinculpación	Fisioterapia	215	3,25	1,453	,099
	Topografía	63	2,81	1,330	,168
Uso de Sustancias	Fisioterapia	215	,49	,976	,067
	Topografía	63	,67	1,426	,180
Apoyo Social Emocional	Fisioterapia	215	4,01	1,458	,099
	Topografía	63	3,54	1,389	,175
Reinterpretación Positiva	Fisioterapia	215	3,46	1,400	,095
	Topografía	63	3,11	1,493	,188
Humor	Fisioterapia	215	2,95	1,840	,125
	Topografía	63	2,86	1,575	,198
Desconexión Conductual	Fisioterapia	215	,67	,995	,068
	Topografía	63	,86	1,134	,143
Salud General Goldberg	Fisioterapia	216	23,64	12,364	,841
	Topografía	63	23,37	14,050	1,770
Extraversión	Fisioterapia	216	52,80	9,939	,676
	Topografía	62	53,97	9,513	1,208
Neuroticismo	Fisioterapia	216	45,10	9,353	,636
	Topografía	62	45,31	10,176	1,292
Psicoticismo	Fisioterapia	216	46,22	8,913	,606
	Topografía	62	47,63	9,155	1,163
Disimulo	Fisioterapia	216	49,11	9,282	,632
	Topografía	62	53,08	7,610	,966

Tabla 9.V.18. Prueba T para muestras independientes para Titulación fisioterapia y topografía.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Puntuación global SOC 13	Se han asumido varianzas iguales	2,913	,089	1,253	277	,211	2,047	1,633	-1,168	5,262
	No se han asumido varianzas iguales			1,127	87,905	,263	2,047	1,817	-1,564	5,658
Puntuación general CEP	Se han asumido varianzas iguales	4,453	,036	-,812	238	,417	-1,850	2,277	-6,336	2,636
	No se han asumido varianzas iguales			-,733	86,547	,465	-1,850	2,522	-6,864	3,164
Puntuación reciente CEP	Se han asumido varianzas iguales	2,585	,109	1,501 ⁻	246	,135	-3,314	2,208	-7,662	1,035
	No se han asumido varianzas iguales			1,411 ⁻	96,927	,161	-3,314	2,348	-7,974	1,347
Cansancio Emocional	Se han asumido varianzas iguales	4,164	,042	,566	277	,572	,628	1,108	-1,555	2,810
	No se han asumido varianzas iguales			,508	87,780	,612	,628	1,235	-1,826	3,081
Satisfacción con los estudios	Se han asumido varianzas iguales	3,061	,081	1,891	270	,060	,228	,121	-,009	,465
	No se han asumido varianzas iguales			1,676	81,850	,097	,228	,136	-,043	,499

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Autoestima	Se han asumido varianzas iguales	,297	,586	- 2,252	270	,025	-,353	,157	-,661	-,044
	No se han asumido varianzas iguales			- 2,401	104,738	,018	-,353	,147	-,644	-,061
Afrontamiento Activo	Se han asumido varianzas iguales	,899	,344	1,568	276	,118	,242	,155	-,062	,547
	No se han asumido varianzas iguales			1,599	104,216	,113	,242	,152	-,058	,543
Apoyo Social Instrumental	Se han asumido varianzas iguales	,778	,379	1,766	276	,079	,327	,185	-,038	,691
	No se han asumido varianzas iguales			1,793	103,532	,076	,327	,182	-,035	,688
Aceptación	Se han asumido varianzas iguales	,235	,628	- 1,320	276	,188	-,235	,178	-,585	,115
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,266	95,312	,209	-,235	,186	-,603	,133
Autodistracción	Se han asumido varianzas iguales	,356	,551	,537	276	,592	,114	,213	-,304	,533
	No se han asumido varianzas iguales			,543	102,663	,589	,114	,211	-,303	,532
Desahogarse	Se han asumido varianzas iguales	,632	,427	1,135	276	,257	,234	,206	-,172	,639
	No se han asumido varianzas iguales			1,091	95,582	,278	,234	,214	-,192	,659
Planificación	Se han asumido varianzas iguales	,069	,793	1,529	276	,128	,267	,175	-,077	,612

	No se han asumido varianzas iguales			1,552	103,437	,124	,267	,172	-,074	,609
Religión	Se han asumido varianzas iguales	,267	,606	-,322	276	,748	-,063	,196	-,450	,323
	No se han asumido varianzas iguales			-,312	96,796	,756	-,063	,203	-,465	,339
Negación	Se han asumido varianzas iguales	,007	,932	,794	276	,428	,143	,180	-,211	,496
	No se han asumido varianzas iguales			,805	103,178	,423	,143	,177	-,209	,494
Autoinculpación	Se han asumido varianzas iguales	1,633	,202	2,138	276	,033	,437	,204	,035	,839
	No se han asumido varianzas iguales			2,244	109,080	,027	,437	,195	,051	,823
Uso de Sustancias	Se han asumido varianzas iguales	7,183	,008	- 1,109	276	,268	-,174	,157	-,482	,135
	No se han asumido varianzas iguales			-,907	79,755	,367	-,174	,192	-,555	,208
Apoyo Social Emocional	Se han asumido varianzas iguales	,091	,763	2,294	276	,023	,474	,207	,067	,881
	No se han asumido varianzas iguales			2,356	105,309	,020	,474	,201	,075	,873
Reinterpretación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	,113	,738	1,716	276	,087	,349	,204	-,052	,750
	No se han asumido varianzas iguales			1,656	96,207	,101	,349	,211	-,069	,768

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Humor	Se han asumido varianzas iguales	3,940	,048	,359	276	,720	,092	,256	-,411	,595
	No se han asumido varianzas iguales			,391	116,150	,697	,092	,235	-,373	,557
Desconexión Conductual	Se han asumido varianzas iguales	3,054	,082	-1,304	276	,193	-,192	,147	-,482	,098
	No se han asumido varianzas iguales			-1,214	91,785	,228	-,192	,158	-,506	,122
Salud General Goldberg	Se han asumido varianzas iguales	1,856	,174	,150	277	,881	,274	1,827	-3,323	3,871
	No se han asumido varianzas iguales			,140	91,822	,889	,274	1,960	-3,619	4,166
Extraversión	Se han asumido varianzas iguales	,479	,489	-,826	276	,410	-1,171	1,419	-3,964	1,621
	No se han asumido varianzas iguales			-,846	102,362	,399	-1,171	1,384	-3,917	1,575
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	,313	,576	-,152	276	,879	-,209	1,375	-2,915	2,497
	No se han asumido varianzas iguales			-,145	92,620	,885	-,209	1,441	-3,070	2,652
Psicoticismo	Se han asumido varianzas iguales	,382	,537	-1,092	276	,276	-1,411	1,292	-3,955	1,132
	No se han asumido varianzas iguales			-1,076	96,680	,284	-1,411	1,311	-4,014	1,191
Disimulo	Se han asumido varianzas iguales	2,477	,117	-3,082	276	,002	-3,970	1,288	-6,505	-1,434

	No se han asumido varianzas iguales			3,438	-	118,116	,001	-3,970	1,155	-6,256	-1,683
--	-------------------------------------	--	--	-------	---	---------	------	--------	-------	--------	--------

Tabla 9.V.19. Estadísticos de grupo para Sexo hombre y mujer.

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación global SOC 13	Hombre	180	62,50	10,624	,792
	Mujer	780	61,73	10,732	,384
Puntuación general CEP	Hombre	171	56,95	13,493	1,032
	Mujer	730	60,17	13,613	,504
Puntuación reciente CEP	Hombre	175	62,01	14,610	1,104
	Mujer	753	66,62	14,642	,534
Cansancio Emocional	Hombre	179	24,82	7,504	,561
	Mujer	780	30,44	6,483	,232
Satisfacción con los estudios	Hombre	176	3,40	,920	,069
	Mujer	763	3,59	,804	,029
Autoestima	Hombre	176	3,58	1,000	,075
	Mujer	763	2,96	1,022	,037
Afrontamiento Activo	Hombre	178	4,26	1,016	,076
	Mujer	778	4,39	,991	,036
Apoyo Social Instrumental	Hombre	178	3,11	1,260	,094
	Mujer	778	3,63	1,277	,046
Aceptación	Hombre	178	4,12	1,204	,090
	Mujer	778	3,90	1,167	,042
Autodistracción	Hombre	178	3,31	1,633	,122
	Mujer	778	3,34	1,388	,050
Desahogarse	Hombre	178	2,43	1,361	,102
	Mujer	778	2,69	1,361	,049
Planificación	Hombre	178	3,87	1,240	,093
	Mujer	778	3,81	1,241	,044
Religión	Hombre	178	1,24	1,617	,121
	Mujer	778	1,01	1,437	,052
Negación	Hombre	178	,93	1,336	,100
	Mujer	778	1,03	1,217	,044
Autoinculpación	Hombre	178	3,10	1,425	,107
	Mujer	778	2,99	1,433	,051
Uso de Sustancias	Hombre	178	,69	1,341	,101
	Mujer	778	,41	,999	,036
Apoyo Social Emocional	Hombre	178	3,56	1,410	,106
	Mujer	778	4,22	1,376	,049
Reinterpretación Positiva	Hombre	178	3,43	1,398	,105
	Mujer	778	3,42	1,382	,050
Humor	Hombre	178	3,27	1,732	,130
	Mujer	778	2,57	1,733	,062

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Desconexión Conductual	Hombre	178	,80	1,212	,091
	Mujer	778	,61	,923	,033
Salud General Goldberg	Hombre	178	19,59	10,768	,807
	Mujer	780	24,47	11,805	,423
Extraversión	Hombre	179	53,21	8,563	,640
	Mujer	770	53,04	9,674	,349
Neuroticismo	Hombre	179	44,49	9,452	,706
	Mujer	770	44,35	9,087	,327
Psicoticismo	Hombre	179	47,06	9,933	,742
	Mujer	770	45,37	8,845	,319
Disimulo	Hombre	179	49,84	9,274	,693
	Mujer	770	50,79	9,105	,328

Tabla 9.V.20. Prueba T para muestras independientes para Sexo hombre y mujer.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Puntuación global SOC 13	Se han asumido varianzas iguales	,247	,619	,870	958	,385	,771	,886	-,968	2,509
	No se han asumido varianzas iguales			,875	269,791	,382	,771	,880	-,962	2,503
Puntuación general CEP	Se han asumido varianzas iguales	,080	,777	-2,792	899	,005	-3,224	1,155	-5,490	-,958
	No se han asumido varianzas iguales			-2,808	257,318	,005	-3,224	1,148	-5,485	-,963
Puntuación reciente CEP	Se han asumido varianzas iguales	,024	,877	-3,754	926	,000	-4,611	1,228	-7,022	-2,201
	No se han asumido varianzas iguales			-3,760	261,419	,000	-4,611	1,227	-7,027	-2,196

Cansancio Emocional	Se han asumido varianzas iguales	6,784	,009	-10,134	957	,000	-5,615	,554	-6,702	-4,527
	No se han asumido varianzas iguales			-9,249	242,573	,000	-5,615	,607	-6,810	-4,419
Satisfacción con los estudios	Se han asumido varianzas iguales	3,874	,049	-2,797	937	,005	-,193	,069	-,329	-,058
	No se han asumido varianzas iguales			-2,571	240,337	,011	-,193	,075	-,342	-,045
Autoestima	Se han asumido varianzas iguales	1,588	,208	7,318	937	,000	,623	,085	,456	,790
	No se han asumido varianzas iguales			7,419	265,962	,000	,623	,084	,458	,788
Afrontamiento Activo	Se han asumido varianzas iguales	,018	,894	-1,470	954	,142	-,122	,083	-,284	,041
	No se han asumido varianzas iguales			-1,447	259,610	,149	-,122	,084	-,287	,044
Apoyo Social Instrumental	Se han asumido varianzas iguales	,886	,347	-4,942	954	,000	-,523	,106	-,731	-,315
	No se han asumido varianzas iguales			-4,984	266,648	,000	-,523	,105	-,730	-,316
Aceptación	Se han asumido varianzas iguales	3,723	,054	2,211	954	,027	,216	,098	,024	,407
	No se han asumido varianzas iguales			2,168	258,599	,031	,216	,099	,020	,412
Autodistracción	Se han asumido varianzas iguales	9,405	,002	-,254	954	,799	-,030	,119	-,265	,204

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			-,230	238,840	,819	-,030	,132	-,291	,230
Desahogarse	Se han asumido varianzas iguales	,058	,809	-2,244	954	,025	-,254	,113	-,476	-,032
	No se han asumido varianzas iguales			-2,245	264,170	,026	-,254	,113	-,476	-,031
Planificación	Se han asumido varianzas iguales	,542	,462	,629	954	,529	,065	,103	-,137	,267
	No se han asumido varianzas iguales			,630	264,227	,529	,065	,103	-,138	,268
Religión	Se han asumido varianzas iguales	10,434	,001	1,901	954	,058	,233	,122	-,007	,473
	No se han asumido varianzas iguales			1,766	244,971	,079	,233	,132	-,027	,492
Negación	Se han asumido varianzas iguales	,153	,696	-1,008	954	,314	-,104	,103	-,306	,098
	No se han asumido varianzas iguales			-,951	248,546	,343	-,104	,109	-,319	,111
Autoinculpación	Se han asumido varianzas iguales	,019	,890	,900	954	,368	,107	,119	-,126	,340
	No se han asumido varianzas iguales			,903	265,119	,367	,107	,119	-,126	,340
Uso de Sustancias	Se han asumido varianzas iguales	27,651	,000	3,123	954	,002	,278	,089	,103	,453
	No se han asumido varianzas iguales			2,604	223,991	,010	,278	,107	,068	,488

Apoyo Social Emocional	Se han asumido varianzas iguales	2,053	,152	-5,801	954	,000	-,666	,115	-,892	-,441
	No se han asumido varianzas iguales			-5,712	259,680	,000	-,666	,117	-,896	-,437
Reinterpretación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	,190	,663	,140	954	,889	,016	,115	-,210	,242
	No se han asumido varianzas iguales			,139	262,140	,889	,016	,116	-,212	,244
Humor	Se han asumido varianzas iguales	,135	,713	4,845	954	,000	,698	,144	,415	,980
	No se han asumido varianzas iguales			4,847	264,236	,000	,698	,144	,414	,981
Desconexión Conductual	Se han asumido varianzas iguales	18,189	,000	2,328	954	,020	,190	,082	,030	,351
	No se han asumido varianzas iguales			1,967	226,205	,050	,190	,097	,000	,381
Salud General Goldberg	Se han asumido varianzas iguales	1,343	,247	-5,059	956	,000	-4,883	,965	-6,777	-2,989
	No se han asumido varianzas iguales			-5,360	282,571	,000	-4,883	,911	-6,677	-3,090
Extraversión	Se han asumido varianzas iguales	3,472	,063	,222	947	,824	,175	,786	-1,368	1,718
	No se han asumido varianzas iguales			,240	293,315	,811	,175	,729	-1,260	1,609
Neuroticismo	Se han asumido varianzas iguales	,138	,710	,180	947	,857	,137	,760	-1,354	1,628

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

	No se han asumido varianzas iguales			,176	259,936	,860	,137	,779	-1,396	1,670
Psicoticismo	Se han asumido varianzas iguales	4,653	,031	2,255	947	,024	1,695	,752	,220	3,170
	No se han asumido varianzas iguales			2,098	247,715	,037	1,695	,808	,104	3,287
Disimulo	Se han asumido varianzas iguales	,796	,372	-1,251	947	,211	-,949	,758	-2,437	,539
	No se han asumido varianzas iguales			-1,237	263,640	,217	-,949	,767	-2,459	,561

Tabla 9.VI.1. ANOVA de un factor (Campus)

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Puntuación global SOC 13	Intergrupos	68,765	2	34,382	,299	,741
	Intragrupos	109938,984	957	114,879		
	Total	110007,749	959			
Puntuación general CEP	Intergrupos	59,246	2	29,623	,159	,853
	Intragrupos	167422,828	898	186,440		
	Total	167482,073	900			
Puntuación reciente CEP	Intergrupos	5748,524	2	2874,262	13,590	,000
	Intragrupos	195633,967	925	211,496		
	Total	201382,490	927			
Cansancio Emocional	Intergrupos	275,304	2	137,652	2,795	,062
	Intragrupos	47082,396	956	49,249		
	Total	47357,700	958			
Satisfacción con los estudios	Intergrupos	1,552	2	,776	1,127	,324
	Intragrupos	644,373	936	,688		
	Total	645,925	938			
Autoestima	Intergrupos	10,217	2	5,109	4,708	,009
	Intragrupos	1015,712	936	1,085		
	Total	1025,930	938			
Afrontamiento Activo COPE	Intergrupos	,051	2	,026	,026	,975
	Intragrupos	946,998	953	,994		
	Total	947,049	955			
Planificación COPE	Intergrupos	,437	2	,219	,142	,868
	Intragrupos	1467,894	953	1,540		
	Total	1468,331	955			
Apoyo Social Emocional COPE	Intergrupos	5,167	2	2,584	1,309	,271
	Intragrupos	1881,590	953	1,974		
	Total	1886,757	955			
Apoyo Social Instrumental COPE	Intergrupos	5,863	2	2,932	1,766	,172
	Intragrupos	1582,132	953	1,660		
	Total	1587,995	955			
Religión COPE	Intergrupos	76,520	2	38,260	18,241	,000
	Intragrupos	1998,865	953	2,097		
	Total	2075,385	955			
Reinterpretación Positiva COPE	Intergrupos	,032	2	,016	,008	,992
	Intragrupos	1830,766	953	1,921		
	Total	1830,798	955			
Aceptación COPE	Intergrupos	1,207	2	,604	,436	,647
	Intragrupos	1320,628	953	1,386		
	Total	1321,836	955			
Negación COPE	Intergrupos	,350	2	,175	,113	,893
	Intragrupos	1468,524	953	1,541		
	Total	1468,873	955			

Humor COPE	Intergrupos	10,998	2	5,499	1,792	,167
	Intragrupos	2925,038	953	3,069		
	Total	2936,037	955			
Autodistracción COPE	Intergrupos	,396	2	,198	,096	,909
	Intragrupos	1968,159	953	2,065		
	Total	1968,555	955			
Autoinculpación COPE	Intergrupos	9,254	2	4,627	2,265	,104
	Intragrupos	1946,679	953	2,043		
	Total	1955,933	955			
Desconexión Conductual COPE	Intergrupos	,203	2	,101	,104	,901
	Intragrupos	927,705	953	,973		
	Total	927,908	955			
Desahogarse COPE	Intergrupos	,223	2	,111	,060	,942
	Intragrupos	1776,274	953	1,864		
	Total	1776,497	955			
Uso de Sustancias COPE	Intergrupos	8,852	2	4,426	3,846	,022
	Intragrupos	1096,557	953	1,151		
	Total	1105,409	955			
Salud General Goldberg	Intergrupos	888,499	2	444,249	3,223	,040
	Intragrupos	131642,858	955	137,846		
	Total	132531,357	957			
Dimensión de Extraversión EPQ-R	Intergrupos	240,688	2	120,344	1,343	,262
	Intragrupos	84781,582	946	89,621		
	Total	85022,270	948			
Dimensión de Neuroticismo EPQ-R	Intergrupos	74,221	2	37,110	,443	,643
	Intragrupos	79335,455	946	83,864		
	Total	79409,675	948			
Dimensión de Psicoticismo EPQ-R	Intergrupos	517,560	2	258,780	3,154	,043
	Intragrupos	77618,864	946	82,050		
	Total	78136,424	948			
Dimensión de Disimulo EPQ-R	Intergrupos	200,171	2	100,085	1,199	,302
	Intragrupos	78990,902	946	83,500		
	Total	79191,073	948			

Tabla 9.VI.2. ANOVA de un factor (Curso)

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Puntuación global SOC 13	Intergrupos	524,245	2	262,123	2,291	,102
	Intragrupos	109483,504	957	114,403		
	Total	110007,749	959			
Puntuación general CEP	Intergrupos	154,779	2	77,389	,415	,660
	Intragrupos	167327,295	898	186,333		
	Total	167482,073	900			
Puntuación reciente CEP	Intergrupos	283,960	2	141,980	,653	,521
	Intragrupos	201098,530	925	217,404		
	Total	201382,490	927			
Cansancio Emocional	Intergrupos	148,382	2	74,191	1,502	,223
	Intragrupos	47209,318	956	49,382		
	Total	47357,700	958			
Satisfacción con los estudios	Intergrupos	,102	2	,051	,074	,928
	Intragrupos	645,823	936	,690		
	Total	645,925	938			
Autoestima	Intergrupos	6,287	2	3,144	2,886	,056
	Intragrupos	1019,642	936	1,089		
	Total	1025,930	938			
Afrontamiento Activo COPE	Intergrupos	5,094	2	2,547	2,577	,077
	Intragrupos	941,955	953	,988		
	Total	947,049	955			
Planificación COPE	Intergrupos	7,677	2	3,839	2,504	,082
	Intragrupos	1460,653	953	1,533		
	Total	1468,331	955			
Apoyo Social Emocional COPE	Intergrupos	1,727	2	,864	,437	,646
	Intragrupos	1885,030	953	1,978		
	Total	1886,757	955			
Apoyo Social Instrumental COPE	Intergrupos	,307	2	,154	,092	,912
	Intragrupos	1587,687	953	1,666		
	Total	1587,995	955			
Religión COPE	Intergrupos	8,486	2	4,243	1,956	,142
	Intragrupos	2066,899	953	2,169		
	Total	2075,385	955			
Reinterpretación Positiva COPE	Intergrupos	,876	2	,438	,228	,796
	Intragrupos	1829,922	953	1,920		
	Total	1830,798	955			
Aceptación COPE	Intergrupos	6,495	2	3,247	2,353	,096
	Intragrupos	1315,341	953	1,380		
	Total	1321,836	955			
Negación COPE	Intergrupos	3,244	2	1,622	1,055	,349
	Intragrupos	1465,629	953	1,538		
	Total	1468,873	955			

Humor COPE	Intergrupos	2,204	2	1,102	,358	,699
	Intragrupos	2933,832	953	3,079		
	Total	2936,037	955			
Autodistracción COPE	Intergrupos	,040	2	,020	,010	,990
	Intragrupos	1968,516	953	2,066		
	Total	1968,555	955			
Autoinculpción COPE	Intergrupos	8,588	2	4,294	2,101	,123
	Intragrupos	1947,345	953	2,043		
	Total	1955,933	955			
Desconexión Conductual COPE	Intergrupos	1,280	2	,640	,658	,518
	Intragrupos	926,628	953	,972		
	Total	927,908	955			
Desahogarse COPE	Intergrupos	6,419	2	3,210	1,728	,178
	Intragrupos	1770,078	953	1,857		
	Total	1776,497	955			
Uso de Sustancias COPE	Intergrupos	,268	2	,134	,116	,891
	Intragrupos	1105,141	953	1,160		
	Total	1105,409	955			
Salud General Goldberg	Intergrupos	1616,726	2	808,363	5,897	,003
	Intragrupos	130914,631	955	137,083		
	Total	132531,357	957			
Dimensión de Extraversión EPQ-R	Intergrupos	360,306	2	180,153	2,013	,134
	Intragrupos	84661,964	946	89,495		
	Total	85022,270	948			
Dimensión de Neuroticismo EPQ-R	Intergrupos	54,749	2	27,374	,326	,722
	Intragrupos	79354,927	946	83,885		
	Total	79409,675	948			
Dimensión de Psicoticismo EPQ-R	Intergrupos	513,906	2	256,953	3,132	,044
	Intragrupos	77622,518	946	82,053		
	Total	78136,424	948			
Dimensión de Disimulo EPQ-R	Intergrupos	846,464	2	423,232	5,110	,006
	Intragrupos	78344,609	946	82,817		
	Total	79191,073	948			

Tabla 9.VI.3. ANOVA de un factor (Titulación)

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Puntuación global SOC 13	Intergrupos	398,141	2	199,070	1,738	,176
	Intragrupos	109609,608	957	114,535		
	Total	110007,749	959			
Puntuación general CEP	Intergrupos	194,805	2	97,403	,523	,593
	Intragrupos	167287,268	898	186,289		
	Total	167482,073	900			
Puntuación reciente CEP	Intergrupos	1023,874	2	511,937	2,363	,095
	Intragrupos	200358,616	925	216,604		
	Total	201382,490	927			
Cansancio Emocional	Intergrupos	139,445	2	69,723	1,412	,244
	Intragrupos	47218,255	956	49,391		
	Total	47357,700	958			
Satisfacción con los estudios	Intergrupos	3,166	2	1,583	2,305	,100
	Intragrupos	642,760	936	,687		
	Total	645,925	938			
Autoestima	Intergrupos	6,838	2	3,419	3,140	,044
	Intragrupos	1019,092	936	1,089		
	Total	1025,930	938			
Afrontamiento Activo COPE	Intergrupos	4,489	2	2,244	2,269	,104
	Intragrupos	942,561	953	,989		
	Total	947,049	955			
Planificación COPE	Intergrupos	3,705	2	1,852	1,205	,300
	Intragrupos	1464,626	953	1,537		
	Total	1468,331	955			
Apoyo Social Emocional COPE	Intergrupos	25,387	2	12,694	6,499	,002
	Intragrupos	1861,370	953	1,953		
	Total	1886,757	955			
Apoyo Social Instrumental COPE	Intergrupos	6,498	2	3,249	1,958	,142
	Intragrupos	1581,496	953	1,659		
	Total	1587,995	955			
Religión COPE	Intergrupos	5,565	2	2,783	1,281	,278
	Intragrupos	2069,820	953	2,172		
	Total	2075,385	955			
Reinterpretación Positiva COPE	Intergrupos	6,517	2	3,259	1,702	,183
	Intragrupos	1824,281	953	1,914		
	Total	1830,798	955			
Aceptación COPE	Intergrupos	3,011	2	1,505	1,088	,337
	Intragrupos	1318,825	953	1,384		
	Total	1321,836	955			
Negación COPE	Intergrupos	1,477	2	,739	,480	,619
	Intragrupos	1467,396	953	1,540		
	Total	1468,873	955			

Humor COPE	Intergrupos	20,462	2	10,231	3,344	,036
	Intragrupos	2915,575	953	3,059		
	Total	2936,037	955			
Autodistracción COPE	Intergrupos	1,277	2	,638	,309	,734
	Intragrupos	1967,279	953	2,064		
	Total	1968,555	955			
Autoinculpación COPE	Intergrupos	16,890	2	8,445	4,151	,016
	Intragrupos	1939,043	953	2,035		
	Total	1955,933	955			
Desconexión Conductual COPE	Intergrupos	3,212	2	1,606	1,655	,192
	Intragrupos	924,696	953	,970		
	Total	927,908	955			
Desahogarse COPE	Intergrupos	3,479	2	1,739	,935	,393
	Intragrupos	1773,018	953	1,860		
	Total	1776,497	955			
Uso de Sustancias COPE	Intergrupos	3,568	2	1,784	1,543	,214
	Intragrupos	1101,841	953	1,156		
	Total	1105,409	955			
Salud General Goldberg	Intergrupos	3,707	2	1,853	,013	,987
	Intragrupos	132527,650	955	138,772		
	Total	132531,357	957			
Dimensión de Extraversión EPQ-R	Intergrupos	66,174	2	33,087	,368	,692
	Intragrupos	84956,096	946	89,806		
	Total	85022,270	948			
Dimensión de Neuroticismo EPQ-R	Intergrupos	231,295	2	115,648	1,382	,252
	Intragrupos	79178,380	946	83,698		
	Total	79409,675	948			
Dimensión de Psicoticismo EPQ-R	Intergrupos	377,630	2	188,815	2,297	,101
	Intragrupos	77758,794	946	82,197		
	Total	78136,424	948			
Dimensión de Disimulo EPQ-R	Intergrupos	908,684	2	454,342	5,490	,004
	Intragrupos	78282,389	946	82,751		
	Total	79191,073	948			

Tabla 9.VI.4. ANOVA de un factor (Sexo)

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Puntuación global SOC 13	Intergrupos	86,827	1	86,827	,757	,385
	Intragrupos	109920,922	958	114,740		
	Total	110007,749	959			
Puntuación general CEP	Intergrupos	1439,951	1	1439,951	7,796	,005
	Intragrupos	166042,122	899	184,696		
	Total	167482,073	900			
Puntuación reciente CEP	Intergrupos	3019,626	1	3019,626	14,096	,000
	Intragrupos	198362,864	926	214,215		
	Total	201382,490	927			
Cansancio Emocional	Intergrupos	4589,625	1	4589,625	102,700	,000
	Intragrupos	42768,074	957	44,690		
	Total	47357,700	958			
Satisfacción con los estudios	Intergrupos	5,347	1	5,347	7,821	,005
	Intragrupos	640,578	937	,684		
	Total	645,925	938			
Autoestima	Intergrupos	55,471	1	55,471	53,558	,000
	Intragrupos	970,459	937	1,036		
	Total	1025,930	938			
Afrontamiento Activo COPE	Intergrupos	2,141	1	2,141	2,161	,142
	Intragrupos	944,909	954	,990		
	Total	947,049	955			
Planificación COPE	Intergrupos	,610	1	,610	,396	,529
	Intragrupos	1467,721	954	1,538		
	Total	1468,331	955			
Apoyo Social Emocional COPE	Intergrupos	64,288	1	64,288	33,653	,000
	Intragrupos	1822,469	954	1,910		
	Total	1886,757	955			
Apoyo Social Instrumental COPE	Intergrupos	39,635	1	39,635	24,420	,000
	Intragrupos	1548,360	954	1,623		
	Total	1587,995	955			
Religión COPE	Intergrupos	7,836	1	7,836	3,615	,058
	Intragrupos	2067,549	954	2,167		
	Total	2075,385	955			
Reinterpretación Positiva COPE	Intergrupos	,038	1	,038	,020	,889
	Intragrupos	1830,760	954	1,919		
	Total	1830,798	955			
Aceptación COPE	Intergrupos	6,737	1	6,737	4,888	,027
	Intragrupos	1315,098	954	1,379		
	Total	1321,836	955			
Negación COPE	Intergrupos	1,563	1	1,563	1,016	,314
	Intragrupos	1467,310	954	1,538		
	Total	1468,873	955			

Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional

Humor COPE	Intergrupos	70,511	1	70,511	23,475	,000
	Intragrupos	2865,525	954	3,004		
	Total	2936,037	955			
Autodistracción COPE	Intergrupos	,133	1	,133	,065	,799
	Intragrupos	1968,422	954	2,063		
	Total	1968,555	955			
Autoinculpación COPE	Intergrupos	1,661	1	1,661	,811	,368
	Intragrupos	1954,272	954	2,049		
	Total	1955,933	955			
Desconexión Conductual COPE	Intergrupos	5,244	1	5,244	5,422	,020
	Intragrupos	922,664	954	,967		
	Total	927,908	955			
Desahogarse COPE	Intergrupos	9,330	1	9,330	5,037	,025
	Intragrupos	1767,167	954	1,852		
	Total	1776,497	955			
Uso de Sustancias COPE	Intergrupos	11,190	1	11,190	9,756	,002
	Intragrupos	1094,219	954	1,147		
	Total	1105,409	955			
Salud General Goldberg	Intergrupos	3455,861	1	3455,861	25,596	,000
	Intragrupos	129075,496	956	135,016		
	Total	132531,357	957			
Dimensión de Extraversión EPQ-R	Intergrupos	4,429	1	4,429	,049	,824
	Intragrupos	85017,841	947	89,776		
	Total	85022,270	948			
Dimensión de Neuroticismo EPQ-R	Intergrupos	2,729	1	2,729	,033	,857
	Intragrupos	79406,947	947	83,851		
	Total	79409,675	948			
Dimensión de Psicoticismo EPQ-R	Intergrupos	417,378	1	417,378	5,086	,024
	Intragrupos	77719,046	947	82,069		
	Total	78136,424	948			
Dimensión de Disimulo EPQ-R	Intergrupos	130,699	1	130,699	1,566	,211
	Intragrupos	79060,373	947	83,485		
	Total	79191,073	948			