



universidad
de león

Facultad de Ciencias del Trabajo

Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos

Trabajo Fin de Grado:

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

Study of the impact of family burdens in resilience, coping, and health in Spanish workers

Alumna: Dña. Paula Fernández Robles

Tutora: Prof. Dra. Maria José Fínez Silva

Curso 2017 - 2018

ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	6
2.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	7
3.	OBJETIVOS.....	8
4.	METODOLOGÍA.....	9
MARCO TEÓRICO.....		11
5.	RESILIENCIA	12
5.1	<i>ORÍGEN Y CONCEPTO</i>	12
5.2	<i>RESILIENCIA COMO CAPACIDAD O RESULTADO</i>	13
5.3	<i>RESILIENCIA COMO PROCESO</i>	15
6.	AFRONTAMIENTO	15
6.1	<i>CONCEPTO</i>	16
6.2	<i>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</i>	17
7.	CONCEPTO DE SALUD	18
7.1	<i>DEPRESIÓN</i>	19
7.2	<i>ANSIEDAD</i>	20
7.3	<i>INADAPTACIÓN O INADECUACIÓN SOCIAL</i>	20
7.4	<i>HIPOCONDRIA</i>	21
8.	CUIDADO FAMILIAR Y DEPENDENCIA	21
8.1	<i>CONCEPTO DE DEPENDENCIA</i>	21
8.2	<i>CUIDADO FAMILIAR</i>	23
8.3	<i>SOBRECARGA DEL CUIDADO</i>	24
ESTUDIO EMPÍRICO.....		25
9.	METODOLOGÍA.....	26
9.1.	<i>INSTRUMENTOS</i>	26
9.2.	<i>FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS</i>	29
10.	MUESTRA.....	30
11.	PROCEDIMIENTO.....	31
12.	ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	32
13.	CONCLUSIONES.....	45
13.1.	<i>LIMITACIONES</i>	47
14.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

Índice de tablas

Tabla 1. Estadística Fiabilidad CDRISC25	29
Tabla 2. Estadísticos de fiabilidad del cuestionario COPE-28.....	29
Tabla 3. Estadística fiabilidad del cuestionario GHQ-12.....	30
Tabla 4. Correlación entre Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Salud	33
Tabla 5. Diferencias en función del puesto en Resiliencia y Salud.....	37
Tabla 6. Diferencias en función del Puesto en las Estrategias de Afrontamiento ..	40
Tabla 7. Diferencias en función de la formación en resiliencia y salud.	41
Tabla 8. Diferencias en función de la formación en las estrategias de afrontamiento	44
Tabla 9. Análisis multivariante en función del sector	56
Tabla 10, Análisis multivariante en función del puesto.....	57
Tabla 11. Analisis multivariante en funcion de la formacion.....	60
Tabla 12. Análisis multivariante en función de la formación.....	60
Tabla 13. Correlación entre Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Salud ...	61
Tabla 14. Diferencias en función de las responsabilidades familiares en Resiliencia, Afrontamiento y Salud	62
Tabla 15. Diferencias en función del sexo en Resiliencia, Afrontamiento y Salud.	63
Tabla 16. Diferencia en función del Sector en Resiliencia y Salud	63
Tabla 17. Diferencias en función del sector en estrategias de afrontamiento.....	64
Tabla 18. Diferencias en función del puesto en Estrategias de Afrontamiento	68
Tabla 19. Diferencias en función de la Formación en Resiliencia y Salud.....	72
Tabla 20, Diferencias en función de la formación en estrategias de Afrontamiento.	72
Tabla 21. Datos sociodemográficos	78

Índice de gráficos

Gráfico 1. Diferencias en planificación en función del sector	34
Gráfico 2. Diferencias en humor según el sector	35
Gráfico 3. Diferencias en función del puesto en Resiliencia y Salud.....	36
Gráfico 4. Diferencias en aceptación en función del puesto.	38
Gráfico 5. Diferencias en desahogo en función del puesto.....	38
Gráfico 6. Diferencias en apoyo emocional en función del puesto.	39
Gráfico 7. Diferencias en resiliencia en función de la formación.....	41
Gráfico 8. Diferencia en apoyo emocional según la formación	42
Gráfico 9. Diferencias en apoyo social en función de la formación.....	43
Gráfico 10. Diferencias en desconexión en función de la formación.....	43
Gráfico 11. Tendencia en aceptación en función de la formación.....	44

Índice de anexos

Anexo 1.....	56
Anexo 2.....	57
Anexo 3.....	60
Anexo 4.....	60
Anexo 5.....	61
Anexo 6.....	62
Anexo 7.....	63
Anexo 8.....	63
Anexo 9.....	64
Anexo 10.....	68
Anexo 11.....	72
Anexo 12.....	72
Anexo 13.....	75
Anexo 14.....	76
Anexo 15.....	77
Anexo 16.....	78

1. RESUMEN

En este Trabajo de Fin de Grado nos propusimos, como objetivo principal, realizar una comparación entre trabajadores que tienen a cargo familiares dependientes y aquellos que no poseen ninguna sobrecarga familiar, para poder comprobar si se dan diferencias evidentes en sus estrategias de afrontamiento, su resiliencia y en su estado de salud general. A partir de este, se plantearon otros objetivos más específicos, como la comparación de las estrategias de afrontamiento utilizadas según el sector o el puesto o correlacionar la resiliencia la salud y el afrontamiento. Para el estudio se utilizó una muestra de 50 sujetos de los cuales el 38% eran varones y el 62% mujeres, todos ellos trabajadores en activo. A la hora de recoger y evaluar los datos necesarios para el estudio se utilizó, el cuestionario Escala de Resiliencia de Connor-Davidson CDRISC 25 (Connor y Davidson, 2003) para el análisis de la resiliencia, el Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire) de Golberg para evaluar la salud mental general y, además, para el análisis del afrontamiento se utilizó el cuestionario COPE 28 (Según el original de Carver, 1997 y la versión española Morán, Landero y González, 2010). En cuanto a los resultados, podemos ver que el sector y el puesto son unos de los factores que más influyen en la utilización de unas estrategias u otras, y por otro lado, que el sexo, las cargas familiares y la edad no influyen significativamente en las estrategias utilizadas, los niveles de salud o la resiliencia de los sujetos.

Palabras clave: Resiliencia, Afrontamiento, Salud, Familiares dependientes, Trabajador

ABSTRACT

The main purpose of this Final Degree Project is to make a comparison between workers having dependents family members and those who are free of family burdens in order to prove if there are apparent differences in their coping and resilience capabilities and in their health in general.

Other objectives were taken into account, like to find the connection between resilience and the different coping strategies, and between resilience and health.

This Project has been based in a simple of 50 subjects (38% of them males and 62% females), being all of them active workers.

In order to collect and evaluate data, Connor-Davidson CDRISC 25 Resilience Scale was used (Connor and Davidson, 2003) for resilience analysis. For general mental health data, Golberg Health Questionnaire has been applied, and in order to analyze coping, COPE

28 questionnaire was used (according to original Carver 1997 version and Spanish 2010 version Morán, Landero and González).

In terms of results, it can be said that sector and job title are the most influential factors when using strategies. It's been also proved that gender, family burdens and age doesn't influence significantly in strategies, health or resilience levels of the subjects.

Key words: Resilience, Coping, Health, Dependents, Workers.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La realización del presente trabajo tiene como finalidad investigar las consecuencias que tiene el cuidado de familiares dependientes en los trabajadores que desempeñan actividad laboral por cuenta ajena.

La idea de desarrollar este proyecto y buscar una posible conexión entre cuidado familiar y diferencias en cuanto a resiliencia, salud o afrontamiento, surge por el hecho de que en la actualidad existen muy pocos estudios que analicen de manera profunda ciertos aspectos de la vida de los trabajadores que pueda afectar de manera directa sobre su desempeño laboral. Además, la mayoría de los estudios actuales analizan el estrés y las consecuencias de éste sobre la figura del cuidador, pero no ahondan en las posibles diferencias entre trabajadores con familiares dependientes a su cargo y aquellos que no tienen responsabilidades familiares.

En el 2005 el IMSERSO realizó la encuesta "Apoyo Informal a los Mayores", donde los resultados obtenidos indicaban que hasta el 87% de los cuidadores sufrían algún tipo de problema derivado de sus funciones de cuidado. Estos problemas varían entre cambios en el estado de salud, problemas en el plano económico o profesional, así como conflictos en lo referente al tiempo libre, ocio o vida familiar. Por ello, se pretende analizar más concretamente la repercusión de esta condición en su capacidad de afrontamiento, su nivel de resiliencia y en su salud en general.

Se quiere averiguar si existe una relación aparente entre los trabajadores con esta condición y unos niveles de salud inferiores, o sí por el contrario, el hecho de llevar a cabo la función de cuidadores, paralela a su empleo, les facilita una mayor capacidad de resiliencia y afrontamiento.

Para lograr establecer una posible conexión, se va a realizar una comparativa entre trabajadores sin cargas familiares y aquellos otros que además de su trabajo, desempeñan el rol de cuidador con algún familiar dependiente, todo ello, a través de tres cuestionarios que analizan la resiliencia, el afrontamiento y la salud mental general.

3. OBJETIVOS

Para lograr una mejor comprensión de la cuestión de estudio, se decide elaborar un objetivo general donde plantear la cuestión central del proyecto y posteriormente desgranarlo en objetivos específicos, los cuáles guiarán el desarrollo de la investigación.

El objetivo general de esta investigación es realizar una comparación entre trabajadores que tienen a cargo familiares dependientes y aquellos que no poseen ninguna sobrecarga familiar, para poder comprobar si se dan diferencias evidentes en sus capacidades de afrontamiento, resiliencia y en su estado de salud mental general.

Este objetivo general se materializa en los siguientes objetivos específicos:

1. Profundizar en el constructo de la resiliencia.
2. Ahondar en el concepto de afrontamiento.
3. Reunir las diferentes teorías de afrontamiento determinando la más adecuada para nuestra investigación.
4. Hallar la relación entre la resiliencia y las estrategias de afrontamiento.
5. Estudiar la relación entre la resiliencia y la salud.
6. Conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y la salud.
7. Analizar si existen diferencias entre el grupo trabajadores con familiares dependientes y en el grupo de trabajadores sin cargas familiares en resiliencia, afrontamiento y salud.
8. Analizar si el nivel de estudios tiene influencia en la capacidad de afrontamiento.
9. Estudiar las posibles diferencias según el género en los constructos estudiados.

4. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el marco teórico se ha realizado una revisión bibliográfica, consultando diferentes libros, artículos, revistas y proyectos especializados en los temas de resiliencia, afrontamiento y cuidado, así como otros que incluían estos términos en su investigación.

La búsqueda documental se ha realizado tanto en inglés como español, puesto que es en la lengua sajona donde se puede encontrar más riqueza de documentos científicos que abarquen el campo de investigación del presente documento. Una vez se recopiló toda la información considerada necesaria, pasamos a construir el marco teórico.

Posteriormente se comenzó el estudio empírico, iniciándolo con una recogida de datos, necesaria para crear contenido. En dicha recogida, los datos utilizados fueron cedidos por trabajadores de diferentes provincias, con la condición de ser utilizados únicamente en la elaboración del trabajo que compete.

Para llevar a cabo la recogida de datos se partió de tres instrumentos claves, cedidos por la directora del Trabajo Fin de Grado, para su utilización exclusiva en el mismo. Dichos instrumentos fueron los cuestionarios Escala de Resiliencia de Connor-Davidson CDRISC 25 (Connor y Davidson, 2003), el cuestionario COPE 28 (Según el original de Carver, 1997 y la versión española Morán, Landero y González, 2010) y el El Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire 1972, 1978).

Estos cuestionarios, junto con una tabla de datos demográficos, fueron entregados personalmente a trabajadores en activo cercanos a la alumna, fue una muestra de conveniencia. Para alcanzar un mayor número de casos, estos trabajadores, a su vez, entregaron cuestionarios a sus familiares y amigos con personas dependientes a cargo.

Junto con los cuestionarios se pedía a los sujetos que cumplimentaran unos datos sociodemográficos necesarios para el análisis de datos. Tanto la tabla demográfica como los cuestionarios eran completamente anónimos, cuestión que se indicaba a los individuos previa cumplimentación. Se solicitaba que cumplimentaran el sexo, la edad, el puesto, el tipo de empresa, el nivel de estudios y por último si tenían a cargo algún familiar en situación de dependencia; a partir de ello se buscaba conocer los grados de salud, resiliencia y afrontamiento que presentaba cada uno, y relacionarlos posteriormente con

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

su situación familiar, el sexo y el nivel de estudios, para hallar las posibles diferencias existentes entre unos u otros en los resultados.

Una vez los trabajadores cumplimentaban los cuestionarios, procedían a entregarlos a la investigadora, para que, posteriormente, se pudieran parametrizar las respuestas y ser analizadas por la directora del Trabajo fin de Grado con el programa estadístico IBM SPSS (versión 24), dando lugar así a los resultados y conclusiones.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los únicos estudios que se pueden encontrar, donde se indague sobre el impacto que tiene el cuidado de familiares dependientes en la salud, son aquellos que analizan los niveles de estrés de los cuidadores o el síndrome de burnout que estos sufren. Se relaciona el cuidado de personas dependientes con el estrés de sus cuidadores, pero sin estos ser familiares o tener un trabajo independiente del cuidado.

Por todo ello, se quiere profundizar más en este contexto estudiando cómo afecta la sobrecarga que supone el cuidado de familiares dependientes a los trabajadores por cuenta ajena que no tienen contratado a un tercero, o “cuidador”. Más concretamente se pretende analizar si se establecen diferencias significativas entre trabajadores con cargas familiares y trabajadores sin cargas, o si, por el contrario, no se haya diferenciación alguna.

Para lograr llegar a una conclusión precisa primero se debe comprender, analizar y describir ciertos términos y conceptos, que ayudarán a lograr unos mejores resultados.

Se va a definir cuatro grandes conceptos, los cuales desgranaremos poco a poco, subdividiéndolos para una mejor comprensión; el primero será la resiliencia, factor indispensable para superar dificultades.

5. RESILIENCIA

5.1 ORÍGEN Y CONCEPTO

La resiliencia es uno de los conceptos más estudiados, investigados y utilizados en los últimos tiempos. En la actualidad se podría decir que es el atributo que todos los individuos desean poseer, mejorar y fomentar.

Sin embargo, la resiliencia es un término bastante antiguo, que ha suscitado el interés de psicólogos e investigadores durante décadas.

En cuanto a su origen, según Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (1997) se puede decir que este vocablo procede del término latino “*resilio*”, palabra cuyo significado versa entre retornar, volver atrás o resaltar y rebotar. Además, si se busca este término en el diccionario de la RAE, nos encontraremos con que la resiliencia se identifica actualmente como la capacidad que poseen los seres vivos para adaptarse frente a las situaciones, estados o agentes que los perturban o resultan adversos; pero con anterioridad era

únicamente referida a la capacidad de los materiales para retornar a su estado inicial después de haber sido sometido a una perturbación.

El concepto resiliencia es próximo al concepto de superviviente, calificado este, como una persona que supera las dificultades de una vida muy difícil y adversa saliendo adelante exitosamente, incluso llegando a conseguir el éxito en la vida a pesar de tener todo en contra en la niñez, adolescencia o juventud (Tarter y Vanyukov, 1999).

Sin duda es un concepto que los investigadores han intentado analizar y conceptualizar en numerosas ocasiones, por ello a continuación haremos una breve profundización en sus diferentes definiciones y evolución de estas.

5.2 RESILIENCIA COMO CAPACIDAD O RESULTADO

Es importante saber dónde surge el interés por este término para poder comprender las diferentes definiciones que existen.

Se puede decir que el gran interés del estudio de la resiliencia aparece en la psicología y la psiquiatría con el fin de comprender como se produce el desarrollo de psicopatologías en niños con altas probabilidades de padecerlas debido a conflictos interpersonales, problemas perinatales o antecedentes familiares de estas (Masten, 1999; Rutter, 1987).

Una de las definiciones más aceptadas es la de Garmezy (1991) quien la define como «la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante» (p. 459).

Si bien, existe un gran inconveniente a la hora de definirla, y este sin duda es la falta de un acuerdo y consenso entre los diferentes autores para realizar una sola definición (Becoña, 2006; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000).

Por ejemplo, Bartelt (1996) consideró que la resiliencia era un concepto bastante difícil de copar, puesto que es muy difícil especificarlo empíricamente y se encuentra muy relacionado con medidas de éxito y fracaso situacional. Considera que la resiliencia es «un rasgo psicológico, que es visto como un componente del self que capacita para el éxito en condiciones de adversidad, y que puede ser desgastado o, paradójicamente, reforzado por la adversidad» (pp. 98-99)

A lo largo de los años se ha definido desde diferentes vertientes, resiliencia como proceso, resiliencia como resultado, resiliencia como rasgo de personalidad o resiliencia como conducta.

Rutter (1987) fue uno de los primeros investigadores que catalogó la resiliencia como un conjunto de factores que nos protegen, modificando, mejorando y alterando las conductas de los individuos ante situaciones adversas que pronosticaban una mala adaptación.

También hubo otros autores que definieron la resiliencia como la manera de soportar o resistir un trauma (Carver, 1998; Luthar, Cicchetti, y Becker, 2000; O'Leary e Ickovics, 1995)

Pero, si nos referimos a resiliencia como capacidad o rasgo, debemos hablar de Wagnild y Young (1993), quienes conceptualizan la resiliencia como una característica de la personalidad que provoca un mayor éxito ante situaciones adversas. Más tarde Masten (1999), refuerza este concepto al tratar la resiliencia como un rasgo, el cual da lugar al ajuste adaptado y positivo del individuo frente aquellas situaciones estresantes que presenta la vida.

Además, Masten (2001), al contrario de lo que se creía, demostró que la resiliencia no era propia únicamente de personas excepcionales, sino que era una característica común entre aquellos individuos que han vivido experiencias adversas.

Siguiendo esta línea, podemos ver autores como Luthar, Cicchetti y Becker, (2000), quienes consideran la resiliencia como una capacidad de adaptación positiva siempre dentro del contexto de una adversidad significativa. O Cyrulnik (2002), quien considera que la resiliencia puede apoyarse en la teoría genética, siendo la responsable de la existencia de esta capacidad en el ser humano. De este modo acepta que todos los seres humanos poseemos la capacidad resiliente, aunque unos la desarrollen sobre otros, para enfrentarnos a situaciones adversas.

De igual manera, en la actualidad podemos encontrar autores como son Fínez y Moran (2017), que consideran que la resiliencia consiste en una capacidad de adaptación a situaciones adversas, teniendo capacidad para superarlas y conseguir una proyección positiva de futuro, aun habiendo sufrido dicha situación traumática.

5.3 RESILIENCIA COMO PROCESO

Cambiando de ámbito, cuando hablamos de resiliencia como proceso encontramos autores como Jensen y Kumpfer (1990) que definen la resiliencia como «el proceso de afrontamiento con eventos vitales desgarradores, estresantes o desafiantes de un modo que proporciona al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento que las que tenía previa a la ruptura que resultó desde el evento» (p. 34).

El proceso de la resiliencia se ha orientado a conocer los procesos o mecanismos que actúan para modificar el impacto de una situación de riesgo, junto al proceso por el que las personas se adaptan exitosamente (Olsson y col. 2003).

Al mismo tiempo Luthar, Cicchetti y Becker (2000) considera que la resiliencia se refiere a «un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa» (p. 543).

Como complemento podemos mencionar también a Fergus y Zimmerman (2005), quienes realizaron una diferenciación de tres modelos distintos de resiliencia:

- Modelo compensatorio (cuando un factor de protección opera en una dirección opuesta a un factor de riesgo).
- Modelo protector (aquel en el que una cualidad o los recursos moderan los efectos de riesgo sobre un resultado negativo).
- Modelo desafiante (aquel donde un factor de riesgo y un resultado son curvilíneos, lo que sugiere que exponerse a niveles de riesgo moderados sería positivo para poder aprender cómo afrontar los mismos y superarlos.)

Finalmente, y como conclusión a todo lo anteriormente expuesto, vamos a partir de la resiliencia como la capacidad de los individuos para enfrentarse a una situación adversa, superarla y desarrollar un aprendizaje o fortalecimiento positivo derivado de ello.

6. AFRONTAMIENTO

Aunque en esta investigación no se llevará a cabo un estudio del estrés, sí que consideramos el afrontamiento, midiéndolo a través del Cuestionario COPE-28.

Pero para poder entender por qué, primeramente debemos profundizar en las diferentes teorías y definiciones que existen sobre este término, y observar la evolución que se ha llevado a cabo en su conceptualización.

6.1 CONCEPTO

Larazuss y Folkman (1986) definían el afrontamiento como una agrupación de esfuerzos conductuales y cognitivos que se encuentra en constante transformación, dichos esfuerzos están fundamentados por circunstancias que superan las capacidades de los individuos, y las cuales, es necesario aprender a dominar.

Lazaruss, DeLongis, Folkman y Gruen (1985) consideran que cuando se produce un afrontamiento adecuado a una determinada situación, se da una correcta adecuación al “problema” y como resultado se puede observar que el individuo encuentra el bienestar.

Según Parker y Endler (1992) la literatura crea una clara distinción entre estilos y respuestas de afrontamiento.

Así, por una parte, los estilos de afrontamiento son predisposiciones de la personalidad que se mantienen estables en el tiempo frente a situaciones diferentes; mientras que las respuestas de afrontamiento son conductas o pensamientos que, en situaciones adversas o estresantes, son capaces de generar respuestas, aunque dichas situaciones varíen; son capaces de variar o cambiar según la situación o el momento (Fernández-Abascal, 1997)

Suls, David y Harvey (1996) en su libro *Personality and coping: Three generations of research*, tratan el concepto de afrontamiento como un concepto que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, destacando tres generaciones o perspectivas del término.

Consideran que se dio una primera generación hasta 1960, donde se asociaba el afrontamiento con la psicología dinámica y la psicología de los rasgos, siendo la primera aquella que proporciono unos mejores resultados, pues consideraba las formas de afrontamiento como mecanismos de defensa que los individuos llevaban a cabo de una forma dinámica.

La segunda etapa de evolución la sitúa entre 1960 y 1980, época en la cual se incidió más en la forma en la que las situaciones incurrieran en la conducta; de esta forma se planteó el

afrontamiento como una conducta que necesita un modo de reaccionar frente a las situaciones adversas, desligándolo del concepto anterior que lo catalogaba de capacidad.

Por último, habla de una tercera generación, entre 1981 y 1998, en la cual comienzan a introducirse la variable de la personalidad, catalogándolas de conducta (Staats, 1981)

Cambiando a la actualidad científica, es Hobfoll (2001) quien incorpora el término de *coping proactivo*, concepto que implica una búsqueda constante de soluciones ante cualquier situación cotidiana, no únicamente frente a los estresores; además, introduce una teoría donde considera que lo que realmente produce estrés es la pérdida de recursos que las personas sufren a lo largo de su vida, debiendo llevar a cabo soluciones colectivas.

Carver, Scheier y Weintraub (1989), hablan de un estilo de afrontamiento principal, de evitación del rasgo, que se caracteriza por ser capaz de sacar fuera la parte emocional y llegar a un estado de desconexión mental y conductual.

Podríamos añadir que Perrez y Reicherts (1992), definen un afrontamiento “pasivo”, el cual se da al omitir cualquier reacción y mantenerse esperando o en situación de duda; son las estrategias “wait & see”.

Sin duda, para poder comprender el concepto del afrontamiento no basta simplemente con definirlo, para entender realmente en que consiste es necesario conocer las 14 estrategias definidas del mismo, las cuales vamos a definir y desarrollar brevemente para tener una perspectiva más completa del término.

6.2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Basaremos nuestra definición de las 14 estrategias en las definiciones de Morán, Landero y González (2009):

1. **Afrontamiento Activo:** Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos, eliminar o reducir al estresor.
2. **Planificación:** Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
3. **Apoyo Emocional:** Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.
4. **Apoyo Social:** Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.

5. **Religión:** La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
6. **Reevaluación Positiva:** Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
7. **Aceptación:** Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
8. **Negación:** Negar la realidad del suceso estresante.
9. **Humor:** Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de esta.
10. **Autodistracción:** Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
11. **Autoinculpación:** Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
12. **Desconexión:** Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
13. **Desahogo:** Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
14. **Uso de Sustancias:** Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.

También se tendrá en cuenta las alegaciones de Navarro (2000), el cual consideraba que las dimensiones del afrontamiento eran disposiciones generales que le llevaban a actuar de una manera estable ante las situaciones adversas. Así, el afrontamiento dependerá de las capacidades de las cuales disponga una persona, tanto internas como externas, para poder enfrentarse a las demandas producidas por la adversidad.

7. CONCEPTO DE SALUD

Otro de los grandes conceptos necesarios para poder comprender mejor nuestra investigación es el de salud.

Este término es definido por la OMS (1948) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.100)

Si bien, nos centraremos, más concretamente, en la salud mental de los individuos, empleando para su evaluación el Cuestionario de Salud General de Goldberg, en el cual

se tratan de analizar conceptos como la depresión, la ansiedad, el deterioro e inadecuación social o la hipocondría.

Es importante conocer estos conceptos, en tanto a su posible relación con la condición de nuestros trabajadores. Es decir, queremos saber si los trabajadores que realizar funciones de cuidado con familiares dependientes tienen unos niveles de salud mental más bajas o más altos que aquellos trabajadores sin ningún tipo de carga familiar.

7.1 DEPRESIÓN

Comenzaremos definiendo la depresión; la OMS la define como un trastorno mental frecuente, cuyas características principales son la tristeza, el sentimiento de culpa, pérdida de interés o placer o la falta de autoestima, trastornos del apetito o del sueño, sensación de cansancio y falta de concentración. Además, indica que la depresión puede llegar a ser crónica y puede causar problemas para afrontar la vida diaria o dificultar el desempeño en el trabajo.

Por otra parte, el Instituto National Institute of Mental Health (2009) diferencia principalmente dos tipos de trastornos depresivos, el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico:

El trastorno depresivo grave, o depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sin impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. (p. 3)

7.2 ANSIEDAD

La ansiedad según la RAE consiste en un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Pero también puede ser la angustia que habitualmente acompaña a muchas enfermedades.

El término ansiedad, por lo general, suele englobar un conjunto de diferentes manifestaciones, tanto físicas como mentales, las cuales se presentan en forma de crisis o como un estado persistente y difuso, pudiendo desencadenar el pánico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de este en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986)

7.3 INADAPTACIÓN O INADECUACIÓN SOCIAL

La inadaptación social es un término muy complejo, y al igual que ocurre con la resiliencia, es difícil encontrar una definición uniforme del mismo.

Para Barraca Mairal y Artola Gonzalez (2006), “La inadaptación social resulta tan compleja y posee tantas vertientes que su misma naturaleza impone un acercamiento multicausal. La falta de consenso en las aproximaciones a esta temática, los diferentes ámbitos desde los que se aborda (psicológico, sociológico, antropológico, legislativo), cada uno con su propio lenguaje, han vuelto el campo tan enmarañado que resulta difícil organizar la información relativa a él con coherencia y con unidad.” p. 54.

Rubio y Monteros (2002) entienden la inadaptación social como el resultado de una interacción inadecuada o conflictiva con el medio; Panchón (1994) como un conjunto de relaciones distorsionadas entre individuos o grupos y su entorno; Ayerbe (2000), con un mayor grado de matización, se refiere a “unas relaciones inadecuadas entre el sujeto y su entorno, un desajuste, una conflictividad en el proceso de interacción entre el individuo y la situación en que este se encuentra” (p. 16).

Finalizaremos con la afirmación de González y Morales (1996), los cuales señalan que “El individuo inadaptado es aquel que no acepta las reglas de convivencia normales en la sociedad de forma continuada y evidente, adoptando posiciones que perjudican la

convivencia con otros individuos y que pueden resultar peligrosas tanto para la sociedad como para el propio individuo” (p. 33).

7.4 HIPOCONDRIA

La RAE define la hipocondría como “Afección caracterizada por una gran sensibilidad del sistema nervioso con tristeza habitual y preocupación constante por la salud”.

La hipocondría pertenece a un grupo de trastornos que se sitúan en la frontera entre la psiquiatría y la medicina, en los cuales la sintomatología presente es gestada e influida por factores psicológicos.

Actualmente se puede definir la hipocondría como una preocupación generalizada y no delirante, causada por la creencia de que se padece o se puede llegar a padecer una enfermedad grave, basándose de forma errónea para ello en síntomas corporales. Esta constante preocupación provoca un sufrimiento constante y una alteración en el transcurso normal de la rutina diaria. (Pastorelli RV, Bañón González SM, Trigo Campoy A, Carballeda JM, González Vallejo JV. 2011)

8. CUIDADO FAMILIAR Y DEPENDENCIA

Cambiando completamente de ámbito, también se procederá a explicar el cuidado familiar, como punto detonante para poder comprender la dependencia y los tipos de dependencia o familiares dependientes que nosotros utilizaremos en nuestro proyecto.

8.1 CONCEPTO DE DEPENDENCIA

El IMSERSO (1999), establece que:

Una persona es socialmente dependiente cuando como consecuencia de las limitaciones severas de orden físico o mental requiere la ayuda de otra persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana. En general, estos actos tienen que ver con el cuidado personal o que sirven de soporte imprescindible para dicho cuidado. Tales limitaciones, por tanto, suelen requerir cuidados prolongados referentes al cuidado personal, a ciertas actividades domésticas básicas y actos relacionales y de movilidad esenciales

Un año después el Defensor del Pueblo y el IMSERSO (2000), coinciden en una definición de la dependencia, la cual es considerada como aquella necesidad de cuidado

y atención que las personas incapaces de llevar a cabo acciones de la vida cotidiana necesitan, para así mantener un nivel de vida digno.

Sin embargo, años más tarde el IMSERSO (2005), introduce una evolución del concepto de dependencia, alegando que el Consejo de Europa define la dependencia desde dos vertientes, como una necesidad de asistencia fundamental para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, o como el estado en el que se haya a los individuos que, por la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, requieren de asistencia y/o ayuda para poder realizar las actividades corrientes de la vida diaria y las referentes al cuidado personal.

También, siguiendo la nombrada definición del Consejo de Europa, Rodríguez (1998), conceptualizó la dependencia como el resultado de una disminución de las capacidades funcionales de un individuo, lo cual provoca dificultades a la hora de realizar tareas básicas de la vida cotidiana.

De igual manera, para Abellán (2011), la dependencia se definiría como una situación, en la cual una persona necesita de otra para llevar a cabo alguna tarea.

En 2004, el Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales publicó el Libro Blanco de la Dependencia, en el cual se establece una graduación para identificar diferentes tipos de dependencia; basándose en esta graduación podemos concluir que, para hablar de dependencia en sentido estricto, deben darse los siguientes tres factores:

- Una limitación psíquica, intelectual o física que provoque una disminución en capacidades concretas de la persona.
- Debe existir una incapacidad, por parte de la persona, para llevar a cabo de forma autónoma las actividades básicas de la vida diaria.
- Por último, debe existir una necesidad de ser asistido o cuidado por un tercero para llevar a cabo dichas actividades.

En la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la dependencia se define como:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a

la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. (p. 3)

8.2 CUIDADO FAMILIAR

Casado (2001) considera que el cuidado familiar ha sido definido como las actividades humanas, tanto físicas como emocionales o mentales, cuyo propósito es mantener el nivel de bienestar y salud de los individuos en situación de dependencia, asegurando así que tengan unos niveles óptimos de calidad de vida y que su autonomía sea la máxima posible.

Para García-Calvente et al. (2004) la función de cuidar implica una atención personal e instrumental, cuidados sanitarios, y la gestión y relación con los servicios sanitarios, pero para estas autoras, cuidar también incluye proporcionar apoyo emocional y social y acompañamiento. De hecho, más allá de la dependencia física, las personas que requiere cuidados también pueden presentar dependencias económicas, sociales y mentales. Y todas estas necesidades se ocupan en una u otra medida sus familiares (Montoro, 1999).

Para Collière, “cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades” “cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida” (1993, p.7)

El Ministerio de Trabajo (2004), alega que, en torno al 80% de la atención dispensada a las personas con dependencia se lleva a cabo a través del llamado “cuidado informal”.

María del Mar García-Calvente (2002), definió este cuidado informal como un sistema, de carácter informal, donde el cuidado de personas dependientes es realizado por amigos, familiares u otras personas, sin recibir una retribución económica a cambio, lo cual da lugar a un sistema de cuidados oculto.

Posteriormente, con la publicación del informe sobre atención a las personas en situación de dependencia en España en el año 2005 en el IMSERSO, el cuidado informal pasa a definirse como aquel cuidado y atención dispensado de forma altruista a los ciudadanos que presentan alguna dependencia o discapacidad. Generalmente es dispensado por sus

familiares y allegados, pero también pueden intervenir terceras personas u otros servicios formalizados de atención.

8.3 SOBRECARGA DEL CUIDADO

La sobre carga es un término que se ha definido de formas muy diferentes en la literatura, llegando incluso a encontrarse diferentes terminologías como carga, estrés, desgaste o tensión.

La sobrecarga fue mencionada por primera vez en 1963 por Grad y Sainsbury (1963), quienes hacen referencia al término para referirse a la sobrecarga que sufrían los cuidadores informales, de familiares con alguna enfermedad mental, al llevar a cabo sus tareas de cuidado; más tarde su definición fue adoptada por otros autores.

Más tarde, Platt e Hiirsch (1981), le dieron una gran importancia a la necesidad de separar las medidas objetivas de la carga, tales como acontecimientos y actividades, de las medidas subjetivas, que serían los sentimientos, las emociones o las actitudes.

Montgomery, Gonyea y Hooyman (1985), llevaron a cabo una revisión del concepto de carga, en la cual podemos encontrar alegaciones tales como que aquellos individuos que provocaran vergüenza o miedo por su sola presencia debían estar sobrecargados.

Para finalizar, haremos referencia a uno de los autores que más ha estudiado los efectos de la sobrecarga en los cuidadores, Zarit. Para Zarit la sobrecarga se define como el nivel en el cual los cuidadores consideran que su salud física y mental, así como su estabilidad financiera o su vida social, están siendo afectadas a causa de los cuidados que dispensan a sus familiares (Zarit, Todd y Zarit, 1986)

Para nuestro estudio, hemos decidido dividir la dependencia según la edad del familiar que se encuentra en dicha situación, y sus limitaciones. Es decir, vamos a diferenciar entre adulto dependiente (mayores de 18 años) o menor dependiente (menos de 18 años), dentro de los menores, llevaremos a cabo una división de los menores dependientes teniendo en cuenta su situación de discapacidad o no.

ESTUDIO EMPÍRICO

9. METODOLOGÍA

9.1. INSTRUMENTOS

Para poder llevar a cabo nuestra investigación, decidimos hacer uso de tres cuestionarios combinados con una tabla de datos sociodemográficos, que nos permitieran recoger una información suficiente para llegar a un resultado veraz.

Concretamente, hemos utilizado el Test Connor-Davidson escala de Resiliencia-25, el Cuestionario COPE-28 y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12), los cuales explicaremos a continuación.

9.1.1. Test Connor-Davidson Escala de Resiliencia-25 (CD-RISC-25)

Connor y Davidson (2003) diseñaron la escala de resiliencia CD-RISC-25 para poder identificar las conductas resilientes en el ámbito clínico. Así pretendían valorar como respondían los adultos a los tratamientos psicológicos. Nuestra escala consta de 25 ítems que miden 5 factores diferentes. Su escala ha sido una de las más utilizadas y considerada una de las más fiables.

Desarrollaron esta escala basándose en diferentes trabajos realizados por otros autores. Basándose en el trabajo de Kobasa (1979), desarrollaron los ítems que reflejan control, compromiso y capacidad de cambio.

Los ítems que emplearon para analizar el desarrollo de estrategias con metas claras, orientación a la acción, autoestima fuerte, confianza, adaptabilidad con estrategias de cambio, habilidades de solución de problemas, humor frente al estrés, fortaleza para manejar el estrés y seguridad las obtuvieron partiendo de los estudios realizados por Rutter (1985).

Y de los estudios de Lyons (1991), llevaron a cabo los ítems que reflejan paciencia y habilidad de afrontamiento del estrés.

La escala CD-RISC- 25 identifica 5 factores:

- Competencia personal, altos estándares y tenacidad.
- Confianza en la intuición, tolerancia a los efectos negativos y fortaleza frente al estrés.

- Aceptación positiva de los cambios y relaciones seguras.
- Control.
- Influencia espiritual.

La versión que hemos utilizado consta de 25 ítems que se responden utilizando una escala de tipo Likert que va de 0 a 4. Variando estos desde “nada de acuerdo” a “totalmente de acuerdo”, esto está mal va de nunca a casi siempre donde la persona que lo lleva acabo debe contestar respecto a lo que ha sentido en el último mes.

La escala de puntuación va de 0 a 100, donde los resultados más elevados reflejan una “alta resiliencia” y las más baja sujetos con “baja resiliencia”.

9.1.2. Cuestionario COPE-28

El cuestionario COPE nace de la mano de Carver, Scheier y Weintraub, en 1989, como alternativa a otros instrumentos de medida del afrontamiento como el Ways of Coping, siguiendo el modelo teórico del estrés de Lazarus.

Con su creación se pretende lograr una formulación de ítems más precisa, además de aumentar las áreas que se evalúan en él.

Este nuevo cuestionario es multidimensional, y se crea para medir los distintos modos a través de los cuales se da respuesta al estrés.

En el artículo de investigación COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE, Morán, C., Landero, R y González, M. (2009) definen las 15 estrategias de afrontamiento, donde cada escala está dividida a su vez en dos ítems, obteniendo un total de 30 ítems para evaluar las 15 estrategias de afrontamiento:

Afrontamiento activo/ Planificación/ Apoyo instrumental/ Uso de apoyo emocional/ Autodistracción/ Desahogo/ Desconexión conductual/ Reinterpretación positiva/ Negación/Aceptación/ Religión/ Uso de sustancias/ Humor/ Autoinculpción.

Además, el Alfa de Cronbach obtenido en cada estrategia de este test fue bajo, puesto que solo contienen dos ítems, así pues, nuestro alfa de Cronabch, siendo igual de bajo, es fiable.

9.1.3. Cuestionario de Salud General (GHO-12)

El Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire) fue desarrollado por Goldberg (1972, 1978) con la intención de crear un instrumento de "screening" de los problemas afectivos (Casey, 1990). Para ello el autor se centró en la detección del malestar psicológico, más que en la identificación de categorías psicopatológicas más concretas.

En su construcción se buscó también la detección de cambios en el funcionamiento psicológico normal del sujeto. Un elemento decisivo en la construcción del cuestionario fue la selección de las áreas a sondear. Se seleccionaron cuatro:

- Depresión
- Ansiedad
- Deterioro e inadecuación social
- Hipocondría (enfaticando su aspecto de somatización).

El cuestionario de Salud General de Goldberg, consta de 12 ítems, los cuales se responden en función de cuatro opciones: “mejor que lo habitual”, “igual que lo habitual”, “menos que lo habitual”, “mucho menos que lo habitual”. Al corregir cada una de las opciones los valores que se les adjudican son los siguientes:

- Mejor que lo habitual: 0 puntos
- Igual que lo habitual: 1 punto
- Menos que lo habitual: 2 puntos
- Mucho menos que lo habitual: 3 puntos

Existen diferentes versiones del cuestionario GHQ, pero para el presente trabajo hemos optado por la más reducida compuesta por 12 ítems. La fiabilidad del cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) para población española es de 0,76 (Sánchez y Dresch, 2008).

Los ítems se pueden apreciar en el mismo cuestionario, adjunto en el anexo 14, al igual que los formatos de los otros dos cuestionarios, recogidos en los anexos 13 y 15.

9.2. FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Como podemos apreciar en la tabla 1, nuestro cuestionario CDRISC-25, el cual mide la resiliencia de la muestra, tiene una fiabilidad bastante elevada, pues supera el 0,7 del índice de Cronbach estándar, establecido por George y Mallery (2003), lo cual nos indica que los resultados obtenidos son fiables para desarrollar la investigación.

Tabla 1. Estadística Fiabilidad CDRISC25

ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD CDRISC-25	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,856	25

En cuanto al Cuestionario COPE 28, que mide las estrategias de afrontamiento utilizadas, podemos observar que la fiabilidad de este instrumento se ha de realizar, una por una, en todos los valores que bareman. En este caso, al tratarse únicamente de valores con dos ítems cada uno, las fiabilidades siempre van a ser más bajas, pero cabe destacar la fiabilidad del valor *Uso de Sustancias*, con un Alfa de Cronbach superior al 0,7, así como la fiabilidad del *Humor, religión, Apoyo Social y Desahogo*, todos ellos con un Alfa de Cronbach superior a 0,6. Por el contrario, la estrategia con menor fiabilidad sería es la de *Negación*, pues su Alfa de Cronbach está en 0,2, muy por debajo de la puntuación que indica una fiabilidad aceptable

Tabla 2. Estadísticos de fiabilidad del cuestionario COPE-28.

Estrategias de Afrontamiento	Alfa de Cronbach	Nº de elementos
Afrontamiento Activo	,517	2
Planificación	,266	2
Apoyo Emocional	,384	2
Apoyo Social	,689	2
Religión	,690	2
Reevaluación Positiva	,312	2
Aceptación	,555	2
Negación	,252	2
Humor	,699	2
Autodistracción	,328	2
Autoinculpación	,293	2
Desconexión	,312	2
Desahogo	,615	2
Uso de sustancias	,742	2

En cuanto a la fiabilidad de cuestionario utilizado para medir la salud, el GHQ-12, los estudios realizados sobre la población española han sido realizados sobre adolescentes (Lopez-Castedo y Fernández, 2005) y en mujeres después de dar a luz (Aguada, Navarro, Esteve y Ascaso, 2003). González-Romá, Peiró, Luna, Baeza, Espejo and Muñoz (2003) analizaron la estructura factorial del cuestionario en una muestra reducida de adultos españoles. En todos ellos, la muestra era superior a 150 participantes (más de 1.000 en la mayoría), y su fiabilidad según el Alfa de Cronbach era superior a 0,7. En la investigación llevada cabo por Sánchez-López y Dresch (2008), sobre la fiabilidad de este instrumento en la población española dio como resultado un 0,78 de Alfa de Cronbach.

Tabla 3. Estadística fiabilidad del cuestionario GHQ-12.

ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD GHQ-12	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,548	12

Además, nos hemos encontrado con limitaciones a la hora de analizar los resultados, pues la muestra de estudio era bastante reducida y es posible que los contenidos del test no hayan sido comprendidos correctamente. Por ello, en nuestro estudio, encontramos que el Alfa de Cronbach del este instrumento no supera el 0,55 (tabla 3), lo que nos lleva a plantearnos su nivel de fiabilidad. Podemos deducir que esta baja fiabilidad se debe al reducido número de muestra que poseemos, pero no cabe descartar la posibilidad de que también se deba a una mala interpretación por parte de la muestra de los ítems del cuestionario.

En esta escala, debemos reseñar, que la interpretación de los resultados se realiza de manera inversa, es decir, cuando más altas son las puntuaciones significa que el trabajador tiene una mayor percepción de esta enfermo; por el contrario, las puntuaciones más bajas, indican que la persona tiene una percepción muy baja de estar enferma.

10. MUESTRA

Fueron evaluados un total de 50 sujetos, de ellos el 38% eran varones y el 62% mujeres. De los 50 sujetos evaluados la media de edad fue de 40,76 años (D.T. = 11,999) siendo el sujeto de menor edad de 22 años y el mayor de 62.

De los 50 sujetos sometidos al estudio el 28% pertenecen al sector de Sanidad y Educación, el 56% al sector Servicios y el 16% al sector Industria y Construcción, con esto podemos comprobar que el sector más poblado es el de Servicios, seguido por el de Sanidad y Educación. El sector menos representativo es el de Industria y Construcción.

En cuanto la pertenencia de los sujetos a la empresa Pública y Privada, el 86% pertenecen a la empresa Privada y el 14% a la empresa Pública. En nuestra muestra, la pertenencia a la empresa Privada es muy superior a la Pública.

Respecto a la distribución de los trabajadores según el puesto de trabajo del total de los 50 sujetos; El 44% de ellos ocupan puestos de directores, jefes y profesiones universitarias, el 32% ocupan puesto de Formación Profesional o Bachillerato, y el 24% ocupan puestos de Limpieza o Peón, podemos apreciar que hay una mayor pertenencia a puestos de alta cualificación como es el caso de Dirección o licenciados, que son los más ocupados.

En lo referente al nivel de estudios o formación, de los 50 sujetos el 14% poseen los Estudios Básicos, el 28% FP o Bachillerato, y el 58% Estudios Universitarios o de Post Grado.

Según sus responsabilidades familiares de los 50 sujetos, el 56% tienen responsabilidades familiares y el otro 44% no tienen ninguna responsabilidad familiar, lo cual está bastante igualado.

11. PROCEDIMIENTO

La muestra de estudio fue seleccionada mediante un muestreo de conveniencia.

Primero se seleccionaron individuos que se encontraron realizando una actividad laboral retribuida actualmente; posteriormente se decidió escoger individuos que estuvieran presentaran responsabilidades familiares tales como hijos menores o dependientes a cargo o adultos dependientes, así como un porcentaje similar de aquellos individuos que no presentaban ningún tipo de carga familiar.

Fueron seleccionadas cerca de unos 70 individuos, todos ellos con residencia en el territorio español y en situación activa de empleo.

Al 97% se les informo sobre el presente proyecto, pero solo un 90% quiso participar en el proyecto, facilitándoles los instrumentos necesarios para poder obtener resultados.

La información fue recogida entre febrero y mayo junio de 2018.

12. ANÁLISIS Y RESULTADOS

A la hora de llevar a cabo el análisis y la obtención de resultados, hemos empleado el programa estadístico IBM SPSS (versión 24), para introducir todos los datos recogidos a través de los instrumentos empleados.

Dado que queremos resaltar los resultados más significativos y aquellos que muestren unas diferencias bastante significativas, a la hora de explicar el análisis y los resultados obtenidos, solo utilizaremos los datos más significativos, extraídos de las tablas, pudiendo observar las tablas de datos completas en el apartado de Anexos.

A continuación, analizaremos los datos obtenidos a través del programa y estableceremos unos resultados de la investigación.

Como podemos observar en la tabla 4, al correlacionar resiliencia, salud y estrategias de afrontamiento, según la información recogida en nuestra muestra, podemos apreciar que se dan varios resultados significativos, tanto positivos como negativos.

Podemos establecer que, según nuestros resultados, aquellos individuos de la muestra que han obtenido mayores puntuaciones en resiliencia, poseen una menor percepción de estar enfermo, además de que utilizan en menor medida las estrategias de afrontamiento tales como la negación, la búsqueda de desahogo y el uso de sustancia.

También podemos afirmar, que quienes presentan unas puntuaciones mayores en resiliencia, presentan una mayor reevaluación positiva de las situaciones, su capacidad para usar las estrategias de aceptación y afrontamiento activo es mayor, así como el uso de la planificación o el apoyo emocional.

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

Tabla 4. Correlación entre Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Salud

		Resiliencia
Salud	Rx	-,501**
	Sig. (bilateral)	,000
Afrontamiento Activo	Rx	,436**
	Sig. (bilateral)	,002
Planificación	Rx	,326*
	Sig. (bilateral)	,021
Apoyo Emocional	Rx	,291*
	Sig. (bilateral)	,040
Apoyo Social	Rx	-,178
	Sig. (bilateral)	,216
Religión	Rx	-,204
	Sig. (bilateral)	,154
Reevaluación Positiva	Rx	,449**
	Sig. (bilateral)	,001
Aceptación	Rx	,434**
	Sig. (bilateral)	,002
Negación	Rx	-,507**
	Sig. (bilateral)	,000
Humor	Rx	,045
	Sig. (bilateral)	,755
Autodistracción	Rx	-,160
	Sig. (bilateral)	,268
Autoinculpación	Rx	,070
	Sig. (bilateral)	,631
Desconexión	Rx	-,572**
	Sig. (bilateral)	,000
Desahogo	Rx	-,205
	Sig. (bilateral)	,153
Uso de sustancias	Rx	-,310*
	Sig. (bilateral)	,029

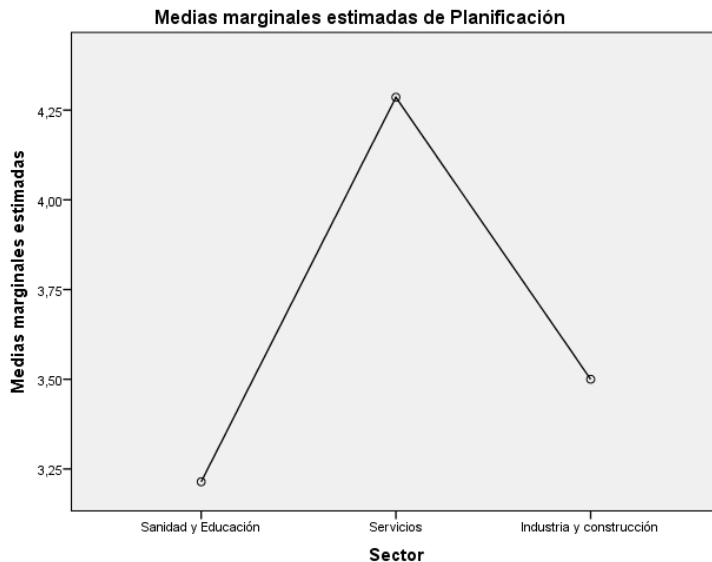
En lo referente al uso de unas estrategias u otras, según el sector de actividad en el cual se desempeñe la actividad laboral, hemos encontrado varios resultados significativos que se muestran a continuación en la tabla 5.

Encontramos diferencias significativas en cuanto a las estrategias de planificación y humor.

En la estrategia de humor, como se puede observar claramente en el gráfico 2, la comparación del sector sanidad y educación con el sector servicios da unos resultados

donde se muestra, puesto que las puntuaciones medias de sector servicios son claramente superiores a las registradas en el sector sanidad y educación, que los trabajadores de este sector usan más la estrategia del humor para afrontar situaciones difíciles, que los miembros del sector sanidad.

Gráfico 1. Diferencias en Planificación en función del sector.



También se ve en la comparación entre el sector sanidad y el sector industria, donde las puntuaciones más bajas siguen siendo las de los individuos pertenecientes al sector de sanidad y educación, si bien, la diferencia entre estos es menor que en la comparativa anterior.

En la estrategia de afrontamiento planificación, se puede apreciar la diferencia entre los sectores sanidad y educación y servicios. Como se puede ver en el gráfico 1 la puntuación media de los individuos que componen el sector servicios es significativamente superior a la que obtienen los sujetos del sector sanidad y educación. Se pueden ver las puntuaciones medias en la tabla 11 del anexo 1.

Gráfico 2. Diferencias en Humor según el sector.

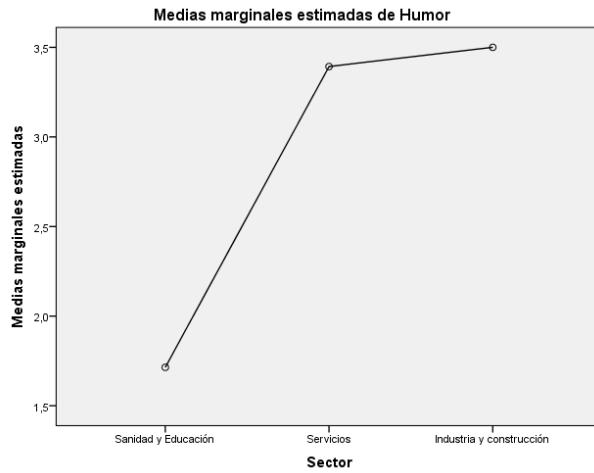


Tabla 5. Diferencias en función del sector en las estrategias de Afrontamiento

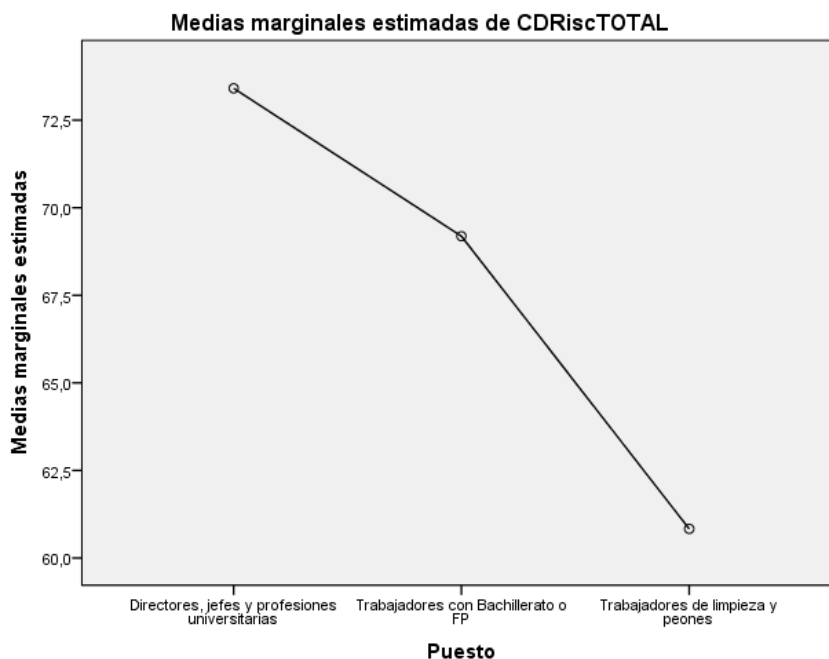
ANÁLISIS MULTIVARIANTE					
Variable dependiente	(I) Sector	(J) Sector	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Planificación	Sanidad y Educación	Servicios	-1,07*	,416	,013
		Industria y construcción	-,29	,564	,615
	Servicios	Sanidad y Educación	1,07*	,416	,013
		Industria y construcción	,79	,510	,130
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	,29	,564	,615
		Servicios	-,79	,510	,130
Humor	Sanidad y Educación	Servicios	-1,68*	,543	,003
		Industria y construcción	-1,79*	,736	,019
	Servicios	Sanidad y Educación	1,68*	,543	,003
		Industria y construcción	-,11	,666	,873
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	1,79*	,736	,019
		Servicios	,11	,666	,873
Se basa en las medias observadas.					
El término de error es la media cuadrática(Error) = 2,057.					
*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05.					

Por otro lado, y como se puede observar en la tabla 6, al realizar la correlación si existen diferencias significativas en resiliencia y salud en función del puesto, hemos hallado diferencias significativas en cuanto a la resiliencia.

Al comparar las puntuaciones obtenidas por directores, jefes y profesionales universitarios con las obtenidas por aquellos que desempeñan puestos de limpieza y peonaje, podemos observar que son los primeros quienes obtienen las puntuaciones más altas, mostrando así una mayor presencia de la capacidad de resiliencia.

En cuanto a la comparativa de la salud, no se han obtenido diferencias significativas en nuestra muestra, lo que indica que, en este estudio, el sector de actividad no influye de manera apreciable en la percepción de salud del individuo.

Gráfico 3. Diferencias en función del puesto en Resiliencia y Salud



Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

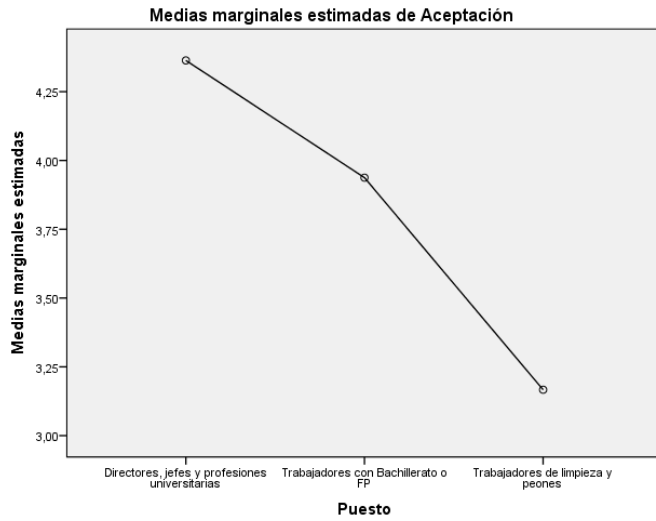
Tabla 5. Diferencias en función del puesto en Resiliencia y Salud.

Variable dependiente	(I) Puesto	(J) Puesto	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Resiliencia	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	4,22	3,854	,279
		Trabajadores de limpieza y peones	12,58*	4,209	,004
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	-4,22	3,854	,279
		Trabajadores de limpieza y peones	8,35	4,479	,068
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-12,58*	4,209	,004
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-8,35	4,479	,068
Salud	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	-,17	1,337	,899
		Trabajadores de limpieza y peones	,45	1,460	,757
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	,17	1,337	,899
		Trabajadores de limpieza y peones	,63	1,553	,689
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-,45	1,460	,757
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-,63	1,553	,689

Al analizar el uso de estrategias de afrontamiento en relación con el puesto de trabajo de los individuos, hemos obtenido varios resultados significativos,

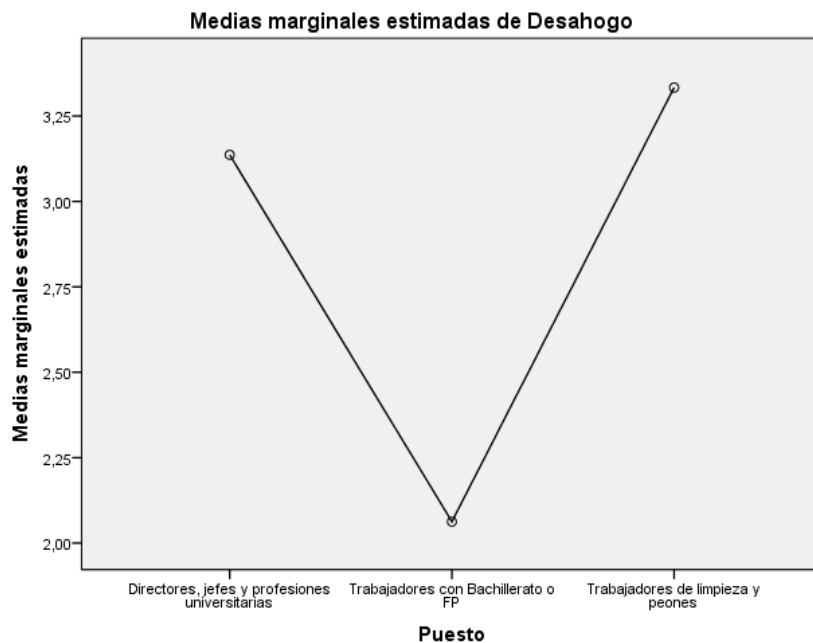
Comenzaremos por el resultado más significativo, visible en el gráfico 4, en el se ve como las puntuaciones obtenidas en la estrategia de aceptación son muy superiores en los trabajadores que pertenecen a puestos de dirección y jefes, que en aquellos individuos que desarrollan su labor en puestos de limpieza y peonaje.

Gráfico 4. Diferencias en aceptación en función del puesto.



El otro resultado claramente significativo lo encontramos en la estrategia de desahogo, donde la diferencia se presenta entre trabajadores con puestos de limpieza o peonaje y aquellos que desempeñan puestos de categoría FP o Bachillerato, en esta estrategia son estos primeros quienes presentan unas puntuaciones marginales medias muy superiores al resto, las cuales podemos observar en el gráfico 5.

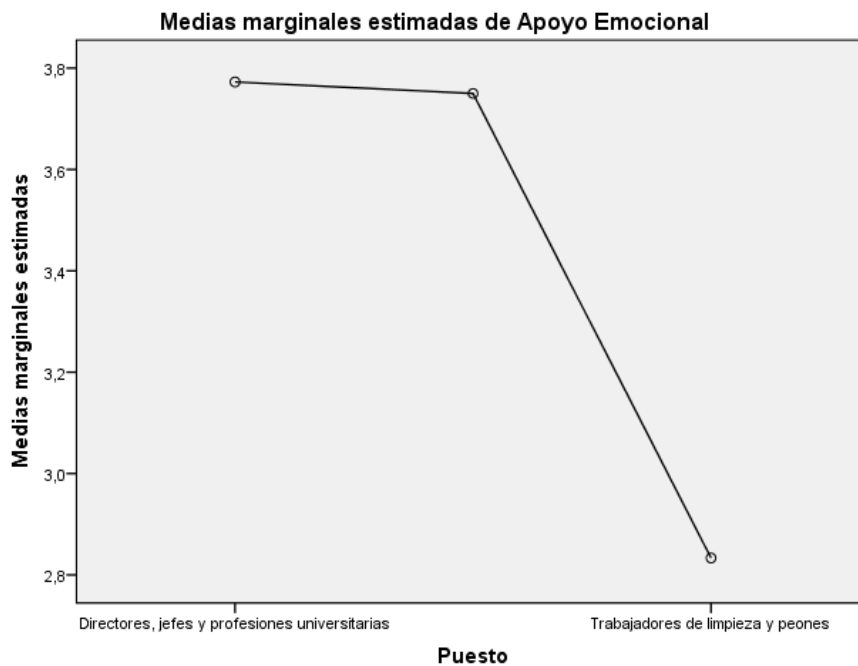
Gráfico 5. Diferencias en desahogo en función del puesto.



Además, podemos observar varias tendencias, que son aquellos resultados que superan ligeramente el límite de la significación bilateral (0,05), pero son lo suficientemente bajos como para tomarlos en cuenta. Dichas tendencias se encuentran en las estrategias de apoyo emocional y desahogo; en la primera se ve una tendencia de los trabajadores de puestos de limpieza y peonaje, donde sus puntuaciones medias son bajas en comparación con los individuos de puestos directivos.

En cuanto a la tendencia en la estrategia de desahogo, esta se ve reflejada en las puntuaciones obtenidas por los trabajadores de puestos directivos, que presentan unas puntuaciones superiores a las de aquellos que desempeñan su trabajo en puestos de FP o Bachillerato.

Gráfico 6. Diferencias en apoyo emocional en función del puesto.



Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

Tabla 6. Diferencias en función del Puesto en las Estrategias de Afrontamiento

Variable dependiente	(I) Puesto	(J) Puesto	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Apoyo Emocional	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	,02	,430	,958
		Trabajadores de limpieza y peones	,94	,470	,051
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	-,02	,430	,958
		Trabajadores de limpieza y peones	,92	,500	,073
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-,94	,470	,051
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-,92	,500	,073
Aceptación	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	,43	,433	,330
		Trabajadores de limpieza y peones	1,20*	,473	,015
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	-,43	,433	,330
		Trabajadores de limpieza y peones	,77	,503	,132
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-1,20*	,473	,015
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-,77	,503	,132
Desahogo	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	1,07	,538	,052
		Trabajadores de limpieza y peones	-,20	,588	,739
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	-1,07	,538	,052
		Trabajadores de limpieza y peones	-1,27*	,626	,048
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	,20	,588	,739
		Trabajadores con Bachillerato o FP	1,27*	,626	,048

Para finalizar, al analizar si existen diferencias significativas en función de la formación de los participantes en resiliencia y salud, tabla 8, hemos obtenido que los individuos con mayor puntuación en resiliencia son aquellos que tienen estudios Universitarios o de postgrado, mientras que los individuos que menor puntuación medio presentan son los trabajadores con un nivel de estudios básicos, lo que plantea una relación directa entre el nivel de estudios y la resiliencia, pues cuanto mayor sea tu nivel de estudios mayor será tu capacidad resiliente, gráfico 7.

Gráfico 7. Diferencias en Resiliencia en función de la formación.

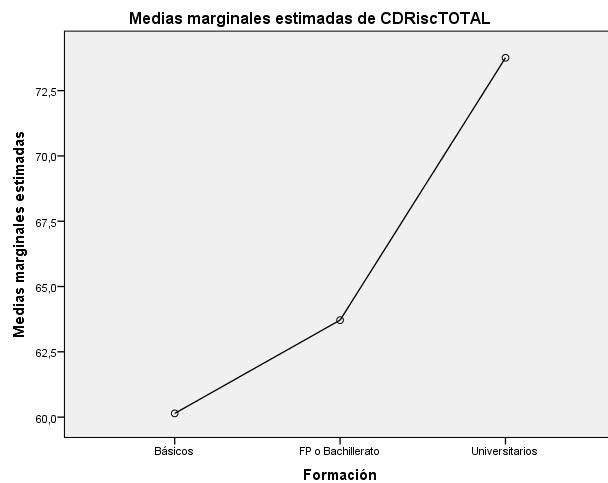


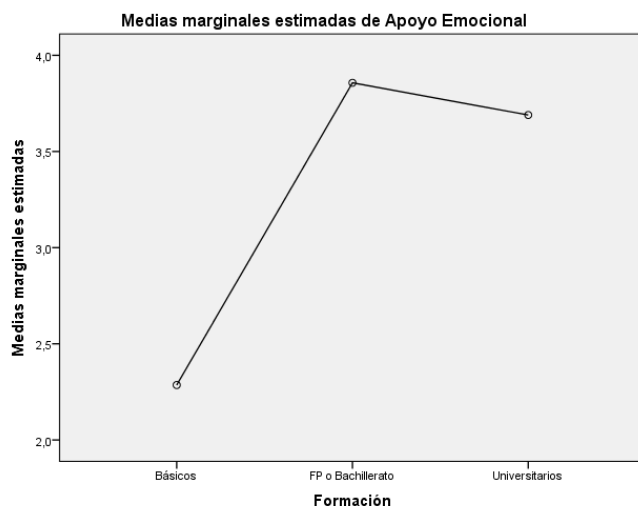
Tabla 7. Diferencias en función de la formación en resiliencia y salud.

Comparaciones múltiples					
Variable dependiente	(I) Formación	(J) Formación	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Resiliencia	Básicos	FP o Bachillerato	-3,57	5,272	,501
		Universitarios	-13,62*	4,796	,007
	FP o Bachillerato	Básicos	3,57	5,272	,501
		Universitarios	-10,04*	3,707	,009
	Universitarios	Básicos	13,62*	4,796	,007
		FP o Bachillerato	10,04*	3,707	,009
Salud	Básicos	FP o Bachillerato	1,36	1,839	,464
		Universitarios	2,47	1,673	,146
	FP o Bachillerato	Básicos	-1,36	1,839	,464
		Universitarios	1,12	1,293	,393
	Universitarios	Básicos	-2,47	1,673	,146
		FP o Bachillerato	-1,12	1,293	,393

Finalmente, el último análisis de comparaciones múltiples que hemos llevado a cabo ha sido entre el nivel de formación y la utilización de estrategias de afrontamiento, en la cual hemos obtenido los siguientes resultados:

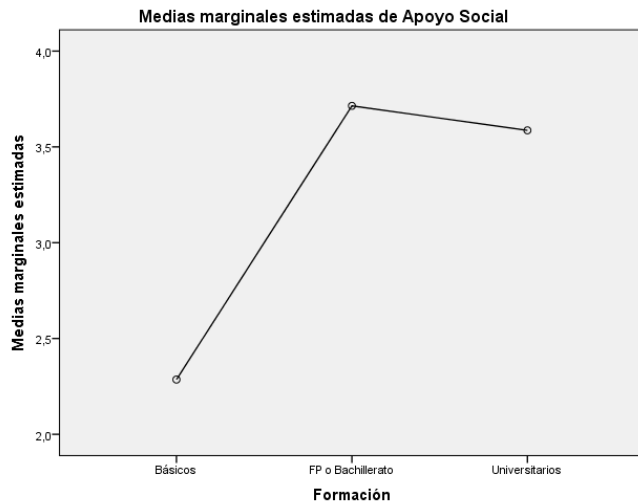
El resultado más significativo se da en la estrategia de apoyo emocional, donde las puntuaciones más altas han sido obtenidas por aquellos individuos que tienen una formación media en FP o Bachiller, esto indica que utilizan esta estrategia más que el resto, seguidos en puntuación media por los trabajadores con estudios básicos, y siendo los individuos con estudios universitarios los que menos utilizan esta estrategia de afrontamiento.

Gráfico 8. Diferencia en apoyo emocional según la formación



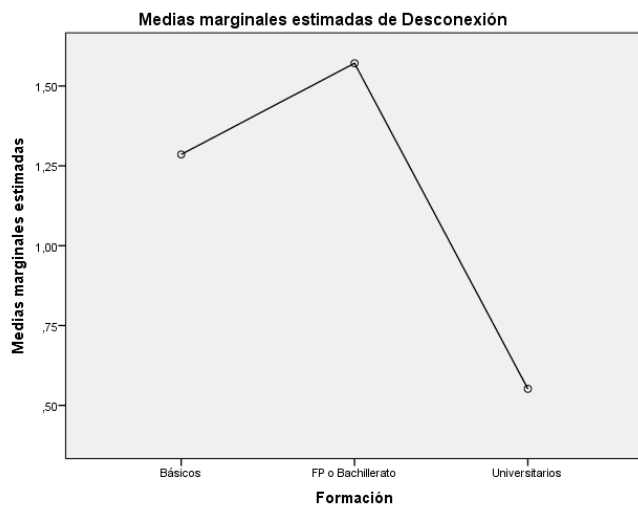
El siguiente resultado más significativo se da en la estrategia de apoyo social, donde las puntuaciones se repiten, al igual que en la estrategia anteriormente analizada, las más altas han sido obtenidas por aquellos individuos que tienen una formación media en FP o Bachiller, esto indica que utilizan esta estrategia más que el resto, seguidos en puntuación media por los trabajadores con estudios básicos, y siendo los individuos con estudios universitarios los que menos utilizan esta estrategia de afrontamiento.

Gráfico 9. Diferencias en apoyo social en función de la formación



El último resultado significativo se da en la estrategia de desconexión, donde son los trabajadores con un nivel de estudios FP o bachiller quienes más puntuación media obtienen, en comparación con los de nivel Universitario o de post grado.

Gráfico 10. Diferencias en desconexión en función de la formación.



Y para finalizar, nos encontramos con una tendencia, en cuanto a la estrategia de aceptación, que nos indica que son los individuos con nivel de estudios Universitarios, quienes obtienen puntuaciones medias más altas, y por tanto quienes tienden a llevar a cabo más veces esta estrategia que aquellos con niveles formativos más bajos.

Gráfico 11. Tendencia en aceptación en función de la formación.

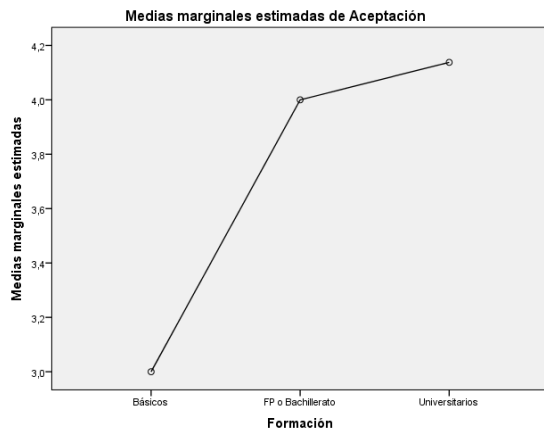


Tabla 8. Diferencias en función de la formación en las estrategias de afrontamiento

Comparaciones múltiples					
Variable dependiente	(I) Formación	(J) Formación	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Apoyo Emocional	Básicos	FP o Bachillerato	-1,57*	,586	,010
		Universitarios	-1,40*	,533	,011
	FP o Bachillerato	Básicos	1,57*	,586	,010
		Universitarios	,17	,412	,686
	Universitarios	Básicos	1,40*	,533	,011
		FP o Bachillerato	-,17	,412	,686
Apoyo Social	Básicos	FP o Bachillerato	-1,43*	,631	,028
		Universitarios	-1,30*	,574	,028
	FP o Bachillerato	Básicos	1,43*	,631	,028
		Universitarios	,13	,444	,774
	Universitarios	Básicos	1,30*	,574	,028
		FP o Bachillerato	-,13	,444	,774
Aceptación	Básicos	FP o Bachillerato	-1,00	,624	,116
		Universitarios	-1,14	,568	,051
	FP o Bachillerato	Básicos	1,00	,624	,116
		Universitarios	-,14	,439	,755
	Universitarios	Básicos	1,14	,568	,051
		FP o Bachillerato	,14	,439	,755
Desconexión	Básicos	FP o Bachillerato	-,29	,675	,674
		Universitarios	,73	,614	,238
	FP o Bachillerato	Básicos	,29	,675	,674
		Universitarios	1,02*	,475	,037
	Universitarios	Básicos	-,73	,614	,238
		FP o Bachillerato	-1,02*	,475	,037

Como aclaración final, y puesto que para que se den relaciones significativas es necesario que, en el análisis, la significación bilateral (sig.bilateral) sea menor o igual a 0,05, podemos concluir que en varias de nuestras comparaciones no se han obtenido resultados significativos, es decir no hemos hallado diferencias resaltables entre unos aspectos y otros al analizar los datos, por ello hemos decidido excluir el análisis de esos datos, procediendo únicamente con su mención.

Dichos resultados no significativos han sido obtenidos al realizar las siguientes comparativas:

- **Diferencias en función de las responsabilidades familiares en Resiliencia, Afrontamiento y Salud.** Los datos obtenidos nos indican que en nuestra muestra no existen diferencias significativas, entre personas con responsabilidades o sin ellas, en cuestión de resiliencia, estrategias de afrontamiento y salud.
- **Diferencias en función del sexo en Resiliencia, Afrontamiento y Salud.** En nuestra muestra no se encuentran diferencias significativas según un sexo u otro.
- **Diferencias en función del Sector en Resiliencia y Salud.** Al analizar nuestra muestra en busca de diferencias según el sector de trabajo, los resultados no muestran diferencias, lo que implica que el sector de trabajo no influye en la capacidad de resiliencia ni en la salud de nuestra muestra.

13. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta todo lo analizado anteriormente y valorando los objetivos que hemos establecido, podemos concluir:

En referencia a nuestro objetivo principal, realizar una comparación entre trabajadores que tienen a cargo familiares dependientes y aquellos que no poseen ninguna sobrecarga familiar, para poder comprobar si se dan diferencias evidentes en sus estrategias de afrontamiento, resiliencia y en su salud general, podemos concluir que en dicha comparación de los individuos de nuestra muestra, no hemos hallado diferencias significativas relacionadas con poseer o no carga familiares, si bien es cierto que la muestra está limitada en número.

En cuanto a los objetivos más teóricos, profundizar en el constructo de la resiliencia, y ahondar en el concepto de afrontamiento, hemos podido ver a lo largo del marco teórico que el concepto de resiliencia no está globalizado, y es interpretado de muy diversas formas dependiendo de cada autor. Además, hemos observado que las fuentes para acceder a estos contenidos son en su mayoría de autores extranjeros, de habla inglesa principalmente, suponiendo una limitación importante para poder armonizar una única definición. Algunos autores la consideran como un rasgo psicológico, otros la consideran un proceso de afrontamiento y otros consideran que es la capacidad de superarse y un proceso de adaptación ante situaciones adversas. Con el análisis de estas diversas perspectivas hemos podido extraer una clara conclusión, poseer un mejor conocimiento del concepto de resiliencia y adaptar el mismo a las necesidades que ocupa nuestro trabajo, concluyendo con la definición de resiliencia como la capacidad de los individuos para enfrentarse a una situación adversa, superarla y desarrollar un aprendizaje o fortalecimiento positivo derivado de ello.

Por otro lado, la definición de afrontamiento al contrario que la de la resiliencia si esta globalizada y esa definición es la siguiente; el afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona.

Continuando en base a los objetivos formulados, también podemos hablar sobre los resultados obtenidos del objetivo 7. *“Analizar si existen diferencias entre el grupo trabajadores con familiares dependientes y en el grupo de trabajadores sin cargas familiares en resiliencia, afrontamiento y salud.”*. En nuestra muestra no se han hallado diferencias significativas en resiliencia, afrontamiento o salud según la variable de tener responsabilidades o cargas familiares, o no poseerlas, mientras se desarrolla una actividad laboral remunerada ajena a dicho cuidado.

En relación con las comparativas entre resiliencia y salud y resiliencia y estrategias de afrontamiento, de los objetivos 5 y 6, *“Estudiar la relación entre la resiliencia y la salud y Conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y la salud”*, hemos podido comprobar que las personas que muestran una mayor puntuación en resiliencia, es decir son más resilientes, tienen una visión más positiva de su estado de salud, siendo los

resultados de este cuestionario más bajos, y además suelen utilizar menos las estrategias de afrontamiento como negación, desconexión o uso de sustancias (todas ellas estrategias de afrontamiento no adaptativas) y sin embargo emplean más las estrategias de afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, reevaluación positiva y aceptación (estrategias de afrontamiento adaptativas).

Y finalmente, hemos descubierto que las variables demográficas que más influyen en salud, resiliencia y afrontamiento, son el nivel de estudios, el sector de actividad y el puesto que se desempeña. En cuanto a la formación, mientras más alto es el nivel de estudios, las puntuaciones en resiliencia son mayores y las estrategias de afrontamiento más utilizadas son aquellas consideradas adaptativas: apoyo emocional, apoyo social y aceptación.

En el caso del sector, nos encontramos con que los trabajadores que pertenecen al sector de limpieza y peones son los que más utilizan la estrategia del humor para afrontar las adversidades, y los del sector de sanidad y servicios, utilizan más la planificación.

13.1. LIMITACIONES

A la hora de llevar a cabo este proyecto nos hemos encontrado con varias limitaciones. La principal se ha dado en el momento de entregar test y conseguir una muestra abundante, pues al estar la alumna en otra ciudad y teniendo unos recursos limitados para encontrar trabajadores dispuestos a colaborar, el número de la muestra ha sido reducido, no obstante, los datos obtenidos arrojan algunos resultados interesantes con lo que poder seguir trabajando y ampliando en investigaciones posteriores.

Pensamos que en posteriores investigaciones habría que ampliar la muestra para que los análisis estadísticos fueran más potentes.

Concluir este trabajo añadiendo, que ha sido la primera investigación que he llevado a cabo, la primera toma de contacto con elementos tales como test, cuestionarios o tablas demográficas, y que, a pesar de la limitación de la muestra, considero que el tema principal del trabajo puede continuar desarrollándose y con una muestra mayor, se podrían lograr unos resultados atractivos para los investigadores

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Barraca, J., Artola T., (2006), La inadaptación social desde un enfoque operativo, *EduPsykhé*, 5 (1)
- Bartelt, D.W. (1994). On resilience: Questions of validity. Wang, M. C., y Gordon, E. W. (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (97-108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Becoña Iglesias, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 11(3), 125-146.
- Becoña, E. (2006). *Resiliencia y consumo de drogas: una revisión*. Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2891/289122034010/>
- Benight, C. C., Ironson, G., Kelli, K., Carver, C. S., Wynings, C., Burnett, K.,... Schneiderman, N. (1998). Conservation of resources and coping self-efficacy predicting distress following a natural disaster: a casual model analysis where the environment meets the mind. *Anxiety, Stress, and Coping*, 12(2). Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10615809908248325>. El 28 de Abril de 2018.
- Bert, C. (2006). *La fratrie à l'épreuve du handicap*. Ramonville Saint-Agne: Erés.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocolo is too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C., Scheier, M., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill.
- Connor, K., y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 18(2), 76-82.

- Cuellar Flores, I. (2013). *Cuidado familiar y estilos de personalidad: análisis a través de un modelo de afrontamiento de estrés* (Tesis inédita de doctorado). Universidad Complutense, Madrid.
- Cyrułnik B. (2001). *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia*. Barcelona: Ediciones Juan Granica.
- Fergus, S., y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*.
- Fernández-Lansac, V., y Crespo, L. M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clínica y Salud, 22*(1), 21-40.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En Fernández-Abascal, E. G., Palmero, F., Chóliz, M., y Martínez, F. (Eds.). *Cuadernos de prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Fínez, M. J. (2017). Resiliencia y afrontamiento en trabajadores españoles. En J. C. Núñez y cols. (Coords.). *Psicología y educación para la salud*. (299-305). Oviedo: Scinfoper.
- Fínez, M. J., y García, A. J. (2012). Relación entre la resiliencia personal y las estrategias de afrontamiento en estudiantes. *Journal of developmental and educational psychology, 4*(1), 111-116.
- Fínez, M. J., y Morán, M. C. (2014). Resiliencia y autoconcepto: su relación con el cansancio emocional en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 6*(1), 289-295.
- Fínez, M. J., y Morán, M. C. (2015). La resiliencia y su relación con salud y ansiedad en estudiantes españoles. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(1), 409-416.
- Fínez, M. J., y Morán, M. C. (2017). Resiliencia y autovaloraciones esenciales: estudio comparativo en adolescentes y jóvenes. *Psychology, Society, & Education, 9*(3), 347-356.

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., y Gruen, R. J. (1986). Dynamics of Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992- 1003.
- García Calvente, M. M., Mateo Rodríguez, I., y Gutiérrez Cuadra, Pilar, (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Investigación cuantitativa*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.
- García Calvente, M., Mateo Rodríguez, I., y Eguiguren, A. P, (2004). El cuidador informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 132-139.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. En Stevenson, J. E. (Ed.). *Recent research in developmental psychopathology* (213-233). Nueva York: Pergamon Press.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 459-466.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31, 416-430.
- George, D. y Mallery, P. (2003). *spss for Windows step by step: A Simple Guide and Reference. 11.0 Update* (4.a ed.). Boston: Allyn & Bacon
- Gil, S. (2005). Coping style in predicting posttraumatic stress disorder among Israeli students. *Anxiety, Stress and Coping*. 18(4), Recuperado de <https://www.tandfonline.com/toc/gasc20/18/2?nav=tocList>. El 2 de junio de 2018
- González, E. y Morales, J. (1996). Análisis del Desamparo y Conflicto Social. En E. Morales (Ed.), *Menores en Desamparo y Conflicto Social*. Madrid: CCS.
- Grad, J., y Sainsbury, P. (1963). Mental Illness and the family. *Lance*, 1, 544-7.
- Hobfoll, S. E. (2001). Social and Psychological resource and adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307-324.
- IMSERSO (1995). *Cuidados en la Vejez. El apoyo Informal*. Madrid. IMSERSO. Recuperado de http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm el 20 de mayo de 2018.

IMSERSO (1999). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999*. Madrid. IMSERSO, Recuperado de http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm el 20 de mayo de 2018.

IMSERSO (2002). *Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm el 20 de mayo de 2018

IMSERSO (2004). *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de http://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/informes_anuales/informe_anual_2005/index.htm el 20 de mayo de 2018

IMSERSO (2004). *Libro blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf> el 20 de mayo de 2018

IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidado_sppmmhogares.pdf el 20 de mayo de 2018

IMSERSO (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/edad_2008/index.htm el 20 de mayo de 2018

IMSERSO (2009). *Encuesta de Mayores 2009 para el Libro Blanco*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf el 20 de mayo de 2018

Instituto Nacional de la Salud Mental (2009). *Depresión*. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf el 20 de mayo de 2018

Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.

- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., y Gruen, S. (1985) Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770-779
- Luthar, S. S. (Ed.) (2003). *Resilience and Vulnerability. Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. United States of America, Cambridge University Press.
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marks, I., y Lader, M. (1973). Anxiety states (anxiety neurosis): A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 3-16.
- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlooks for the generation of researchers. En Glantz, M., y Johnson, J. (Eds.). *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. USA: Kluwer Academic Publishers; 281-296.
- McCubbin, H. I., y Patterson, J. M. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. En McCubbin, H. I., Sussman, M. B., y Patterson, J. M. (Eds.). *Social stress and the family*. Nueva York: Haworth, 7-37.
- McCubbin, M. A., y McCubbin, H. I. (1987). Family stress theory and assessment: the T-double ABCX model of family adjustment and adaptation. En McCubbin, H. I., y Thompson, A. I. (Eds.) *Family Assessment Inventories for Research and Practice*. Madison, WI: University of Wisconsin-Madison, 1-32.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales (eds.), 2005, Libro Blanco de atención a las personas en estado de dependencia en España, *instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)* Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf> el 3 de Mayo de 2018
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., y Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Objective and Subjective Burden. *Family Relations*, 34, 9-26.
- Morán, C. (2009). *Estrés, Burnout y Mobbing. Recursos y estrategias de afrontamiento*. Salamanca: Amarú.

- Morán, C., Landero, R., y González, M. (2009). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Olsson, C.A., Bond, L., Bums, J.M., Vella-Brodrick, D.A. y Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11.
- OMS (2005) *Informe sobre la salud en el mundo 2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Oramas Viera, A. (2015). *Estrés laboral y síndrome de Burnout en docentes cubanos de enseñanza primaria*. Editorial Universitaria. Recuperado de <http://ebookcentral.proquest.com/lib/univcomplutensesp/detail.action?docID=4183693> el 12 de junio de 2018.
- Parker, J. D. A., y Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6(5), 321-344.
- Pastorelli, V., Bañón González, S. M., Trigo Campoy, A., Carballeda, J. M., y González Vallejo, J. V. (2011). Transtorno hipocondríaco. *Psiquiatria.com*, 15-61. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/4827>
- Piccini Larco, A. T. (2016). *Conciliación de la vida laboral y el cuidado de mayores dependientes* (Tesis inédita de doctorado). Universidad Complutense, Madrid.
- Platt, S., y Hirsch, S. (1981). The effects of brief hospitalization upon the psychiatric patient's household. *Acta Psiquiatrica Scandinavica*, 64(3), 199-216.
- Real Academia Española. (2017). *Diccionario de la lengua española* (30ª ed.). Madrid, España: Autor. Recuperado de <http://www.rae.es> el 18 de junio de 2018.
- Reich, J. W., Zautra, A. J., y Hall, J. S. (Eds.). (2010). *Handbook of adult resilience*. New York: The Guilford Press.
- Richardson, G. E., Nigier, B. L., Jensen, S., y Kumpfer, K. L. (1990). The resilience model. *Health Education*, 21, 33-39.
- Rutter M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*. 14(8), 626-631.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.

- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience an protective mechanism. En Rolf, J., Masten, A. S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K. H., y Weintraub, S. (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (181-214). Nueva York: Cambridge University Press.
- Sierra, J. C. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar e subjetividade* 3(1), 0-59.
- Staats, A. W. (1981). Paradigmatic behaviorism unified theory, unified construction and the zeitgeist of separatism. *American Psychologist*, 36, 239-256.
- Suls, J., David, J. P., y Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of personality*, 64(4), 711-735.
- Tarter, R. E., y Vanyukov, M. (1999). Re-visiting the validity of the construct of resilience. En Glantz, M. D., y Johnson, J. L. (Eds.). *Resilience and development. Positive live adaptations* (85-100). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Tarter, R.E. y Vanyukov, M. (1999). Re-visiting the validity of the construct of resilience. En M.D. Glantz y J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive Ufe adaptations* (pp. 85-100). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Wagnild, G. M., y Young, H. M. (1993) Development and psychometric. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., y Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26, 260-266.

ANEXOS

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

Anexo 1

Tabla 9. Análisis multivariante en función del sector

SECTOR					
Variable dependiente	Sector	Media	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Resiliencia	Sanidad y Educación	67,214	3,396	60,383	74,046
	Servicios	70,321	2,401	65,491	75,152
	Industria y construcción	67,750	4,492	58,713	76,787
Salud	Sanidad y Educación	16,929	1,075	14,767	19,091
	Servicios	15,500	,760	13,971	17,029
	Industria y construcción	15,500	1,422	12,640	18,360
Afrontamiento Activo	Sanidad y Educación	4,857	,303	4,248	5,466
	Servicios	4,893	,214	4,462	5,323
	Industria y construcción	4,625	,400	3,820	5,430
Planificación	Sanidad y Educación	3,214	,340	2,530	3,898
	Servicios	4,286	,240	3,802	4,769
	Industria y construcción	3,500	,450	2,595	4,405
Apoyo Emocional	Sanidad y Educación	4,000	,358	3,280	4,720
	Servicios	3,393	,253	2,884	3,902
	Industria y construcción	3,250	,473	2,298	4,202
Apoyo Social	Sanidad y Educación	3,214	,383	2,444	3,985
	Servicios	3,607	,271	3,062	4,152
	Industria y construcción	3,250	,507	2,231	4,269
Religión	Sanidad y Educación	1,857	,444	,963	2,751
	Servicios	1,393	,314	,761	2,025
	Industria y construcción	1,750	,588	,568	2,932
Reevaluación Positiva	Sanidad y Educación	3,000	,388	2,220	3,780
	Servicios	3,857	,274	3,306	4,409
	Industria y construcción	3,750	,513	2,718	4,782
Aceptación	Sanidad y Educación	4,071	,375	3,318	4,825
	Servicios	3,929	,265	3,396	4,461
	Industria y construcción	3,750	,495	2,753	4,747
Negación	Sanidad y Educación	1,286	,472	,336	2,236
	Servicios	1,464	,334	,793	2,136
	Industria y construcción	1,875	,625	,618	3,132
Humor	Sanidad y Educación	1,714	,444	,822	2,607
	Servicios	3,393	,314	2,762	4,024
	Industria y construcción	3,500	,587	2,319	4,681
Autodistracción	Sanidad y Educación	3,643	,411	2,816	4,469

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

	Servicios	3,071	,291	2,487	3,656
	Industria y construcción	2,500	,544	1,407	3,593
Autoinculpación	Sanidad y Educación	2,071	,412	1,243	2,900
	Servicios	2,893	,291	2,307	3,479
Desconexión	Industria y construcción	3,000	,545	1,904	4,096
	Sanidad y Educación	1,429	,394	,636	2,221
Desahogo	Servicios	,571	,279	,011	1,132
	Industria y construcción	1,375	,521	,326	2,424
Uso de sustancias	Sanidad y Educación	2,714	,456	1,798	3,631
	Servicios	2,714	,322	2,066	3,362
	Industria y construcción	3,500	,603	2,288	4,712
	Sanidad y Educación	,214	,383	-,557	,985
	Servicios	,643	,271	,098	1,188
	Industria y construcción	1,375	,507	,355	2,395

Anexo 2

Tabla 10, Análisis multivariante en función del puesto

PUESTO					
Variable dependiente	Puesto	Media	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Resiliencia	Directores, jefes y profesiones univers.	73,409	2,501	68,379	78,440
	Trabajadores con Bachillerato o FP	69,188	2,932	63,289	75,086
	Trabajadores de limpieza y peones	60,833	3,386	54,022	67,645
Salud	Directores, jefes y profesiones univers.	15,955	,867	14,210	17,699
	Trabajadores con Bachillerato o FP	16,125	1,017	14,079	18,171
	Trabajadores de limpieza y peones	15,500	1,174	13,138	17,862
Afrontamiento Activo	Directores, jefes y profesiones univers.	5,045	,234	4,575	5,516
	Trabajadores con Bachillerato o FP	4,938	,274	4,386	5,489
	Trabajadores de limpieza y peones	4,333	,317	3,696	4,970
Planificación	Directores, jefes y profesiones univers.	4,227	,281	3,662	4,792

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

	Trabajadores con Bachillerato o FP	3,750	,329	3,088	4,412
	Trabajadores de limpieza y peones	3,333	,380	2,568	4,098
Apoyo Emocional	Directores, jefes y profesiones univers.	3,773	,279	3,211	4,334
	Trabajadores con Bachillerato o FP	3,750	,327	3,092	4,408
	Trabajadores de limpieza y peones	2,833	,378	2,073	3,594
Apoyo Social	Directores, jefes y profesiones univers.	3,455	,304	2,842	4,067
	Trabajadores con Bachillerato o FP	3,688	,357	2,969	4,406
	Trabajadores de limpieza y peones	3,083	,412	2,254	3,912
Religión	Directores, jefes y profesiones univers.	1,273	,352	,564	1,982
	Trabajadores con Bachillerato o FP	1,813	,413	,981	2,644
	Trabajadores de limpieza y peones	1,833	,477	,873	2,793
Reevaluación Positiva	Directores, jefes y profesiones univers.	3,636	,315	3,003	4,270
	Trabajadores con Bachillerato o FP	3,875	,369	3,132	4,618
	Trabajadores de limpieza y peones	3,167	,426	2,309	4,024
Aceptación	Directores, jefes y profesiones univers.	4,364	,281	3,798	4,929
	Trabajadores con Bachillerato o FP	3,938	,330	3,274	4,601
	Trabajadores de limpieza y peones	3,167	,381	2,401	3,932
Negación	Directores, jefes y profesiones univers.	1,364	,378	,603	2,124
	Trabajadores con Bachillerato o FP	1,500	,443	,608	2,392
	Trabajadores de limpieza y peones	1,667	,512	,637	2,696
Humor	Directores, jefes y profesiones univers.	2,909	,392	2,121	3,697

**Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia,
afrentamiento y salud en trabajadores españoles.**

	Trabajadores con Bachillerato o FP	2,938	,459	2,013	3,862
	Trabajadores de limpieza y peones	3,000	,531	1,933	4,067
Autodistracción	Directores, jefes y profesiones univers.	3,136	,338	2,457	3,816
	Trabajadores con Bachillerato o FP	3,188	,396	2,391	3,984
	Trabajadores de limpieza y peones	3,083	,457	2,163	4,003
Autoinculpación	Directores, jefes y profesiones univers.	2,818	,335	2,144	3,492
	Trabajadores con Bachillerato o FP	2,813	,393	2,023	3,602
	Trabajadores de limpieza y peones	2,250	,453	1,338	3,162
Desconexión	Directores, jefes y profesiones univers.	,591	,320	-,052	1,234
	Trabajadores con Bachillerato o FP	1,125	,375	,371	1,879
	Trabajadores de limpieza y peones	1,333	,433	,462	2,204
Desahogo	Directores, jefes y profesiones univers.	3,136	,349	2,434	3,839
	Trabajadores con Bachillerato o FP	2,063	,410	1,238	2,887
	Trabajadores de limpieza y peones	3,333	,473	2,382	4,285
Uso de sustancias	Directores, jefes y profesiones univers.	,591	,315	-,043	1,225
	Trabajadores con Bachillerato o FP	,813	,370	,069	1,556
	Trabajadores de limpieza y peones	,500	,427	-,359	1,359

Anexo 3

Tabla 11. Análisis multivariante en función de la formación

FORMACIÓN					
Variable dependiente	Formación	Media	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Resiliencia	Básicos	60,143	4,305	51,483	68,803
	FP o Bachillerato	63,714	3,044	57,591	69,838
	Universitarios	73,759	2,115	69,504	78,013
Salud	Básicos	17,714	1,502	14,693	20,735
	FP o Bachillerato	16,357	1,062	14,221	18,493
	Universitarios	15,241	,738	13,757	16,726

Anexo 4

Tabla 12. Análisis multivariante en función de la formación

Formación					
Variable dependiente	Formación	Media	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Afrontamiento Activo	Básicos	5,143	,423	4,291	5,995
	FP o Bachillerato	4,571	,299	3,969	5,174
	Universitarios	4,897	,208	4,478	5,315
Planificación	Básicos	3,429	,508	2,407	4,450
	FP o Bachillerato	3,643	,359	2,921	4,365
	Universitarios	4,069	,249	3,567	4,571
Apoyo Emocional	Básicos	2,286	,479	1,323	3,248
	FP o Bachillerato	3,857	,338	3,176	4,538
	Universitarios	3,690	,235	3,217	4,163
Apoyo Social	Básicos	2,286	,515	1,249	3,322
	FP o Bachillerato	3,714	,364	2,981	4,447
	Universitarios	3,586	,253	3,077	4,095
Religión	Básicos	1,143	,626	-,117	2,403
	FP o Bachillerato	1,929	,443	1,038	2,819
	Universitarios	1,517	,308	,898	2,136
Reevaluación Positiva	Básicos	2,857	,541	1,769	3,945
	FP o Bachillerato	3,214	,382	2,445	3,983
	Universitarios	3,966	,266	3,431	4,500
Aceptación	Básicos	3,000	,510	1,975	4,025
	FP o Bachillerato	4,000	,360	3,275	4,725

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

	Universitarios	4,138	,250	3,634	4,642
Negación	Básicos	1,571	,671	,221	2,922
	FP o Bachillerato	1,571	,475	,617	2,526
	Universitarios	1,414	,330	,750	2,077
Humor	Básicos	2,714	,691	1,325	4,104
	FP o Bachillerato	2,714	,488	1,732	3,697
	Universitarios	3,103	,339	2,421	3,786
Autodistracción	Básicos	2,857	,597	1,657	4,058
	FP o Bachillerato	3,286	,422	2,437	4,135
	Universitarios	3,138	,293	2,548	3,728
Autoinculpación	Básicos	2,000	,584	,824	3,176
	FP o Bachillerato	2,429	,413	1,597	3,260
	Universitarios	2,966	,287	2,388	3,543
Desconexión	Básicos	1,286	,551	,176	2,395
	FP o Bachillerato	1,571	,390	,787	2,356
	Universitarios	,552	,271	,007	1,097
Desahogo	Básicos	2,143	,640	,855	3,430
	FP o Bachillerato	2,643	,453	1,732	3,553
	Universitarios	3,103	,314	2,471	3,736
Uso de sustancias	Básicos	,857	,556	-,262	1,976
	FP o Bachillerato	,857	,393	,066	1,648
	Universitarios	,483	,273	-,067	1,033

Anexo 5

Tabla 13. Correlación entre Resiliencia, Estrategias de Afrontamiento y Salud

		Resiliencia
Salud	Rx	-,501**
	Sig. (bilateral)	,000
Afrontamiento Activo	Rx	,436**
	Sig. (bilateral)	,002
Planificación	Rx	,326*
	Sig. (bilateral)	,021
Apoyo Emocional	Rx	,291*
	Sig. (bilateral)	,040
Apoyo Social	Rx	-,178
	Sig. (bilateral)	,216
Religión	Rx	-,204
	Sig. (bilateral)	,154
Reevaluación Positiva	Rx	,449**
	Sig. (bilateral)	,001

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

Aceptación	Rx	,434**
	Sig. (bilateral)	,002
Negación	Rx	-,507**
	Sig. (bilateral)	,000
Humor	Rx	,045
	Sig. (bilateral)	,755
Autodistracción	Rx	-,160
	Sig. (bilateral)	,268
Autoinculpación	Rx	,070
	Sig. (bilateral)	,631
Desconexión	Rx	-,572**
	Sig. (bilateral)	,000
Desahogo	Rx	-,205
	Sig. (bilateral)	,153
Uso de sustancias	Rx	-,310*
	Sig. (bilateral)	,029

Anexo 6

Tabla 14. Diferencias en función de las responsabilidades familiares en Resiliencia, Afrontamiento y Salud

		t	Sig. (bil)
Resiliencia	Se asumen varianzas iguales	,245	,808
Salud	Se asumen varianzas iguales	-,198	,844
Afrontamiento Activo	Se asumen varianzas iguales	-,631	,531
Planificación	Se asumen varianzas iguales	,438	,663
Apoyo Emocional	Se asumen varianzas iguales	-,607	,547
Apoyo Social	Se asumen varianzas iguales	-,535	,595
Religión	Se asumen varianzas iguales	-,131	,897
Reevaluación Positiva	Se asumen varianzas iguales	,346	,731
Aceptación	Se asumen varianzas iguales	-,551	,584
Negación	Se asumen varianzas iguales	,559	,579
Humor	Se asumen varianzas iguales	1,662	,103
Autodistracción	Se asumen varianzas iguales	,716	,477
Autoinculpación	Se asumen varianzas iguales	1,107	,274
Desconexión	Se asumen varianzas iguales	1,008	,319

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

Desahogo	Se asumen varianzas iguales	,420	,676
Uso de sustancias	Se asumen varianzas iguales	-,016	,988

Anexo 7

Tabla 15. Diferencias en función del sexo en Resiliencia, Afrontamiento y Salud.

		t	Sig. (bilateral)
Resiliencia	Se asumen varianzas iguales		
Salud	Se asumen varianzas iguales	,793	,432
Afrontamiento Activo	Se asumen varianzas iguales	-1,584	,120
Planificación	Se asumen varianzas iguales	,574	,568
Apoyo Emocional	Se asumen varianzas iguales	-,923	,361
Apoyo Social	Se asumen varianzas iguales	,334	,740
Religión	Se asumen varianzas iguales	-1,069	,290
Reevaluación Positiva	Se asumen varianzas iguales	-1,071	,289
Aceptación	Se asumen varianzas iguales	-,180	,858
Negación	Se asumen varianzas iguales	,984	,330
Humor	Se asumen varianzas iguales	1,847	,071
Autodistracción	Se asumen varianzas iguales	-,873	,387
Autoinculpación	Se asumen varianzas iguales	,760	,451
Desconexión	Se asumen varianzas iguales	,027	,979
Desahogo	Se asumen varianzas iguales	,864	,392
Uso de sustancias	Se asumen varianzas iguales	,565	,574

Anexo 8

Tabla 16. Diferencia en función del Sector en Resiliencia y Salud

ANÁLISIS MULTIVARIANTE					
Variable dependiente	(I) Sector	(J) Sector	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Resiliencia	Sanidad y Educación	Servicios	-3,11	4,159	,459
		Industria y construcción	-,54	5,631	,925

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

	Servicios	Sanidad y Educación	3,11	4,159	,459
		Industria y construcción	2,57	5,094	,616
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	,54	5,631	,925
		Servicios	-2,57	5,094	,616
Salud	Sanidad y Educación	Servicios	1,43	1,316	,283
		Industria y construcción	1,43	1,782	,427
	Servicios	Sanidad y Educación	-1,43	1,316	,283
		Industria y construcción	,00	1,612	1,000
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	-1,43	1,782	,427
		Servicios	,00	1,612	1,000

Anexo 9

Tabla 17. Diferencias en función del sector en estrategias de afrontamiento.

ANÁLISIS MULTIVARIANTE					
Variable dependiente	(I) Sector	(J) Sector	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Afrontamiento Activo	Sanidad y Educación	Servicios	-,04	,371	,924
		Industria y construcción	,23	,502	,646
	Servicios	Sanidad y Educación	,04	,371	,924
		Industria y construcción	,27	,454	,558
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	-,23	,502	,646
		Servicios	-,27	,454	,558
Planificación	Sanidad y Educación	Servicios	-1,07*	,416	,013
		Industria y construcción	-,29	,564	,615
	Servicios	Sanidad y Educación	1,07*	,416	,013
		Industria y construcción	,79	,510	,130
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	,29	,564	,615
		Servicios	-,79	,510	,130

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

Apoyo Emocional	Sanidad y Educación	Servicios	,61	,438	,172
		Industria y construcción	,75	,593	,212
	Servicios	Sanidad y Educación	-,61	,438	,172
		Industria y construcción	,14	,537	,791
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	-,75	,593	,212
		Servicios	-,14	,537	,791
Apoyo Social	Sanidad y Educación	Servicios	-,39	,469	,407
		Industria y construcción	-,04	,635	,955
	Servicios	Sanidad y Educación	,39	,469	,407
		Industria y construcción	,36	,575	,537
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	,04	,635	,955
		Servicios	-,36	,575	,537
Religión	Sanidad y Educación	Servicios	,46	,544	,398
		Industria y construcción	,11	,737	,885
	Servicios	Sanidad y Educación	-,46	,544	,398
		Industria y construcción	-,36	,666	,595
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	-,11	,737	,885
		Servicios	,36	,666	,595
Reevaluación Positiva	Sanidad y Educación	Servicios	-,86	,475	,077
		Industria y construcción	-,75	,643	,249
	Servicios	Sanidad y Educación	,86	,475	,077
		Industria y construcción	,11	,582	,855
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	,75	,643	,249
		Servicios	-,11	,582	,855
Aceptación	Sanidad y Educación	Servicios	,14	,459	,757

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

		Industria y construcción	,32	,621	,607
	Servicios	Sanidad y Educación	-,14	,459	,757
		Industria y construcción	,18	,562	,752
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	-,32	,621	,607
		Servicios	-,18	,562	,752
Negación	Sanidad y Educación	Servicios	-,18	,578	,759
		Industria y construcción	-,59	,783	,455
	Servicios	Sanidad y Educación	,18	,578	,759
		Industria y construcción	-,41	,708	,565
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	,59	,783	,455
		Servicios	,41	,708	,565
Humor	Sanidad y Educación	Servicios	-1,68 [*]	,543	,003
		Industria y construcción	-1,79 [*]	,736	,019
	Servicios	Sanidad y Educación	1,68 [*]	,543	,003
		Industria y construcción	-,11	,666	,873
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	1,79 [*]	,736	,019
		Servicios	,11	,666	,873
Autodistracción	Sanidad y Educación	Servicios	,57	,503	,262
		Industria y construcción	1,14	,681	,100
	Servicios	Sanidad y Educación	-,57	,503	,262
		Industria y construcción	,57	,616	,359
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	-1,14	,681	,100
		Servicios	-,57	,616	,359
Autoinculpación	Sanidad y Educación	Servicios	-,82	,504	,110
		Industria y construcción	-,93	,683	,180

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

	Servicios	Sanidad y Educación	,82	,504	,110
		Industria y construcción	-,11	,618	,863
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	,93	,683	,180
		Servicios	,11	,618	,863
Desconexión	Sanidad y Educación	Servicios	,86	,483	,082
		Industria y construcción	,05	,653	,935
	Servicios	Sanidad y Educación	-,86	,483	,082
		Industria y construcción	-,80	,591	,180
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	-,05	,653	,935
		Servicios	,80	,591	,180
Desahogo	Sanidad y Educación	Servicios	,00	,558	1,000
		Industria y construcción	-,79	,755	,304
	Servicios	Sanidad y Educación	,00	,558	1,000
		Industria y construcción	-,79	,683	,256
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	,79	,755	,304
		Servicios	,79	,683	,256
Uso de sustancias	Sanidad y Educación	Servicios	-,43	,469	,366
		Industria y construcción	-1,16	,636	,074
	Servicios	Sanidad y Educación	,43	,469	,366
		Industria y construcción	-,73	,575	,209
	Industria y construcción	Sanidad y Educación	1,16	,636	,074
		Servicios	,73	,575	,209
Se basa en las medias observadas.					
El término de error es la media cuadrática(Error) = 2,057.					
*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05.					

Anexo 10

Tabla 18. Diferencias en función del puesto en Estrategias de Afrontamiento

Variable dependiente	(I) Puesto	(J) Puesto	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Afrontamiento Activo	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	,11	,360	,766
		Trabajadores de limpieza y peones	,71	,394	,077
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	-,11	,360	,766
		Trabajadores de limpieza y peones	,60	,419	,156
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-,71	,394	,077
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-,60	,419	,156
Planificación	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	,48	,433	,276
		Trabajadores de limpieza y peones	,89	,473	,065
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	-,48	,433	,276
		Trabajadores de limpieza y peones	,42	,503	,412
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-,89	,473	,065
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-,42	,503	,412
Apoyo Emocional	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	,02	,430	,958
		Trabajadores de limpieza y peones	,94	,470	,051
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	-,02	,430	,958
		Trabajadores de limpieza y peones	,92	,500	,073
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-,94	,470	,051
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-,92	,500	,073

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

Apoyo Social	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	-,23	,469	,622
		Trabajadores de limpieza y peones	,37	,512	,472
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	,23	,469	,622
		Trabajadores de limpieza y peones	,60	,545	,273
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-,37	,512	,472
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-,60	,545	,273
Religión	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	-,54	,543	,325
		Trabajadores de limpieza y peones	-,56	,593	,350
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	,54	,543	,325
		Trabajadores de limpieza y peones	-,02	,631	,974
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	,56	,593	,350
		Trabajadores con Bachillerato o FP	,02	,631	,974
Reevaluación Positiva	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	-,24	,485	,625
		Trabajadores de limpieza y peones	,47	,530	,380
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	,24	,485	,625
		Trabajadores de limpieza y peones	,71	,564	,215
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-,47	,530	,380
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-,71	,564	,215
Aceptación	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	,43	,433	,330
		Trabajadores de limpieza y peones	1,20*	,473	,015
		Directores, jefes y profesiones univers.	-,43	,433	,330

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

	Trabajadores con Bachillerato o FP	Trabajadores de limpieza y peones	,77	,503	,132
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-1,20*	,473	,015
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-,77	,503	,132
Negación	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	-,14	,583	,816
		Trabajadores de limpieza y peones	-,30	,636	,636
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	,14	,583	,816
		Trabajadores de limpieza y peones	-,17	,677	,807
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	,30	,636	,636
		Trabajadores con Bachillerato o FP	,17	,677	,807
Humor	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	-,03	,604	,963
		Trabajadores de limpieza y peones	-,09	,660	,891
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	,03	,604	,963
		Trabajadores de limpieza y peones	-,06	,702	,929
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	,09	,660	,891
		Trabajadores con Bachillerato o FP	,06	,702	,929
Autodistracción	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	-,05	,520	,922
		Trabajadores de limpieza y peones	,05	,568	,926
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	,05	,520	,922
		Trabajadores de limpieza y peones	,10	,605	,864
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-,05	,568	,926
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-,10	,605	,864

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

Autoinculpación	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	,01	,516	,991
		Trabajadores de limpieza y peones	,57	,564	,319
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	-,01	,516	,991
		Trabajadores de limpieza y peones	,56	,600	,353
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-,57	,564	,319
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-,56	,600	,353
Desconexión	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	-,53	,493	,284
		Trabajadores de limpieza y peones	-,74	,538	,174
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	,53	,493	,284
		Trabajadores de limpieza y peones	-,21	,573	,718
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	,74	,538	,174
		Trabajadores con Bachillerato o FP	,21	,573	,718
Desahogo	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	1,07	,538	,052
		Trabajadores de limpieza y peones	-,20	,588	,739
	Trabajadores con Bachillerato o FP	Directores, jefes y profesiones univers.	-1,07	,538	,052
		Trabajadores de limpieza y peones	-1,27*	,626	,048
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	,20	,588	,739
		Trabajadores con Bachillerato o FP	1,27*	,626	,048
Uso de sustancias	Directores, jefes y profesiones univers.	Trabajadores con Bachillerato o FP	-,22	,486	,650
		Trabajadores de limpieza y peones	,09	,531	,865
		Directores, jefes y profesiones univers.	,22	,486	,650

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

	Trabajadores con Bachillerato o FP	Trabajadores de limpieza y peones	,31	,565	,583
	Trabajadores de limpieza y peones	Directores, jefes y profesiones univers.	-,09	,531	,865
		Trabajadores con Bachillerato o FP	-,31	,565	,583

Anexo 11

Tabla 19. Diferencias en función de la Formación en Resiliencia y Salud.

Comparaciones múltiples					
Variable dependiente	(I) Formación	(J) Formación	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Resiliencia	Básicos	FP o Bachillerato	-3,57	5,272	,501
		Universitarios	-13,62*	4,796	,007
	FP o Bachillerato	Básicos	3,57	5,272	,501
		Universitarios	-10,04*	3,707	,009
	Universitarios	Básicos	13,62*	4,796	,007
		FP o Bachillerato	10,04*	3,707	,009
Salud	Básicos	FP o Bachillerato	1,36	1,839	,464
		Universitarios	2,47	1,673	,146
	FP o Bachillerato	Básicos	-1,36	1,839	,464
		Universitarios	1,12	1,293	,393
	Universitarios	Básicos	-2,47	1,673	,146
		FP o Bachillerato	-1,12	1,293	,393

Anexo 12

Tabla 20. Diferencias en función de la formación en estrategias de Afrontamiento.

Comparaciones múltiples					
Variable dependiente	(I) Formación	(J) Formación	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Afrontamiento Activo	Básicos	FP o Bachillerato	,57	,519	,276
		Universitarios	,25	,472	,604
	FP o Bachillerato	Básicos	-,57	,519	,276
		Universitarios	-,33	,365	,377

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

Planificación	Universitarios	Básicos	-,25	,472	,604
		FP o Bachillerato	,33	,365	,377
	Básicos	FP o Bachillerato	-,21	,622	,732
		Universitarios	-,64	,566	,263
	FP o Bachillerato	Básicos	,21	,622	,732
		Universitarios	-,43	,437	,335
Universitarios	Básicos	,64	,566	,263	
	FP o Bachillerato	,43	,437	,335	
Apoyo Emocional	Básicos	FP o Bachillerato	-1,57*	,586	,010
		Universitarios	-1,40*	,533	,011
	FP o Bachillerato	Básicos	1,57*	,586	,010
		Universitarios	,17	,412	,686
	Universitarios	Básicos	1,40*	,533	,011
		FP o Bachillerato	-,17	,412	,686
Apoyo Social	Básicos	FP o Bachillerato	-1,43*	,631	,028
		Universitarios	-1,30*	,574	,028
	FP o Bachillerato	Básicos	1,43*	,631	,028
		Universitarios	,13	,444	,774
	Universitarios	Básicos	1,30*	,574	,028
		FP o Bachillerato	-,13	,444	,774
Religión	Básicos	FP o Bachillerato	-,79	,767	,311
		Universitarios	-,37	,698	,594
	FP o Bachillerato	Básicos	,79	,767	,311
		Universitarios	,41	,539	,449
	Universitarios	Básicos	,37	,698	,594
		FP o Bachillerato	-,41	,539	,449
Reevaluación Positiva	Básicos	FP o Bachillerato	-,36	,662	,592
		Universitarios	-1,11	,602	,072
	FP o Bachillerato	Básicos	,36	,662	,592
		Universitarios	-,75	,466	,113
	Universitarios	Básicos	1,11	,602	,072
		FP o Bachillerato	,75	,466	,113
Aceptación	Básicos	FP o Bachillerato	-1,00	,624	,116
		Universitarios	-1,14	,568	,051
	FP o Bachillerato	Básicos	1,00	,624	,116
		Universitarios	-,14	,439	,755
	Universitarios	Básicos	1,14	,568	,051
		FP o Bachillerato	,14	,439	,755
Negación	Básicos	FP o Bachillerato	,00	,822	1,000
		Universitarios	,16	,748	,834
	FP o Bachillerato	Básicos	,00	,822	1,000
		Universitarios	,16	,578	,786

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

Humor	Universitarios	Básicos	-,16	,748	,834
		FP o Bachillerato	-,16	,578	,786
	Básicos	FP o Bachillerato	,00	,846	1,000
		Universitarios	-,39	,770	,615
	FP o Bachillerato	Básicos	,00	,846	1,000
		Universitarios	-,39	,595	,516
Universitarios	Básicos	,39	,770	,615	
	FP o Bachillerato	,39	,595	,516	
Autodistracción	Básicos	FP o Bachillerato	-,43	,731	,560
		Universitarios	-,28	,665	,675
	FP o Bachillerato	Básicos	,43	,731	,560
		Universitarios	,15	,514	,775
	Universitarios	Básicos	,28	,665	,675
		FP o Bachillerato	-,15	,514	,775
Autoinculpación	Básicos	FP o Bachillerato	-,43	,716	,552
		Universitarios	-,97	,651	,145
	FP o Bachillerato	Básicos	,43	,716	,552
		Universitarios	-,54	,503	,291
	Universitarios	Básicos	,97	,651	,145
		FP o Bachillerato	,54	,503	,291
Desconexión	Básicos	FP o Bachillerato	-,29	,675	,674
		Universitarios	,73	,614	,238
	FP o Bachillerato	Básicos	,29	,675	,674
		Universitarios	1,02*	,475	,037
	Universitarios	Básicos	-,73	,614	,238
		FP o Bachillerato	-1,02*	,475	,037
Desahogo	Básicos	FP o Bachillerato	-,50	,784	,527
		Universitarios	-,96	,713	,184
	FP o Bachillerato	Básicos	,50	,784	,527
		Universitarios	-,46	,551	,407
	Universitarios	Básicos	,96	,713	,184
		FP o Bachillerato	,46	,551	,407
Uso de sustancias	Básicos	FP o Bachillerato	,00	,681	1,000
		Universitarios	,37	,620	,549
	FP o Bachillerato	Básicos	,00	,681	1,000
		Universitarios	,37	,479	,438
	Universitarios	Básicos	-,37	,620	,549
		FP o Bachillerato	-,37	,479	,438

Anexo 13

Cuestionario COPE- 28

(Según el original de Carver, 1997). (Morán, Landero y González, 2010)

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.

Estrategia	ítem	Punt	ítem	Punt	Total	Estrategia	ítem	Punt	ítem	Punt	Total
Afrontamiento activo	2		10			Negación	5		13		
Planificación	6		26			Humor	7		19		
Apoyo emocional	9		17			Autodistracción	4		22		
Apoyo social	1		28			Autoinculpación	8		27		
Religión	16		20			Desconexión	11		25		
Reevaluación positiva	14		18			Desahogo	12		23		
Aceptación	3		21			Uso de sustancias	15		24		

Anexo 14

Cuestionario de Salud General (GHQ-12)
(Goldberg, 1972,1978)

Nombre _____ Sexo (varón) _____ (mujer) _____ Edad _____

Instrucciones

Nos gustaría saber cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Conteste a las 12 cuestiones marcando con una X la respuesta que a su juicio mejor se aplica a sus problemas recientes y actuales de salud, no a los del pasado. Gracias por su colaboración.

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?
Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos de lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos de lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___
3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos de lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos de lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___
5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos de lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___
6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?
Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos de lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos de lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?
Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos de lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___
9. ¿Se ha sentido poco feliz, o deprimido?
Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos de lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?
Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos de lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos de lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?
Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos de lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___

CORRECCIÓN: Las marcas (X) de la columna primera por la izquierda valen 0 puntos, las de la segunda 1 punto cada una, las de la tercera valen 2 puntos cada una y las de la última o cuarta columna valen 3 puntos cada una. La suma de todos los puntos da un total = _____

Estudio del impacto de las cargas familiares en la resiliencia, afrontamiento y salud en trabajadores españoles.

Anexo 15

Connor-Davidson Escala de Resiliencia-25^{EUR} (CD-RISC-25^{EUR}) ©

*Por favor indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases en su caso durante el **mes** último. Si una situación particular no le ha ocurrido recientemente, responda de acuerdo a cómo cree que se habría sentido. Marque con una "X" la opción que mejor describa cómo se siente.*

	Nunca (0)	Rara vez (1)	A veces (2)	A menudo (3)	Casi siempre (4)
1. Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte o Dios pueden ayudarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme con nuevos retos y dificultades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas u otras privaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bueno o malo, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No me doy por vencido a pesar de que las cosas parezcan no tener solución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Durante los momentos de estrés/ crisis, se dónde puedo buscar ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bajo presión, me centro y pienso claramente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo, a dejar que otros tomen todas las decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. No me desanimo fácilmente con el fracaso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Puedo tomar decisiones no populares o difíciles que afectan a otras personas, si es necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y enfado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Al enfrentarme a los problemas de la vida, a veces actúo por un presentimiento sin saber por qué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tengo muy claro lo que quiero en la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Siento que controlo mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me gustan los retos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Trabajo para conseguir mis objetivos sin importarme las dificultades que encuentro en el camino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Estoy orgulloso de mis logros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico o mecánico, de fotocopia, o por cualquier sistema de almacenamiento de información o de recuperación, sin permiso por escrito del Dr. Davidson en mail@cd-risc.com. Más información sobre la escala y condiciones de uso se puede encontrar en www.cd-risc.com.
 Copyright © 2001, 2013, 2015 por Kathryn M. Connor, M.D., y Jonathan RT Davidson, M.D.

Anexo 16

Tabla 21. Datos sociodemográficos

Nombre del Puesto		
Sector de Actividad		
Empresa	Pública ()	Privada ()
Lugar de Trabajo		
Edad		
Género	Hombre ()	Mujer ()
Nivel de estudios		
Responsabilidades Familiares ()	Nº de menores a su cargo:	
	Nº de ancianos a su cargo	
	Nº de personas con discapacidad a su cargo:	
No tiene responsabilidades Familiares	()	