



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

**Departamento de Enfermería**

PROGRAMA DE DOCTORADO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

# **Relación entre Personalidad, Afrontamiento y Apoyo Social con Burnout, Calidad de Vida Profesional y Salud, en Bomberos de Gran Canaria**

TESIS DOCTORAL POR:

D. Maximino Díaz Hernández

DIRECTORES:

Dr. D. Fernando Calvo Francés

Dr. D. Ángelo Santana del Pino

Las Palmas de Gran Canaria, 2014

*A Lucía.*

*A mi familia.*

*A los amigos y compañeros.*

*Por las horas robadas de tiempo compartido. Por el aliento dado durante el camino.*



## AGRADECIMIENTOS

A mis Directores de Tesis: Dr. D. Fernando Calvo Francés y Dr. D. Ángelo Santana del Pino, por su dedicación y buen hacer profesional.

Pero sobre todo por su calidad humana.

*Su luz alumbró el camino.*

A los responsables de los Parques de bomberos donde se ha llevado a cabo el estudio. Sin su apoyo no hubiese podido empezar.

A cada uno de los bomberos que han participado en el estudio, sin cuya participación no hubiera sido posible esta investigación.

A Lucía por tu sentido crítico y apoyo en las revisiones del texto.

*Tu aliento me ha sido indispensable.*

A mi hermano Gustavo. Tu asesoramiento informático ha mantenido lejos los duendecillos de mi ordenador.

A todos los compañeros de las diferentes bibliotecas universitarias que he tenido que consultar, de forma destacada los de la ULPGC y especialmente mis compañeros/as de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud.

*Sin su ayuda el camino hubiese sido intransitable.*

A mis colegas de trabajo, *que han comprendido mis ausencias.*

A los doctores del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento de la Facultad de Psicología de la ULL, con los que inicié mi formación doctoral.

*Gracias a todos*

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

## PARTE I. MARCO TEÓRICO

### INTRODUCCIÓN

Introducción .....	3
--------------------	---

### 1. AFRONTAMIENTO

1.1 Marco conceptual del estrés .....	6
1.2 Concepto de afrontamiento .....	10
1.2.1 Afrontamiento como estilo personal .....	11
1.2.2 Afrontamiento como proceso .....	14
1.3 Clasificación de las estrategias de afrontamiento .....	17
1.4 Factores moduladores del afrontamiento .....	25
1.4.1 Recursos internos .....	26
1.4.2 Recursos externos .....	27
1.5 Estrés, afrontamiento y salud .....	27
1.6 Evaluación del afrontamiento .....	30
1.6.1 Instrumentos de evaluación del afrontamiento como rasgo .....	32
1.6.2 Instrumentos de evaluación del afrontamiento según la situación (general) ...	34

### 2. PERSONALIDAD

2.1 Concepto de personalidad .....	38
2.2 Modelos y perspectivas teóricas de la personalidad .....	40
2.2.1 La perspectiva de las disposiciones .....	41
2.2.2 La perspectiva biológica .....	42

2.2.3 La perspectiva psicoanalítica y neoanalítica . . . . .	43
2.2.4 La perspectiva fenomenológica . . . . .	44
2.2.5 La perspectiva del aprendizaje . . . . .	46
2.2.6 La perspectiva de la autorregulación cognoscitiva . . . . .	47
2.3 Modelo de los Cinco Factores o Cinco Grandes (Big Five) . . . . .	50
2.4 Personalidad y trabajo . . . . .	55
2.5 Personalidad, enfermedad y salud . . . . .	59
2.5.1 Personalidad, estrés y afrontamiento . . . . .	61
2.6 Personalidad resistente . . . . .	65
2.6.1 Concepto de personalidad resistente . . . . .	65
2.6.2 Factores de la personalidad resistente . . . . .	66
2.6.3 Evaluación de la personalidad resistente . . . . .	68
2.6.4 Personalidad resistente, salud, estrés y afrontamiento . . . . .	70
2.7 Evaluación de la personalidad . . . . .	72

### **3. BURNOUT**

3.1 Concepto de burnout . . . . .	90
3.2 Modelos teóricos del burnout . . . . .	96
3.2.1 Modelos del proceso . . . . .	96
3.2.2 Modelos explicativos (etiológicos) . . . . .	101
3.3 Burnout, estrés y salud . . . . .	110
3.4 Burnout, afrontamiento y personalidad . . . . .	115
3.4.1 Burnout y afrontamiento . . . . .	116
3.4.2 Burnout y personalidad . . . . .	119
3.5 Evaluación del burnout . . . . .	126

## **4. APOYO SOCIAL**

4.1 Concepto de apoyo social .....	136
4.2 Modelos teóricos del apoyo social .....	141
4.3 Apoyo social, salud, estrés y burnout .....	150
4.3.1 Apoyo social y salud .....	150
4.3.2 Apoyo social y estrés .....	152
4.3.3 Apoyo social y burnout .....	154
4.4 Apoyo social, afrontamiento y personalidad .....	157
4.4.1 Apoyo social y afrontamiento .....	157
4.4.2 Apoyo social y personalidad .....	159
4.5 Evaluación del apoyo social .....	161

## **5. ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO**

5.1 Concepto de estrés traumático secundario .....	172
5.2 Modelos teóricos del estrés traumático secundario .....	178
5.3 Estrés traumático secundario, afrontamiento y personalidad .....	185
5.4 Estrés traumático secundario y apoyo social .....	188
5.5 Estrés traumático secundario y burnout .....	190
5.6 Evaluación del estrés traumático secundario .....	192

## **6. MODELO TEÓRICO**

6. Modelo teórico .....	198
-------------------------	-----

## PARTE II. MARCO EMPÍRICO

### 7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo General .....	203
7.2 Objetivos específicos .....	204

### 8. MÉTODO

8.1 Participantes .....	206
8.2 Instrumentos .....	211
8.2.1 Cuestionario sociodemográfico. ....	211
8.2.2 Escala Laboral del Cuestionario de Sucesos Vitales. ....	211
8.2.3 Coping Orientation to Problems Experienced Scale (COPE) (Escala de afrentamiento orientado a los problemas experimentados) .....	212
8.2.4 Neuroticism, Extraversion, Openness - Personality Inventory - Revised (NEO PI R) (Inventario de Personalidad NEO Revisado) .....	214
8.2.5 Cuestionario de Personalidad Resistente (CPR) .....	216
8.2.6 Social Support Behaviors (SS-B) (Conductas de Apoyo Social) .....	217
8.2.7 Maslach Burnout Inventory (MBI) (Inventario de Burnout de Maslach) .....	217
8.2.8 Professional Quality Life Scale (ProQOL-III) (Escala de Calidad de Vida Profesional) .....	218
8.2.9 Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90R) (Cuestionario de 90 síntomas) . . .	219
8.2.10 Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R). ....	220
8.3 Procedimiento .....	220



## 9 RESULTADOS

9.1	Análisis factorial y validación de la escala Laboral . . . . .	228
9.2	Análisis descriptivo de las variables del estudio . . . . .	232
9.2.1	Análisis de las variables predictoras	
9.2.1.1	Variable laboral . . . . .	232
9.2.1.2	Variables de personalidad . . . . .	234
9.2.1.3	Variable de afrontamiento . . . . .	236
9.2.1.4	Variable de apoyo social . . . . .	237
9.2.2	Análisis de las variables criterio. . . . .	237
9.2.2.1	Variable calidad de vida profesional. . . . .	237
9.2.2.2	Variable burnout . . . . .	238
9.2.2.3	Variable salud. . . . .	240
9.3	Análisis comparativo de los Cinco Grandes, burnout y salud mental con datos normativos. . . .	242
9.3.1	Cinco Grandes. . . . .	243
9.3.2	Burnout . . . . .	243
9.3.3	Salud mental . . . . .	244
9.4	Análisis de correlación de las variables del estudio. . . . .	246
9.4.1	Variables sociodemográficas o sociolaborales, burnout, calidad de vida profesional y salud . . . . .	246
9.4.2	Variable laboral, burnout, calidad de vida profesional y salud . . . . .	247
9.4.3	Personalidad, burnout, calidad de vida profesional y salud. . . . .	248
9.4.4	Afrontamiento, burnout, calidad de vida profesional y salud . . . . .	250
9.4.5	Apoyo social, burnout, calidad de vida profesional y salud. . . . .	252
9.4.6	Burnout, calidad de vida profesional y salud . . . . .	253

9.4.7 Personalidad, afrontamiento y apoyo social . . . . .	255
9.4.8 Cinco Grandes y personalidad resistente . . . . .	258
9.5 Efecto de las variables sociodemográficas o sociolaborales sobre las variables criterio . . . . .	260
9.6 Análisis de regresión de las variables del estudio . . . . .	263
9.6.1 Análisis de regresión del burnout . . . . .	263
9.6.1.1 Análisis de regresión de Cansancio emocional como criterio . . . . .	264
9.6.1.2 Análisis de regresión de Despersonalización como criterio . . . . .	265
9.6.1.3 Análisis de regresión de Realización personal como criterio . . . . .	266
9.6.2 Análisis de regresión de la calidad de vida profesional . . . . .	267
9.6.2.1 Análisis de regresión de Estrés traumático secundario como criterio . . . . .	267
9.6.2.2 Análisis de regresión de Satisfacción por ayudar como criterio . . . . .	268
9.6.3 Análisis de regresión de la salud . . . . .	269
9.6.3.1 Análisis de regresión de la salud física como criterio . . . . .	269
9.6.3.2 Análisis de regresión de la salud mental como criterio . . . . .	270
9.7 Análisis de la modulación de las variables personales y sociales . . . . .	272
9.7.1 Análisis de modulación sobre Cansancio emocional . . . . .	273
9.7.2 Análisis de modulación sobre Despersonalización . . . . .	274
9.7.3 Análisis de modulación sobre Realización personal . . . . .	275
9.7.4 Análisis de modulación sobre Estrés traumático secundario . . . . .	280
9.7.5 Análisis de modulación sobre Satisfacción por ayudar . . . . .	283
9.7.6 Análisis de modulación sobre salud física . . . . .	284
9.7.7 Análisis de modulación sobre salud mental . . . . .	287

## 10 DISCUSIÓN

10.1	Análisis descriptivo de las variables del estudio . . . . .	290
10.2	Análisis comparativo de los Cinco Grandes, burnout y salud mental con datos normativos. .	296
10.3	Análisis de correlación de las variables del estudio. . . . .	297
10.3.1	Relación entre las variables sociodemográficas o sociolaborales, laborales, burnout, calidad de vida profesional y estado de salud. . . . .	297
10.3.2	Relación entre las variables personales, burnout, calidad de vida profesional y estado de salud . . . . .	300
10.3.3	Relación entre las variables sociales, burnout, calidad de vida profesional y estado de salud . . . . .	306
10.3.4	Relación entre burnout, calidad de vida profesional y estado de salud . . . . .	308
10.3.5	Relación de las variables personales entre sí. . . . .	309
10.3.6	Relación entre las variables personales y sociales. . . . .	310
10.4	Análisis del efecto de las variables sociodemográficas o sociolaborales sobre las variables criterio. . . . .	311
10.5	Análisis de regresión de las variables del estudio . . . . .	313
10.5.1	Análisis de regresión del burnout . . . . .	313
10.5.2	Análisis de regresión de la calidad de vida profesional . . . . .	316
10.5.3	Análisis de regresión de la salud. . . . .	317
10.6	Análisis de la modulación de las variables personales y sociales . . . . .	319

## 11 CONCLUSIONES

11. Conclusiones .....	324
------------------------	-----

## 12 LIMITACIONES Y LÍNEAS DE TRABAJO FUTURAS

12.1 Limitaciones .....	328
12.2 Líneas de trabajo futuras .....	329

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas .....	332
----------------------------------	-----

## ANEXOS

ANEXO I. Instrumentos de Evaluación .....	408
ANEXO II. Resultados del ANOVA de las variables sociodemográficas .....	446
ANEXO III. Datos de colinealidad de la Regresión Lineal Múltiple calculada .....	452
ANEXO IV. Resultados del análisis de la pendiente de interacción entre la variable predictora y la variable moderadora .....	454

## INDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Instrumentos de evaluación del afrontamiento como rasgo unidimensional.
- Tabla 2. Instrumentos de evaluación del afrontamiento como rasgo multidimensional.
- Tabla 3. Instrumentos de evaluación del afrontamiento (unidimensional) según la situación.
- Tabla 4. Instrumentos de evaluación del afrontamiento (multidimensional) según la situación.
- Tabla 5. Diferentes aportaciones teóricas en el campo de la personalidad.
- Tabla 6. Denominaciones dadas a los Cinco Grandes.
- Tabla 7. Escalas del MMPI-2.
- Tabla 8. Escalas primarias del 16PF.
- Tabla 9. Escalas populares del CPI de la tercera edición (CPI-3).
- Tabla 10. Escalas del PAI.
- Tabla 11. Factores o dimensiones y subdimensiones del BFQ.
- Tabla 12. Factores y facetas del SFPQ.
- Tabla 13. Características relevantes de algunos instrumentos de medida de personalidad.
- Tabla 14. Modelos psicosociales del burnout.
- Tabla 15. Diferencias entre estrés y burnout.
- Tabla 16. Síntomas generales del burnout.
- Tabla 17. Aportaciones empíricas de la relación entre burnout y afrontamiento.
- Tabla 18. Aportaciones empíricas de la relación entre burnout y los Cinco Grandes.
- Tabla 19. Aportaciones empíricas de la relación entre burnout y personalidad resistente.
- Tabla 20. Instrumentos de medida del burnout.
- Tabla 21. Características relevantes de algunos instrumentos de medida del burnout.
- Tabla 22. Algunos modelos teóricos explicativos del apoyo social.
- Tabla 23. Taxonomía de modelos teóricos del apoyo social de S. Cohen (1988).
- Tabla 24. Dimensión de los sucesos vitales, según Cutrona y Russell (1990).
- Tabla 25. Algunos instrumentos de medida del apoyo social.

- Tabla 26. Características relevantes de algunos instrumentos de medida del apoyo social.
- Tabla 27. Diferencias entre el estrés postraumático y el estrés traumático secundario.
- Tabla 28. Instrumentos de medida del estrés traumático secundario y traumatización vicaria.
- Tabla 29. Características relevantes de algunos instrumentos de medida del estrés traumático secundario.
- Tabla 30. Factores de segundo orden del COPE y su relación con los factores de primer orden, en la versión de Crespo y Cruzado (1997).
- Tabla 31. Factores y facetas del NEO PI R.
- Tabla 32. Autovalores iniciales para la regla de Kaiser en la escala Laboral del CSV.
- Tabla 33. Resultado del análisis paralelo para la aplicación de la regla de Kaiser en la escala Laboral del CSV.
- Tabla 34. Factores, ítems por factor, carga factorial de los ítems y porcentaje de varianza explicada de los factores, en la escala Laboral del CSV.
- Tabla 35. Índices de bondad de ajuste de la escala Laboral del CSV.
- Tabla 36. Datos del análisis descriptivo de la escala Laboral.
- Tabla 37. Datos del análisis descriptivo de los Cinco Grandes.
- Tabla 38. Datos del análisis descriptivo de la personalidad resistente.
- Tabla 39. Datos del análisis descriptivo de los estilos de afrontamiento.
- Tabla 40. Datos del análisis descriptivo del apoyo social y la calidad de vida profesional.
- Tabla 41. Datos del análisis descriptivo del burnout.
- Tabla 42. Comparación de los valores medios de las dimensiones del burnout.
- Tabla 43. Datos del análisis descriptivo de la variable salud física.
- Tabla 44. Datos del análisis descriptivo de la variable salud mental.
- Tabla 45. Contraste de medias entre los Cinco Grandes del presente estudio y del estudio de adaptación del cuestionario NEO PI R a población española.
- Tabla 46. Contraste de medias entre las dimensiones del burnout del presente estudio y del estudio de adaptación del cuestionario MBI a población española.
- Tabla 47. Contraste de medias entre el Índice sintomático general y las dimensiones de salud mental del presente estudio, y del estudio de adaptación del cuestionario SCL-90R a población española.

Tabla 48. Coeficiente de correlación parcial, controlando la edad, entre el tiempo trabajado, el burnout, la calidad de vida profesional y la salud.

Tabla 49. Coeficiente de correlación de Pearson entre las dimensiones de la variable laboral y las dimensiones de las variables burnout, calidad de vida profesional y salud.

Tabla 50. Coeficiente de correlación de Pearson entre los Cinco Grandes y la personalidad resistente, y sus dimensiones, con las variables burnout, calidad de vida profesional y salud.

Tabla 51. Coeficiente de correlación de Pearson entre los estilos de afrontamiento y las variables burnout, calidad de vida profesional y salud.

Tabla 52. Coeficiente de correlación de Pearson de la variable apoyo social y las variables burnout, calidad de vida profesional y salud.

Tabla 53. Coeficiente de correlación de Pearson de las variables burnout, calidad de vida profesional y salud.

Tabla 54. Coeficiente de correlación de Pearson de los Cinco Grandes y la personalidad resistente (y sus dimensiones) con los estilos de afrontamiento y apoyo social.

Tabla 55. Coeficiente de correlación de Pearson de la variable apoyo social y los estilos de afrontamiento.

Tabla 56. Coeficiente de correlación de Pearson de los Cinco Grandes y la personalidad resistente (y sus dimensiones).

Tabla 57. Variables relacionadas de forma directa o inversa con burnout, calidad de vida profesional, problemas de salud física y/o problemas de salud mental.

Tabla 58. Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio Cansancio emocional y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento y apoyo social.

Tabla 59. Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio Despersonalización y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento y apoyo social.

Tabla 60. Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio Realización personal y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento y apoyo social.

- Tabla 61. Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio Estrés traumático secundario y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento y apoyo social.
- Tabla 62. Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio Satisfacción por ayudar y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento y apoyo social.
- Tabla 63. Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio salud física y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento, apoyo social, calidad de vida profesional y burnout.
- Tabla 64. Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio salud mental y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento, apoyo social, calidad de vida profesional y burnout.
- Tabla 65. Datos del modelo con mejor ajuste sobre Cansancio emocional.
- Tabla 66. Datos del modelo con mejor ajuste sobre Despersonalización.
- Tabla 67. Datos del modelo con mejor ajuste sobre Realización personal.
- Tabla 68. Datos del modelo con mejor ajuste sobre Estrés traumático secundario.
- Tabla 69. Datos del modelo con mejor ajuste sobre Satisfacción por ayudar.
- Tabla 70. Datos del modelo con mejor ajuste sobre salud física.
- Tabla 71. Datos del modelo con mejor ajuste sobre salud mental.
- Tabla 72. Resultados del análisis ANOVA entre las variables sociodemográficas y las variables criterio del estudio.
- Tabla 73. Resultados de las comparaciones múltiples con Scheffé entre las variables sociodemográficas y las variables criterio del estudio.
- Tabla 74. Diagnósticos de colinealidad de los análisis de regresión lineal múltiple realizados.
- Tabla 75. Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Apoyo social de la familia entre el tiempo trabajado y Cansancio emocional.



Tabla 76. Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Extraversión entre Conflicto y Realización personal.

Tabla 77. Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Apertura entre Cambio y Realización personal.

Tabla 78. Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Afrontamiento conductual de los problemas entre la dimensión Cambio y Realización personal.

Tabla 79. Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Afrontamiento conductual de los problemas entre la dimensión Conflicto y Realización personal.

Tabla 80. Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Escape cognitivo entre la dimensión Cambio y Estrés traumático secundario.

Tabla 81. Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Escape conductual entre la dimensión Cambio y Estrés traumático secundario.

Tabla 82. Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Implicación entre la dimensión Conflicto y la salud física.

Tabla 83. Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Implicación entre Estrés traumático secundario y la salud física.



## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evolución del burnout según Maslach y Jackson (1981b).

Figura 2. Evolución del burnout según Golembiewski et al. (1983).

Figura 3. Evolución del burnout según Leiter (1993).

Figura 4. Evolución del burnout según Lee y Ashforth (1993a, 1993b).

Figura 5. Evolución del burnout según Gil-Monte (1994).

Figura 6. Evolución del burnout según Manzano (1998).

Figura 7. Evolución del burnout según Van Dierendonck et al. (2001).

Figura 8. Elementos centrales de las definiciones de apoyo social.

Figura 9. Modelo teórico de Figley (1995, 1997). Adaptado de Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al. (2004).

Figura 10. Modelo teórico de Dutton y Rubinstein (1995). Adaptado de Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al. (2004).

Figura 11. Modelo teórico de Beaton y Murphy (1995). Adaptado de Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al. (2004).

Figura 12. Modelo teórico de Yassen (1995). Adaptado de Yassen (1995).

Figura 13. Modelo teórico propuesto.

Figura 14. Gráfico de porcentajes según los rangos de edad de la muestra.

Figura 15. Gráfico de porcentajes según el número de hijos de los integrantes de la muestra.

Figura 16. Gráfico de porcentajes según el nivel de estudios de los integrantes de la muestra.

Figura 17. Gráfico de porcentajes según los rangos de tiempo trabajado de la muestra.

Figura 18. Gráfico de sedimentación para la muestra total en la escala Laboral del CSV.

Figura 19. Histograma de la dimensión Conflicto.

Figura 20. Histograma de la dimensión Cambio.

Figura 21. Gráfico de la interacción del Apoyo social de la familia (SSBF) entre el tiempo trabajado y Cansancio emocional.

Figura 22. Gráfico de la interacción de Extraversión entre Conflicto y Realización personal.

Figura 23. Gráfico de la interacción de Apertura entre Cambio y Realización personal.

Figura 24. Gráfico de la interacción de Afrontamiento conductual de los problemas entre Cambio y Realización personal.

Figura 25. Gráfico de la interacción de Afrontamiento conductual de los problemas entre Conflicto y Realización personal.

Figura 26. Gráfico de la interacción de Escape cognitivo entre Cambio y Estrés traumático secundario (ETS).

Figura 27. Gráfico de la interacción de Escape conductual entre Cambio y Estrés traumático secundario (ETS).

Figura 28. Gráfico de la interacción de Implicación entre Conflicto y salud física (ESS-R).

Figura 29. Gráfico de la interacción de Implicación entre Estrés traumático secundario (ETS) y salud física (ESS-R).

## ABREVIATURAS

A: Amabilidad

AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index

AHS: Abridged Hardiness Scale

ANOVA: Análisis de varianza de un factor

ANS: Ansiedad

APA: American Psychiatric Association

AS: Escala de Apoyo Social

ASSIS: Arizona Social Support Interview Scale

BFCP-internet: Cuestionario BFCP internet para la evaluación de Big Five

BFI: Big Five Inventory

BFQ: Big Five Questionnaire

BFQ-C: Big Five Questionnaire -for Children

BFQ-N: Cuestionario de los Cinco Grandes para niños – versión española

BFQ-NA: Cuestionario de los Cinco Grandes para niños y adolescentes – versión española

BM: Burnout Measure

BUR: Síndrome de burnout

C: Responsabilidad

CAS: Cuestionario de Apoyo Social

CBB: Cuestionario Breve de Burnout

CBI: Copenhagen Burnout Inventory

CBP: Cuestionario de Burnout de Profesorado

CBP-R: Cuestionario de burnout de profesorado-revisado

CDPE: Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería

CE: Cansancio emocional

CESQT: Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo

CESQT-PD: Cuestionario para la evaluación del síndrome de estar quemado por el trabajo en profesional que trabajan con discapacidad

CESQT-PS: Cuestionario para la evaluación del síndrome de estar quemado por el trabajo en profesionales de la salud

CETS: Cuestionario de Estrés Traumático Secundario

CFI: Comparative Fit Index

CF-R: Compassion Fatigue Scale-Revised

CF- Short Scale: Compassion Fatigue –Short Scale

CFS-R: Compassion Fatigue Scale – Revised

CFST: Compassion Fatigue Self-Test

COPE: Coping Orientation to Problems Experienced

COR: Conservation of Resources

CPI: California Psychological Inventory

CPI-3: California Psychological Inventory – 3

CPQ: Children’s Personality Questionnaire

CPR: Cuestionario de Personalidad Resistente

CSFT: Compassion Satisfaction and Fatigue Test

CSV: Cuestionario de Sucesos Vitales

CV: Cardiovascular

DEP: Depresión

DP: Despersonalización

DRS: Dispositional Resilience Scale

DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3rd Edition

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th Edition

DSM-IV- TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th Edition - Text revision

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th Edition

E: Extraversión

ESS-R: Escala de Síntomas Somáticos-Revisada

ESSR: Puntuación global en salud física

EPI: Eysenck Personality Inventory

EPQ: Eysenck Personality Questionnaire

EPQ-A: Eysenck Personality Questionnaire- adult

EPQ-J: Eysenck Personality Questionnaire- junior

ESQ: Early School Personality Questionnaire

ETS: Estrés traumático secundario

EU-OSHA: European Agency for Safety and Health at Work

F: Prueba F o de razón F

FIV: Factor de inflación de la varianza

FOB: Ansiedad fóbica

6FPQ: Six Factor Personality Questionnaire

FRP: Falta de autorrealización personal en el trabajo

GFI: Goodness of Fit Index

GI: Gastrointestinal

gl: grados de libertad

GSI: Índice sintomático general

GU: Génito-urinario

HOS: Hostilidad

HRHS: Health Related Hardiness Scale

HSPQ: Jr.-Sr. High School Personality Questionnaire

IAFF: International Association of Fire Fighters

IG: Inmunológico

INCUAL: Instituto Nacional de las Cualificaciones Profesionales

INT: Sensibilidad interpersonal

IPC-7: Inventory of Personal Characteristics - 7

IPIP: International Personality Item Pool

IPIP Big-Five Factor Markers: International Personality Item Pool Big-Five Factor Markers

ISEL: Interpersonal Support Evaluation List

ISSB: Inventory of Socially Supportive Behaviors

KMO: Kaiser – Meyer – Olkin Factor Analysis

MBI: Maslach Burnout Inventory

MBI-ES: Maslach Burnout Inventory -Educators Survey

MBI-GS: Maslach Burnout Inventory -General Survey

MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey

MBSE: Matthews Burnout Scale for Employees

MC: Media cuadrática

ME: Músculo-esquelético

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2

MMPI-A: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent

MMPI-2-RF: Minnesota Multiphasic Personality Inventory- 2 - Restructured Form

MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support

N: Neuroticismo

NEO-FFI: Neuroticism, Extraversion, Openness - Five factor Inventory

NEO-FFI-3: Neuroticism, Extraversion, Openness - Five factor Inventory - 3

NEO PI: Neuroticism, Extraversion, Openness - Personality Inventory

NEO PI-3: Neuroticism, Extraversion, Openness - Personality Inventory - 3

NEO PI R: Neuroticism, Extraversion, Openness - Personality Inventory - Revised

NEO PI RJ: Neuroticism, Extraversion, Openness - Personality Inventory - Revised Junior

NEO PI R (JS NEO): Neuroticism, Extraversion, Openness - Personality Inventory - Revised  
(Junior version of the Spanish NEO)

NEO PI R (JS NEO-S): Neuroticism, Extraversion, Openness - Personality Inventory - Revised  
(Junior version of the Spanish NEO - Short)

NFI: Normed Fit Index

NNFI: Non-Normed Fit Index



NS: Neurosensorial

O: Apertura a la experiencia o a la realidad

OBS: Obsesión-compulsión

P: Psicoticismo

PA: Piel-alergia

PAI: Personality Assessment Inventory

PAR: Ideación paranoide

16PF: The Sixteen Personality Factor Questionnaire

16PF-5: The Sixteen Personality Factor Questionnaire - 5th Edition

16PF-APQ: The Sixteen Personality Factor Questionnaire- Adolescent Personality Questionnaire

PR: Personalidad resistente (puntuación global)

PRF: Personality Research Form

ProQOL: Professional Quality of Life Scale

ProQOL-III: Professional Quality Life Scale- 3rd Edition

ProQOL-IV: Professional Quality Life Scale- 4th Edition

ProQOL-V: Professional Quality Life Scale- 5th Edition

PR\_T: Puntuación global de personalidad resistente

PSDI: Índice de distrés de síntomas positivos

PSI: Psicoticismo

PSS-Fa. Perceived Social Support-Family

PSS-Fr: Perceived Social Support-Friends

PST: Total de síntomas positivos

PVS: Personal Views Survey

PVS-II: Personal Views Survey-II

PVS-III: Personal Views Survey-III

PVS-III R: Personal Views Survey-III Revised

r: Coeficiente de correlación de Pearson

RF: Reproductor femenino

RHS: Revised Hardiness Scale  
RMSEA: Root Mean Error of Approximation  
RP: Realización personal  
RS: Respiratorio  
SBS-HP: Staff Burnout Scale for Health Professionals  
SCL-90R: Symptom Checklist 90 Revised  
SD: Standard desviations  
SFPQ: Six Factor Personality Questionnaire  
SGA: Síndrome General de Adaptación  
SOM: Somatización  
SPSS 20: Statiscal Package for the Social Sciences 20  
SQT: Síndrome de quemarse por el trabajo  
SS-B: Social Support Behaviors  
SSBF: Apoyo social de la familia  
SSQ: Social Support Questionnaire  
STSS : Secondary Traumatic Stress Scale  
t: prueba t para contraste de medias  
TDA-100: Trait Descriptors Adjectives - 100  
TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático  
TLI: Tucker-Lewis Index  
TM: Tedium Measure  
TS: Tedium Scale  
UHS: Unabridged Hardiness Scale  
vs. : "versus"  
WOC: Ways of Coping Inventory



PARTE I.

# MARCO TEÓRICO



## INTRODUCCIÓN

La intervención psicológica en desastres y emergencias ha cobrado especial importancia a raíz de los desastres naturales y desastres provocados por el ser humano. La sociedad ha comenzado a demandar una actuación psicológica en casos de emergencias y catástrofes que ha impulsado un desarrollo teórico y empírico específico en estas situaciones.

En la bibliografía sobre psicología y emergencias o desastres se menciona, con frecuencia, la clasificación de A. J. Taylor (1987, 1999) en la que los integrantes de los equipos de primera respuesta, entre los que se encuentran los bomberos, se han clasificado como víctimas de tercer nivel, también llamadas víctimas ocultas. De esta forma se quiere destacar la necesidad de tener en cuenta las consecuencias que sobre estos profesionales tiene la intervención en incidentes críticos en los que la vida de otras personas y la suya propia puede estar en peligro.

Por otra parte, dentro de la Ergonomía y Psicología aplicada al trabajo, como especialidad que se desarrolla a partir de la Ley 31/ 1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, se da importancia a los factores emocionales, conductuales y las cargas psíquicas del trabajo. Se requiere de un análisis de los puestos de trabajo para determinar estos riesgos y generar las medidas de prevención más oportunas. Esta línea de mejora y potenciación de la calidad de vida laboral de los trabajadores en sus puestos de trabajo, también, se vincula con alguno de los objetivos de la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones.

Con relación a las condiciones de trabajo de los bomberos, tal y como Rotger (1994, 1997) señala, estos profesionales se encuentran sometidos a numerosas fuentes de estrés, entre las que se incluyen las propias condiciones físicas de su trabajo, la responsabilidad sobre vidas humanas, la toma de decisiones, la incertidumbre y la urgencia o las situaciones traumáticas a las que deben de enfrentarse. También se han destacado como fuentes estresoras para los bomberos el conflicto con los compañeros de trabajo, conflicto con los usuarios, aspectos administrativos de su trabajo, problemas con el sueño, cambios en el puesto de trabajo, la muerte de un compañero de trabajo en acto de servicio y los incidentes donde quedan mal heridos o mueren personas jóvenes, sobre todo niños (Grundy, 2000; Ottlinger, 1998). En cuanto al impacto psicológico de las situaciones críticas en el personal de emergencias, variables personales como

Neuroticismo o un estilo inadecuado de afrontamiento se relacionan con un mayor impacto (R. Ramos, García & Parada, 2006). En un estudio con bomberos de la Comunidad de Madrid se puso de manifiesto que las estrategias de afrontamiento ante el estrés se encontraban fuertemente influidas por la experiencia laboral (Peñacoba, Díaz, Goiri & Vega, 2000b). Por otra parte, como consecuencia del impacto psicológico está el riesgo de enfermedades físicas y mentales, el absentismo laboral y el consumo de tóxicos (Leal, Villoria, Martín, Paso & Bulbena, 2008). Con respecto al consumo de alcohol en bomberos como forma de afrontamiento, algunos datos indican que guarda una estrecha relación con la intensidad de la participación en los trabajos relacionados con los incidentes críticos mediado por el estrés postincidente (Bacharach, Bamberger &, Doveh, 2008). La International Association of Fire Fighters (IAFF, 2000) cuantifica en 6.8% las incapacidades laborales permanentes que se deben a accidentes en cumplimiento de sus obligaciones y que son directamente atribuibles al estrés mental. Por su parte, la European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA, 2011) señala que tener que tratar con víctimas y sus familias y la elevada responsabilidad por la vida de las personas son algunos de los riesgos más prevalentes que pueden conducir a un exceso de tensión emocional grave en los trabajadores de emergencia, al punto que pueden llegar a ser diagnosticados de alguna enfermedad mental como consecuencia de las fuertes impresiones y sentimientos que tienen que soportar cuando se enfrentan a la muerte, la destrucción, las lesiones, el dolor, el sufrimiento y la desesperación de los supervivientes. Además de los sentimientos de culpa por los errores que pueden causar la muerte de alguna persona, todo ello justifica el riesgo de traumatización psicológica y los desordenes psicosomáticos en el personal de emergencias y rescate. También se indica que pueden estar en riesgo de sufrir burnout al estar sometidos a elevadas cargas de trabajo, presiones de tiempo de ejecución, confrontación con la muerte, necesidad de suprimir las emociones mientras trabajan y sin embargo tener que manifestar, al mismo tiempo empatía con los afectados. Este organismo europeo destaca también la incidencia de determinados trastornos físicos en el personal de emergencias como son los trastornos musculoesqueléticos y los daños sufridos por la exposición a diferentes fuentes de riesgo radioactivo, biológico o químico (sobre todo en el caso de los bomberos). Por último, destacar los datos que aporta el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (De Vicente, 2005) en el informe que desarrolla para establecer el grado de penosidad y/o peligrosidad de las tareas a desarrollar por los bomberos.

Este informe destaca los riesgos físicos derivados de los accidentes que se sufren en el desarrollo de las actividades propias de la profesión, también se analiza las razones de las bajas médicas. Dentro de las causas de baja laboral destaca los problemas médicos con afecciones del aparato locomotor y enfermedades respiratorias como las más frecuentes. Además reconoce elevados riesgos para poder sufrir de estrés laboral, burnout y estrés postraumático.

Dentro de las medidas de prevención a desarrollar, según la European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA, 2011), se precisa planificar medidas de prevención primaria y secundaria de los problemas de salud mental, además de otras medidas que prevengan los riesgos físicos. La prevención primaria se centra en la preparación psicológica potenciando las capacidades de afrontamiento, ciertas características psicológicas como la personalidad resistente o el apoyo social. La prevención secundaria se centraliza en la puesta en marcha de programas de intervención psicológica y potenciación del apoyo social.

En esta dinámica es en la que se inserta esta investigación. El objetivo es aportar datos que permitan conocer como interactúan diferentes variables en torno al burnout, calidad de vida profesional y salud en bomberos.

En nuestro país el análisis del desgaste profesional y del estrés traumático secundario en bomberos y en servicios de urgencia médica ha sido abordado por diferentes autores (Morante, 2007; Moreno-Jiménez, Morante, Rodríguez-Carvajal & Rodríguez-Muñoz, 2008; Moreno-Jiménez, Morante, Stamm & Sanz, 2007; Morett, 2005) centrándolo en una interacción entre antecedentes laborales, desgaste profesional, estrés traumático secundario y consecuentes laborales, con la participación de variables sociodemográficas y de personalidad. Siguiendo en esta línea, el presente trabajo plantea un análisis de la relación entre variables personales y sociales con riesgos del entorno laboral como el burnout y el estrés traumático secundario y con el estatus de salud (física y mental) en una muestra de bomberos. Para ello se ha tomado como referencia el modelo procesual del estrés de Sandín (1999, 2008a, 2008b). Las variables personales como la personalidad y el afrontamiento (como estilo) se conciben como variables moderadoras de ciertas respuestas al estrés como son el burnout y el estrés traumático secundario. En esta misma relación, las variables sociales como el apoyo social se conciben como variables mediadoras y moderadoras.



# 1. AFRONTAMIENTO

Comenzamos este marco teórico adentrándonos en el afrontamiento. Para ello partimos del contexto en el que se ha desarrollado este constructo. Se pretende dar una visión de lo que la literatura científica resalta con más frecuencia tanto en lo relativo al concepto de afrontamiento como a las diferentes clasificaciones que se han generado. Antes de entrar a exponer la relación de los diferentes instrumentos de evaluación utilizados se realiza una descripción de las interrelaciones entre el afrontamiento, el estrés y la salud.

## 1.1 Marco conceptual del estrés

Para poder abordar teóricamente el afrontamiento es preciso tratar previamente el contexto en el que este constructo se ha desarrollado. Tal contexto es el campo de estudio del estrés. En el estudio del estrés se han planteado diferentes modelos teóricos. En unas ocasiones se ha analizado el estrés desde un contexto claramente fisiológico (estrés físico) y en otras en un contexto psicológico (estrés psicológico o psicosocial). De forma más concreta, se han clasificado en tres los modelos explicativos del estrés (Crespo & Labrador, 2003).

Uno de los modelos explicativos se basa en la respuesta. En este modelo se considera al estrés como una respuesta generalizada e inespecífica. Un ejemplo es el Síndrome General de Adaptación (SGA) de Selye, en 1956, que cuenta con los antecedentes de la reacción de "lucha- huida" propuesta por Canon, en 1914. De esta línea explicativa del estrés es de la que más relación y vinculación se ha encontrado entre el estrés y la enfermedad. Estos modelos plantean de forma implícita la existencia de estresores casi universales. De este modo se identifican con lo que se podría denominar una visión fisiológica-universal del estrés (Vázquez, Crespo & Ring, 2000). Por otra parte, para Pelechano, Matud y De Miguel (1993) los trabajos incluidos dentro del modelo homeostático de Selye que comparten una forma objetiva de concebir el estrés, entendido como una respuesta a un estímulo nocivo o como un estímulo estresor en sí mismo, son una de las tendencias que se identifican en el estudio del afrontamiento. Se trata de una propuesta de orientación biologicista que se ha visto reforzada por los resultados encontrados en la experimentación con animales.

Otro de los modelos explicativos se basa en el estímulo. En estos modelos, el estrés se identifica con los estímulos que perturban el funcionamiento del organismo. Estos estímulos son los "estresores". Las propuestas de Holmes y Rahe, en 1967, en relación con los sucesos vitales pueden servir de ejemplo de este tipo de modelos.

Por último, el tercer modelo explicativo se caracteriza por ser procesuales o dinámicos. En estos modelos, el estrés surge por la interacción entre la persona y su entorno. Un ejemplo es la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984, 1986). La clave de este modelo está en la valoración cognitiva. Con la teoría transaccional se plantea la presencia de un proceso cognitivo de "valoración cognitiva". Este modelo se identifica con la visión psicológica - idiosincrática del estrés (Vázquez et al., 2000). Para Pelechano et al. (1993) este modelo explicativo está dentro de la segunda tendencia que identifican en el estudio del afrontamiento, caracterizado por una mayor subjetivación de la realidad del estrés, tendencia en la que también incluyen las aportaciones desde la teoría psicoanalítica del ego.

Para Lazarus y Folkman (1986) el "estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (p. 43). Como resultado de esta relación se deriva que no todas las personas tendrán la misma respuesta ante los mismos estímulos (Cruz & Vargas, 2000; Fernández-Abascal & Jiménez, 2002; Sandi & Calés, 2000). En esta relación entre la persona y el entorno hay dos procesos importantes: uno es la evaluación cognitiva y el otro el afrontamiento. El proceso de valoración o evaluación cognitiva incluye, básicamente, una valoración primaria y una valoración secundaria (Lazarus & Folkman, 1986).

En la valoración o evaluación primaria se evalúa las demandas de la situación. Se distinguen tres clases de evaluación primaria: una irrelevante (cuando la relación con el entorno no genera implicaciones o consecuencias), otra benigna y positiva (cuando las consecuencias de la relación se valoran como positivas, generando emociones placenteras como alegría y tranquilidad) y, por último, una estresante (donde la situación puede interpretarse como una amenaza, una pérdida o un desafío).

En la valoración o evaluación secundaria se evalúa lo que se puede hacer cuando se está ante una situación de amenaza o desafío. Es por lo tanto una evaluación de las estrategias de afrontamiento que es

necesario poner en marcha, para solventar una situación. Esta evaluación secundaria es un importante determinante de la orientación del afrontamiento.

Cuando la situación se valora como estresante y además se estima que los recursos propios no sirven para afrontarla pueden surgir las respuestas de estrés. En el transcurso de la interacción entre la persona y la situación se da una evaluación que es reflejo de la retroalimentación recibida que puede originar cambios en las valoraciones previas sobre la propia situación o los recursos, es lo que se denomina reevaluación.

Ante este panorama, algunos modelos explicativos han intentado aglutinar estos precedentes. Por ejemplo, el modelo de estrés formulado por Labrador (1992) y revisado por Labrador y Crespo (1993) intenta establecer la conexión entre las respuestas de estrés y la aparición de trastornos asociados al estrés tales como los trastornos psicofisiológicos. El modelo identifica una respuesta cognitiva representada por la evaluación cognitiva; una respuesta fisiológica representada por la acción de los ejes neural, neuroendocrino y endocrino; y una respuesta motora representada por las estrategias de afrontamiento. Así, ante un suceso estresor se pone en marcha, por una parte, una evaluación automática inicial. Ésta está representada sobre todo por el patrón de respuesta de orientación y de defensa, que se activa de forma automática ante la presencia de cualquier estímulo. A continuación se inicia un procesamiento central controlado, que incluye la evaluación primaria, la evaluación secundaria y una organización de la acción. Todo ello supone la decisión a tomar tras valorar las demandas y los recursos. Por último, se ponen en marcha las conductas de afrontamiento. Por otra parte, se inician, también, unas respuestas fisiológicas iniciales tras las cuales surgen las respuestas fisiológicas de estrés, determinadas fundamentalmente por la acción del eje neural (Sistema Nervioso Autónomo y Sistema Nervioso Somático), del eje neuroendocrino (médula de las glándulas suprarrenales) y del eje endocrino (corteza de la glándulas suprarrenales). La posibilidad de que se desarrolle un trastorno se deriva tanto de las repuestas fisiológicas activadas y de los órganos implicados como de los recursos de la persona, sobre todo del uso de estrategias de afrontamiento eficaces o no (Crespo & Labrador, 2003).

Otro modelo explicativo es el modelo procesual del estrés de Sandín (1999, 2008a, 2008b) con el que se pretende abarcar los diversos factores asociados al estrés. Se desarrolla en siete etapas. La primera etapa son las demandas psicosociales. En líneas generales se refiere a las causas externas del estrés. Se incluyen por un lado las demandas físicas (que incluyen un número amplio de estímulos físicos de diversa naturaleza

como el ruido, la iluminación, la ventilación, la humedad, el frío, el calor, ...) y, por otro lado, las demandas psicosociales (que incluyen los sucesos mayores o sucesos vitales, los sucesos menores o estrés diario y, por último, el estrés crónico, que abarca entre otros al estrés familiar y el estrés laboral).

La segunda etapa es la evaluación cognitiva. Se refiere a la valoración que se hace de la situación. En la evaluación cognitiva del agente estresor son importantes dos facetas. Por una parte, el tipo de amenaza que supone la situación (pérdida, amenaza o desafío) y, por otra parte, las características de la situación. Estas características son: la valencia, cuando la situación se valora como negativa o positiva; la independencia, cuando la situación se valora como independiente o dependiente de las acciones de la persona; la predictibilidad, cuando la situación se valora como algo que puede ser esperado o que ocurre de forma inesperada para la personas; y la controlabilidad, cuando la situación se valora como algo que puede ser controlable o no.

La tercera etapa son las respuestas de estrés. Incluyen respuestas fisiológicas, que abarcan al sistema neuroendocrino (fundamentalmente catecolaminas y cortisol) y al Sistema Nervioso Autónomo (con la activación simpática e inhibición parasimpática). Incluye también las respuestas de origen psicológico o emocional, sobre todo las respuestas emocionales negativas como ansiedad y depresión.

La cuarta etapa es la de afrontamiento. Son los esfuerzos conductuales y cognitivos que la persona utiliza para afrontar las demandas que son estresantes o bien el malestar emocional relacionado con las respuestas de estrés. Se concibe el afrontamiento (estrategias) como una variable mediadora de la respuesta del estrés.

La quinta etapa son las características personales. Incluye variables vinculadas a la persona que van desde los factores hereditarios, raza y género, a los tipos de reacción al estrés y por último las dimensiones de personalidad. Se asume en ellas una capacidad de influir en las etapas anteriores del modelo. Estas características, que se consideran relativamente estables en la persona, pueden determinar la evaluación que la persona hace de la situación y también influyen en las estrategias de afrontamiento.

La sexta etapa son las características sociales. Vinculadas a aspectos que pueden contribuir a mejorar tanto la valoración primaria como la secundaria. Estas variables se han centrado por una parte en aspectos materiales como el nivel socioeconómico y en aspectos más relacionales como el apoyo social y las redes sociales. A su vez, es importante resaltar que a la hora de hablar de los recursos de afrontamiento, y en concreto de los recursos externos, estas variables sociales son las que más se han considerado en la investigación.

Y por último, la séptima etapa es el estatus de salud. Referido tanto a los aspectos físicos como a los aspectos psicológicos de la salud. Es la última etapa del modelo y su estado dependerá de cómo se hayan desarrollado las etapas previas. Identifica las consecuencias en la salud del estrés.

Es en este marco en el que el estudio del afrontamiento cobra un especial interés.

## 1.2 Concepto de afrontamiento

El desarrollo conceptual del afrontamiento ha ido en paralelo con el marco conceptual del estrés. Como hemos visto anteriormente Pelechano et al. (1993) identifican dos tendencias, en el estudio del afrontamiento: una más objetiva y próxima al modelo homeostático de Selye y otra más subjetiva y próxima a los estudios del grupo de Lazarus.

Por su parte, Aldwin (1994) distingue cuatro enfoques teóricos en el estudio del afrontamiento: el enfoque centrado en la persona, el enfoque centrado en la situación, un enfoque interactivo y un enfoque transaccional. En el enfoque centrado en la persona se postula que las características de personalidad son primarias en la determinación de cómo las personas afrontan el estrés. Los representantes más claramente identificados con este enfoque son los teóricos del psicoanálisis, los del rasgo y los que se centran en las investigaciones sobre los estilos de percepción. En el enfoque centrado en la situación se argumenta que los tipos de estrategias que las personas usan para afrontar los problemas dependen altamente de las demandas ambientales. De esta forma se plantea que los diferentes estresores requieren diferentes tipos de afrontamiento. En el enfoque interactivo se hipotetiza que el afrontamiento está determinado por la conjunción de las características de la persona y su ambiente. Y en el enfoque transaccional, que representa al modelo cognitivo del estrés, se plantea la existencia de una interrelación entre la persona, la situación y el afrontamiento, con influencias mutuas.

Para Menaghan (1983) el afrontamiento se puede considerar en función de tres aspectos centrales: los estilos de afrontamiento, las estrategias de afrontamiento y los recursos de afrontamiento (que se han conceptualizado en algunos casos como factores moduladores del afrontamiento). El desarrollo teórico y metodológico del concepto de afrontamiento parece haberse agrupado, fundamentalmente, en torno a dos

aproximaciones. La que entiende el afrontamiento como un estilo personal y la que lo concibe como un proceso (Sandín, 2008a).

### **1.2.1 Afrontamiento como estilo personal**

Se presenta el afrontamiento como una disposición personal, es decir, como la propensión a utilizar una serie determinada de estrategias de afrontamiento en situaciones diversas (Vázquez et al., 2000). O como afirma Fernández-Abascal (1997):

Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (p.190).

Históricamente esta concepción fue influida por las propuestas de la orientación psicoanalítica, sobre todo en lo relacionado con el concepto de defensa del yo (Sandín, 2008a). Los planteamientos realizados han basculado entre los que plantean una dicotomía de estilos a los que plantean los estilos dentro de un continuo. Entre las aportaciones que se han realizado en la defensa del afrontamiento como estilo destacan las contribuciones de D. Byrne (1964), Weinberger, Schwartz y Davidson (1979), Miller (1987, 1996), Kohlmann (1993) o Krohne (1993, 1996, 2002).

De forma específica, D. Byrne (1964) identifica el estilo de afrontamiento represor-sensibilizador. Este estilo se caracteriza por una cierta estabilidad transituacional en la que el modo de reaccionar ante estímulos desencadenantes de angustia forma parte de la personalidad. Se concibe como los dos polos de un continuo. El estilo represor se identifica por el uso de la negación, evitación, racionalización o interiorización de los problemas. El estilo sensibilizador se identifica por el uso de actitudes vigilantes y con exteriorización de los problemas. Implican un intento de reducir la ansiedad por medio del acercamiento o control de los estímulos y sus consecuencias.

Por su parte, Weinberger et al. (1979) plantean cuatro estilos de afrontamiento vinculados a los mecanismos defensivos y ansiosos. De forma que se habla del estilo represor (caracterizado por ser un estilo defen-

sivo y con baja ansiedad); el estilo no defensivo y con baja ansiedad; el estilo no defensivo y ansioso; y el estilo defensivo y ansioso. En su estudio concluyen que los represores y los ansiosos tienden a afrontar con menos eficacia el estrés psicosocial que los menos ansiosos.

Para Miller (1987, 1996) existe una dicotomía de estilos cognitivos que se mueven entre el estilo de afrontamiento vigilante-incrementador (monitoring) y el estilo de afrontamiento atenuador-avoidante (blunting). Identifica el estilo vigilante por la actitud de alerta y activación ante la información amenazante. Identifica el estilo atenuador por la tendencia a evitar o reducir la información sobre amenazas. En algunos estudios se indica que el estilo evitador es más eficaz para amenazas a corto plazo y por el contrario el estilo vigilante lo es para amenazas que persisten a largo plazo (Vázquez et al., 2000). Además el estilo incrementador permite establecer planes de acción anticipada ante riesgos futuros, aunque, también tienden más fácilmente hacia altos niveles crónicos de ansiedad y estrés, y presentan interferencias en la solución efectiva de problemas y en el afrontamiento adaptativo. En relación con estos estilos cognitivos, Ben-Zur (2002) indica que el estilo vigilante-incrementador se relaciona con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Mientras que Holahan y Moos (1987), por los resultados de estudios longitudinales, afirman que el estilo evitativo, a largo plazo, se muestra ineficaz para afrontar circunstancias vitales complejas y, además, este estilo tiene relaciones adversas con la salud.

Para Kohlmann (1993) hay una integración del estilo represor-sensibilizador de Byrne, el estilo vigilante-atenuador de Miller y el concepto de deseabilidad social de Crowne y Marlon, de forma que su propuesta identifica cuatro estilos de afrontamiento. En el estilo vigilante rígido las personas son sensibilizadoras, con alta vigilancia y baja evitación, tienden a buscar información y generar confrontación anticipada pero se estresan por la incertidumbre. En el estilo evitador rígido las personas son represoras, con baja vigilancia y alta evitación, las señales anticipatorias les generan activación emocional que viven como amenaza, por lo que tienden a no prestar atención. En el estilo flexible las personas son no defensivas, con baja vigilancia y baja evitación, toleran bien la incertidumbre. Y en el estilo inconsciente las personas son ansiosas, con alta vigilancia y alta evitación, con afrontamiento ineficaz, estresadas por la activación emocional y la incertidumbre de la situación.

Por último, cabe destacar la aportación de Krohne (1993, 1996, 2002), la cual plantea un modelo de personalidad de modos de afrontamiento que describe y explica las diferencias individuales en el comportamiento de regulación bajo condiciones estresantes. Su modelo se concentra en los procesos de orientación de la atención que pueden ser observados cuando las personas confrontan una amenaza. En este contexto surge la propuesta de un estilo vigilante (intensificando la búsqueda y procesamiento de la información sobre la amenaza) y un estilo de evitación cognitiva (con el alejamiento de las señales relacionadas con la amenaza).

En este contexto, Pelechano et al. (1993) han intentado generar una reconceptualización de las habilidades de afrontamiento como competencias de personalidad, por la estabilidad del afrontamiento, más allá de los aspectos situacionales. Sugieren que los factores de afrontamiento pueden verse como dimensiones de habilidades intra e interpersonales.

Esta aproximación al afrontamiento (como estilo) ha recibido algunas críticas. Lazarus y Folkman (1986) plantean al menos cuatro. En primer lugar, es simplista considerar el afrontamiento como un estilo o rasgo y no refleja la naturaleza multidimensional del concepto, subestimando la complejidad y variabilidad de los procesos en los que se basa. Esto no obstante no niega la posibilidad de asumir cierta estabilidad en el afrontamiento o en que se tenga ciertas preferencias por estrategias determinadas a lo largo del tiempo. En segundo lugar, no se diferencia entre conducta adaptativa automática y el afrontamiento, que requiere de conductas de esfuerzo. En tercer lugar, se da una confusión entre el afrontamiento y sus resultados (o consecuencias), al identificar el concepto de afrontamiento con el éxito adaptativo. El afrontamiento debe definirse con independencia del resultado. Con ello se concibe que ninguna estrategia se considere mejor que la otra, esta calidad vendrá determinada por sus efectos en una situación determinada. Y en cuarto lugar, se identifica el afrontamiento con el dominio del entorno, se concibe que el mejor afrontamiento es el que permite mejorar la relación individuo-ambiente. Sin embargo, este dominio del entorno no siempre es posible, pues no siempre las fuentes de estrés son susceptibles de ser dominadas.

Posteriormente, Lazarus (2000) asume que algunas características de personalidad ayudan a las personas a resistir los efectos perjudiciales del estrés, como por ejemplo la resistencia o dureza, y también se admite que las variables personales influyen en el proceso de valoración. Este autor afirma que algunas estrategias de manejo se relacionan con variables de personalidad y otras son más cercanas al contexto social. Por



ello, la crítica a la perspectiva del afrontamiento como estilo está más centrada en las deficiencias metodológicas de su evaluación que en el propio concepto de estilo.

### **1.2.2 Afrontamiento como proceso**

Dentro del afrontamiento como proceso se identifica lo que se denomina modos o estrategias de afrontamiento que, lejos de ser una mera defensa ante el malestar o la amenaza, tiene una importante función en el logro o mantenimiento del bienestar (Fernández-Abascal & Jiménez, 2002).

Se presenta el afrontamiento como una interacción entre la evaluación (cognitiva) que realiza la persona y la situación. No se concibe por lo tanto al afrontamiento como un atributo invariable en la persona y tampoco se concibe que las estrategias de afrontamiento puedan clasificarse en eficaces o ineficaces, pues su éxito se relaciona con la situación. Esta línea es la que ha defendido los trabajos de Lazarus y Folkman (1984, 1986).

A partir de la consideración del afrontamiento como un proceso se comienza a generar diferentes definiciones del constructo. Lazarus y Folkman (1986) lo definen como: "aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (p. 164). Para Matheny, Aycock, Pugh, Curlette y Silva-Cannella (1986) se trata de los esfuerzos que se llevan a cabo, tanto saludables como malsanos, conscientes o no, que se desarrollan para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o, bien, si ello no es posible para tolerar sus efectos. Cox (1987), que comparte la idea de asumir el afrontamiento como un proceso y como una forma de comportamiento de solución de problemas, identifica en el afrontamiento una serie de cogniciones y comportamientos que la persona adopta al identificar una situación problemática, con la intención de hacer frente a esta situación y a sus consecuencias. Aldwin y Revenson (1987) analizan si la edad afecta al proceso de estrés y afrontamiento. Comprueban que la edad ejerce cierta influencia en el uso de estrategias de afrontamiento. Así, asumen que el afrontamiento hace referencia a los esfuerzos que la persona lleva a cabo con la intención de prevenir, evitar o controlar el estrés emocional tras haber evaluado una situación como amenazante o estresante. Para Stone, Helder y Schneider (1988) el afrontamiento se refiere a las acciones y pensamientos (conscientes o inconscientes) que hacen que

las personas sean capaces de manejar situaciones difíciles. La no consciencia del afrontamiento ha sido también planteada por Snyder (1999) quien afirma que aunque algunos investigadores sugieren que las respuestas deben ser conscientes para calificarlas como de afrontamiento, esta calificación parece excesivamente restrictiva, ya que a menudo se puede responder a un factor estresante recurrente perdiendo nuestra conciencia de ello, dándose en cierta medida, un tipo de afrontamiento automático. Para Everly (1989) el afrontamiento puede ser valorado como tácticas ambientales o cognitivas diseñadas para atenuar la respuesta de estrés. Se plantea como un esfuerzo, psicológico o conductual, para reducir los efectos aversivos del estrés. Se le considera un intento por restablecer la homeostasis. Para O'Driscoll y Cooper (1994) hay tres elementos en el afrontamiento como proceso que lo caracterizan: "la ocurrencia de un evento que afecta a la persona, la evaluación del evento como amenazante y la manifestación de alguna respuesta cognitiva o comportamental para eliminar o aliviar dicha amenaza" (p. 344).

La definición de Lazarus y Folkman (1986) y Lazarus (2000) sirve de referencia en la consideración del afrontamiento como un proceso. Dicha definición permite describir las características de esta forma de entender el afrontamiento. Podemos mencionar al menos cinco características. La primera concluye que el afrontamiento como proceso hace referencia a cogniciones y comportamientos que varían en función de las variaciones en las demandas de la situación o del entorno. La segunda concibe que este afrontamiento no implica un grado de automatismo en la conducta toda vez que supone un esfuerzo para manejar las demandas, se basa en lo que la persona realmente piensa o hace y no en lo que generalmente hace o haría. La tercera subraya que no se puede generar una equivalencia entre ese esfuerzo y la efectividad del mismo, es decir que se hace referencia tanto a procesos adaptativos como inadaptativos, por lo que no se reduce el concepto de afrontamiento a sus resultados. Se plantea que no existe una estrategia de manejo universalmente efectiva o inefectiva. La eficacia dependerá del tipo de persona, del tipo de amenaza y de la situación. Por ello estrategias como la negación que en cierto momento fue considerada como perjudicial, incluso como patológica, puede llegar a ser, en determinadas circunstancias, beneficiosa, sobre todo en el contexto de las enfermedades crónicas o que amenazan la vida de los pacientes. La cuarta incluye un espectro temporal (y un contexto específico) que va a recorrer el pasado y presente de la situación y además añade la anticipación de una situación estresante futura. Por último, la quinta implica que el proceso de afrontamiento está constantemente

influido por las reevaluaciones cognitivas. Tiene un carácter intencional y deliberado por lo que se diferencia de las reacciones defensivas y de ahí que el proceso de afrontamiento y con él las estrategias de afrontamiento sean algo diferente de los mecanismos de defensa (Bermúdez, 1996).

Aún cuando el modelo de afrontamiento como proceso ha recibido cierto apoyo empírico, se ha podido ver que no es tan distinto e independiente de la posición adoptada del afrontamiento como estilo. Lazarus y Folkman (1986) admiten que ciertas estrategias de afrontamiento utilizadas por la persona en diferentes situaciones son más estables en su utilización. La revisión de Lazarus (1993) plantea algunas matizaciones a la perspectiva procesual del afrontamiento y por lo tanto al concepto manejado de estrategias. Afirma que ante situaciones estresoras crónicas se tiende a mostrar los mismos patrones de afrontamiento, lo que dirige el concepto hacia la idea de estar en presencia de formas consolidadas de reaccionar. Esto es aplicable sobre todo a estrategias como la reevaluación positiva, concretamente se afirma que las personas que empleaban reevaluación positiva en una situación tendían a usarla en otras situaciones. Por el contrario, estrategias como la búsqueda de apoyo social no tienen esta tendencia de ser usada de forma repetida. Por ello se plantea que la búsqueda de apoyo social depende en gran medida del contexto social y la reevaluación positiva podría ser vista como una disposición estable de afrontamiento.

La concepción de un afrontamiento conformado por estilos y por estrategias queda recogida, también, en propuestas como las Carver y Scheier (1994). Estos autores, aunque están de acuerdo con la idea de que el afrontamiento puede cambiar de una situación a otra, se plantean el argumento de que las personas desarrollan modos habituales de manejarse con el estrés, y que estos hábitos o estilos de afrontamiento pueden influir en sus reacciones ante nuevas situaciones.

Para Pelechano (2000) tanto el afrontamiento como estilo como el afrontamiento como proceso son complementarios. El primero representa una forma estable de afrontar el estrés y el segundo representa las acciones y comportamientos específicos ante la situación.

### 1.3 Clasificación de las estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se han clasificado atendiendo a diferentes criterios (V. Cáceres, Otero-López, Pardiñas, Castro & Santiago, 2000; Crespo & Labrador, 2003).

Una primera clasificación pone de relevancia el tipo de respuesta que se da. En esta clasificación hay tres tipos de afrontamiento. Uno es el enfrentamiento. Se concibe como una estrategia de afrontamiento activa, con el objetivo de promover un acercamiento hacia la situación. Otro es la huida o evitación. Se entiende, también, como una estrategia de afrontamiento activa, con el objetivo de desentenderse de la situación y redirigir la atención a estímulos no relevantes para la misma. Incluye estrategias como la negación o el uso de alcohol y drogas (Márquez, 2006). Y el tercer tipo es la pasividad o inhibición. Se caracteriza por ser una estrategia de afrontamiento pasiva.

Una segunda clasificación se basa en la naturaleza de la respuesta de afrontamiento. Destaca la posibilidad de una respuesta cognitiva o conductual o incluso una combinación de ambas. Así, Billings y Moos (1981) hablan de estrategias cognitivas activas, referidas a los intentos de manejar la evaluación estresante de la situación por medio de ver el lado positivo de la misma y basarse en las propias experiencias del pasado en situaciones similares; estrategias comportamentales activas, referidas a los intentos manifiestos de un comportamiento que trata directamente con el problema y sus efectos por medio de averiguar más información acerca de la situación y tomar algunas medidas positivas; y estrategias de evitación, referidas a los intentos de evitar enfrentarse directamente al problema, por medio de estrategias como prepararse para lo peor o mantener los propios sentimientos hacia uno mismo, o bien indirectamente, por medio de reducir la tensión emocional con comportamientos como comer o fumar más.

Para F. Cohen y Lazarus (1983) hay cinco modos de afrontamiento. El primero es la búsqueda de información. Este modo son los intentos de aprender más acerca del problema y lo que se puede hacer para afrontarlo. El segundo son las acciones directas. Se trata de los actos o acciones concretas que pretenden responder a la situación, como por ejemplo discutir con los oponentes. El tercero es la inhibición de la acción. En este caso, es un modo de afrontamiento que pretende reducir los efectos o consecuencias de la situación refrenando los actos impulsivos, como en la inhibición de actuar ante la manifestación de ira. El cuarto son

los procesos intrapsíquicos o cognitivos. Se caracteriza por reevaluar la situación, desplegando la atención o buscando rutas alternativas de gratificación, se ha incluido en esta categoría algunos procesos que tradicionalmente se han visto como defensas, tales como la negación y la racionalización. El quinto es dirigirse a otros para solicitar apoyo. Se trata de un modo de afrontamiento que puede aumentar el esfuerzo para lidiar con la situación estresante o para generar sentimientos de bienestar.

Partiendo de la idea de que son cuatro los procesos psicosociales más conectados con el estrés (adaptación, frustración, sobrecarga y deprivación) Girdano y Everly (1986) indican que los comportamientos de afrontamiento pueden clasificarse en adaptativos o inadaptativos. Los comportamientos adaptativos reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, fundamentalmente porque un afrontamiento exitoso logra reducir o eliminar la activación del órgano diana del estrés y así se reestablece la homeostasis (Everly, 1989). Los comportamientos inadaptativos reducen el estrés a corto plazo pero pueden afectar la salud a largo plazo. Determinar cuáles son las estrategias adaptativas o inadaptativas no resulta fácil si tenemos en cuenta que estrategias como la negación, a priori considerada como inadaptativa, en el caso de los problemas de salud puede llegar a ser adaptativa, según el proceso patológico o las circunstancias de su origen (Gil-Roales, 2004).

Una tercera clasificación se establece en función del objeto de los esfuerzos de afrontamiento o lo que es lo mismo, en función de los objetivos de las estrategias de afrontamiento. Las propuestas que se incluyen dentro de esta clasificación han sido variadas.

Mechanic (1974), desde una perspectiva más socio-psicológica, indica que la adaptación personal exitosa tiene, al menos, tres componentes. El primero se refiere a la capacidad y habilidades que las personas deben tener para tratar con las demandas sociales y ambientales a las cuales se expone. El segundo se refiere al grado de motivación que las personas deben tener para hacer frente a tales demandas. El tercero se refiere a la capacidad que las personas deben tener para mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos hacia las demandas externas, en contraste con las demandas internas. Añade, además, que otra clase de ajuste entre la persona y el ambiente, que considera muy importante, es el ajuste entre la estructura social y las demandas del ambiente. Afirma que la capacidad para mantener el alivio o bienestar psicológico depende no sólo de los recursos intrapsíquicos sino también, y de forma destacada, del apoyo social disponible o ausente en el medio.

Lazarus y Folkman (1986) han realizado la propuesta que más aceptación y uso ha tenido. Describen dos tipos de estrategias de afrontamiento. Por una parte, están las estrategias dirigidas al problema. Éstas son las que tienen mayor probabilidad de aparecer cuando la evaluación de la situación indica que se puede generar cambios. Tienen un carácter instrumental, con el objetivo de resolver, modificar o alterar la situación por la que se han puesto en marcha. En el caso del estrés laboral este tipo de estrategias tienden a ser más adaptativas (Buendía, 1998). Básicamente la persona obtiene información sobre qué puede hacer y moviliza las acciones necesarias que permitan modificar la relación problemática entre ella y el medio, de forma que dirige esas acciones hacia uno mismo o el medio (Lazarus, 2000). Por otra parte, están las estrategias dirigidas a las emociones. Éstas son las que tienen mayor probabilidad de aparecer cuando la evaluación de la situación indica que no se puede hacer nada para modificarla. Tienen un carácter paliativo, con el objetivo de manejar el malestar emocional que se ha generado por la situación.

Centrarse en el problema o en las emociones no es una dicotomía excluyente. En ocasiones, por las circunstancias de la situación, la estrategia más adecuada es la de disminuir el malestar emocional porque no se puede hacer nada constructivo por mejorar la situación y, en otras ocasiones, centrarse en las emociones puede ser inadecuado por no priorizar la solución (posible) de la situación (Vázquez et al., 2000).

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema son parecidas a las estrategias que se utilizan para resolverlo, ya que se determina cuál es el problema, se define, se busca soluciones alternativas, se evalúa el coste-beneficio de esas soluciones y se aplican. Pero el afrontamiento dirigido al problema no es exactamente lo mismo que la resolución de problemas. La resolución de problemas es un objetivo, un proceso dirigido al entorno, mientras que el afrontamiento dirigido al problema incluye, también, estrategias dirigidas al interior de la persona. Dentro de las estrategias dirigidas al problema se pueden mencionar la planificación para la resolución del problema, la confrontación y la búsqueda de apoyo social. Para ésta última, sobre todo, si se hace por razones instrumentales. La búsqueda de apoyo social se integra en muchos casos en un grupo o modalidad de afrontamiento intermedia entre las centradas en el problema y las centradas en la emoción.

Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción pretenden modificar la relación de la persona con la situación, por medio del intento de cambiar la interpretación, y con ello el significado, de lo que ocurre. Dentro de las estrategias dirigidas a la emoción se pueden destacar la búsqueda de apoyo social (en

el caso de hacerlo por razones emocionales), el distanciamiento, el escape o evitación, el autocontrol, la aceptación de la responsabilidad y la reevaluación positiva.

Esta clasificación de Lazarus y Folkman (1986) presenta algunos inconvenientes. Así, al generarse alrededor del binomio emoción-resolución de problema, que son categorías generales que se superponen, no diferencia a las estrategias que estarían incluidas en cada una de ellas. No obstante es la clasificación que más amplia aceptación ha tenido dentro de las clasificaciones centradas en la función de los objetivos de las estrategias de afrontamiento. Es por ello que en un intento de superar sus desventajas se han presentado otras propuestas.

Carver, Scheier y Weintraub (1989) plantean que las estrategias de afrontamiento activo guardan similitud con las estrategias dirigidas al problema, en la medida en que ambas se refieren a los pasos a dar para eliminar o evitar el estrés o para aliviar sus efectos. En este contexto los autores plantean tres grupos en los que incluir las estrategias de afrontamiento: estrategias de afrontamiento enfocadas al problema, estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción y estrategias de afrontamiento potencialmente disfuncionales (parecido a lo que en otras propuestas teóricas se ha denominado afrontamiento neurótico). Éstas últimas se consideran en términos de salud mental mal adaptativas.

Schonfeld (1990), centrado en estudios relacionados con el estrés laboral, comparte la tipología de Pearlin y Schooler que identifica tres tipos generales de realizar el afrontamiento: afrontamiento del problema (focalizado en el manejo de los estresores), afrontamiento cognitivo (centrado en el manejo de las diferentes formas de entender el significado del estresor) y afrontamiento emocional (dirigido a modificar las consecuencias del estrés).

Törestad, Magnusson y Oláh (1990) categorizan el afrontamiento en tres dimensiones: constructivo (esfuerzos cognitivos y conductuales hacia los sucesos estresantes, de forma directa y confrontativa), pasivo (soluciones centradas en la emoción) y de escape.

Endler y Parker (1990, 1993, 1994) mantienen la propuesta bipartita propuesta por Lazarus y Folkman y añaden una tercera estrategia. Su propuesta recoge: afrontamiento orientado a la tarea, afrontamiento orientado a la emoción y afrontamiento orientado a la evitación. A esta propuesta Roger, Jarvis y Najarian (1993) añaden una cuarta dimensión, denominada: separación o independencia afectiva respecto al estresor.

Tanto Carver et al. (1989) como Endler y Parker (1990, 1993, 1994) dividen el enfoque centrado en la emoción en dos categorías. Una representa un modo cognitivo y afectivo de permanecer ante las situaciones estresantes y la otra una evitación de enfrentar el estrés. Se plantea, por lo tanto, la necesidad de diferenciar aún más la primera de estas categorías mencionadas. Proponen, por una parte, la reorganización que implica una acomodación de las actuales estructuras cognitivo-motivacionales a las limitaciones de la realidad, lo que supone una aceptación de la nueva realidad, y, por otra parte, la reevaluación que implica una reinterpretación positiva de los acontecimientos externos, de modo que las estructuras internas sigan intactas, lo que supone una negación parcial de la amenaza.

Mikulincer y Florian (1996) desde la perspectiva de los estudios centrados en la adaptación al trauma y la pérdida, plantean una clasificación con cuatro categorías: estrategias focalizadas en el problema, reorganización, reevaluación y estrategias de evitación.

Integrando la visión del afrontamiento en función de su objetivo y las estrategias propiamente dichas de afrontamiento, Holahan, Moos y Schaefer (1996) consideran la orientación individual hacia un estresor y separan el afrontamiento en un dominio de aproximación y otro de evitación. En cada dominio se establece una división en dos categorías que identifican un afrontamiento cognitivo y otro comportamental. Plantean, así, una clasificación con cuatro categorías: aproximación cognitiva, aproximación comportamental, evitación cognitiva y evitación comportamental.

Otra visión en relación a las clasificaciones aportadas se deriva de las propuestas de Matheny et al. (1986) quienes plantean dos categorías de estrategias: las estrategias combativas y las estrategias preventivas. Las primeras tienen como objetivo suprimir el estímulo estresante, se relaciona de forma directa con el escape o huida. Las segundas tienen como objetivo evitar que aparezca el estímulo estresante (aversivo), se relaciona de forma directa con la evitación. Dentro de las estrategias combativas se han identificado cinco tipos de estrategias: la vigilancia del estrés, los recursos de organización, la tolerancia de los estímulos estresantes, el ataque a los estímulos estresantes y la disminución de la tensión. Dentro de las estrategias preventivas se han identificado cuatro tipos de estrategias: realización de adaptaciones en la vida para evitar los estímulos estresantes, realizar adaptaciones a las demandas, cambiar las conductas que producen estrés y desarrollar más recursos personales de afrontamiento.



Pero la cuestión de la descripción y clasificación de las estrategias de afrontamiento no está resuelta con ninguna de las propuestas anteriores. La falta de un marco teórico consolidado y por el contrario el aporte empírico tan variado a la hora de hacer propuestas de clasificaciones ha generado una diversidad a veces difícil de integrar, sobre todo cuando en algunas ocasiones se utilizan o bien nombres similares para identificar estrategias diferentes o bien se clasifican unas mismas estrategias en ámbitos diferentes (Aldwin, 1994; Pelechano, 1992; Snyder, 1999). Por ello, las propuestas de clasificación realizadas de las estrategias de afrontamiento se han caracterizado por la diversidad, falta de apoyo teórico y falta de respaldo empírico sólido, por lo que ha surgido un desacuerdo en cuanto al número y tipo de estrategias de afrontamiento.

Para tener una visión esquemática de esta situación Rueda y Aguado (2003) han realizado una revisión a partir de la cual han planteado un esquema de las clasificaciones más destacadas de los diferentes enfoques de estudio del afrontamiento. Han clasificado las diferentes aportaciones según los autores establecieron una clasificación de las estrategias en unidimensionales, bidimensionales, tridimensionales o multidimensionales.

Dentro de las clasificaciones unidimensionales, que vendrían a ser las que plantean un continuo entre dos puntos, se incluyen algunas de las propuestas ya comentadas que han servido de base para establecer los estilos de afrontamiento. Es el caso de la propuesta de D. Byrne (1964) del continuo "represor-sensibilización" y la propuesta de Miller (1987) del continuo "Blunting (atenuación) – monitoring (incremento de la información)". En esta misma línea otras propuestas realizadas son: afrontamiento-evitación, de Goldstein en 1959; atenuación - acción directa, de Lazarus en 1966; no vigilancia – vigilancia, de Averill y Rosenn en 1972; inatención selectiva - atención selectiva, de Kahnemann en 1973; reductor – incrementador, de Petrie en 1978; rechazo – atención, de Mullen y Suls en 1982; y evitación-aproximación, de Roth y Cohen en 1986.

Dentro de las clasificaciones bidimensionales que plantean una dicotomía en el afrontamiento, cabe mencionar: el afrontamiento activo y pasivo, de Obrist en 1976; el afrontamiento centrado en la emoción y en el problema (Folkman & Lazarus, 1980); el afrontamiento neurótico y maduro (McCrae & Costa, 1986); el afrontamiento vigilante – afrontamiento con evitación cognitiva (Krohne, 1993, 1996); y afrontamiento instrumental y paliativo, de Brantley y Thomason en 1995.

Dentro de las clasificaciones tridimensionales, se incluye: el afrontamiento cognitivo, conductual y afectivo, de Kiely en 1972; el afrontamiento centrado en el problema, en la emoción y en la evaluación cog-

nitiva, de Pearlin y Schooler en 1978; el afrontamiento orientado a la tarea, a la emoción o a la evitación (Endler & Parker, 1990); el afrontamiento constructivo, pasivo o de escape (Törestad et al., 1990); y la resolución de problemas, búsqueda de apoyo y evitación, de Amirkhan en 1990.

Dentro de las clasificaciones multidimensionales las aportaciones son también numerosas y algo más complejas. Por ejemplo Folkman y Lazarus (1980) identifican ocho estrategias: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidance, planificación y reevaluación positiva. Por su parte McCrae (1984) identifica 28 estrategias: reacción hostil, acción racional, búsqueda de ayuda, perseverancia, aislamiento del afecto, fatalismo, expresión de sentimientos, pensamiento positivo, distracción, fantasía, negación, autoculpa, hacer una cosa cada vez, comparación social, sedación, sustitución, restricción, sacar fuerzas de la adversidad, evitación, aislamiento, autoadaptación, pensamiento desiderativo, olvido activo, humor, pasividad, indecisión, evaluar la culpa y fe. En esta línea, F. Cohen (1987) identifica cinco estrategias: búsqueda de información, acción directa, inhibición de la acción, procesos intrapsíquicos y búsqueda de apoyo en otros. También destaca la aportación de Carver et al. (1989) que identifican 13 estrategias: afrontamiento activo, planificación, supresión de acciones competitivas, restricción, búsqueda de apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo emocional, expresión de emociones, desenganche comportamental, desenganche mental, reinterpretación positiva y crecimiento, negación, aceptación y religión. Por último, Moos (1993) identifica ocho estrategias dentro de dos dimensiones. En la dimensión de acercamiento: análisis lógico, búsqueda de información o apoyo, revaloración positiva y acciones de solución del problema. Y en la dimensión de evitación: evitación cognitiva, búsqueda de refuerzos alternativos, aceptación resignada y descarga emocional.

Seguidamente se presenta una breve descripción de los modos o estrategias de afrontamiento más relacionados con el modelo de Lazarus y Folkman (1986) estableciendo cierta relación tanto con factores de personalidad como con el estrés o burnout (Morán, 2005a):

La confrontación representa los esfuerzos asertivos por alterar la situación. Se requiere realizar acciones directas. Implica cierto grado de agresividad al enfrentarse al problema o a quien lo causa. Las variables de personalidad más relacionadas con esta estrategia son Extraversión, Apertura y Responsabilidad. Por otra parte la confrontación se relaciona con menores niveles de burnout (Etzion & Pines, 1986; Pines, Aronson & Kafry, 1981).

El escape-evitación representa la huida, evitación o escape del problema al no querer enfrentarse a él. Se puede poner de manifiesto con conductas como evitar contactos sociales, consumo de alcohol o drogas. Es una estrategia que se relaciona directamente con el síndrome de burnout. Tiene un alto valor predictivo sobre el estrés. En cuanto a las variables de personalidad, una puntuación alta en Neuroticismo y baja en Responsabilidad se relaciona con el uso del escape al afrontar los problemas de estrés.

La planificación representa el ejercicio de análisis del problema con la intención de buscar soluciones y poner en marcha las más adecuadas. En cuanto a las variables de personalidad, una puntuación alta en Responsabilidad y Apertura se relacionan de forma directa o positiva con esta estrategia.

El distanciamiento representa los esfuerzos por mantenerse alejado de la situación, como un intento de olvidarse del problema, como si nada ocurriera, pero generando un punto de vista positivo. En cuanto a las variables de personalidad, una puntuación baja en Neuroticismo se relaciona con esta estrategia.

El autocontrol y aceptación de la responsabilidad representa los esfuerzos por regular los propios sentimientos, sin compartir el problema con los demás y sin precipitarse en la acción. Un autocontrol alto se relaciona con la posibilidad de una alta puntuación en el factor de Despersonalización del síndrome de burnout. Por otra parte una puntuación alta en Amabilidad se ha relacionado con esta estrategia.

La búsqueda de apoyo social representa los esfuerzos por buscar ayuda de otros ante situaciones estresantes. Se ha descrito a esta estrategia como una variable moduladora del estrés (Matteson & Ivancevich, 1989) y del burnout (Buendía, 1998; Gil-Monte & Peiró, 1997; F. Ramos, 1999; F. Ramos & Buendía, 2001). Las variables de personalidad más relacionadas con esta estrategia son Extraversión y Amabilidad.

La reevaluación positiva representa los esfuerzos por dar un sentido positivo a la situación estresante. Se da un intento de aprender del problema y ver cómo le puede ayudar a crecer y mejorar. Se ha relacionado la puntuación baja en esta estrategia con el factor de Despersonalización del síndrome de burnout. En cuanto a las variables de personalidad, una puntuación alta en Responsabilidad y los extravertidos se relacionan con esta estrategia

## 1.4 Factores moduladores del afrontamiento

El afrontamiento puede ser potenciado o debilitado por la acción de diferentes factores o recursos. Se hace necesario diferenciar las estrategias de los recursos y por otra parte es preciso reconocer la naturaleza de los recursos.

El acceso a los recursos de afrontamiento implica la posibilidad de atenuar el efecto del estrés. Los recursos de afrontamiento actúan como posibilidades de reacción o conducta que la persona pone o no en funcionamiento y que sirve de amortiguador (Wheaton, 1983). Los recursos a su vez se pueden dividir según su naturaleza en dos: los recursos internos o personales, fundamentalmente centrados en las características de personalidad, y los recursos externos o sociales, fundamentalmente bienes materiales o apoyo social. Lazarus y Folkman (1986) hacen un análisis algo más exhaustivo de los recursos internos entre los que se incluye la salud y energía, como recursos físicos; las creencias positivas, como recursos psicológicos; y las técnicas de resolución de problemas.

La presencia de estos recursos repercute de forma directa sobre la forma en que los acontecimientos o situaciones estresantes afectan a la persona, en la dirección de una menor incidencia negativa de tales situaciones. Además los recursos posibilitan que las estrategias de afrontamiento sean más eficaces, por lo que se disminuye el riesgo de estrés al quedar amortiguado por los recursos que favorecen una mejor valoración primaria de la situación y una mejor valoración secundaria de las capacidades individuales. No obstante, algunos estudios mencionados por Lazarus y Folkman (1986) indican que los recursos son, fundamentalmente, útiles en la resolución de situaciones más impersonales.

En general parece estar extendida la idea por la cual la situación es la que determina las estrategias de afrontamiento a utilizar. Concretamente, tal y como afirman Holahan et al. (1996) el uso de éstas estará determinado sobre todo por los estresores, los recursos externos (sociales) y los recursos internos (rasgos de personalidad). En este sentido, el rol de la personalidad en la estrategia de afrontamiento depende en parte del contexto donde el estresor ocurre y puede expresarse de manera muy diferente dependiendo de dicho contexto (Peñacoba, Díaz, Goiri & Vega, 2000a).

### 1.4.1 Recursos internos

Aunque se desarrollará más extensamente la relación entre la personalidad y el afrontamiento en el capítulo siguiente, es necesario indicar de forma genérica que las variables de personalidad tienen la capacidad de potenciar y mejorar el abordaje del estrés. Hay evidencia empírica que sugiere que las estrategias de afrontamiento presentan relaciones significativas con algunas variables de personalidad.

Los recursos físicos (salud y energía), tal y como los presenta Lazarus y Folkman (1986) son, a juicio de los autores, los más generalizados y relevantes en el afrontamiento de prácticamente todas las situaciones estresantes. La salud y la energía determinan, de forma directa, la capacidad de afrontamiento, sin embargo la presencia de enfermedad y agotamiento no supone, por sí mismo, una incapacidad para el afrontamiento.

Las creencias, en general, pueden determinar el esfuerzo de afrontamiento a realizar, pueden incluso llegar a disminuir o inhibir el afrontamiento. Lo que se espera es que las creencias positivas lleven a un afrontamiento efectivo. Dentro de las diferentes creencias que pueden ayudar al afrontamiento, una de las más estudiadas es la creencia sobre el control. En general, los resultados parecen indicar que las personas con una creencia de control interno (o evaluaciones de las situaciones como susceptibles de cambio) generan un mayor y más persistente afrontamiento. Otra creencia estudiada ha sido la de la autoeficacia. Los resultados del estudio de Morán (2005c) indican que las personas con baja creencia en su autoeficacia son las que tienen mayor nivel de burnout.

La resolución de problemas implica habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, discriminar entre diferentes alternativas, valorar las más adecuadas y poner en marcha un plan de acción. Estas habilidades están influidas por las experiencias previas o las habilidades cognitivas o el autocontrol.

También se ha incluido dentro de los recursos internos la participación del autoconcepto y la autoestima. En algunos estudios, se ha descrito como el bajo nivel de autoconcepto y la baja autoestima se relacionan con el burnout (Morán, 2005c). Por otra parte, la autoestima tiene un papel destacado en la valoración primaria, según el modelo de Lazarus y Folkman (1986), las amenazas a la autoestima aumentan el estrés de la persona. La autoestima es un factor protector de la salud, amortigua los efectos negativos del estrés (Morán, 2005a).

### 1.4.2 Recursos externos

El apoyo social se ha analizado desde una perspectiva social y desde una perspectiva psicológica. La perspectiva social ha analizado el efecto del apoyo emocional y del apoyo instrumental y ha destacado la importancia de las redes sociales. La perspectiva psicológica ha analizado el efecto del apoyo cognitivo, poniendo de relevancia la importancia de la percepción que se tiene del apoyo social recibido. Esta dimensión del apoyo social se relaciona con las propuestas de estrategias de afrontamiento que se identifican como búsqueda de apoyo social. Para Lazarus y Folkman (1986) este modo de afrontamiento puede tratarse bien como una estrategia de afrontamiento centrado en el problema o bien centrada en la emoción.

La importancia del apoyo social, más allá de constituir parte de las estrategias de afrontamiento a desarrollar por la persona, está en que como recurso externo para la persona, puede fortalecer la resistencia al estrés (Perles & Martimortugues, 1997). Así el apoyo social puede verse como una variable situacional que ayuda a reducir la valoración de la amenaza y también como una variable psicosocial que ayuda a sentirse apoyado ante la amenaza (Moran, 2005a). Se entiende que el apoyo social puede ejercer un efecto directo o indirecto sobre como se afronte el estrés. El efecto indirecto se denomina modelo amortiguador, ya que su función es proteger a la persona de los efectos negativos del estrés (Rice, 1998).

Por último, indicar que algunos autores incluyen dentro de los recursos externos, asimilados a recursos sociales, las habilidades sociales, fundamentalmente lo relacionado con la capacidad de comunicación y actuación con los demás de una forma efectiva (Lazarus & Folkman, 1986).

## 1.5 Estrés, afrontamiento y salud

Desde el comienzo de la medicina psicosomática, y también estudiado desde la psicología de la salud, se han establecido relaciones entre algunos trastornos fisiológicos (psicofisiológicos) y ciertos parámetros como las características de personalidad, las actitudes, los conflictos (emocionales) específicos, ciertos procesos de aprendizaje, la especificidad entre la situación estimular y el trastorno psicofisiológico y la especificidad entre características de la persona (fisiológicas o psicológicas) que la hicieran vulnerable a trastornos específicos. Pero las relaciones no se han parado en estos parámetros,

también se han incluido las situaciones y respuestas fisiológicas de estrés y la existencia de determinados estilos de afrontamiento (Carrobbles, 1996). Como afirman S. E. Taylor y Stanton (2007) tanto los recursos (internos) de afrontamiento como los procesos (estrategias) de afrontamiento afectan a la salud física y mental.

Según Steptoe (1991) la respuesta a las situaciones estresantes incluye no solamente cambios en los niveles cognitivo, afectivo y comportamental, sino también en los ajustes fisiológicos. Hay dos razones importantes por las que estudiar la respuesta fisiológica. La primera es que mucha de las relaciones entre el estrés y la enfermedad son mediadas por la vía psicofisiológica. La segunda es porque los parámetros fisiológicos pueden funcionar como marcadores objetivos de las respuestas de estrés. Los comportamientos de afrontamiento tienen diferentes correlatos fisiológicos sobre todo en el sistema neuroendocrino, autónomo e inmunológico. La psiconeuroinmunología ha puesto de manifiesto la relación entre lo psíquico o la mente, el sistema neuroendocrino y el sistema inmune y la relación que esto tiene con el mantenimiento de la salud o la vulnerabilidad a la enfermedad (Aldwin, 1994).

Mientras que la relación entre el estrés y la salud parece clara, la forma en la que se da esta relación no está del todo resuelta. Hay dos posturas básicas, una la representa los partidarios del principio de la generalidad, para los que cualquier tipo de estrés aumenta la vulnerabilidad a todas las enfermedades, según las propuestas de H. Selye, en 1956, con el Síndrome General de Adaptación. La otra, la representa los partidarios del principio de especificidad, para los que las enfermedades específicas se vinculan a conflictos (emocionales) específicos, inicialmente según los postulados psicoanalíticos (Buendía & Ramos, 2001; Lazarus & Folkman, 1986). Las relaciones que se han establecido entre el estrés y la salud han llevado a valorar al estrés como la causa de los problemas de salud debido a los cambios fisiológicos y psicológicos que provoca. Se responsabiliza al estrés de los cambios de estilos de vida que son perjudiciales para la salud. También se le responsabiliza de la conducta de enfermedad, de forma que síntomas similares a los de la enfermedad generados por el estrés llevan hacia un rol de enfermo. Por último, se le responsabiliza del curso que sigue algunos problemas de salud en función de la vulnerabilidad preestablecida (Gil-Roales & López, 2004; Sandín, 2008a). Sin embargo, también es necesario indicar que se ha señalado a la propia enfermedad como la causa del estrés y por tanto el estrés es más un efecto que una causa

(Feuerstein, Labbé & Kuczmierczyk, 1986; Pelechano, Matud & De Miguel, 1994). Las alteraciones físicas que se han relacionado con el estrés son amplias y abarcan trastornos que se incluyen dentro de los sistemas cardiovascular, respiratorio, endocrino-metabólico, gastrointestinal, neurológico, dermatológico, muscular, reproductor, hematológico e inmunológico (Buceta, Bueno & Mas, 2001; Carrobbles, 1996).

También se ha dado importancia a la relación que se establece entre el afrontamiento y la salud (o enfermedad). El consenso parece apoyar la idea de que el afrontamiento actúa como un mediador entre las situaciones estresantes y la salud (Sandín, 2008a). Cuando el afrontamiento se ha relacionado con el bienestar, se afirma que hay tres formas en las que se da ésta relación: por un efecto directo sobre los resultados de la salud, por la mediación que se establece por el uso de determinadas estrategias de afrontamiento y por el efecto moderador o amortiguador del afrontamiento en las consecuencias del estrés en la salud, como por ejemplo, por la acción del apoyo social en la salud (Aldwin, 1994). No obstante, como afirma Aldwin (1994), en la interacción entre las estrategias de afrontamiento y la salud mental, la relación entre dichas estrategias y los síntomas psicológicos es muy compleja. Se requiere tener en cuenta varios aspectos. En primer lugar, el afrontamiento no sólo supone una modificación de los efectos del estrés en la salud sino que también se debe considerar los modificadores situacionales de los efectos de las estrategias de afrontamiento en la salud. Se parte de la consideración de que las estrategias de afrontamiento tienen efectos específicos en situaciones específicas. Así se indica que hay una interacción entre las características de la situación y el uso de estrategias o estilos de afrontamiento que modera la relación entre el afrontamiento y la salud. En segundo lugar, más que las estrategias particulares de afrontamiento son los patrones generales o perfiles de afrontamiento los que pueden ser mejor predictores de la salud mental. En tercer lugar, no se ha resuelto aún la dirección de la causalidad entre el afrontamiento y los síntomas. Por ello, es difícil establecer una relación causal, inequívoca, entre las estrategias de afrontamiento usadas y el resultado de un aumento o descenso del estrés que se padece. Por último, es preciso tener en consideración las diferencias individuales en la efectividad de las estrategias de afrontamiento.

Entre los hallazgos específicos que caracterizan la relación entre el afrontamiento y la salud, diferentes autores (Kitaoka-Higashiguchi et al., 2003; Semmer, 2006; Steptoe, 1991; Vitaliano et al., 1987) han sugerido que el afrontamiento comportamental activo se relaciona con cambios en la respuesta cardiovascular



lar, con incrementos de la frecuencia cardíaca y presión arterial. Es un afrontamiento que se puede dar cuando la situación se percibe como controlable. Con respecto del afrontamiento pasivo se desarrolla cuando la situación se percibe como no controlable y se asocia, entre otras, con una posible supresión inmune. Por su parte las estrategias de afrontamiento cognitivo son especialmente relevantes ante el dolor. En cuanto a las enfermedades crónicas la búsqueda de información puede ser más adaptativa ya que puede hacer que la persona asuma conductas más apropiadas en el autocuidado. Además, la tendencia a emplear estrategias de afrontamiento centradas en el problema se asocia con una mejor salud mental y a veces con una mejor salud física (Schreuder et al., 2012). Mientras que el afrontamiento centrado en la emoción tiende a mostrar la relación opuesta. Para J. Brown, Mulhern y Joseph (2002) el afrontamiento evitativo es predictivo del distrés psicológico.

Con respecto de la ansiedad y la depresión se han relacionado positivamente con el uso de estrategias centradas en la emoción y negativamente con las estrategias centradas en el problema. En la revisión realizada por Cano-Vindel (2005) se concluye que la prevalencia de la ansiedad en pacientes con cáncer es similar a la de la población general, sin embargo, en relación con el cáncer, Cano-Vindel, Sirgo y Pérez (1994) afirman que las personas con cáncer presentan un patrón de estilo represivo de afrontamiento. Por último, en el meta-análisis de Littleton, Horsley, John y Nelson (2007) se indica que el afrontamiento de evitación se asocia de forma significativa con distrés general y depresión.

## **1.6 Evaluación del afrontamiento**

Las diferentes acepciones que el concepto de afrontamiento ha ido generando desde las diferentes propuestas conceptuales han influido en el desarrollo de los instrumentos de evaluación del constructo afrontamiento. Según F. Cohen (1987) numerosos investigadores han desarrollado sus propios instrumentos de evaluación del afrontamiento usando la distinción entre afrontamiento centrado en el problema o afrontamiento centrado en las emociones, sin embargo esta distinción no es fácil pues un mismo comportamiento puede tener diferentes funciones. Por ello, la clasificación de las medidas del afrontamiento se ha realizado en función de dos grandes categorías. Por un lado, las medidas del afrontamiento como rasgo, es decir cen-

tradas en el estilo de afrontamiento. Y por otro lado, las medidas de las estrategias de afrontamiento usadas dentro de un repertorio de opciones en función de la naturaleza y demanda de la situación. Dentro de éstas cabría diferenciar las que miden estrategias de afrontamiento en situaciones generales de estrés, de las que miden estrategias de afrontamiento en situaciones específicas (como, por ejemplo, la medida del afrontamiento en el área laboral o en el área de salud).

Pero a pesar de que esta clasificación de los instrumentos resulte simple y concordante con la forma en la que a nivel conceptual se ha entendido el afrontamiento, los retos metodológicos que plantea la investigación del afrontamiento se centran por una parte en considerar qué es lo que se pretende medir. Unas veces se estará midiendo cambios fisiológicos, otras veces componentes conductuales o cognitivos (Lazarus & Folkman, 1986), incluso ciertas habilidades de personalidad (Pelechano, 1992). Por otra parte, y como consecuencia de lo anterior, otra cuestión metodológica importante es con qué instrumentos hacer la valoración, de tal manera que se han empleado pruebas de laboratorio para análisis fisiológicos, pruebas proyectivas y autoinformes.

La relación entre la definición y la medida a usar resulta por tanto clave para que los resultados sean coherentes. La medida del afrontamiento como rasgo ha recibido críticas por la escasa capacidad de apresar la multidimensionalidad de los procesos de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986), por la poca relación entre los estilos de afrontamiento y las conductas utilizadas para afrontar el estrés (Carver et al., 1989) y por la falta de evidencia de la consistencia transituacional del afrontamiento (Aldwin, 1994). La medida del afrontamiento como proceso, por su parte, plantea dudas al asumir que las personas utilizan las mismas estrategias de afrontamiento frente a los diferentes aspectos de una situación concreta (Rueda & Aguado, 2003). La evidencia indica que se utilizan diferentes estrategias de afrontamiento para manejar los distintos aspectos y en diferentes momentos de una situación estresante (F. Cohen, Reese, Kaplan & Riggio, 1986). Ante esta situación puede resultar interesante comprobar qué relación guardan entre sí las mediciones del afrontamiento como estado y como rasgo. El trabajo de Ogrocki, Stephens y Kinney (1990) sugiere que la elección del instrumento de medida del afrontamiento dependerá del objetivo de la investigación, así es posible medir el afrontamiento como una tendencia general y su relación con el bienestar, que es lo que las mediciones de rasgo identifican, o bien se puede medir el afrontamiento en situaciones específicas, que está relacionado con la visión del afrontamiento como estado. La aportación de Carver et al. (1989) intenta integrar esta doble visión del afrontamiento como rasgo y estado. Con el cuestionario

Coping Orientation to Problems Experienced (COPE) pretendían poder medir estrategias generales o específicas, según las instrucciones dadas para su cumplimentación.

Según Rueda y Aguado (2003) toda esta situación supone una falta de acuerdo entre las diferentes teorías en la concreción de las estrategias de afrontamiento a evaluar. Tampoco se da acuerdo en la construcción de los instrumentos de evaluación. El resultado es una multiplicidad de instrumentos de evaluación.

A partir de las revisiones teóricas realizadas por diferentes autores (Aldwin, 1994; Carver et al., 1989; F. Cohen, 1987; Fernández-Abascal & Jiménez, 2002; Martín, Jiménez & Fernández-Abascal, 1997; Rueda & Aguado, 2003; Sánchez-Cánovas, 1991; Schwarzer & Schwarzer, 1996) se han seleccionado los instrumentos utilizados para la evaluación del afrontamiento tanto como una medida de rasgo como una medida episódica según la situación, dentro de los cuales se diferencian a su vez los que se refieren a situaciones generales de los que se refieren a situaciones específicas.

Partiendo del esquema propuesto por Rueda y Aguado (2003) seguidamente se presenta en las tablas 1, 2, 3 y 4 los instrumentos más representativos de las medidas del afrontamiento como rasgo y como medida situacional, los cuales, a su vez, se han diferenciado, como lo hace F. Cohen (1987), entre los que suponen una medida unidimensional o multidimensional.

### 1.6.1 Instrumentos de evaluación del afrontamiento como rasgo

#### *a. Unidimensionales (ver Tabla 1).*

**Tabla 1.**

Instrumentos de evaluación del afrontamiento como rasgo unidimensional.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor/Autores</b>
Vigilancia-evitación	(Holzman & Gardner, 1959)
Coping-Avoidance Sentence Completion Test (Test de completar frases de Afrontamiento-Evitación)	(Goldstein, 1959)
Rorschach Index of Repressive Style (RIRS) (Índice Rorschach de estilo represivo)	(Gardner, Holzman, Klein, Linton & Spence, 1959; Levine & Spivack, 1964)
Sense of Coherence (SOC) - (Sentido de coherencia)	(Antonovsky, 1979)

(continúa)

**Tabla 1.** (Continuación)

Instrumentos de evaluación del afrontamiento como rasgo unidimensional.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor/Autores</b>
SOC - 29 y SOC - 13	(Antonovsky, 1993)
Miller Behavioral Style Scale (MBSS) (Escala de estilo comportamental de Miller)	(Miller, 1980, 1987). Con adaptación española de Miró (1997)
Repression – Sensitization Scale - (R-S Scale) (Escala de represión – sensibilización)	(D. Byrne, 1961)
Modified Repression-Sensitization Scale (M R-S) (Escala de represión - sensibilización revisada)	(Epstein & Fenz, 1967)
Repressive Style Index - (Índice de estilo represivo)	(Weinberger et al., 1979)
Repression-sensitization – (Represión – sensibilización)	(Krohne & Rogner, 1982)
Monitoring-Blunting Questionnaire (MBQ) (Cuestionario de vigilante o incrementador – atenuador o evitativo)	(Muris, van Zuuren, De Jong & De Beurs, 1994)

*b. Multidimensionales (ver Tabla 2).***Tabla 2.**

Instrumentos de evaluación del afrontamiento como rasgo multidimensional.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor/Autores</b>
Defense Mechanism Inventory (DMI) (Inventario de mecanismos de defensa)	(Gleser & Ihilevich, 1969)
Coping-Defense Scale (C-D S) (Escala de afrontamiento-defensa)	(Joffe & Naditch, 1977)
Millon Behavioral Health Inventory (MBHI) (Inventario de comportamiento de salud de Millon)	(Millon, Green & Meagher, 1979)
The Coping Assessment Battery (CAB) (Batería de evaluación del afrontamiento)	(Bugen & Hawkins, 1981)
Utrecht Coping List (UCL) (Lista de afrontamiento de Utrecht)	(Schreurs, Willige, Tellegen & Bross chot, 1987)
Multidimensional Coping Inventory (MCI) (Inventario multidimensional de afrontamiento)	(Endler & Parker, 1990)
Regressive Coping Checklist (RCC) (Listado de afrontamiento regresivo)	(C.M. Pierce & Molloy, 1992)

(continúa)

**Tabla 2.** (Continuación)

Instrumentos de evaluación del afrontamiento como rasgo multidimensional.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor/Autores</b>
The Defense Style Questionnaire (DSQ) (Cuestionario de estilo defensivo)	(Andrews, Singh & Bond, 1993)
Coping Style Questionnaire (CSQ) (Cuestionario de estilos de afrontamiento)	(Roger et al., 1993)

### 1.6.2 Instrumentos de evaluación del afrontamiento según la situación (general)

#### *a. Unidimensionales (ver Tabla 3).*

**Tabla 3.**

Instrumentos de evaluación del afrontamiento (unidimensional) según la situación.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor/Autores</b>
Cohen Avoidance-Vigilance Interview (Entrevista de evitación – vigilancia de Cohen)	(F. Cohen & Lazarus, 1973)
Denial Scale (DS) - (Escala de negación)	(Hackett & Cassem, 1974; Shaw, Cohen, Doyle & Palesky, 1985)
Mainz Coping Inventory (MCI) (Inventario de afrontamiento de Mainz)	(Krohne & Egloff, 1994; Krohne et al, 2000)

*b. Multidimensionales (ver Tabla 4).***Tabla 4.**

Instrumentos de evaluación del afrontamiento (multidimensional) según la situación.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor/Autores</b>
Personal Mastery Scale (PMS) - (Escala de dominio personal)	(Pearlin & Schooler, 1978)
Ways of Coping Scale (WOC) (Escala de modos de afrontamiento)	(Folkman & Lazarus, 1980, 1988)
Ways of Coping Checklist (WCCL) (Listado de modos de afrontamiento)	(Folkman & Lazarus, 1980, 1985), (Folkman, Lazarus, Dunkel-Shetter, DeLongis & Gruen, 1986) (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro & Becker, 1985)
Coping Response Inventory (CRI) (Inventario de respuesta de afrontamiento)	(Billings & Moos, 1981; Moos, 1993)
Health and Daily Living Form (HDLF) (Salud y forma de vida diaria)	(Moos & Billings, 1982; Moos, Cronkite, Billings & Finney, 1982)
Coping Measures (CM) – (Medida del afrontamiento)	(Billings & Moos, 1984)
Coping Strategy Inventory (CSI) (Inventario de estrategias de afrontamiento)	(Tobin, 1982; Tobin, Holroyd & Reynolds, 1982; Tobin, Holroyd, Reynolds, & Wigal, 1989). Con adaptación española de Cano, Rodríguez y García (2007)
Coping Strategies Questionnaire (CSQ) (Cuestionario de estrategias de afrontamiento)	(Rosenstiel & Keefe, 1983)
Coping Questionnaire (CQ) - (Cuestionario de afrontamiento)	(McCrae, 1984)
Coping Strategies Scale (CSS) (Escala de estrategias de afrontamiento)	(Beckham & Adams, 1984)
Escala de Estrategias de Coping (EEC)	(Chorot & Sandín, 1987)
Cuestionario de conductas de enfrentamiento	(Muñoz, 1988)
Coping Resources Inventory (CRI) (Inventario de recursos de afrontamiento)	(Hammer & Marting, 1988)
Life Situations Inventory (LSI) (Inventario de situaciones de la vida)	(Feifel & Strack, 1989)
Cognitive Coping Strategy Inventory (CCSI) (Inventario de estrategias cognitivas de afrontamiento)	(Butler, Damarin, Beaulieu, Schwebel & Thorn, 1989)

(continúa)

**Tabla 4.** (continuación)

Instrumentos de evaluación del afrontamiento (multidimensional) según la situación.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor/Autores</b>
Coping Orientation to Problems Experienced Scale (COPE) (Escala de afrontamiento orientado a los problemas experimentados)	(Carver et al., 1989). Con adaptación española de Crespo y Cruzado (1997).
Coping Strategy Indicator (CSI) (Indicador de estrategias de afrontamiento)	(Amirkhan, 1990)
Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) (Inventario de afrontamiento de situaciones estresantes)	(Endler & Parker, 1990)
Cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes (CEA) - (es una adaptación del WCCL)	(Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig & Pastor, 1992)
Coping Humor Scale (CHS) - (Escala de afrontamiento humor)	(Overholser, 1992)
Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA)	(Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1992)
Stress and Coping Process Questionnaire (SCPQ) (Cuestionario de estrés y afrontamiento procesual)	(Perrez & Reicherts, 1992; Reicherts & Perrez, 1994)
The California Coping Inventory (CCI) (Inventario de afrontamiento de California)	(Aldwin, 1994)
Problem-Focused Style of Coping (PF - SOC) (Estilo de afrontamiento centrado en el problema)	(Heppner, Cook, Wright & Johnson, 1995)
Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento (E3A). (Por su diseño también podría haberse incluido como una medida de rasgos multidimensional)	(Fernández-Abascal, 1997)
The Situational Response Inventory (SRI) (Inventario de respuesta situacional )	(Kohn & O'Brien, 1997)
Escala de Estrategias de Coping-Revisada (EEC-R)	(Sandín, Valiente & Chorot, 1999)
Proactive Coping Inventory (PCI) (Inventario de afrontamiento proactivo)	(Greenglass , 1998; Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum & Taubert, 1999). Con una versión en español de Gutiérrez-Doña, Greenglass y Schwarzer (2002)
Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	(Sandín & Chorot, 2003)





## 2. PERSONALIDAD

Este capítulo aborda las relaciones que la investigación científica ha podido establecer entre el constructo de personalidad, la salud, el estrés y el afrontamiento. Para ello es necesario introducir el marco conceptual y los modelos teóricos que más han destacado en el estudio de la personalidad. También se destaca, de forma particular, el constructo de personalidad resistente por su relevancia en la salud y el estrés.

### 2.1 Concepto de personalidad

La definición del término personalidad abarca un amplio rango de perspectivas sobre lo que debiera ser considerado. Estas definiciones parten a su vez de los diferentes modelos teóricos bajo los cuales se ha investigado la dimensión y características de lo que se define como personalidad. Partiendo de los motivos por los que se usa el concepto de personalidad podríamos llegar a la conclusión que se usa para transmitir un sentido de coherencia o continuidad de las cualidades de una persona, así como un cierto grado de representatividad o distintividad personal (Carver & Scheier, 1997).

Según Pelechano (1999) se pueden identificar, al menos, tres acepciones generales en torno a las que se han desarrollado las definiciones de personalidad. Una primera acepción hace referencia a la valoración de lo externo de la persona, es decir la conducta observable por los otros. La segunda acepción se refiere a las características que identifican a la persona y lo diferencian de los demás. Y la tercera acepción se centra en el resultado de la influencia de la cultura, etnia, clase social o todo lo que agrupe a las personas y las incluyan en un grupo con atributos psicológicos y sociales propios.

Ante el gran número de definiciones que se han dado del término personalidad se ha generado una organización de las mismas. Diferentes autores han establecido cinco categorías (Pérez-García & Bermúdez, 2003a). La primera categoría es la de las definiciones aditivas, donde la personalidad sería la suma de los distintos aspectos que definen al individuo. La segunda categoría es la de las definiciones integradoras, donde la personalidad está integrada por un conjunto de características que están organizadas y estructuradas. La tercera categoría es la de las definiciones jerárquicas, donde la personalidad además de ser una organización

de partes, se establece una jerarquía, y así unas partes tienen preponderancia sobre otras. La cuarta categoría es la de las definiciones que enfatizan el ajuste al medio, donde la personalidad es un conjunto organizado de características que determinan el ajuste de la persona al medio. Y la quinta categoría es la de las definiciones que enfatizan el carácter distintivo de la personalidad, donde la personalidad sería lo que hace única a la persona, diferenciándola del resto de personas.

Existe en la literatura científica un extenso número de definiciones de las cuales se señalan a continuación algunas de ellas. Carver y Scheier (1997) proponen una definición que parte de la dada por G. Allport en 1961: "La personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que crean patrones característicos de conducta, pensamiento y sentimientos" (p. 5). A partir de esta definición se destacan dos aspectos importantes en la psicología de la personalidad, por una parte, las diferencias individuales y, por otra, el funcionamiento intrapersonal (procesos internos que llevan a la persona a actuar de la manera en que lo hace). Ambos aspectos son importantes en tanto en cuanto sobre ellos gira las diferencias que existen entre las diferentes teorías de la personalidad. Es decir, hay teorías que se centran más en los procesos internos y otras se sitúan en las diferencias individuales. Pervin y John (1999) indican que "la personalidad representa aquellas características del individuo que explican los patrones permanentes en su manera de sentir, pensar y actuar" (p.3). Pelechano (1999) afirma que "la psicología de la personalidad estudia las características psicológicas que identifican a un individuo o un colectivo de individuos, su génesis, estructura y funcionalidad, desde su origen hasta su desaparición" (p. 21). En esta definición se incluye como características psicológicas tanto las cuestiones disposicionales (rasgos) como las cognitivas. Se basa en la idea de un continuo, que no una dicotomía, entre lo invariante y lo situacional. Por su parte, Brody y Ehrlichman (2000) definen la personalidad como "la suma total de pensamientos, sentimientos, deseos, intenciones y tendencias a la acción de una persona, incluyendo la organización exclusiva dentro de él" (p. 3), resaltan de esta definición que debe contribuir a la individualidad, en la línea del interés que según G. Allport se debe tener por la individualidad humana, con un acercamiento más idiográfico que nomotético. La propuesta de Pérez-García y Bermúdez (2011) indica que dentro de los aspectos relevantes que se deben considerar para un adecuado entendimiento de la personalidad está el hecho de que "la personalidad incluye una serie de elementos (rasgos o disposiciones), relativamente estables a lo largo del tiempo,

y consistentes de unas situaciones a otras, que explican el estilo de respuesta de los individuos" (p. 30). Sin embargo también afirman que en el concepto de personalidad también se asume la posibilidad de cambio, tanto por los contextos sociales como por las etapas del desarrollo evolutivo, lo que implica un cambio para adaptarse a las relaciones interpersonales y a la salud.

En líneas generales, se puede afirmar que en el campo de estudio de la personalidad se han establecido dos áreas: por una parte, la de las diferencias individuales, que son el "qué" de la individualidad y, por otra, la de los procesos de la personalidad, que son el "cómo" (Brody & Ehrlichman, 2000).

## 2.2 Modelos y perspectivas teóricas de la personalidad

La extensa aportación teórica que se ha desarrollado en torno a los modelos teóricos de la personalidad se ha ido organizando de diferente forma por los autores más destacados en esta materia. Así, Carver y Scheier (1997) proponen hablar de "perspectiva" (asimilado al concepto de metateoría) de la personalidad para referirse a los posibles agrupamientos que se pueden realizar de las diferentes teorías de la personalidad, aún cuando hay que advertir que los propios autores no las presentan como estancos herméticos. Algunas teorías han estado enraizadas, en más de una perspectiva a la vez, o bien han contribuido a una u otra perspectiva. Los autores identifican siete perspectivas: de las disposiciones, biológica, psicoanalítica, neoanalítica, del aprendizaje, fenomenológica, y de la autorregulación cognoscitiva. Otros autores prefieren presentar los diferentes modelos teóricos o teorías de la personalidad incluidos dentro de tres modelos generales: modelo personalista o internalista (organísmico), modelo situacionista (mecanicista) y modelo interaccionista (dialéctico) (Pérez-García & Bermúdez, 2003b, 2011). Por su parte Pelechano (1999) plantea la necesidad de clarificar los ejes en los que se incluyen las diferentes teorías. El primer eje intenta determinar la posición de la psicología de la personalidad como ciencia natural o ciencia social. El segundo eje se estructura en torno a tres diferenciaciones. La intención es diferenciar entre lo que es la psicología general de la personalidad (donde lo que interesa son los atributos que identifican a las personas y grupos), la psicología diferencial de la personalidad (donde lo que interesa son las diferencias en los atributos de las personas y grupos) y la psicología del individuo o individual (donde lo que interesa es específicamente la persona y no el grupo).

Aunando estas diferentes formas de clasificar las teorías sobre la personalidad se puede identificar o caracterizar a dichas teorías por medio de un análisis desde la óptica de las perspectivas o metateorías; o bien, dentro de los modelos: personalista o internalista, situacionista e interaccionista; o también, desde los ejes: ciencia natural vs. ciencia social y psicología general de la personalidad vs. psicología diferencial de la personalidad vs. psicología individual de la personalidad.

### **2.2.1 La perspectiva de las disposiciones**

Esta perspectiva defiende la idea de la presencia de cualidades estables y duraderas que están presentes en diferentes situaciones. Además, la personalidad es un patrón de cualidades disposicionales que difiere de una persona a otra.

Se han desarrollado, al menos, dos aproximaciones teóricas a las disposiciones.

En primer lugar, la que representa los rasgos (entendidos como dimensiones continuas). Se identifica con las propuestas de varios autores. Se puede destacar las aportaciones de R. B. Cattell, desde 1947, con las 16 dimensiones básicas de personalidad; las propuestas de H. J. Eysenck, desde 1967, que plantea la existencia de dos rasgos de orden superior, por una parte, introversión-extraversión y, por otra, emocionalidad-estabilidad, también plantea, inicialmente, una tercera dimensión de la personalidad a la que denomina psicoticismo; las propuestas de H. G. Gough, desde 1968, que partiendo de la idea de la comunalidad transcultural de algunos aspectos de la conducta surgidos de la interacción social, que denomina conceptos populares, los considera aspectos básicos de la personalidad y por ello dimensiones que deben medirse, por lo que propone el Inventario Psicológico de California (CPI); las propuestas de J. S. Wiggins, en 1979, que plantea que los rasgos con influencia en la calidad de las experiencias interpersonales constituyen los aspectos básicos de la personalidad, dando lugar así al círculo interpersonal, donde se plantea ocho patrones interpersonales girando entorno a dos dimensiones básicas: dominio (Seguro-Dominante vs. Inseguro-Sumiso) y amor (Frío-Hostil vs. Cálido-Agradable); y las propuestas que contribuyeron a consolidar la idea de una estructura básica de la personalidad conformada por cinco rasgos de orden superior conocida como los "Cinco Grandes" (Big Five).

Esta aproximación, la de los rasgos, es cercana a los postulados de los modelos personalistas o internalistas y más específicamente al grupo de lo que se ha denominado teorías estructurales o teorías de

rasgo. También se podrían identificar como aportaciones desde la ciencia natural y la psicología diferencial de la personalidad.

La segunda aproximación teórica desde la perspectiva de las disposiciones la representa las necesidades y motivos, que se identifica con los planteamientos de H. A. Murray, en 1938. La conducta humana debe lograr la satisfacción de las necesidades básicas. Existen unas necesidades primarias, de naturaleza biológica, y unas necesidades secundarias, de naturaleza psicológica. La necesidad dirige la acción a realizar para su satisfacción. Pero la forma en que las necesidades operan puede deberse a la presencia de los motivos. En 1984, D. McClelland plantea una visión de los motivos conformados por aspectos cognitivos y afectivos, dirigidos hacia un tipo de experiencia de carácter subjetivo. Se puede decir que las necesidades influyen en los motivos, pero también se debe considerar la presencia de factores externos que ejercen presión sobre los motivos.

### **2.2.2 La perspectiva biológica**

Desde esta perspectiva se plantea la presencia de disposiciones fijas pero de carácter hereditario, por su base genética. También dentro de esta perspectiva se concibe a la personalidad como resultado de la particular acción del sistema nervioso y las hormonas. De esta forma, la personalidad está condicionada genéticamente y la historia evolutiva determina las conductas humanas. En los orígenes de esta perspectiva se pueden situar los trabajos de E. Kretschmer, en 1925, y los de W. H. Sheldon, en 1942, clasificando a las personas según su tipo corporal y atribuyéndoles cualidades de personalidad diferentes, es la base de lo que conforma los somatotipos (referidos a la constitución física) y los temperamentos (características de personalidad ligadas al somatotipo). En 1975, A. Buss y R. Plomin definen los temperamentos como rasgos de personalidad que son heredados y por tanto presentes en las personas desde la infancia. Identifican al menos cinco temperamentos: Nivel de actividad, Sociabilidad, Emocionalidad, Impulsividad e Inteligencia. La lógica de los temperamentos guarda cierta relación con el modelo de los "Cinco Grandes". Así, aunque con nombres diferentes, ambos comparten lo que representa la emocionalidad, que en los "Cinco Grandes" se identificaría con Neuroticismo. A su vez, la Extraversión se relaciona con Sociabilidad y Nivel de actividad. También la Amabilidad guarda relación con la Sociabilidad. La Responsabilidad se relaciona con la Impulsividad. Y, por último, el temperamento Inteligencia guarda cierta relación con el rasgo de Intelecto (o Inteligencia o Apertura a la experiencia). La

perspectiva biológica también se desarrolla bajo la premisa de que la personalidad está conectada a funciones orgánicas, fundamentalmente por la actividad del sistema nervioso y el endocrino. Los trabajos de Eysenck, desde 1967, se han vinculado, también, con la perspectiva biológica. De esta visión de la personalidad surge la vinculación que se hace de la Extraversión-Introversión con el sistema reticular activador ascendente y de la Estabilidad emocional con los centros emocionales del cerebro. También las aportaciones de J. A. Gray, desde 1970, han aportado fundamentos a la perspectiva biológica. Concretamente se ha postulado la existencia de dos mecanismos que regulan la conducta: el sistema de activación conductual (que mueve a la persona hacia las metas y es responsable de emociones positivas) y el sistema de inhibición conductual (que inhibe a la persona hacia las metas y es responsable de los sentimientos de ansiedad). De tal manera, plantea la existencia de dos "rasgos" uno llamado Impulsividad (referido a la mayor o menor sensibilidad a los incentivos) y el otro llamado Ansiedad (referido a la mayor o menor sensibilidad a las señales de castigo). Para Gray el extravertido se caracteriza por una alta impulsividad y baja ansiedad y lo contrario en el introvertido. La búsqueda de sensaciones, propuesta por M. Zuckerman, en 1971, es otra propuesta que relaciona la personalidad con el sistema nervioso. Las personas que tienden a buscar sensaciones se caracterizan por la tendencia a vivir experiencias novedosas y poco frecuentes. Por sus características, la búsqueda de sensaciones se podría vincular con la Extraversión, Sociabilidad y la Impulsividad (tal y como la concibe Gray). El propio Zuckerman, sin embargo, la relaciona con el Psicoticismo (tal y como lo propone Eysenck). Esta búsqueda de sensaciones se relaciona con la regulación de la exposición a la estimulación. Las personas que buscan sensaciones se caracterizan por una respuesta de orientación hacia la estimulación más frecuente y por una actividad cerebral aumentada (aumentadores), sin embargo, los que no buscan sensaciones se caracterizan por una respuesta de defensa hacia la estimulación más frecuente y por una actividad cerebral disminuida (reductores).

Es evidente que esta perspectiva está íntimamente ligada al eje que representa las ciencias naturales y cabría situarla también dentro de los postulados de los modelos personalistas o internalistas.

### **2.2.3 La perspectiva psicoanalítica y neoanalítica**

La perspectiva psicoanalítica y la perspectiva fenomenológica se incluyen dentro de los modelos internalistas de carácter procesual o de estado.

Desde la perspectiva psicoanalítica la personalidad es el resultado de un conjunto de fuerzas internas en competición y conflicto. De esta forma la personalidad se ve como procesos en constante movimiento. Se asume la creencia de que las conductas están influidas por fuerzas internas no conscientes. El teórico más conocido de esta perspectiva es S. Freud en 1933. Dicho autor propone un modelo que define la estructura de la mente. El modelo topográfico de la mente establece tres áreas: la preconsciente (referida a la memoria ordinaria), la consciente (referida a lo que se está al corriente, de lo que se puede pensar de manera lógica) y la inconsciente (referida a lo no accesible de forma consciente, donde se ubican los conflictos). Freud atribuye al inconsciente gran importancia al ser el responsable básico de la personalidad. Este autor también desarrolla lo que se ha denominado el modelo estructural de la personalidad. Este modelo está en conexión con el modelo topográfico, y como en éste, se plantea tres aspectos del funcionamiento de la personalidad: el Ello, el Yo y el Superyó. Partiendo de la importancia atribuida a las experiencias tempranas en la determinación de la personalidad, se propone una visión del desarrollo de la personalidad caracterizada por el paso de una serie de fases (psicosexuales) en la infancia.

Posteriormente surge la perspectiva neoanalítica que, aunque con orígenes psicoanalíticos, termina diferenciándose al centrarse en el "yo" y su desarrollo, así como en la importancia de las relaciones sociales. A diferencia de las propuestas de Freud se resta importancia al inconsciente. Del psicoanálisis critican la excesiva atención prestada a la sexualidad y al inconsciente. La perspectiva neoanalítica aglutina a los teóricos de la psicología del "yo", como A. Adler, en 1927, H. Hartman, en 1958, R. White, en 1959 y J. Loewinger, en 1966. También asume las propuestas de las teorías psicosociales, como las teorías de las relaciones objetales con las aportaciones de K. Horney, en 1937, M. Mahler, en 1968 y de H. Kohut, en 1977; las teorías del apego y personalidad con las aportaciones de J. Bowlby, en 1969; y las teorías del desarrollo psicosocial con las aportaciones de E. Erikson, en 1950.

#### **2.2.4 La perspectiva fenomenológica**

Esta perspectiva defiende la individualidad al resaltar la importancia de la experiencia subjetiva que ven como significativa y única. Defienden también la autodeterminación como resultado de lo que la persona hace por sí mismo. Dentro de esta corriente hay dos posturas teóricas destacadas. La primera

pone el énfasis en la autodeterminación y naturaleza positiva del ser humano, uno de los autores más representativos de esta postura es C. Rogers, en 1959, quien postula que sin fuertes obstáculos u oposición el potencial de crecimiento positivo se mostraría en las personas, conformando lo que se conoce como realización. Este proceso aplicado a la personalidad se conoce como autorrealización. El funcionamiento óptimo de la persona pasa por estar abiertos a los sentimientos sin temerlos. Otra cuestión importante es la necesidad de las personas de ser aceptados por los otros significativos, lo que se traduce en una consideración positiva. A Rogers se le conoce como un teórico del "sí mismo" (self). El concepto se emplea como una referencia a la conciencia subjetiva de ser y otras veces como sinónimo de autoconcepto. Otro teórico de esta postura teórica es A. Maslow, en 1962, quien postula una jerarquía de necesidades humanas, de forma que desde las más básicas, las necesidades fisiológicas, se va progresando hacia necesidades de protección y seguridad física, de amor y pertenencia, de estima y, por último, de autorrealización. Su interés está centrado en las cualidades que hacen que algunas personas sean completas y adaptadas. Pone, por tanto, gran interés en la autorrealización personal. La segunda postura teórica es la que pone el énfasis en la naturaleza subjetiva de las percepciones y cogniciones sobre la realidad. Mientras la realidad física es la misma para todos, la experiencia de la misma difiere entre las personas. La diferencia se da porque las personas generan una visión propia de la realidad física. La personalidad vendría a ser la organización de las estructuras mentales que nos permiten ver la realidad. En esto se basa las aportaciones de G. Kelly, en 1955, en las cuales la idea de los constructos personales se confieren como algo que las personas generan para ayudarles a responder a la necesidad de predecir los acontecimientos físicos y sociales. Estos constructos determinan la conducta, pensamientos y sentimientos de la persona. Los constructos son bipolares, dicotómicos, evolucionan con el tiempo y reflejan cualidades que se presentan de forma repetida. El sistema de constructos de cada persona es único. Para poder llegar a conocer a otra persona se precisa comparar nuestros constructos con los de la otra persona.

Mientras que las propuestas más relacionadas con la perspectiva fenomenológica del "sí mismo" se identifica con el eje social y de la psicología general de la personalidad, las propuestas de G. Kelly se identifican con el eje social y la psicología individual de la personalidad.



### 2.2.5 La perspectiva del aprendizaje

Esta perspectiva está incluida dentro de los modelos situacionistas. En ella se pone el énfasis en la capacidad de cambio de la conducta humana. Este cambio sucede como resultado de la experiencia. Así, la personalidad es la suma de lo aprendido. Se plantea la posibilidad de un aprendizaje por medio del condicionamiento clásico, que parte de la capacidad que adquiere un estímulo que asociado a otro provoca una respuesta. El estímulo incondicional lleva a respuestas incondicionales o reflejas, al asociar un estímulo condicionado al estímulo incondicional se genera una respuesta condicionada. Surgen, además, procesos como la discriminación, generalización y extinción para explicar diferentes acontecimientos. La discriminación es la capacidad para responder de manera diferente ante estímulos diferentes. Por su parte, la generalización es la capacidad para extender la respuesta condicionada a estímulos parecidos al estímulo condicionado. La extinción es el proceso por el que el estímulo condicionado va siendo cada vez más débil en su capacidad de producir la respuesta condicionada. Al condicionamiento clásico se le ha denominado condicionamiento emocional porque la mayoría de las respuestas incondicionales son emocionales. Ello lleva a indicar que, dentro de la personalidad se desarrollan características como las tendencias, aversiones y preferencias por medio del condicionamiento emocional. También se plantea, en esta perspectiva, la posibilidad de un aprendizaje por medio del condicionamiento instrumental. Mientras en el condicionamiento clásico no se requiere que la persona esté consciente a los estímulos que se asocian (lo que caracteriza a este aprendizaje como un proceso pasivo), el condicionamiento instrumental se caracteriza como un proceso activo, básicamente porque siempre se precisa de una conducta por parte de la persona. A partir de dicha conducta se suceden una serie de consecuencias que pueden ser o más satisfactorias o menos. Si son más satisfactorias dará la posibilidad de que se aumente la probabilidad de volver a presentar la conducta previa y si son menos satisfactorias disminuirá dicha probabilidad. Dos conceptos muy ligados a este tipo de aprendizaje son el refuerzo y el castigo. También en el condicionamiento instrumental surge la discriminación, generalización y extinción. En la discriminación, lo que sucede es que se responde de forma diferente a los estímulos en función de los refuerzos que estos han generado, por ello a los estímulos se les denomina estímulos discriminativos por tener la capacidad de provocar una u otra respuesta, en función de que su presencia refuerza la respuesta o conducta y su ausencia no la refuerza.

También esta cualidad de los estímulos es la que favorece el proceso de generalización, de forma que, más que rasgos internos de las personas, serían las similitudes de los estímulos discriminativos, en contextos diferentes, los responsables de un cierto comportamiento consistente. Por su parte, la extinción es inversamente proporcional al refuerzo que reciba la conducta.

Estas propuestas se pueden identificar dentro del eje de las ciencias naturales y de la psicología individual de la personalidad.

Dentro de la perspectiva del aprendizaje cabe mencionar, también, las propuestas que se han presentado desde lo que se ha denominado teorías del aprendizaje cognoscitivo, donde se le da mayor peso a los procesos mentales. También se las denomina teorías del aprendizaje social por el peso dado a los aspectos sociales del aprendizaje. Una aportación de la teoría del aprendizaje social, que se distancia de los conceptos del condicionamiento, es la del aprendizaje por observación. El aprendizaje se realiza por la observación de la acción de otro y la adquisición de la capacidad de repetir la acción observada. Este aprendizaje está modulado por la capacidad de atención prestada al modelo, por la retención de la información recibida y por la ejecución de la acción observada. Un concepto importante de este aprendizaje es el de modelado de la conducta. El valor del aprendizaje por observación para el desarrollo de la personalidad está en permitir que grandes cantidades de información se unan al repertorio conductual de la persona, esto es mucho más rápido que el moldeamiento por condicionamiento instrumental.

### **2.2.6 La perspectiva de la autorregulación cognoscitiva**

En esta perspectiva se da gran importancia a los procesos cognoscitivos de los que dependen el manejo de la información, su almacenamiento y la toma de decisiones, ya que de los tres supuestos básicos que se mantienen desde esta perspectiva al menos dos se relacionan con la importancia de la información y de su procesamiento. El primer supuesto es que comprender la conducta humana es comprender cómo se procesa la información. El segundo supuesto es que la personalidad se expresa en la forma en que la toma de decisiones se desarrolla y en los sesgos que introduce la propia organización mental. Además resalta la importancia de la personalidad como un sistema autorregulado, de ahí que el tercer supuesto básico sea que la conducta humana está dirigida a metas, lo que le lleva a la autorregulación para el logro de esas metas.

Desde esta perspectiva se ha definido la idea de ver a las personas como científicos implícitos que quieren predecir los acontecimientos o bien que realizan predicciones para ahorrar recursos mentales ante la imposibilidad de poder revisar toda la información que se recibe. Para todo ello es preciso poner en marcha una serie de procesos que permitan manejar la información como, por ejemplo, el uso de los esquemas mentales que se convierten en las estructuras del conocimiento al ordenar las experiencias de la persona y facilitar la codificación de la nueva información en la memoria.

La psicología cognoscitiva está interesada en cómo las personas estructuran y representan sus experiencias. En parte, su desarrollo surge de las propuestas de G. Kelly y entre sus representantes más destacados está W. Mischel, en 1961, que es uno de los máximos representantes de la teoría del aprendizaje cognoscitivo social. Defiende la idea de que una explicación de la personalidad debe tener en cuenta cinco variables cognoscitivas que se denominan variables personales del aprendizaje cognoscitivo social y que sustituyen a los rasgos. Estas variables son: las competencias, las estrategias de codificación, las expectativas, los valores subjetivos (resultados deseados) y planes autorregulatorios. Esta última variable es la que ha dado lugar a un extenso desarrollo teórico que se identifica con las propuestas teóricas sobre la autorregulación y que se caracteriza por suponer que la conducta está dirigida desde el interior del individuo, apoyada en esquemas, activada por las intenciones, guiada por las metas y controlada por la retroalimentación.

Las propuestas de W. Mischel se podrían incluir dentro del eje social y el de la psicología diferencial de la personalidad.

A modo de resumen, de forma esquemática, y recordando como ciertos autores y sus aportaciones no siempre han sido unívocamente incluidos en una u otra perspectiva, presentamos una tabla (ver Tabla 5) donde se resume las diferentes aportaciones teóricas en el campo de la personalidad (Carver & Scheier, 1997; Colom, 1998; Fierro, 1996; Freire, 2009; Lindzey, Hall & Manosevitz, 1992; Pelechano, 1999; Pervin & John, 1999).

**Tabla 5.**

Diferentes aportaciones teóricas en el campo de la personalidad.

<b>Perspectiva</b>	<b>Teorías</b>	<b>Autor/Autores</b>
Perspectiva de las Disposiciones	Teorías Psicométricas	R.B. Cattell H.J. Eysenck H.G. Cough J.S. Wiggins Autores dentro del modelo de los Cinco Grandes
	Teorías Humanistas	H.A. Murray D. McClelland
Perspectiva Biológica	Teorías Constitucionalistas	E. Kretschmer W.H. Sheldon
	Teorías del Temperamento	A. Buss R. Plomin H.J. Eysenck J.A. Gray M. Zuckerman
Perspectiva Psicoanalítica	Teoría Psicoanalítica	S. Freud
Perspectiva Neoanalítica	Teoría Analítica	C.G. Jung
	Psicología del Yo	H. Hartman R. White A. Adler J. Loevinger
	Teorías de las relaciones objetales	M. Mahler H. Kohut K. Horney
	Teorías del Apego	J. Bowlby
Perspectiva Fenomenológica	Teorías del desarrollo psicosocial	E. Erikson
	Teorías Humanistas	C. Rogers A. Maslow G.A. Kelly
Perspectiva del Aprendizaje	Teorías Conductistas	I.P. Paulov B.F. Skinner
	Teorías del Aprendizaje Social	A. Bandura
Perspectiva de la Autorregulación Cognoscitiva	Teorías Cognitivas	G.A. Kelly W. Mischel

### 2.3 Modelo de los Cinco Factores o Cinco Grandes (Big Five)

Cada una de las perspectivas teóricas descritas anteriormente ha ido sumando un cuerpo de conocimiento teórico y empírico que ha permitido cimentar sus propuestas, así dentro de la perspectiva de las disposiciones (o de los modelos personalistas) se sitúa el modelo de los Cinco Factores de personalidad sobre el que gira un gran número de trabajos de investigación. Más allá de las críticas y contracríticas a las propuestas de los rasgos, su implantación en la investigación es indudable. Incluso, como afirma Eysenck (1981, 1995) las teorías de la personalidad centradas en los rasgos no se han planteado de forma independiente de las situaciones. Los nombres usados para describir esos rasgos llevan explícito una mención a la situación que se evoca. Afirma el autor que esta cuestión supone una cierta implicación interaccionista y que tanto las posturas más personalistas y las más situacionistas están dentro de un mismo continuo, que en la actualidad estarían relativamente cercanos y con diferencias más cuantitativas que cualitativas. De tal manera, las posturas más clásicas de la concepción de los rasgos como disposiciones personales se ha inclinado hacia una concepción de dimensiones o factores, las dimensiones hacen alusión al carácter bipolar de tales dimensiones de personalidad, que se identifican en un continuo con dos polos contrapuestos, mientras que los factores hacen alusión al análisis factorial que permite identificarlos (Fierro, 1996).

El inicio del modelo de los Cinco Factores cabe situarlo en las propuestas de Fiske, en 1949, cuando comprobó que no lograba reproducir la estructura de 16 factores de Cattell y sin embargo obtenía una estructura de cinco factores. Tal y como menciona Sánchez (1995) de la lista de adjetivos y participios usada por G. W. Allport y J. S. Odbert, agrupados en cuatro categorías, se pasó a la transformación de esa lista propuesta por R. B. Cattell, generando un conjunto de escalas, la mayor parte biplorares, de la que surgen sus 16 factores de personalidad. De esta propuesta parte el trabajo de D. W. Fiske que evidencia que la escala de adjetivos utilizada se agrupaban en cinco grandes elementos.

Posteriormente, otros autores han ido confirmando la presencia de estos cinco factores. Tupes y Christal (1961) han descrito cinco factores a los que denominan: Surgencia, Agradabilidad, Dependencia, Estabilidad emocional y Cultura. Por su parte, Norman (1963, 1967) plantea una taxonomía en la que los cinco factores constan de cuatro escalas de adjetivos bipolares. Todos estos trabajos se han sustentado dentro de la aproximación del enfoque

léxico (Pelechano, 1999) desde el que se plantea una forma indirecta de identificar los atributos de la personalidad a través del lenguaje natural ordinario, con el que se califican las personas y las conductas. De esta forma se crea una taxonomía comprensiva de los rasgos de personalidad. El autor realiza un estudio analítico factorial de las valoraciones de pares y obtiene cinco factores básicos de la personalidad. También Borgatta (1964) en su estudio con dos muestras en las que comparó sus auto-clasificaciones encontró cinco factores que identificó como: Asertividad, Simpatía, Responsabilidad, Emocionalidad e Inteligencia. En esta línea, Smith (1967) compara las estructuras provenientes de tres amplias muestras y describe, también, cinco factores a los que denominó: Extraversión, Agradabilidad, Carácter fuerte, Emocionalidad y Refinamiento. Sin embargo, Digman (1963, 1965, 1989, 1990) en diferentes estudios obtiene resultados diferentes en cuanto al número de factores. Así al intentar replicar los factores de personalidad obtenidos por Cattell y usando las variables usadas por éste logró extraer ocho factores, en un estudio posterior al que añadió nuevas variables obtuvo diez factores. Posteriormente, con un uso más adecuado del análisis factorial, llegó a la conclusión de que la propuesta de los cinco factores es la más robusta. Afirma que el apoyo para el modelo de Cinco Factores proviene del análisis factorial de grandes grupos de términos de rasgo del lenguaje y de la relación de los cuestionarios de rasgo con otros cuestionarios y modos de valoración. Peabody (1967), también dentro del enfoque léxico, confeccionó varios juegos de cuatro términos de forma que dentro de cada juego los aspectos descriptivos y evaluativos del significado de los rasgos es sistemáticamente inconfundible. Sus resultados indican la presencia de una estructura de tres factores. Más adelante, Peabody y Goldberg (1989) logran incorporar los tres factores de Peabody dentro de la estructura de los cinco factores. Goldberg (1981, 1993) tras analizar los resultados de su propia investigación y la de otros autores, y comprobar la consistencia de los resultados, indicó que los modelos que pretenden estructurar las diferencias individuales tienen que partir de cinco grandes dimensiones. Este autor es el primero en hablar de los Cinco Grandes (Big Five), ya que cinco son los factores más relevantes en la estructura de la personalidad y grandes porque cada uno de estos cinco factores tienen a su vez un gran número de rasgos específicos. McCrae y Costa (1985, 1987) y Costa y McCrae (1985) plantean uno de los modelos de Cinco Factores más característicos y que se operacionaliza en la propuesta desarrollada con el NEO PI (Neuroticism, Extraversion, Openness - Personality Inventory). Inicialmente centrado en tres factores: Neuroticismo, Extraversión y Apertura, posteriormente, el NEO PI evolucionó hacia el NEO PI R (NEO Personality Inventory Revised) (Costa & McCrae, 1992), al que añaden los factores de Amabilidad y Responsabilidad.

Hasta aquí, los datos aportados refuerzan la idea de una estructura básica de la personalidad formada por cinco factores, los Cinco Grandes, pero sin embargo en lo que se da cierta disparidad es en la denominación que esos factores han recibido y en su significado específico. Tal y como lo presenta Goldberg (1993), Durá (1994), Avia y Sánchez (1995), Carver y Scheier (1997), Pelechano (1999), Waller (1999) y Ellis y Abrams (2009) las diferentes denominaciones dadas se resumen en (ver Tabla 6):

**Tabla 6.**  
Diferentes aportaciones teóricas en el campo de la personalidad.

<b>Autor/es</b>	<b>FACTOR I</b>	<b>FACTOR II</b>	<b>FACTOR III</b>	<b>FACTOR IV</b>	<b>FACTOR V</b>
Fiske (1949)	Confianza	Adaptabilidad	Conformidad	Control emocional	Intelecto
Tupes y Christal (1961)	Autoexpresión	social	Dependencia	Estabilidad emocional	Cultura
Norman (1963)	Surgencia	Agradabilidad	Escrupulosidad	Estabilidad emocional	Cultura
Borgotta (1964)	Asertividad	Simpatía	Responsabilidad	Emocionalidad	Inteligencia
Smith (1967)	Extraversión	Agradabilidad	Carácter fuerte	Emocionalidad	Refinamiento
Digman y Takemoto-Chock (1981)	Extraversión	Amistad – Aquiescencia	Tendencia al logro	Fuerza del Ego	Intelecto
Goldberg (1981)	Surgencia	Agradabilidad	Escrupulosidad	Estabilidad emocional	Intelecto
Costa y McCrae (1985)	Extraversión	Amabilidad	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura a la experiencia
Botwin y Buss (1989)	Extraversión	Agradabilidad	Escrupulosidad	Dominante – Seguro	Cultura Intelectualidad
Peabody y Goldberg (1989)	Poder	Amor	Trabajo	Afecto	Intelecto

(continúa)

**Tabla 6.** (continuación)

Diferentes aportaciones teóricas en el campo de la personalidad.

<b>Autor/es</b>	<b>FACTOR I</b>	<b>FACTOR II</b>	<b>FACTOR III</b>	<b>FACTOR IV</b>	<b>FACTOR V</b>
John (1989)	Surgencia	Cordialidad	Escrupulosidad	Estabilidad emocional	Intelecto / Apertura a la experiencia
Digman (1990)	Extraversión	Condescendencia amistosa	Voluntad de éxito	Neuroticismo	Intelecto

*Nota:* La disparidad de nombres, en español, dados a los factores, viene en parte derivada de la propia disparidad de términos en inglés, y en parte de la traducción realizada a los términos originales. Así para el Factor I se han empleado habitualmente los términos, en inglés, de Surgency, Extraversion o Assertiveness. Para el factor II se han empleado los términos Agreeableness, Pleasantness o Likability. Para el factor III se han empleado los términos Conscientiousness, Dependability o Responsibility . Para el factor IV se han empleado los términos Emotionality, Emotional Stability o Neuroticism. Y para el factor V se han empleado los términos Openness to Experience, Culture, Intellect o Intelligence.

Básicamente, las diferencias que se dan entre el modelo de Cinco Factores que representa el NEO PI y el modelo que representa el enfoque léxico radican, principalmente, en el factor V donde el resultado del NEO PI indica un factor concebido como Apertura a la experiencia y en el enfoque léxico se concibe como Intelecto. La controversia se establece en torno a cual de los dos conceptos abarca al otro (John, 1990; McCrae & Costa, 1987; Peabody & Goldberg, 1989). Por otra parte, en el factor IV, aunque el contenido es esencialmente el mismo, estos se denominan con términos opuestos, en el caso del NEO PI como Neuroticismo y en el caso del enfoque léxico como Estabilidad emocional (Goldberg, 1993).

La idea de una estructura básica de la personalidad representada en Cinco Grandes se ha sostenido más allá de las culturas y de los instrumentos utilizados. Del análisis que realizan John y Srivastava (1999), Pervin y John (1999), Brody y Ehrlichman (2000) y John, Naumann y Soto (2008) se pone de manifiesto como en diferentes estudios transculturales, con el léxico propio de esas culturas, se han obtenido resultados muy



similares. Por otra parte, incluso con el uso de instrumentos diferentes se ha llegado a resultados comparables a los Cinco Grandes. Empleando cuestionarios de personalidad basados en el análisis factorial como el inventario de Eysenck, los estudios de Costa y McCrae concluyen que el superfactor de Extraversión y Neuroticismo de Eysenck es idéntico a las dimensiones del mismo nombre en los Cinco Grandes. Por su parte la Amabilidad y Responsabilidad del modelo de McCrae y Costa pueden representar el extremo inferior de la dimensión de Psicoticismo (control de impulsos) de Eysenck (Schultz & Schultz, 2002).

Con otros instrumentos de medida de la personalidad que parten de orientaciones teóricas diferentes como, por ejemplo, al usar la clasificación de California Q, que son 100 dimensiones descriptivas no basadas en el léxico sino en las ideas teóricas de los psicólogos expertos en la descripción de la personalidad, al relacionar las puntuaciones de esta clasificación con los Cinco Grandes, las dimensiones de la clasificación Q tienen peso en los cinco factores, lo que apoya indirectamente la hipótesis de los Cinco Grandes. Otra medida, que no tiene relación a priori con los Cinco Grandes, es la Personality Research Form (PRF). Se trata de una medida de motivación, desarrollada en 1967 por D. N. Jackson, consta de 358 elementos de verdadero y falso diseñados para medir los 20 motivos propuestos en 1938 por H. Murray. En 1984, P. T. Costa y R. R. McCrae, administran el PRF y el NEO PI a una muestra de adultos y comprueban que las 20 escalas del PRF se relacionan con los Cinco Grandes. Por último, cabe mencionar que las propuestas de los Cinco Grandes están relacionadas con las propuestas realizadas por H. Cough, en 1968, en referencia a los conceptos populares y las propuestas de J. Wiggins y colaboradores, desde 1979, en relación con el círculo interpersonal. Con respecto a las propuestas de los conceptos populares, la comparación entre las escalas del Inventario Psicológico de California (CPI) y el modelo de Cinco Factores ha establecido una conexión directa de las 20 escalas del CPI con los Cinco Grandes menos con el factor de Agradabilidad. En relación con la propuesta del círculo interpersonal, se ha establecido una conexión entre los dos primeros factores del modelo de Cinco Factores (Extraversión y Amabilidad) con las dimensiones básicas del círculo interpersonal: Dominio y Amor, aún cuando la conexión entre Dominio y el Factor I se ha establecido más fácilmente en su acepción de asertividad.

Aunque la propuesta de los Cinco Grandes es la que más evidencias ha ido aportando para la descripción de la estructura básica de la personalidad, con un amplio consenso en que estos factores son necesarios y, más o menos, suficientes para tener en cuenta la covariación de la mayoría de los rasgos de personalidad

(McCrae, 2009; Pérez-García & Bermúdez, 2011), no se puede dejar de mencionar que en diversos estudios, incluidos estudios transculturales con muestras americanas y españolas (Benet-Martínez & Waller, 1995), se ha podido constatar la presencia de lo que se ha denominado los Siete Grandes o modelo de Siete Factores de la descripción de la personalidad por el lenguaje natural. Se trata de las propuestas realizadas por el grupo de Tellegen, que defiende siete factores: Emocionalidad positiva (con cierta similitud con el factor de Extraversión), Valencia negativa, Valencia positiva, Emocionalidad negativa (con cierta similitud con el factor Neuroticismo), Dependencia (con cierta similitud con el factor Responsabilidad), Cordialidad (similar al factor Amabilidad) y Convencionalismo (que vendría a ser el polo opuesto del factor Apertura o Cultura) (Pelechano, 1999). O también la propuesta de Seis Factores, a la que se identifica como modelo HEXACO (Ashton & Lee, 2007) que defiende la presencia de seis factores: Honestidad-Humildad, Emocionalidad, Extraversión, Afabilidad, Responsabilidad y Apertura a la experiencia, que como se puede ver tiene una gran similitud con el modelo de los Cinco Grandes (Pérez-García & Bermúdez, 2011)

Por último, cabe mencionar que para evaluar los Cinco Factores se han utilizado diferentes instrumentos, aún cuando el más representativo de ellos es el NEO PI R.

## 2.4 Personalidad y trabajo

El interés del estudio de la personalidad y las diferencias individuales en el trabajo se ha dirigido a diferentes aspectos como los intereses profesionales, la motivación laboral, la productividad – rendimiento laboral, la satisfacción laboral y los problemas laborales, entre otros (Furnham, 1995). En estos diferentes aspectos se ha analizado la relación con los Cinco Grandes.

En el estudio de los intereses profesionales, se han obtenido datos que indican que los extravertidos buscan un contexto laboral que sea activo, con variedad y con frecuentes interacciones con otros. Buscan por lo tanto ocupaciones que impliquen actividad e interacción social, lo que parece que les hace más adecuados para tareas en las que haya más distracciones. Por otra parte, los introvertidos buscan un contexto laboral más tranquilo y privado, con ocupaciones que implican reflexión y concentración en conceptos e ideas, lo que parece que les hace más adecuados para tareas rutinarias. Además, se indica que los neuróticos intro-

vertidos son los más susceptibles al estrés (Furnham, 1995). Desde la selección de personal interesa conocer que aspectos de la persona son los que van a garantizar el éxito de la misma en el puesto de trabajo. Al menos dos aspectos son los que han recibido más atención: la inteligencia general y la responsabilidad. Siendo esta última uno de los Cinco Grandes. Los estudios sobre eficacia en el trabajo indican que el ser responsable es un rasgo de personalidad relacionado de forma consistente con la eficacia laboral (Brody & Ehrlichman, 2000). También se indica que la responsabilidad es un predictor válido del cumplimiento en el trabajo (Salgado, 1997).

El estudio de la motivación laboral, ha desarrollado diferentes teorías, las cuales aportan diferentes conclusiones en cuanto a lo que representan en ellas algunos de los Cinco Grandes. Dentro de las teorías de la necesidad las más representativas son la teoría de Maslow y la de Murray. Desde la jerarquía de necesidades de Maslow se plantea que los neuróticos tienen dificultades para satisfacer las necesidades de autoestima (necesidades de alto nivel en la jerarquía propuesta). Desde los postulados de Murray, donde la motivación es algo central en la teoría de la personalidad, se plantea que los extravertidos tienden a tener mayores necesidades de afiliación que los introvertidos, mientras que el neuroticismo se asocia con las necesidades de evitación de la degradación. Otra teoría reseñable en el estudio de la motivación laboral es la de la equidad. Desde ésta se plantea que los neuróticos tienden a experimentar más inequidad que los no neuróticos y que los extravertidos están más preocupados por la equidad que los introvertidos. Por último, desde las teorías del refuerzo, tal y como afirma Furnham (1995), se deriva de la teoría de Gray que los extravertidos están más motivados por buscar recompensas mientras que los introvertidos están más preocupados por evitar castigos.

En el estudio de la productividad y rendimiento laboral, con respecto de los Cinco Grandes, algunos estudios a los que hace referencia Goldberg (1993) indican que tanto la dimensión de Responsabilidad (conscientiousness) como la de Amabilidad (agreeableness) son las que más se relacionan con el rendimiento laboral. No obstante, aunque los factores de personalidad influyen en el rendimiento laboral no se puede dejar de tener en cuenta la participación de los factores ambientales y organizacionales, así como el ajuste persona – ambiente. Barrick y Mount (1991) realizaron un estudio para conocer la relación entre los Cinco Grandes y tres criterios de desempeño laboral relacionados con la competencia en diversos grupos de trabajadores, entre los que se encontraban policías. Los resultados indican que la dimensión Responsabilidad (conscientiousness)

muestra una relación consistente con todos los criterios de desempeño laboral y todos los grupos de trabajadores. Estos resultados fueron, posteriormente, confirmados (Barrick, Mount & Judge, 2001; Hertz & Donovan, 2000). En estos momentos la dimensión de Extraversión es un predictor válido para ocupaciones relacionadas con interacciones sociales. Y la dimensión de Apertura a la experiencia (openness to experience) y Extraversión son un predictor válido para el criterio de capacitación, sobre todo por la relación que la dimensión Apertura tiene hacia el aprendizaje. Posteriormente, Barrick et al. (2001) indican que la dimensión Estabilidad emocional (en el lado opuesto de Neuroticismo) es un predictor válido cuando el criterio es el rendimiento general, pero es menos consistente que la dimensión Responsabilidad para criterios de rendimiento específicos y para ocupaciones específicas. Por otro lado, las dimensiones de Extraversión, Apertura y Amabilidad se consideran adecuadas predictoras en determinados criterios de rendimiento, pero no para rendimiento general. Mantienen la importancia de la Apertura a la experiencia y Extraversión para predecir la capacitación e indican que la Estabilidad emocional y Amabilidad predicen el trabajo en equipo. Rothman y Coetzer (2003), por medio del NEO PI R, indican que las dimensiones de Estabilidad emocional, Extraversión, Apertura y Responsabilidad se relacionaron con el desempeño de tareas. También se establece una relación entre Estabilidad emocional, Apertura a la experiencia y Amabilidad con la gestión del rendimiento. A mayor puntuación, en el sentido indicado, de estas dimensiones mejor rendimiento o desempeño. Salgado (1997) realiza un meta-análisis de las dimensiones de la personalidad según el modelo de los Cinco Factores en relación con el rendimiento para tres criterios: las evaluaciones de los supervisores, las calificaciones en la formación y los datos del personal, todo ello con cinco grupos de ocupaciones. Los resultados indican que la Responsabilidad y la Estabilidad emocional son predictores válidos para todos los criterios de rendimiento y en la mayoría de los grupos ocupacionales.

En el estudio de la satisfacción laboral, partiendo de diversas concepciones teóricas sobre la satisfacción en el puesto de trabajo se plantea que los extravertidos buscan más el enriquecimiento externo del puesto de trabajo que los introvertidos y que la Extraversión se relaciona con la satisfacción mientras que el Neuroticismo se relaciona con la insatisfacción. En este sentido, se refieren a los neuróticos como menos productivos y menos satisfechos (bien, porque la menor satisfacción lleva a una menor productividad, o viceversa) que los no neuróticos. En algunos estudios se concluye que las personas con puntuaciones altas en

Neuroticismo tienden a estar menos satisfechos con la cantidad de trabajo que se les asignaba, con sus compañeros de trabajo y con su salario. Derivado de estas afirmaciones se puede sugerir que el Neuroticismo es un rasgo no deseable en el puesto de trabajo por su falta de relación con el logro, sin embargo la evidencia parece indicar que la acción de este rasgo se ve moderada por la acción de la inteligencia y de las estrategias apropiadas de afrontamiento, lo que llevaría a no afectar a los logros de la persona (Furnham, 1995). Por su parte, Morán (2004) indica que Extraversión, Responsabilidad y Neuroticismo son variables predictoras de la satisfacción en el trabajo.

En el estudio de la conflictividad laboral, se abordan diferentes temas de los cuales destaca el interés por la relación entre la personalidad y los accidentes y el absentismo laboral. Con respecto a los accidentes laborales, sobre todo los de tráfico, dos factores son los que más han destacado: Extraversión y Neuroticismo. Los resultados indican que los extravertidos tienen más accidentes de tráfico y violaciones de las normas de conducción que los introvertidos. También algunos estudios indican que existe relación entre Neuroticismo y accidentes de tráfico (Furnham, 1995). En relación con el absentismo laboral, en algunos estudios se confirma que la Extraversión y Responsabilidad son rasgos predictores del mismo. Se ha visto una relación positiva entre Extraversión y absentismo y una correlación negativa entre Responsabilidad y absentismo, dada la naturaleza de ambas dimensiones, parece probable que los trabajadores responsables son menos propensos al absentismo aún no estando satisfechos en su puesto y, por el contrario, los empleados extravertidos tienen más probabilidad de ausentarse en estas circunstancias (Judge, Martocchio & Thoresen, 1997). Sin embargo, las conclusiones de Salgado (2002) indican que ninguno de los Cinco Grandes es predictor de absentismo. En su trabajo sobre los Cinco Grandes y los comportamientos contra-productivos encontró que los Cinco Grandes son predictores de la rotación de puestos de trabajo.

Se debe destacar que con respecto a las medidas de personalidad para predecir diversos criterios organizacionales se debe considerar el posible efecto de la deseabilidad social y de la distorsión de las respuestas a los cuestionarios, sobre todo en el marco de la selección de personal. Aunque como concluye Salgado (2005) la deseabilidad social no está relacionada con el desempeño laboral por lo que no tiene efectos sobre la validez de las medidas de personalidad. Estas medidas de personalidad, incluidas las basadas en el

modelo de los Cinco Grandes, son buenas predictoras de satisfacción laboral, motivación laboral, desempeño ocupacional (rendimiento y productividad) y otros criterios organizacionales.

## 2.5 Personalidad, enfermedad y salud

Además del contexto laboral, el estudio de la personalidad tiene importancia también en el contexto de la salud. Cuando se analiza la relación entre los factores psicológicos y el proceso de enfermedad destaca la participación del estrés percibido, las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento (Pérez-García & Sanjuán, 2003). Ceñidos a la relación entre personalidad y mantenimiento de la salud o padecimiento de enfermedades, se han propuesto algunos modelos que no son excluyentes entre sí (Wiebe & Fortenberry, 2006). En el modelo del estrés como modulador, la reactividad fisiológica establece una conexión entre la personalidad y la salud. La personalidad puede disminuir o aumentar la conexión entre el estrés y sus consecuencias al afectar a la valoración primaria o secundaria o a la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento. En el modelo de conducta de salud la personalidad influye en la salud porque afecta a las conductas de salud. Así el Neuroticismo puede afectar la puesta en marcha de hábitos de salud. En el modelo de vulnerabilidad constitucional, esta vulnerabilidad está más cerca de la causa de la enfermedad, no teniendo la personalidad un efecto causal. En el modelo de conducta de enfermedad, la personalidad influye en la percepción de la enfermedad física, es el caso de la influencia del Neuroticismo sobre la preocupación por las sensaciones somáticas.

Con todo, la personalidad junto con otros factores (como la falta de apoyo social) va a tener un papel destacado en el padecimiento de la enfermedad. Dentro de los factores de riesgo que favorecen la aparición de enfermedades existen algunas características de personalidad como la ira, la hostilidad, la supresión emocional, la negación, el patrón de conducta Tipo-A (con competitividad, impaciencia y hostilidad), el rasgo de ansiedad y Neuroticismo que se relacionan con los problemas de salud. Éste último suele generar, por una parte, un sesgo de autovaloración con una percepción más negativa de sí mismo y de sus posibilidades y, por otra parte, un sesgo de afrontamiento recurriendo a estrategias de afrontamiento de evitación. Dentro de los factores de protección que previenen las enfermedades existen características personales como el afronta-

miento centrado en el problema (estilo), el optimismo, el locus de control interno, el sentido de coherencia, la autoeficacia, Extraversión y la personalidad resistente que se relacionan con un buen estado de salud (Pérez-García, 2011; Pérez-García & Sanjuán, 2003).

De forma más específica y centrado en el modelo de los Cinco Factores se genera un marco de referencia para el estudio de la relación entre personalidad y salud. De los estudios referidos por Brody y Ehrlichman (2000) y Bermúdez (2003) se plantean algunas sugerencias. Para estos autores los niveles bajos de la dimensión Amabilidad se relacionan con problemas para la salud. Sin embargo, los niveles altos en Amabilidad se relacionan con un desarrollo de un entorno social minimizador del estrés, además de vincularse a unas mejores prácticas de salud. Con respecto de la dimensión de Responsabilidad se asocia con, entre otros, mejores hábitos de salud y mejor condición física. En relación con las dimensiones Neuroticismo y Amabilidad se incluyen dentro del mismo grupo que ansiedad, hostilidad y estrategia de afrontamiento centrada en la emoción. De forma particular las personas con alto Neuroticismo tienden a experimentar más dolor y a informar de más síntomas de enfermedad. Por su parte, las dimensiones Responsabilidad, Extraversión y Apertura estarían dentro del mismo grupo que competitividad, autoeficacia, optimismo y estrategia de afrontamiento centrado en el problema. Además, las dimensiones de Extraversión, Neuroticismo, Amabilidad y Responsabilidad explican, en relación con la salud, lo que se pretende explicar con un número excesivo de variables específicas.

En esta línea van también las aportaciones de otros estudios. Por un lado, Extraversión aparece consistentemente asociada con bienestar emocional (Cooper & Payne, 1991). Por el otro, Neuroticismo parece estar asociado con una mayor depresión, ansiedad, quejas somáticas frecuentes y afectividad negativa (Watson, Clark & Harkness, 1994). El mayor informe de síntomas, de los que puntúan alto en Neuroticismo, puede deberse a una mayor sensibilidad de éstos a los cambios físicos, aunque también algunos estudios han puesto de manifiesto cierta propensión a mal atribuir síntomas a ciertos procesos de enfermedad (Williams, 2006). Además, las personas con alto Neuroticismo experimentan más conflictos diarios y es más probable que reaccionen ante ellos con ira y depresión (Bolger & Zuckerman, 1995). Por otra parte, como afirma Furnham (1995), algunos estudios han puesto de manifiesto cierta conexión entre los Cinco Grandes y algunos trastornos físicos. La Extraversión se ha relacionado con el infarto de miocardio y la jaqueca; la introversión

con el asma, úlceras y artritis. Sin embargo, la evidencia no es suficiente para establecer causalidad. Por su parte Kardum y Hudek-Knezevic (2012) indican que dentro de los Cinco grandes son los factores Extraversión, Neuroticismo y Apertura los más relacionados con la salud. Otros estudios indican que la combinación de una baja puntuación en Responsabilidad con alta puntuación en Neuroticismo o alta puntuación en Extraversión (vinculado a impulsividad) tiene tendencia hacia comportamientos propensos al riesgo para la salud. Por el contrario, alta Responsabilidad con baja Extraversión (vinculado a escepticismo) se abstienen de adoptar comportamientos de riesgo (Vollrath & Torgersen, 2002). También Williams (2006) comparte la importancia de la Responsabilidad como un moderador de los efectos de Neuroticismo y Extraversión en una amplia variedad de resultados de salud mental y física, incluyendo el comportamiento de enfermedad. En esta línea de establecer una cierta tipología basada en los Cinco grandes, con el meta-análisis que realizan Malouff, Thorsteinsson y Schutte (2005) indican que el tipo alto en Neuroticismo, bajo en Responsabilidad, bajo en Amabilidad y bajo en Extraversión es el patrón más destacado en la asociación con desórdenes clínicos. Por último, utilizando el bienestar percibido como un indicador de salud, de los estudios a los que se refiere Roysamb (2006), se deduce que Extraversión está positivamente relacionada con el bienestar percibido y Neuroticismo lo está negativamente.

### **2.5.1 Personalidad, estrés y afrontamiento**

En el estudio de la personalidad en relación con el estrés se ha estudiado o bien la relación directa entre personalidad y estrés o bien la relación entre personalidad y las estrategias de afrontamiento (Furnham, 1995). En ocasiones la personalidad se ha concebido como una variable mediadora en la evaluación del estrés o como una variable moderadora de la relación con las consecuencias del estrés, así es valorada cuando se la considera un recurso interno dentro de los factores moduladores del afrontamiento. Por otra parte, Watson y Hubbard (1996) identifican tres distintos enfoques en el estudio de la personalidad y el afrontamiento: el primero es ver el comportamiento de afrontamiento como un rasgo en sí mismo; el segundo es la posibilidad de evaluar la asociación entre variables de personalidad y medidas del proceso de afrontamiento; y el tercero es entender los comportamientos de afrontamiento dentro de un marco de referencia clasificatorio de la personalidad.



Para Cooper y Payne (1991) la personalidad y otras variables de diferencias individuales influyen en la tendencia a movilizar determinadas respuestas de afrontamiento cuando se enfrentan a situaciones estresantes. Así, las estrategias de afrontamiento psicológico que las personas adoptan están determinadas en parte por la personalidad, pero también por otros factores como el contexto social y cultural.

Por su parte, McCrae (1982) plantea que las preferencias por determinados patrones de afrontamiento se derivan de los rasgos de personalidad. Posteriormente, McCrae y Costa (1986) indican que la base de contraste que aporta el modelo de los Cinco Factores de personalidad puede servir para un mejor examen de la relación entre afrontamiento y personalidad, de forma que el afrontamiento podría ser considerado como un proceso dinámico de la personalidad.

En el marco del afrontamiento como estilo, Carver et al. (1989) señalan la presencia de ciertos estilos (disposiciones) de afrontamiento, de forma que para estos autores puede haber un uso consistente de ciertas estrategias de afrontamiento que se vinculan sistemáticamente con ciertas variables de personalidad.

Bolger y Zuckerman (1995) desarrollan un marco de trabajo desde el que se indica que la personalidad puede afectar tanto a la exposición a sucesos estresantes como a la reactividad a dichos sucesos, o a ambos. Sugieren, también, que las diferencias de personalidad en la reactividad a los estresores pueden estar asociadas a las diferentes elecciones de estrategias de afrontamiento, a la efectividad diferenciada de las estrategias elegidas, o a ambas. En esta línea, Semmer (2006) afirma que hay, al menos, cuatro mecanismos por los cuales la personalidad puede influir en cómo las personas experimentan el estrés y cómo le hacen frente. Estos mecanismos son: las diferentes probabilidades de encontrarse con ciertos factores estresantes (por las características de personalidad de cada persona), la valoración de los diferentes aspectos de una situación como más o menos estresantes, la forma de reaccionar a las situaciones estresantes y, por último, la utilización de diferentes estrategias de afrontamiento.

Desde una perspectiva integradora, Pelechano (1992, 1997) y Pelechano et al. (1993), presentan las estrategias de afrontamiento como habilidades o competencias de personalidad. El modelo de afrontamiento de las enfermedades crónicas de Pelechano destaca la presencia de estabilidad en el afrontamiento en interacción con el entorno. Se presenta así un intento de conciliar el estudio de la personalidad y el estudio del afrontamiento que se distancie de las posiciones divergentes de algunos autores, los cuales manifiestan la

incompatibilidad de las estrategias (cognitivas) de afrontamiento con las propuestas de la psicología de la personalidad. Esto último, puede ser entendido desde la perspectiva de lo que se podría llamar la "vieja" psicología de la personalidad que se centra en el estudio de los rasgos, pero no tanto en relación con la "nueva" psicología que se centra en el análisis de las estrategias cognitivas.

Morán (2005a) indica que, a partir de los resultados de sus estudios, los rasgos de personalidad influyen en las estrategias que las personas seleccionan a la hora de resolver problemas con el estrés. DeLongis y Holtzman (2005) afirman que los Cinco Grandes tienen efectos directos y de interacción en el afrontamiento en relación con las situaciones estresantes.

En el meta-análisis que Connor-Smith y Flachsbart (2007) realizan de estudios sobre personalidad y afrontamiento, indican que la personalidad puede, directamente, facilitar o limitar el afrontamiento. De esta forma la personalidad puede estar influyendo en la exposición al estrés, en la reactividad al estrés o en la percepción que se tiene de los recursos de afrontamiento. Los Cinco Grandes tienen capacidad de realizar predicciones específicas con relación al afrontamiento. Más adelante, Carver y Connor-Smith (2010) indican que los meta-análisis sugieren que entre los moderadores de la relación entre personalidad y afrontamiento se encuentran: la edad, la gravedad estresante y la proximidad temporal entre la acción de hacer frente al suceso y el informe de afrontamiento. La personalidad y el afrontamiento tienen relaciones tanto independientes como interactivas para influir en la salud física y mental.

Como se puede observar, a pesar de que estas aportaciones pretenden ayudar a explicar las diferencias individuales en la forma de reaccionar al estrés y en la forma de su afrontamiento, los resultados obtenidos para determinar la relación entre variables de personalidad y afrontamiento siguen siendo diversos (Rueda & Aguado, 2003). En los estudios que se centran en la relación de los Cinco Grandes con el estrés y el afrontamiento, algunos resultados indican que los Cinco Grandes se relacionan con las estrategias de afrontamiento y con el mantenimiento del apoyo social. Así, mientras Neuroticismo se relaciona con estrategias de afrontamiento pasivas y centradas en la emoción (Bolger, 1990; Chico, 2000; Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Costa, Somerfield & McCrae, 1996; DeLongis & Holtzman, 2005; Endler & Parker, 1990; Ramírez, Esteve & López, 2001; Storm & Rothman, 2003; Watson, David & Suls, 1999), las otras dimensiones, fundamentalmente Extraversión y Apertura a la experiencia, se relacionan

con estrategias de afrontamiento activas y centradas en el problema, y con el apoyo social (Bolger, 1990; McCrae & Costa, 2003; Watson & Hubbard, 1996). Además, Storm y Rothman (2003) añaden también, en esta relación, a Responsabilidad, al igual que lo hace DeLongis y Holtzman (2005) quienes indican que las personas que puntúan alto en Responsabilidad informan del uso de una solución planificada de problemas que se aplica más en el afrontamiento de estresores no interpersonales que en las situaciones estresantes interpersonales. De tal forma que altas puntuaciones en Responsabilidad se relacionan con un afrontamiento centrado en el problema y con el uso de estrategias como planificación y confrontación (Morán, 2005a; Vollrath & Torgersen, 2000). También Responsabilidad se relaciona con estrategias activas y centradas en el problema, y Extraversión se relaciona con búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva (Watson et al., 1999). En esta línea, Extraversión y Responsabilidad se relacionan más con la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva y el Neuroticismo menos (Connor-Smith & Flachsbart, 2007).

En otros estudios, Extraversión, Responsabilidad y Apertura tienen un fuerte compromiso con el afrontamiento; mientras que Neuroticismo tiende a la retirada del afrontamiento (Carver & Connor-Smith, 2010). Por ello, no extraña observar que Neuroticismo se asocie con un mayor uso de estrategias de escape/evitación y un menor uso de reevaluación positiva y búsqueda de apoyo (Bolger, 1990; McCrae & Costa, 2003; Morán, 2005a). Lo contrario que Extraversión, que se asocia con un mayor uso de estrategias de reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social (Amirkhan, Risinger & Swickert, 1995; Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Morán, 2005a). De esta manera, Extraversión se presenta como una variable predictora de la estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo social (Morán, 2005a), aunque influye también en la estrategia de confrontación, así como en la de planificación y reevaluación positiva.

Para Brebner (2001) tanto Extraversión como Apertura tienen una correlación pequeña pero significativa con evitación. Neuroticismo se relaciona con mayor fuerza con el enfoque emocional. Responsabilidad correlaciona con autoafirmación y con estrategias activas y dirigidas a la tarea y de forma negativa y significativa con estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Así, tanto Neuroticismo como Apertura a la experiencia son factores predictores del afrontamiento (Watson et al., 1999; Watson & Hubbard 1996). Las personas con altas puntuaciones en el factor Apertura tienden a un mayor uso del humor y las personas con

bajas puntuaciones en dicho factor tienden a un mayor uso de lo relacionado con la religión (Carver et al., 1989). Además, altas puntuaciones en Apertura se relacionan con un mayor uso de la confrontación y planificación (Morán, 2005a).

Por su parte, altas puntuaciones en Amabilidad se relacionan con un mayor uso de la búsqueda de apoyo social, autocontrol y reevaluación positiva. Hay por tanto una relación entre este factor y el afrontamiento centrado en la emoción (Morán, 2005a; Penley & Tomaka, 2002). También la Amabilidad se relaciona (con fuerza) con las estrategias de afrontamiento como búsqueda de apoyo social y confrontación. Con ésta última, según la situación, se incrementa su uso ante respuestas de mala conducta de los hijos y se reduce ante el conflicto marital. Parece que este rasgo está limitado a las situaciones de estrés interpersonal (DeLongis & Holtzman, 2005). Por último, Burgess, Irvine y Wallymahmed (2010) indican que Apertura, Amabilidad y Responsabilidad se relacionan con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema. También Peng, Riolli, Schaubroeck y Spain (2012) encuentran relaciones positivas entre Responsabilidad y el afrontamiento centrado en los problemas, y relaciones negativas con el afrontamiento evitativo.

## 2.6 Personalidad resistente

### 2.6.1 Concepto de personalidad resistente

La relación entre el estrés y la enfermedad, y más concretamente el hecho de que las personas enfermen a causa de estar sometidos a niveles altos de estrés, ha propiciado el desarrollo de lo que se ha denominado dureza o fortaleza (hardiness) o personalidad resistente (hardy personality) (Furnham, 1995, 2001). Este constructo surge dentro del contexto de la teoría existencial de la personalidad. Según Peñacoba y Moreno-Jiménez (1998) dos son las características fundamentales de esta teoría que favorecieron la formulación del constructo por parte de Kobasa y Maddi, desde 1972. Por una parte el que se conceptualice a la persona no como poseedor de rasgos internos y estáticos sino como quien construye su personalidad de una forma dinámica a través de sus acciones y, por otra parte, por asumir la idea de que la vida es un inevitable cambio que se relaciona con las situaciones de estrés. Esta forma de concebir de forma activa a la personalidad en los procesos de estrés plantea que las personas van a responder de forma diferente a los mismos estresores, por

lo que se precisa delimitar dicha variación intersujetos en respuesta al estrés (Moreno-Jiménez, Garrosa & González, 2000c).

Las propuestas de Kobasa, Maddi y colaboradores surgen en el contexto de estudios sobre la salud, el estrés y la enfermedad (Kobasa, 1979a, 1979b; Kobasa, Maddi & Courington, 1981; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982; Kobasa, Maddi & Puccetti, 1982). Ante los resultados por los que algunas personas sometidas a alto estrés sufrían trastornos de salud (física y mental) mientras que otras personas en las mismas condiciones no veían alterado su estado de salud les lleva a plantear la existencia de un mecanismo de resistencia. Se formula que la dureza o personalidad resistente limita el riesgo de trastornos somáticos y/o psicológicos por el estrés, por lo que se lo considera un constructo de personalidad moderador en la relación entre el estrés y la enfermedad (Godoy-Izquierdo & Godoy, 2002). La personalidad resistente actúa junto a otros factores como el apoyo social, los recursos materiales, el estado de salud y otros para reducir el efecto negativo de las situaciones estresantes (Morán, 2005a). Además, se destaca que esta característica de personalidad es aprendida a partir de las experiencias que se viven desde las etapas más tempranas (Maddi, 1999; Maddi & Kobasa, 1984).

### **2.6.2 Factores de la personalidad resistente**

Una vez introducido el marco conceptual de lo que se entiende por personalidad resistente se hace necesario identificar sus principales características. Este constructo de personalidad resistente está integrado por tres características o componentes interrelacionados: compromiso o implicación (commitment) como contrapuesto a la alienación; control (control) como contrapuesto a ineficacia; y reto (challenge) como contrapuesto a amenaza (Kobasa, 1979a, 1979b; Kobasa et al., 1981; Kobasa, Maddi & Khan, 1982; Kobasa, Maddi, Puccetti & Zola, 1994; Kobasa & Puccetti, 1983; Maddi, 1999). De ello se deriva que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control ante los acontecimientos y están abiertos a los cambios, que lejos de verse como amenazas se valoran como retos (Morett, 2005).

El compromiso o implicación incluye la tendencia a implicarse en todas las actividades que se desarrollan en las diferentes áreas de la vida, tanto con uno mismo como con los demás. Hace que todo lo que realiza la persona le sea importante. Se da una intensa identificación con lo que le rodea y, además, se genera un conjunto de creencias que reducen la amenaza percibida ante cualquier suceso vital estresante,

lo que le sirve de protección a la renuncia ante situaciones de elevada presión. Tienen en alta estima su capacidad para tomar decisiones y, a su vez, su compromiso social les permite recurrir a los demás cuando necesitan ayuda o apoyo y se benefician del sentimiento de poder ayudar a otros en situaciones estresantes si lo precisan. Poseen las habilidades y el deseo de enfrentarse exitosamente a las situaciones de estrés. Son persistentes en el logro de sus metas (Godoy-Izquierdo & Godoy, 2002; Morett, 2005; Peñacoba & Moreno-Jiménez, 1998).

El control caracteriza a las personas por su tendencia a pensar y actuar convencido de poder modificar el curso de los acontecimientos. Aunque no se tiene un completo control sobre los acontecimientos y sus consecuencias, las personas, con su esfuerzo activo, ejercen una influencia directa en el curso de su vida por medio de la participación de su conocimiento, habilidades y decisiones. No son meros espectadores de su vida y sus circunstancias. Buscan el porqué de los acontecimientos tanto en las acciones de los demás como en su propia responsabilidad. Según la formulación de Kobasa (1979b) el control está subdividido en tres componentes. Un primer componente es el control cognitivo, con el que se consigue reinterpretar los aspectos estresantes de la vida integrándolos y desactivando sus efectos negativos. Se puede decir que logran percibir menos situaciones amenazantes, o las situaciones estresantes las incluyen en su desarrollo vital o, por último, reducen sus efectos negativos. El segundo componente es el control decisional, con el que logran poder elegir las acciones pertinentes para manejar el estrés. Y, por último, el tercer componente son las habilidades de afrontamiento, que generadas desde la motivación que les impulsa hacia el éxito en el afrontamiento de las situaciones consiguen ser respuestas apropiadas ante el estrés.

La dimensión de control es una característica de las personas autoeficaces, seguras de sí mismas y poco influenciadas. Esto hace que rindan bien incluso en las circunstancias más difíciles y aunque dispongan de pocos recursos de afrontamiento son eficientemente utilizados. Por el contrario, las personas con poco control, aunque sean muy capaces, fracasan ante pequeños obstáculos pues al tener la creencia de falta de control renuncian a sus intentos de afrontamiento y se dan por derrotados antes de tiempo, lo que les puede conducir a un miedo generalizado a la vida, en que todo lo ven como un peligro o una amenaza que desborda sus posibilidades de control (Godoy-Izquierdo & Godoy, 2002; Morán, 2005a; Morett, 2005; Peñacoba & Moreno-Jiménez, 1998).

El reto (o desafío) parte de la creencia de que el cambio y no la estabilidad es lo característico de la vida. Esta dimensión caracteriza a la persona por no ver una amenaza en los cambios sino que se vive como un desafío o reto positivo del que se puede aprender cosas nuevas e incluso lograr un crecimiento personal. El cambio se percibe como una oportunidad para aumentar las competencias propias. Esta valoración del cambio contribuye a reducir el impacto negativo de los eventos estresantes, amortigua sus efectos negativos. Esta dimensión genera que las personas sean flexibles y tolerantes ante la ambigüedad. El interés se centra en cómo hacer frente al cambio de forma eficaz para que a corto – medio plazo ayude al reajuste a la nueva situación que se pueda plantear y, a su vez, se genere a largo plazo un conocimiento más adecuado de las posibilidades y limitaciones personales para el afrontamiento exitoso de nuevas experiencias de cambio. Esta dimensión contribuye a conseguir estados saludables a través de la percepción positiva del cambio y a través de dirigir los esfuerzos cognitivos hacia el afrontamiento efectivo y la búsqueda de recursos (Godoy-Izquierdo & Godoy, 2002; Morán, 2005a; Morett, 2005; Peñacoba & Moreno-Jiménez, 1998).

### **2.6.3 Evaluación de la personalidad resistente**

La relevancia teórica del concepto de personalidad resistente dentro de la investigación del estrés y la salud ha tenido el inconveniente de su dificultad de valoración por los problemas para hacerse operativo (Peñacoba & Moreno-Jiménez, 1998). Así, en un principio la personalidad resistente comenzó midiéndose con escalas que ya existían y que mantenían cierta conexión con las dimensiones de compromiso o implicación, control y reto. De las escalas inicialmente usadas se determinó las que eran más significativas. Como resultado de ello para evaluar la dimensión de compromiso se utilizó la escala de alienación personal y la escala de alienación en el trabajo del Test de Alienación de Maddi, Kobasa y Hoover, de 1979 (evalúa la dimensión compromiso de manera negativa). Para evaluar la dimensión de control se utilizó la Escala de Lugar de Control Interno-Externo de Rotter, Seernan y Liverant, de 1962, así como la escala de falta de control del Test de Alienación (se evalúa, también, de forma negativa). Para evaluar la dimensión de reto se utilizó (de forma negativa) la escala de orientación hacia la seguridad del Test de Hahn (Interesting Experiences Scale of the Hahn Test), de 1966.

De estas escalas surge, en 1982, la Unabridged Hardiness Scale (UHS) de Kobasa, Maddi y Kahn, en 1982, de 71 ítems, que da una medida global de la personalidad resistente. Posteriormente, en lo que se ha denominado la segunda generación de escalas para evaluar la personalidad resistente, Kobasa, Maddi y Kahn, en 1982, elaboran dos escalas más reducidas: Abridged Hardiness Scale (AHS), con 20 ítems y la Revised Hardiness Scale (RHS) con 36 ítems, la RHS da una medida tanto global como independiente para cada dimensión. Todas estas escalas se caracterizan por usar indicadores negativos para medir la personalidad resistente y en ello se basan las críticas que se plantean a dichas escalas.

La tercera generación de escalas intentan superar las críticas recibidas. En esta fase destaca la Personal Views Survey (PVS) del Hardiness Institute, en 1985, con 50 ítems (con una segunda versión PVS-II, de Maddi, en 1977); la Dispositional Resilience Scale (DRS) de Bartone, Ursano, Wright e Ingraham, de 1989, con 45 ítems; y la Health Related Hardiness Scale (HRHS), de Pollock, en 1986, se trata de una versión de la escala Unabridged Hardiness Scale (UHS), de 34 ítems (Morett, 2005; Peñacoba & Moreno-Jiménez, 1998; Peñacoba & Moreno-Jiménez, 2000).

La escala más usada en los diferentes estudios ha ido evolucionando para dar como resultado la Personal Views Survey-III (PVS-III), con 30 ítems, y la Personal Views Survey-III Revised (PVS-III R) de Maddi y Kobasa, en 2001, de 18 ítems.

En España se ha realizado una valoración de las propiedades psicométricas de la escala Personal Views Survey (PVS) del Hardiness Institute, tras la cual han confirmado que tanto la fiabilidad de la escala como de las subescalas Compromiso o Implicación, Control y Reto (desafío), la validez de constructo convergente con indicadores de salud (física y mental) y de personalidad, y la validez factorial y las asociaciones entre las tres subescalas entre sí y entre éstas y la escala completa son buenas. Sin embargo, los componentes Reto y Compromiso o Implicación muestran un comportamiento anómalo en comparación con la dimensión Control en la mayoría de los análisis realizados. (Godoy-Izquierdo & Godoy, 2004). Por su parte, Moreno-Jiménez et al. (2000c) indican que este cuestionario presenta algunas deficiencias en consistencia interna en la subescala Reto. En un intento de mejorar esta situación surge el Cuestionario de Personalidad Resistente (CPR), de 21 ítems, conformado por los tres factores del constructo de personalidad resistente. Esta estructura factorial fue confirmada por Morett (2005) en una muestra de bomberos.



#### **2.6.4 Personalidad resistente, salud, estrés y afrontamiento**

A la personalidad resistente se la considera un moderador al reducir la probabilidad de experimentar estrés o bien a la capacidad de disminuir las consecuencias negativas del mismo. En este sentido Cooper y Payne (1991) indican que la personalidad resistente se ha convertido en una diferencia individual que aparece para amortiguar los efectos debilitantes de los eventos estresantes y en ocasiones se relaciona linealmente con síntomas físicos. También en esta idea de moderación se añade las aportaciones de Moreno-Jiménez, Morett, Rodríguez-Muñoz y Morante (2006) al indicar que modera entre los estresores laborales y el burnout; y las aportaciones de Eschleman, Bowling y Alarcon (2010) que indican que modera entre los estresores y el estrés.

La forma de modular entre el estrés y la salud se establece de diversas formas. De los estudios referidos por Godoy-Izquierdo y Godoy (2002) y Peñacoba y Moreno-Jiménez (1998) se derivan algunas formas de modulación. Por ejemplo, se observa como la personalidad resistente genera una modificación de la percepción que se tiene de los estímulos estresantes, por lo que cognitivamente aparecen como menos estresantes. También se comprueba que la personalidad resistente lleva hacia un determinado estilo de afrontamiento. Es el denominado afrontamiento transformacional, por el que se inhibe el uso de estrategias poco funcionales. Dentro de este tipo de afrontamiento los acontecimientos estresantes se valoran como oportunidades de aprendizaje y crecimiento personal, por lo que se enfrentan de forma activa. Por el contrario, las personas con baja dureza o personalidad resistente utilizan un afrontamiento regresivo, con estrategias de evitación y escape. Otra forma de modular se observa al comprobar como la personalidad resistente puede afectar a las estrategias de afrontamiento de forma indirecta, a través de su influencia en el apoyo social. O bien cuando la personalidad resistente favorece cambios hacia determinados estilos de vida saludable que reducen la probabilidad de aparición de la enfermedad y aumentan el nivel de salud de la persona. Por último, se puede también mencionar que la personalidad resistente ejerce efectos positivos de tipo fisiológico, por lo que disminuye la reactividad psicofisiológica de la persona al estrés.

En la relación entre la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento algunos estudios han encontrado relación entre la dimensión Reto y las estrategias de reinterpretación positiva y crecimiento. Sin embargo estos hallazgos no han sido la tónica general. También se han encontrado correlaciones positivas entre la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, o bien, corre-

laciones negativas entre la personalidad resistente y el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Así mismo, se han encontrado relaciones positivas entre la personalidad resistente y el apoyo social, por ello Moreno-Jiménez et al. (2000c) afirman que la personalidad resistente parece inducir estrategias de afrontamiento adaptativas y además favorece la búsqueda de apoyo social. En esta línea el estudio de meta-análisis de Eschleman et al. (2010) indica que la personalidad resistente es un factor protector frente al estrés y se relaciona de forma positiva con el afrontamiento activo y el apoyo social, y de forma negativa con el afrontamiento regresivo.

En la relación entre la personalidad resistente y la salud, según Maddi y Kobasa (1984) el beneficio se establece por la adopción de estilos de vida saludables. De los estudios señalados por Godoy-Izquierdo y Godoy (2002) y Peñacoba y Moreno-Jiménez (1998) se extraen dos conclusiones. Por un lado, la personalidad resistente parece relacionarse de forma negativa con el burnout. Por el otro, la personalidad resistente parece que actúa como un protector de la salud física - mental y del bienestar personal. Aunque no se puede dejar de mencionar que no ha sido éste un resultado unívoco en todos los estudios realizados. Más recientemente, Ríos, Sánchez-Meca y Godoy (2010) y M. K. Taylor, Pietrobon, Taverniers, Leon y Fern (2013) apoyan la relación positiva entre personalidad resistente y salud.

En los estudios analizados por Maddi (2004) se relaciona la personalidad resistente de forma negativa con el estrés postraumático y se ha encontrado que la personalidad resistente se relaciona de forma positiva con una más rápida recuperación de los síntomas de enfermedad que puedan manifestarse ante situaciones de adaptación a cambios importantes en la vida.

Por último, es preciso comentar la controversia que existe entre personalidad resistente y Neuroticismo. Algunos autores tales como Funk (1992) indican que ciertas escalas de la personalidad resistente evalúan Neuroticismo debido, fundamentalmente, al uso de ítems negativos en dichas escalas que dicen medir personalidad resistente así como al sentido de esos ítems. Según este autor existe una falta de operacionalidad del concepto de hardiness que genera dificultades en la medición y valoración del constructo. En general, se asume que el constructo personalidad resistente tiene dificultades en su propia formulación teórica y en los resultados de su medida con estudios que cuestionan desde el número de factores, a su orientación y la importancia de sus tres dimensiones, tal y como fueron formuladas en un principio. No obstante, sí

se acepta de forma positiva su valor para comprender los procesos relacionados con el estrés y salud. Y por otra parte algunos estudios como el de Zhang (2011) establecen una relación entre los Cinco Grandes y la personalidad resistente de forma que la personalidad resistente se relaciona de forma negativa con Neuroticismo y de forma positiva con los otros cuatro factores.

## 2.7 Evaluación de la personalidad

La evaluación de la personalidad no es ajena a la multiplicidad de concepciones que desde los diferentes modelos se han generado de la forma de entender lo que significa la personalidad. Desde estos diversos posicionamientos teóricos han surgido también diferentes modos de abordar el estudio de la personalidad con una variada instrumentación de medida. También, son variadas las razones u objetivos por las que se evalúa la personalidad. De entre ellas cabe mencionar (Carver & Scheier, 1997; Pelechano, 2000) por ejemplo:

- a. Para predecir el comportamiento futuro de las personas evaluadas.
- b. Para describir a las personas de forma precisa.
- c. Para estudiar de forma objetiva conceptos específicos vinculados a la personalidad (como autoritarismo, impulsividad y otros).
- d. Para una mejor comprensión de patrones comportamentales como el caso de los síndromes clínicos.
- e. Para restringir la variabilidad de las personas que forman parte de los estudios de laboratorio.
- f. Para delimitar el resultado de una acción formativa o terapéutica.
- g. Para evaluar antecedentes y concomitantes en las fases de la vida, en estudios longitudinales.
- h. Para evaluar antecedentes de enfermedades y los recursos personales para afrontarlas.
- i. Para evaluar los patrones de aculturación, en estudios transculturales, y las diferencias entre culturas.

Se confirma, por lo tanto, que ante tan variada gama de objetivos se precise también de una variada gama de procedimientos, técnicas e instrumentos de medida. Se han adoptado diferentes posiciones en torno a la relación entre la evaluación y los modelos en la psicología de la personalidad. Algunos llegan a afirmar que el acento puesto en la evaluación, la medida y los instrumentos ha devaluado la calidad de la teoría y

otros, por el contrario, participan de una defensa de la evaluación como medio hacia el conocimiento, siempre que las metodologías, procedimientos e instrumentos estén bien fundamentadas (Pelechano, 2000). En cualquier caso, lo que sí parece evidente es que la forma de llevar a cabo la evaluación de la personalidad ha propiciado un amplio abanico de recursos, y una clasificación de dichos recursos debe tener en cuenta las posiciones adoptadas, en unas ocasiones más centradas en los métodos y procedimientos de evaluación (aproximación empírica) y, en otras, en los modelos teóricos (aproximación racional o teórica).

La aproximación empírica pone el acento en los datos más que en la teoría. A su vez, hay, al menos, dos formas de abordar esta cuestión. Una primera forma es por medio del método inductivo por el que se utilizan los datos para decidir qué cualidades de la personalidad se van a medir (importante en la psicología de los rasgos), es decir que primero desarrolla la prueba y luego pretende validarla (se podría incluir como ejemplo los trabajos de R. B. Cattell). Una segunda forma es por medio de lo que se denomina "clave empírica o clave criterio" a través de la cual se clasifican a las personas por categorías, para lo que se buscan criterios de clasificación, a partir de los cuales se determina que elementos de la prueba son específicos de dichos criterios y por tanto permiten establecer las diferencias (se podría incluir como ejemplo el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota de Hathaway y Mckinley, de 1943).

La aproximación racional parte de un presupuesto teórico previo que permite ver la importancia de una dimensión particular de la personalidad, y a continuación, se dedica a construir un instrumento que mida de forma fiable y válida esa dimensión. A esta aproximación es a la que pertenecen la mayoría de los instrumentos generados para evaluar la personalidad y que responde, esquemáticamente, a la regla de: primero saber "qué" medir y luego saber "cómo" medirlo (se podría incluir como ejemplo los trabajos de H. J. Eysenck). (Carver & Scheier, 1997).

Pelechano (2000) propone una clasificación que se estructura en torno a siete categorías:

- a. Observación y registro de conducta. Es una metodología para la evaluación promovida desde la teoría del condicionamiento y la teoría cognoscitiva social. Desde la primera, se interpreta la personalidad como el resultado del agrupamiento de las respuestas condicionadas de la persona. De forma que las respuestas emocionales condicionadas adquiridas se presentan como actitudes y preferencias. La

evaluación por tanto se centra en lo observable, en las conductas, y en lo observable de las reacciones emocionales. Los recursos para evaluar son técnicas que pretenden medir lo observado con el mínimo de interpretación, tal como sucede en la evaluación fisiológica y en la evaluación conductual. Desde la segunda corriente teórica predomina el uso de autoinformes como medida de las conductas, pensamientos y sentimientos de las personas evaluadas. (Carver & Scheier, 1997).

- b. Escalas de calificación.
- c. Inventarios y cuestionarios.
- d. Tests objetivos.
- e. Técnicas proyectivas: dentro de las cuales podemos destacar el Test de Apercepción Temática de H. Murray y la Prueba de las Manchas de Tinta de Rorschach.
- f. Estudio de los inventarios biográficos y de los documentos personales.
- g. Procedimientos para el estudio de las bases biológicas de la personalidad.

En este momento, nos vamos a referir sólo a lo que se refiere a los inventarios y cuestionarios para la evaluación de la personalidad. Ambos instrumentos se basan en autoinformes, son los más utilizados por su sencillez y posibilidad de administrarse bien de forma individual o grupal (Pelechano, 2000).

Una necesidad que tienen todos estos instrumentos es la de cumplir una serie de requisitos psicométricos como son los de fiabilidad y validez. También están sometidos a ciertos problemas, como por ejemplo, los que se derivan de lo que se denomina "sesgos de respuesta" de los cuales los más importantes son la aquiescencia, la tendencia a dar respuestas extremas y la deseabilidad social.

Se puede definir los sesgos de respuesta como la respuesta a los ítems del cuestionario o inventario no tanto por el contenido del ítem sino por otras cuestiones diversas. De esta forma, la aquiescencia vendría a representar la tendencia a responder siempre afirmativamente ("sí") a los ítems. La tendencia a dar respuestas extremas vendría a ser la tendencia a escoger los intervalos extremos de las respuestas en escala. Y la deseabilidad social vendría a ser la respuesta no sincera a los ítems porque se pretende dar una respuesta que sea socialmente deseable. Este sesgo es uno de los que más preocupan cuando se está realizando evaluaciones para, por ejemplo, la selección de personal. El conocimiento de estas cuestiones ha permitido, no obs-

tante, elaborar instrumentos útiles en la evaluación de la personalidad, siempre que no se haya perdido de vista que son instrumentos verbales para respuestas verbales, que deberán ser contrastadas con otros datos.

Exponemos, a continuación, algunos ejemplos de los cuestionarios o inventarios de personalidad más utilizados, sobre todo desde la perspectiva de las disposiciones:

a. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota).

Como se comentó anteriormente es un ejemplo de instrumento elaborado desde una aproximación empírica y dentro de ésta con una aproximación de clave criterio. Fue diseñado por S. R. Hathaway y J. C. Mckinley, en 1943. Se trata de un inventario largo, con 567 reactivos, para respuesta dicotómica de verdadero-falso. Está centrado en la evaluación de las anormalidades de la personalidad. Para su construcción se recurrió a una muestra de personas normales y otra muestra de pacientes psiquiátricos con diagnósticos específicos que generaban el criterio. Se trata de un instrumento con cuatro escalas de validez y 10 escalas clínicas básicas (Aiken, 2003; Carver & Scheier, 1997).

Posteriormente, el instrumento evoluciona para dar lugar al MMPI-2, en este caso de la mano de Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer (1989), del que existe una adaptación española (Ávila-Espada & Jiménez-Gómez, 1999). Con esta actualización se aumenta la muestra, el rango de edad de la muestra y se revisa el enunciado de los reactivos del inventario. En esta nueva versión hay tres escalas de validez, 10 escalas clínicas básicas (las mismas de la versión anterior) y 15 escalas de contenido, para la corrección manual, a las que se le añaden 18 escalas suplementarias y 31 subescalas para la corrección mecanizada (ver Tabla 7). Los datos de consistencia interna, de la adaptación española, para las escalas básicas, de contenido y suplementarias se sitúa en  $\alpha$ : .91. Con solo las 10 escalas básicas se consigue un  $\alpha$ : .78.

**Tabla 7.**  
Escalas del MMPI-2.

<b>Escalas de Validez</b>							
<b>L</b>	Mentira	<b>F</b>	Incoherencia	<b>K</b>	Corrección		
<b>Escalas Clínicas Básicas</b>							
<b>Hs</b>	Hipocondría	<b>D</b>	Depresión	<b>Hy</b>	Histeria	<b>Pd</b>	Desviación psicopática
<b>Mf</b>	Masculinidad /Feminidad	<b>Pa</b>	Paranoia	<b>Pt</b>	Psicastenia	<b>Sc</b>	Esquizofrenia
<b>Ma</b>	Hipomanía	<b>Si</b>	Introversión Social				
<b>Escalas de Contenido</b>							
<b>ANS</b>	Ansiedad	<b>FRS</b>	Miedos	<b>OBS</b>	Obsesividad	<b>DEP</b>	Depresión
<b>HEA</b>	Preocupación por la salud	<b>BIZ</b>	Pensamiento extravagante	<b>ANG</b>	Hostilidad	<b>CYN</b>	Cinismo
<b>ASP</b>	Conductas antisociales	<b>TPA</b>	Comportamiento Tipo A	<b>LSE</b>	Baja autoestima	<b>SOD</b>	Malestar social
<b>FAM</b>	Problemas familiares	<b>WRK</b>	Interferencia laboral	<b>TRT</b>	Indicadores negativos de tratamiento		
<b>Escalas suplementarias</b>							
<b>A</b>	Ansiedad	<b>R</b>	Represión	<b>Es</b>	Fuerza del yo	<b>MAC-R</b>	Escala revisada de alcoholismo
<b>O-H</b>	Hostilidad excesivamente controlada	<b>Fb</b>	Incoherencia posterior	<b>TRIN</b>	Inconsistencia de las respuestas verdaderas	<b>VRIN</b>	Inconsistencia de respuestas variables
<b>Do</b>	Dominancia	<b>Re</b>	Responsabilidad social	<b>Mt</b>	Inadaptación universitaria	<b>GM</b>	Escala de rol masculino
<b>GF</b>	Escala de rol femenino	<b>PK</b>	Escala de trastorno de estrés postraumático	<b>PS</b>	Escala de trastorno de estrés postraumático	<b>MDS</b>	Escala de malestar matrimonial
<b>APS</b>	Escala de potencial de adicción	<b>AAS</b>	Escala de reconocimiento de adicción				

Butcher et al. (1992), adaptan del MMPI el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para adolescentes (MMPI-A), del que existe una adaptación española (Jiménez-Gómez & Ávila-Espada, 2003). Se incorporan nuevos elementos y escalas con contenidos específicamente relevantes en los jóvenes. Tiene escalas de contenido relativas a problemas escolares, bajas aspiraciones y alienación. También, tiene escalas suplementarias para evaluar problemas de alcohol y drogas y una para evaluar inmadurez. Se ha reducido el número de elementos pasando de 567 a 478. La versión básica de corrección manual permite obtener los resultados de tres escalas de validez, las 10 escalas básicas y las 15 escalas de contenido.

En el año 2008, aparece el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - 2 Reestructurado (MMPI-2-RF), que es la última actualización del inventario original, por el trabajo de Ben-Porath y Tellegen (2008), con adaptación española (Santamaría, 2009). Supone sobre todo una importante reducción del número de ítems que pasan de 567 a 338. Además contiene ocho escalas de validez, nueve escalas clínicas reestructuradas, tres escalas de dimensiones globales, 23 escalas de problemas específicos, dos escalas de intereses y cinco escalas de personalidad psicopatológica.

*b. The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF) (Inventario de 16 Factores de Personalidad de Cattell).*

Es el instrumento de medida propuesto por R. B. Cattell, en 1949. Cattell inició su investigación sobre la personalidad tanto en niños como en adultos con una lista de 18000 adjetivos descriptivos de la personalidad, que Allport y Odbert habían recopilado del diccionario en 1936. Al combinar términos que tenían significados similares, la lista se redujo primero a 4504 rasgos "reales" y después a 171 nombres de rasgos. Cattell desarrolló varias medidas de estos rasgos y de otros cuatro que aisló en trabajos posteriores. Concluyó que existen 16 dimensiones básicas de personalidad y así obtiene su instrumento principal, el Inventario de los 16 Factores de la Personalidad (16PF) (Aiken, 2003; H.E.P. Cattell & Mead, 2008; Russell & Karol, 1994).

Según los autores las dimensiones básicas de la personalidad están contenidas en las 16 escalas primarias siguientes (ver Tabla 8):



**Tabla 8.**  
Escalas primarias del 16PF.

<b>Factor</b>	<b>Denominación</b>	<b>Factor</b>	<b>Denominación</b>
Factor A	Afabilidad	Factor L	Vigilancia
Factor B	Razonamiento	Factor M	Abstracción
Factor C	Estabilidad	Factor N	Privacidad
Factor E	Dominancia	Factor O	Aprensión
Factor F	Animación	Factor Q1	Apertura al cambio
Factor G	Atención a las normas	Factor Q2	Autosuficiencia
Factor H	Atrevimiento	Factor Q3	Perfeccionismo
Factor I	Sensibilidad	Factor Q4	Tensión

Además de identificar estos 16 rasgos de primer orden, por una combinación de estas escalas primarias se obtiene cinco factores de segundo orden (o dimensiones globales) de la personalidad: Extraversión, Ansiedad, Dureza, Independencia y Autocontrol. Estas dimensiones globales generan una perspectiva de la personalidad más amplia y se relaciona con el modelo de los Cinco Grandes. Las subsiguientes elaboraciones del cuestionario original han llevado al desarrollo de la quinta edición del cuestionario conocida como 16PF-5 (R.B. Cattell, Cattell & Cattell, 1993; Russell & Karoll, 1994), del que existe una versión en español (Russell & Karoll, 2005). El cuestionario está formado por 185 ítems, las respuestas a los ítems se da en una escala de likert de cuatro alternativas ("0" para los ítems que se dejan en blanco y del "1" al "3" según la opción seleccionada). Los datos de consistencia interna, promedio, se sitúan en  $\alpha$ : .74, oscilando entre  $\alpha$ : .64 a  $\alpha$ : .85.

A partir del cuestionario de 16PF de Cattell se derivan otros cuestionarios de personalidad adaptados para niños y adolescentes. El cuestionario Early School Personality Questionnaire (ESPQ) se elabora para niños de seis a ocho años por R. W. Coan y R. B. Cattell, en 1966, del que existe una adaptación española (Coan & Cattell, 1990). Se trata de un cuestionario de 13 escalas o rasgos de primer orden, 12 rasgos de personalidad y una escala de habilidad mental o inteligencia: A (reservado/abierto); B (inteligencia baja / alta); C (afectado por los sentimientos / emocionalmente estable); D (calmoso / excitable); E (sumiso / dominante); F (sobrio / entusiasta); G (despreocupado / consciente); H (cohibido / emprendedor); I (sensibilidad dura / blanda); J (seguro / dubitativo); N (sencillo / astuto); O (sereno / aprensivo); Q4 (relajado / tenso). Además

aprecia dos rasgos de segundo orden de la personalidad: ajuste / ansiedad e introversión / extraversión. El cuestionario tiene 160 ítems, en total, y requiere la elección de una respuesta de entre dos alternativas.

El cuestionario Children's Personality Questionnaire (CPQ) se elabora para niños de ocho a doce años por R. B. Porter y R. B. Cattell, en 1959, del que existe una adaptación española (Porter & Cattell, 1999). EL cuestionario tiene 14 escalas o rasgos de primer orden, 13 rasgos de personalidad y una escala de habilidad mental o inteligencia. Sólo se añade, en el ESPQ, la escala Q3 (menos integrado / más integrado). Además aprecia tres rasgos de segundo orden de la personalidad: añade, a los que presenta el ESPQ, excitabilidad / dureza. El cuestionario tiene 140 ítems, en total, y requiere la elección de una respuesta de entre dos o tres alternativas.

El cuestionario Jr.-Sr. High School Personality Questionnaire (HSPQ) se elabora para adolescentes de doce a dieciocho años por R. B. Cattell y M. D. Cattell, en 1958 y 1968, del que existe una adaptación española (R.B.Cattell & Cattell, 1997). Al igual que el CPQ es un cuestionario de 14 escalas o rasgos de primer orden, 13 rasgos de personalidad y una escala de habilidad mental o inteligencia. Sólo se diferencia del CPQ en la escala sociable / autosuficiente por sencillo / astuto. Además de los tres rasgos de segundo orden del CPQ se añade el de dependencia / independencia. El cuestionario tiene 140 ítems, en total, y requiere la elección de una respuesta de entre tres alternativas.

El Cuestionario de Personalidad para Adolescentes (16PF-APQ) (Schuerger, 2001) se desarrolla como una actualización y mejora del HSPQ. Además de medir los 16 rasgos del original aprecia también los Cinco Grandes. También incluye seis variables en el área de intereses o preferencias ocupacionales. El cuestionario tiene un total de 200 ítems, repartidos en cuatro partes. La primera parte evalúa las dimensiones globales y escalas primarias, la segunda la resolución de problemas, la tercera las preferencias ocupacionales y la cuarta las dificultades cotidianas. Tiene una adaptación en español (Schuerger, 2008).

*c. California Psychological Inventory (CPI) (Inventario Psicológico de California).*

Es el instrumento de medida que propuso H. G. Cough, en 1956, tiene una adaptación en español (Seisdedos, 1992). Posteriormente, en 1996 aparece la tercera edición (Gough & Bradley, 1996). Es una prueba estructurada de personalidad construida con la estrategia de grupo criterio. Intenta evaluar la personalidad de personas normalmente ajustadas. Contiene 480 ítems la primera versión, de 1956, 462 ítems la segunda

versión, de 1987 y 434 en la tercera edición, los cuales guardan gran similitud con los del MMPI. Los ítems precisan una respuesta verdadero-falso. Se plantea con 20 escalas básicas o constructos populares incluidas a su vez en cuatro categorías: estilo interpersonal y orientación, orientación normativa y valores, funcionamiento cognitivo e intelectual, y rol y estilo personal (ver Tabla 9). Además se estructura en torno a tres vectores: el Vector 1- Externalidad / Internalidad, mide la orientación interpersonal; el Vector 2- Duda de la norma / Favorece la norma, mide el carácter y valores interpersonales; el Vector 3- Autorrealización, mide competencia o integración. Por último el inventario tiene 13 escalas con propósitos específicos (como orientación laboral, temperamento creativo, ansiedad, liderazgo, narcisismo, etc.). (Aiken, 2003; Boer, Hodgetts & Hodgetts, 2008; Ellis & Abrams, 2009; Gough, 2000; Gough & Bradley, 1996; R.B. Kaplan & Saccuzzo, 2006). Los datos de consistencia interna oscilan entre  $\alpha$ : .62 a  $\alpha$ : .84, para las escalas populares y  $\alpha$ : .77 a  $\alpha$ : .88 para las escalas vector.

**Tabla 9.**

Escalas populares del CPI de la tercera edición (CPI-3).

<b>Escalas básicas o populares (como escalas de validez)</b>					
<b>Sb</b>	Sensación de bienestar	<b>Bi</b>	Buena impresión	<b>Cm</b>	Comunalidad
<b>Escalas básicas o populares</b>					
<b>Do</b>	Dominio	<b>Cs</b>	Capacidad para el status	<b>So</b>	Sociabilidad
<b>Aa</b>	Autoaceptación	<b>In</b>	Independencia	<b>Em</b>	Empatía
<b>Sc</b>	Socialización	<b>Ac</b>	Autocontrol	<b>To</b>	Tolerancia
<b>Li</b>	Logro por medio de la independencia	<b>Ei</b>	Eficiencia intelectual	<b>Pp</b>	Perspicacia psicológica
<b>FM</b>	Feminidad-Masculinidad			<b>Ps</b>	Presencia social
				<b>Re</b>	Responsabilidad
				<b>Lc</b>	Logro por medio de la conformidad
				<b>Fx</b>	Flexibilidad

*d. Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) (Cuestionario de Personalidad de Eysenck).*

H. J. Eysenck plantea la existencia de dos rasgos de orden superior, por una parte, Introversión - Extraversión y, por otra, Emocionalidad - Estabilidad. La propuesta de este autor tiene una faceta biológica, por el destacado papel que da al sistema nervioso y además inicialmente había propuesto una tercera dimensión de la personalidad a la que denominó Psicoticismo.

Eysenck y Eysenck (1975) proponen el Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-J, para jóvenes) – (EPQ-A, para adultos), del que existe una adaptación española (Seisdedos & Cordero, 1995). El EPQ-J se aplica a niños de ocho a quince años y el EPQ-A para personas de dieciséis en adelante. Este cuestionario es heredero de otras propuestas de cuestionarios realizadas por los autores, dentro de las que destaca el EPI (Eysenck Personality Inventory). A las escalas de N (Neuroticismo, que en muchas ocasiones se presenta como Emocionalidad) y E (Extraversión) que ya se incluían en el EPI, el EPQ añade la escala P (Psicoticismo, que en muchas ocasiones se presenta como Dureza). Además hay una medida de la sinceridad. El cuestionario EPQ-J tiene 81 ítems y el EPQ-A tiene 94 ítems, requieren la elección de una respuesta de entre dos alternativas. Los datos de consistencia interna, promedio, se sitúan oscilando entre  $\alpha$ : .70 a  $\alpha$ : .80.

*e. Personality Assessment Inventory (PAI) (Inventario de Evaluación de la Personalidad).*

Morey (1991, 1996, 2007) propone el PAI como un inventario para realizar una evaluación comprensiva de la psicopatología de adultos. Dispone de una adaptación en español (Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal & Sánchez, 2011). El PAI fue construido siguiendo un modelo que enfatizaba tanto los aspectos teóricos y conceptuales como los empíricos en la construcción y depuración de las escalas. Contiene 344 ítems. Las respuestas a los ítems se dan en una escala de likert de cuatro puntos. El inventario tiene cuatro escalas de validez, 11 escalas clínicas, cinco escalas para el tratamiento y dos escalas de relaciones interpersonales (ver Tabla 10). Los datos de consistencia interna oscilan entre  $\alpha$ : .78 y  $\alpha$ : .83, para las escalas completas, con las muestras de tipificación y la muestra clínica en la adaptación española.

**Tabla 10.**  
Escalas del PAI.

<b>Escalas de Validez</b>						
<b>INC</b>	Inconsistencia	<b>INF</b>	Infrecuencia	<b>IMN</b>	Impresión negativa	<b>IMP</b> Impresión positiva
<b>Escalas Clínicas</b>						
<b>SOM</b>	Trastornos somatoformes	<b>ANS</b>	Ansiedad	<b>TRA</b>	Trastornos relacionados con la ansiedad	<b>DEP</b> Depresión
<b>MAN</b>	Manía	<b>PAR</b>	Paranoia	<b>ESQ</b>	Esquizofrenia	<b>LIM</b> Rasgos Límites
<b>ANT</b>	Rasgos antisociales	<b>ALC</b>	Problemas con el alcohol	<b>DRG</b>	Problemas con las drogas	
<b>Escalas relacionadas con el tratamiento</b>						
<b>AGR</b>	Agresión	<b>SUI</b>	Suicidio	<b>EST</b>	Estrés	<b>FAS</b> Falta de apoyo social
<b>RTR</b>	Rechazo al tratamiento					
<b>Escalas de relación interpersonal</b>						
<b>DOM</b>	Dominancia	<b>AFA</b>	Afabilidad			

De forma más específica, con las primeras propuestas teóricas sobre una estructura básica de la personalidad conformada por cinco rasgos de orden superior conocida como los "Cinco Grandes" (Big Five) comienza a surgir un número determinado de instrumentos que pretenden medir tal estructura.

*f. Neuroticism, Extraversion, Openness - Personality Inventory (NEO PI) (Inventario de Personalidad NEO).*

El Inventario de Personalidad NEO nace de la propuesta de Costa y McCrae (1985) En esta primera versión el inventario mide sólo tres factores: Neuroticismo, Extraversión y Apertura. Posteriormente, los mismos autores, presentan una revisión del inventario (Costa & McCrae, 1992), que tiene una adaptación en español (Costa & McCrae, 1999) y una tercera edición revisada y ampliada (Costa & McCrae, 2008a). El Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI R) es una adaptación del NEO PI al modelo de los cinco factores, por lo que la versión revisada incluye los factores de Responsabilidad y Amabilidad. Además cada uno

de los Cinco Grandes tiene seis facetas más específicas (30 facetas en total). El inventario tiene 240 ítems con una escala de respuesta tipo likert de cinco opciones (Aiken, 2003; Costa & McCrae, 2008b). El inventario ha demostrado tener una adecuada consistencia interna, para el NEO PI R original oscila entre  $\alpha$ : .86 a  $\alpha$ : .90, para los factores y entre  $\alpha$ : .56 a  $\alpha$ : .90, para las facetas (Aiken, 2003). Los datos de la adaptación española de la prueba presenta valores de  $\alpha$ : .88 del Neuroticismo,  $\alpha$ : .85 de Extraversión,  $\alpha$ : .86 de Apertura,  $\alpha$ : .88 de Amabilidad y  $\alpha$ : .91 de Responsabilidad (Costa & McCrae, 2008a).

Estos autores, también, han diseñado una forma abreviada del NEO PI R que se ha denominado Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI). Consta de 60 ítems que miden sólo los Cinco Grandes factores.

Para niños y adolescentes se crea el NEO PI R Junior (NEO PI RJ). Este cuestionario evalúa en jóvenes de entre doce a diecisiete años los cinco factores y 30 facetas que ya mide el NEO PI R. Tiene una versión española (Ortet et al, 2007) denominada NEO PI R (JS NEO) que a su vez tiene una versión corta NEO PI R (JS NEO-S) (Ortet et al, 2010). El NEO PI R (JS NEO) es un inventario de 240 ítems pero con una modificación de 92 ítems para adaptarlos al grupo de edad para que el que se desarrolla el instrumento. Por su parte, el NEO PI R (JS NEO-S) es un inventario de 150 ítems que evalúa tanto las cinco dimensiones como las 30 facetas del modelo de los Cinco Factores. Ambos cuestionarios se contestan con una escala likert de cinco opciones.

Por último, McCrae, Costa y colaboradores (Costa, McCrae & Martin, 2008; McCrae & Costa, 2004, 2007; McCrae, Costa & Martin, 2005) han desarrollado en lengua inglesa el NEOPI-3 y NEO-FFI-3 para que puedan ser usados de forma adecuada a partir de los doce - catorce años.

*g. Big Five Inventory (BFI) (Inventario de los Cinco Grandes).*

Los autores John, Donahue y Kentle (1991) proponen el Inventario de los Cinco Grandes (BFI). Es un cuestionario de 44 ítems con una escala de respuesta tipo likert de cinco opciones. Son ítems seleccionados siguiendo el consenso de expertos y el análisis empírico de los ítems que representan el núcleo de los rasgos que definen el dominio de los Cinco Grandes. Se ha llegado a construir una forma aún más reducida de tan solo 10 ítems (Rammstedt & John, 2007). Pretende ser una prueba corta y eficaz para evaluar los Cinco Grandes, cuando no es preciso una medida de las facetas. La dimensión Extraversión apunta hacia actividad y energía, sociabilidad y emociones positivas; la dimensión Amabilidad apunta hacia

orientación prosocial, altruismo y modestia; la dimensión Responsabilidad, evalúa autocontrol; la dimensión Neuroticismo, incluye tristeza, ansiedad, nerviosismo, tensión; y finalmente la dimensión Apertura a la experiencia evalúa la profundidad, apertura mental y las experiencias de vida. Respecto a sus propiedades psicométricas en muestra española, los datos de consistencia interna se sitúan entre  $\alpha$ : .84 y  $\alpha$ : .88 para cada uno de sus cinco factores, replicando la estructura factorial de cinco factores (Benet-Martínez & John, 1998). Con muestras americanas y canadienses la consistencia interna se sitúa entre  $\alpha$ : .75 y  $\alpha$ : .90 (John & Srivastava, 1999).

*h. Big Five Questionnaire (BFQ) (Cuestionario de los Cinco Grandes).*

Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini (1993) proponen el Cuestionario de los Cinco Grandes, tiene una adaptación en español (Caprara, Barbaranelli & Borgogni, 2007). Evalúa cinco factores o dimensiones. En cada factor o dimensión se han identificado dos subdimensiones que hacen referencia a distintos aspectos de la propia dimensión (10 subdimensiones en total) (ver Tabla 11). A pesar de las diferencias en cuanto a la nomenclatura de los factores, las dimensiones planteadas por este cuestionario son conceptualmente similares a las dimensiones de Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad propuestos en el NEO PI R. Se trata de un cuestionario de 132 ítems de respuesta múltiple en escala likert de cinco opciones. Los datos de consistencia interna, en todas las escalas, se sitúan entre  $\alpha$ : .73 y  $\alpha$ : .87 (Caprara et al., 2007; Ruiz, 2008).

Posteriormente, Barbaranelli, Caprara y Rabasca (1998) y Barbaranelli, Caprara, Rabasca y Pastorelli (2003) proponen el Cuestionario de los Cinco Grandes para niños y adolescentes (BFQ-C). Se trata de una adaptación de BFQ que identifica cinco dimensiones que denominan Conciencia, Apertura, Extraversión, Amabilidad e Inestabilidad emocional. Es un cuestionario de 65 ítems que puede ser cumplimentado por el niño o por los padres, tutores o profesores ya que el instrumento permite que los elementos puedan ser formulados en tercera persona refiriéndose al niño. Ha mostrado ser un instrumento con una adecuada fiabilidad y validez convergente y discriminante con respecto de la versión para jóvenes del NEO PI R (Carrasco, Holgado & Del Barrio, 2005; Edo et al, 2003). Tras los estudios psicométricos previos sobre el BFQ-N (Cuestionario de los Cinco Grandes para niños – versión española) se realiza una re-adaptación en español

que se denomina BFQ-NA (Cuestionario de los Cinco Grandes para niños y adolescentes – versión española) (Del Barrio, Carrasco & Holgado, 2006).

**Tabla 11.**

Factores o dimensiones y subdimensiones del BFQ.

<b>Dimensiones</b>					
<b>E</b>	Energía (Extraversión)	<b>A</b>	Afabilidad (Amabilidad)	<b>T</b>	Tesón (Responsabilidad)
		<b>EE</b>			Estabilidad Emocional
<b>AM</b>	Apertura Mental (Apertura a la experiencia)				
<b>Subdimensiones</b>					
<b>Di</b>	Dinamismo	<b>Do</b>	Dominancia	<b>Cp</b>	Cooperación / Empatía
<b>Es</b>	Escurpulosidad	<b>Pe</b>	Perseverancia	<b>Ce</b>	Control de las emociones
<b>Ac</b>	Apertura a la cultura	<b>Ae</b>	Apertura a la experiencia		
<b>Ci</b>					Cordialidad / Amabilidad
					Control de los impulsos
<b>Escala de control</b>					
<b>D</b>	Distorsión				

*i. International Personality Item Pool (IPIP Big-Five Factor Markers) (Banco Internacional de Ítems de Personalidad para Marcadores de los Cinco Grandes).*

Goldberg (1992) propone un instrumento de medida, el Trait Descriptors Adjectives (TDA-100) (Inventario de Marcadores de Goldberg), que consiste en 100 adjetivos unipolares, considerados como marcadores de los Cinco Grandes que permiten evaluar las dimensiones de Extraversión, Amabilidad, Responsabilidad, Estabilidad emocional e Intelecto (Edo et al, 2003). Posteriormente, Goldberg (1999) genera un banco on-line de ítems de personalidad, de dominio público. La intención es fomentar nuevas investigaciones relacionadas con la aplicación, adaptación y construcción de escalas basadas en el modelo de los Cinco Grandes. En este nuevo formato, Goldberg (2001) propone las Escalas IPIP (Internacional Personality Item Pool) para evaluar los Cinco Grandes. Goldberg et al. (2006) defienden la idoneidad de disponer de un conjunto



de ítems de personalidad de dominio público, entre los investigadores, para fomentar la investigación. Para mantener la información sobre esta herramienta en constante actualización ha creado un sitio web: <http://ipip.ori.org/> en el que se informa de las características psicométricas de las escalas del IPIP, las claves de corrección y el conjunto de ítems del IPIP.

Para la administración del IPIP Big-Five Factor Markers se utiliza un formato de 50 ítems o un formato de 100 ítems, los ítems son frases cortas que se contestan en un formato de respuesta en escala de likert de cinco puntos. Las escalas del IPIP se han construido combinando métodos teóricos, empíricos y psicométricos. Proceden de diferentes cuestionarios como el NEO PI R, 16PF-5, CPI y otros. Los datos de consistencia interna indican unos valores iguales o mejores que los de las escalas originales (Goldberg et al., 2006). Algunos estudios sitúan esta consistencia interna en valores que van desde  $\alpha$ : .81 a  $\alpha$ : .93 (Zheng et al., 2008) y otros la sitúan entre  $\alpha$ : .72 a  $\alpha$ : .90 (Gow, Whiteman, Pattie & Deary, 2005).

En una línea similar a esta última propuesta de Goldberg se han dirigido las aportaciones de Aguado, Lucia, Ponte y Arranz (2008). Los autores proponen un instrumento, al que denominan Cuestionario BFCP internet para la evaluación de Big Five (BFCP-internet), basado en el modelo de los Cinco Grandes, de libre utilización a través de internet, basado en otros cuestionarios creados dentro del mismo modelo. El BFCP-internet tiene cinco dimensiones: Ajuste emocional (o Neuroticismo), Extraversión, Afabilidad, Responsabilidad y Apertura a la experiencia. Cada una de estas dimensiones cuenta, a su vez, con múltiples facetas. Es un cuestionario con 207 elementos con una escala de respuesta tipo likert de seis opciones que reflejan la forma de pensar, sentir o actuar de la persona evaluada.

Algunos autores han diseñado instrumentos, basados en modelos que pretenden ampliar el modelo de los Cinco Grandes, surge así el Inventory of Personal Characteristics (IPC-7) basado en un modelo de siete factores de personalidad o el Six Factor Personality Questionnaire (SFPQ) basado en un modelo de seis factores de personalidad.

#### *j. Inventory of Personal Characteristics (IPC-7) (Inventario de Características Personales).*

Tellegen, Grove y Waller (1991) proponen el IPC-7, es un inventario de 161 ítems con una escala de respuesta tipo likert de cuatro opciones. Evalúa rasgos, actitudes y comportamientos. Identifica siete factores, los

Siete Grandes, que se denominan: Valencia positiva, Valencia negativa, Emocionalidad positiva, Emocionalidad negativa, Escrupulosidad, Amabilidad y Convencionalidad. Este instrumento ha demostrado tener una buena consistencia interna tanto con muestras de habla inglesa como en español. Del estudio de Benet-Martínez y Waller (1995, 1997) con muestras americanas y españolas se sugiere la robustez transcultural del modelo de los Siete Grandes. Los datos de consistencia interna, en la versión en inglés y en español, fue de  $\alpha$ : .87 para Emocionalidad positiva;  $\alpha$ : .88 y  $\alpha$ : .77, respectivamente, para Emocionalidad negativa;  $\alpha$ : .86 y  $\alpha$ : .81 para Escrupulosidad;  $\alpha$ : .79 y  $\alpha$ : .80 para Amabilidad;  $\alpha$ : .83 y  $\alpha$ : .69 para Convencionalidad;  $\alpha$ : .88 y  $\alpha$ : .83 para Valencia positiva; y  $\alpha$ : .82 y  $\alpha$ : .86 para Valencia negativa (Benet-Martínez & Waller, 1995, 1997; Waller, 1999).

*k. Six Factor Personality Questionnaire (SFPQ) (Cuestionario de los Seis-Factores de Personalidad).*

Jackson, Paunonen y Tremblay (2000) proponen el SFPQ o 6FPQ, es un cuestionario de 108 ítems con una escala de respuesta tipo likert, de cinco puntos. Se desarrolla a partir del modelo de los Cinco Grandes, asume, casi, los mismos factores excepto el factor de Escrupulosidad que lo presenta dividido en dos factores: Laboriosidad y Metodicidad. Se obtiene así los seis factores en los que se basa, además evalúa 18 facetas, tres por cada uno de los factores (ver Tabla 12) (Jackson, Ashton & Tomes, 1996; Jackson et al., 2000). Los datos de consistencia interna establecen un rango entre  $\alpha$ : .76 y  $\alpha$ : .86 para los factores.

**Tabla 12.**

Factores y facetas del SFPQ.

<b>Factores</b>			
Amabilidad	Extraversión	Independencia	Laboriosidad
Metodicidad	Apertura a la experiencia		
<b>Facetas</b>			
Humillación	Ecuanimidad	Afabilidad	Afiliación
Dominación	Exhibición	Autonomía	Individualismo
Autoconfianza	Logro	Seriedad	Resistencia
Estructura cognitiva	Deliberación	Orden	Cambio
Comprensión	Amplitud de intereses		

En la Tabla 13 se presenta un resumen de algunas de las características básicas de los inventarios o cuestionarios de evaluación de la personalidad que se han descrito anteriormente.

**Tabla 13.**

Características relevantes de algunos instrumentos de medida de personalidad.

Inventario / Cuestionario	Nº ítems	Tipo de respuesta	Organización (factores o escalas)	Consistencia interna
MMPI-2	567	Dicotómica: Verdadero -Falso	3 escalas de validez 10 escalas clínicas básicas 15 escalas de contenido 18 escalas suplementarias	$\alpha$ : .78 para las escalas básicas $\alpha$ : .91 para las escalas básicas + de contenido + suplementarias
16PF5	185	Likert, de 4 puntos	16 factores de primer orden 5 dimensiones globales	Oscila entre $\alpha$ : .64. y $\alpha$ : .85. Con un valor promedio de $\alpha$ : .74
CPI -3	434	Dicotómica: Verdadero -Falso	20 escalas básicas o constructos populares, que incluyen 3 escalas de validez 3 escalas de vectores derivadas del modelo teórico 13 escalas con propósitos específicos	$\alpha$ : .62 a $\alpha$ : .84, para las escalas populares $\alpha$ : .77 a $\alpha$ : .88 para las escalas vector
EPQ-A	94	Dicotómica: si -no	1 escala de sinceridad 3 escalas o dimensiones de personalidad	Oscila entre $\alpha$ : .70. y $\alpha$ : .80
PAI	344	Likert, de 4 puntos	4 escalas de validez 11 escalas clínicas 5 escalas para el tratamiento 2 escalas de relaciones interpersonales	Oscila entre $\alpha$ : .78 y $\alpha$ : .83, para las escalas completas

(continúa)

**Tabla 13.** (continuación)

Características relevantes de algunos instrumentos de medida de personalidad.

<b>Inventario / Cuestionario</b>	<b>Nº ítems</b>	<b>Tipo de respuesta</b>	<b>Organización (factores o escalas)</b>	<b>Consistencia interna</b>
NEO PI R	240	Likert, de 5 puntos	5 factores o dimensiones de personalidad (Big Five) 30 facetas (6 por cada uno de los Big Five)	$\alpha$ : .88 para N $\alpha$ : .85 para E $\alpha$ : .86 para O $\alpha$ : .88 para A $\alpha$ : .91 para C (versión en español)
BFI	44	Likert, de 5 puntos	5 factores o dimensiones de personalidad (Big Five)	Entre $\alpha$ : .84 y $\alpha$ : .88 (muestra española)
BFQ	132	Likert, de 5 puntos	5 factores o dimensiones 10 subdimensiones	Oscila entre $\alpha$ : .73. y $\alpha$ : .87
IPIP	50 / 100	Likert, de 5 puntos	5 factores o dimensiones de personalidad (Big Five)	$\alpha$ : .81 a $\alpha$ : .93 (muestra asiática) $\alpha$ : .72 a $\alpha$ : .90 (muestra europea)
IPC-7	161	Likert, de 4 puntos	7 factores o dimensiones de personalidad (Big Seven)	Entre $\alpha$ : .79 y $\alpha$ : .88 (muestra americana) Entre $\alpha$ : .69 y $\alpha$ : .87 (muestra española)
SFPQ	108	Likert, de 5 puntos	6 factores o dimensiones de personalidad (Big Six) 18 facetas (3 por cada uno de los Big Six)	Entre $\alpha$ : .76 y $\alpha$ : .86 para los factores

### 3. BURNOUT

Analizamos en el primer capítulo algunos aspectos conceptuales relacionados con el estrés, como la importancia de los estresores. De forma específica, en el ámbito laboral han surgido numerosos estudios que pretenden identificar los estresores más específicos e importantes para diferentes actividades laborales. En este contexto es en el que cobra especial importancia el concepto de burnout o síndrome de burnout. Desarrollamos en este capítulo los conceptos y modelos teóricos más divulgados del burnout. También hacemos un análisis de la relación que se ha constatado entre el burnout y la salud, por una parte, y entre el burnout, la personalidad, el afrontamiento y el estrés, por otra. Por último hacemos una descripción de los instrumentos de evaluación más usados en la medida de este constructo.

#### 3.1 Concepto de burnout

Según el análisis histórico que realiza Gil-Monte (2005a) y Gil-Monte y Moreno-Jiménez (2007) sobre el síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo, tal y como prefiere denominarlo el autor, es a partir de la década de los setenta cuando comienza el interés por su estudio. En estos inicios interesa sobre todo las descripciones clínicas sobre el síndrome, surgen también numerosas definiciones así como instrumentos de evaluación. Posteriormente, en la década de los ochenta el interés se centra en profundizar en la explicación del síndrome por lo que se generan diferentes propuestas de modelos teóricos. Ambos aspectos (definiciones y modelos teóricos) los desarrollamos a continuación.

Las primeras referencias al burnout o síndrome de burnout, en el mundo científico, se atribuyen a H. J. Freudenberger, en 1974, desde Nueva York y casi al mismo tiempo, en 1976, a C. Maslach, desde California.

Para Freudenberger (1974) el burnout es una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por el desempeño (sobre todo por el aburrimiento, rutina y monotonía) de la actividad laboral en personas que trabajan en contacto directo con otras personas, en profesiones de ayuda. Lo caracteriza como un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a algo que termina no dando los esperados refuerzos. Las personas más propensas a padecerlo son las que están más comprometidas con el tra-

bajo. El síndrome se caracteriza por signos físicos, como agotamiento, fatiga, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria; y por signos conductuales, como irritación. Surge también sentimientos de frustración y una actitud cínica que lleva a la persona a un comportamiento rígido e inflexible hacia los demás.

Para Maslach (1976) y Maslach y Pines (1977) es un síndrome de agotamiento físico y emocional que supone el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, un pobre autoconcepto y la pérdida de interés por los clientes, y aparece sobre todo en los profesionales de las organizaciones de servicio. Lo que está en línea con propuestas previas de Maslach quien a través de estudios sobre el burnout en diferentes profesionales como abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc. indica que el burnout ocasiona baja moral en el trabajador lo que lleva al absentismo laboral. También señala que aparece con más frecuencia en personas que trabajan durante largas jornadas en contacto directo con el usuario del servicio. Posteriormente, Maslach y Jackson (1979, 1981a) lo definen como un síndrome de agotamiento emocional y de cinismo que ocurre frecuentemente entre personas que trabajan hacia personas. Se enmarca dentro de la consideración de respuesta al estrés laboral crónico en el que se puede dar, en la persona afectada, un cansancio emocional, una despersonalización y una disminución del logro personal. Se trata de una definición multidimensional caracterizada por la presencia de tres dimensiones.

Desde la década de los ochenta otros autores así como reconceptualizaciones de Maslach y colaboradores comienzan a destacar en este contexto conceptual. Por ejemplo, Cherniss (1980b) lo conceptualiza ligado al estrés laboral. Lo ve como un proceso transaccional que requiere varias fases. La primera fase, fase de estrés, surge al darse un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos del trabajador. La segunda fase, fase de agotamiento, se identifica por darse una serie de respuestas emocionales centradas sobre todo en la ansiedad, tensión, fatiga, preocupación y agotamiento. La tercera fase, fase de afrontamiento defensivo, es la última, en ella se da un cambio en las actitudes y comportamientos de la persona, con una tendencia hacia el cinismo. Concretamente lo identifica como:

un proceso que comienza con un excesivo y prolongado estrés laboral. Este estrés produce consecuencias en los trabajadores (sentimientos de tensión, irritabilidad y fatiga). El proceso es comple-

tado cuando los trabajadores afrontan defensivamente el estrés laboral produciéndose un distanciamiento de su trabajo, volviéndose apáticos, cínicos y rígidos (Cherniss, 1980a, p. 40).

Por su parte, Edelwich y Brodsky (1980) lo presentan como una pérdida progresiva del idealismo, la energía y los propósitos o deseos de alcanzar los objetivos previamente fijados que se dan en los profesionales de ayuda y que son resultado de las condiciones de trabajo. Se da pues un proceso de desilusión hacia la actividad laboral.

Para Pines et al. (1981) y Pines y Kafry (1982) está ligado al estrés emocional crónico y lo describen como un estado de agotamiento mental, emocional y físico consecuencia de este tipo de estrés. Este estrés se genera por la implicación que la persona (trabajador) desarrolla con la gente (usuario o cliente) durante largos períodos de tiempo. Así entendido, el burnout sería el resultado de la repetición de la presión emocional. En una línea similar, Perlman y Hartman (1982) consideran que el burnout es una respuesta a un estrés crónico emocional con tres componentes: el cansancio emocional y/o físico, el descenso de la productividad laboral y la despersonalización.

Como otros autores, Farber (1983) lo identifica con el mundo laboral. Para este autor el burnout surge por la percepción que la persona tiene de la discrepancia que hay entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Es más frecuente en profesionales que tienen que relacionarse cara a cara con clientes o usuarios necesitados o problemáticos. Se da un agotamiento emocional; falta de energía; distanciamiento y cinismo hacia los clientes o usuarios; sentimientos de incompetencia; deterioro del autoconcepto profesional; y actitudes de rechazo hacia el trabajo. También se identifican síntomas como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima.

Dentro de los autores que identifican el burnout como un proceso y no como un estado, se puede mencionar a Price y Murphy (1984), más concretamente lo identifican como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Surgen sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, desgaste emocional, desorientación profesional, distanciamiento emocional y asilamiento.

Por otra parte, Leiter (1991) propone para el afrontamiento un papel importante en la comprensión del burnout. Identifica el burnout en función del patrón de afrontamiento de la persona. Sobre ésta actúan las demandas de la organización y los recursos que son exigidos.

Más recientemente, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) describen el burnout como un síndrome psicológico que ocurre en respuesta a estresores interpersonales crónicos en el trabajo. Mantienen una visión multidimensional en tres dimensiones: agotamiento emocional (representa la dimensión básica del burnout, se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales de la persona que padece el síndrome); sentimientos de cinismo, despersonalización y desapego por el trabajo (representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome, se refiere a una respuesta negativa, insensible o excesivamente individualista ante diversos aspectos del trabajo); y la baja realización personal o sentimiento de ineficacia (representa la dimensión de autoevaluación del burnout, se refiere a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo).

En nuestro país algunos de los investigadores en este campo han elaborado también algunas definiciones, como por ejemplo, Gil-Monte y Peiró (1997), quienes dentro de la perspectiva psicosocial identifican en el burnout (síndrome de quemarse por el trabajo – SQT- como lo describen los autores) una respuesta al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suele emplear la persona. Se da, además, una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes que provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona. En este síndrome indican que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales, que representan la baja realización personal en el trabajo; componentes emocionales, que representan el agotamiento emocional; y componentes actitudinales, que representan la despersonalización. Se da en la persona una idea de fracaso profesional y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja (Gil-Monte & Peiró, 2000). Más adelante, estos autores señalan que el SQT se puede concebir como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización, y cuyos síntomas más característicos son: pérdida de ilusión por el trabajo, agotamiento físico y emocional, actitudes negativas hacia los clientes de la organización y, en determinados casos, sentimientos de culpa (Gil-Monte, 2005a). También dentro de los investigadores nacionales, Ferrer (2002) identifica al síndrome de burnout como:

una respuesta, inadecuada, al estrés laboral crónico. Aparece cuando fallan las estrategias de control y afrontamiento sobre la propia actividad, generando actitudes negativas hacia las personas con las



que se trabaja (pacientes y compañeros) y hacia el propio rol profesional, con sensación de agotamiento desproporcionado (p. 454).

Para este autor el síndrome suele aparecer en organizaciones de servicio, y se caracteriza por un estrés crónico progresivo que aparece a lo largo de uno a tres años. Afirma también que suele generarse por elementos de carácter cualitativo y menos por la sobrecarga cuantitativa de trabajo, y que existe una alta motivación por su tarea entre las personas afectadas. Por otra parte, Mingote y Pérez (2003) identifican el síndrome de burnout (o síndrome de desgaste profesional, según los autores) como:

la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. Se produciría un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas demandas laborales excesivas, para unos limitados recursos de afrontamiento disponible (pp. 67-68).

Para estos autores, el síndrome de desgaste profesional se caracteriza por una serie de factores como la presencia de síntomas disfóricos, especialmente de agotamiento emocional, incluyéndose también la aparición de alteraciones conductuales (despersonalización en la relación con el enfermo) como evasividad, absentismo o conductas adictivas, y son frecuentes los síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general. En este síndrome aparece también una inadaptación al trabajo con sentimientos de baja realización personal y disminución del rendimiento laboral, con desmotivación y desinterés.

Esta multiplicidad de definiciones tiene, sin embargo, algunas cuestiones comunes. En referencia a las primeras definiciones, de los años setenta y ochenta, según Pines (1993) existe cierto consenso en identificar el burnout como un estado de fatiga o cansancio emocional. Por su parte, Maslach y Schaufeli (1993) identifican cinco características comunes de las distintas definiciones:

- a. Quien sufre burnout no ha tenido patologías previas.
- b. Se relaciona directamente con el mundo laboral.
- c. Hay predominio de la presencia de síntomas como el cansancio emocional o fatiga.
- d. Tienen mayor énfasis los síntomas comportamentales y mentales que los físicos.

- e. Se responsabiliza a los comportamientos y actitudes negativas del descenso en la efectividad y cumplimiento del trabajo.

También cabe decir que si bien las primeras definiciones parecen circunscribir este síndrome a los profesionales de ayuda o profesionales de organizaciones de servicios como enfermeras, médicos, maestros, trabajadores sociales, psicólogos, policías, bomberos o funcionarios de prisiones se va asumiendo progresivamente que no está necesariamente restringido a los profesionales de servicios humanos. Para Gil-Monte (2005a) algunas de las generalidades compartidas en torno al burnout (o síndrome de quemarse por el trabajo) pueden ser:

- a. Se concibe como una respuesta al estrés laboral crónico.
- b. Se concibe como una experiencia subjetiva interna que supone un deterioro de las cogniciones, afectos – emociones y actitudes hacia el cliente o usuario de la organización y hacia el contexto laboral.
- c. Se concibe como una respuesta negativa para la persona por implicar alteraciones de conducta y alteraciones fisiológicas.
- d. Se concibe como una entidad diferenciada de otras como depresión, ansiedad y fatiga.

Por último, podemos destacar como las definiciones aportadas han adoptado fundamentalmente dos perspectivas, la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica entiende el burnout como un "estado" mental negativo al que se llega como consecuencia del estrés laboral. Su utilidad está relacionada con el diagnóstico. De los autores antes mencionados son las aportaciones de Freudenberg y Pines y colaboradores las que más se relacionan con esta perspectiva. La perspectiva psicosocial considera el burnout como un "proceso" que se desarrolla por la interacción entre las características del entorno laboral y las características personales. Se establecen una serie de fases por la que se evoluciona, que ayudan a comprender mejor el inicio y progreso del síndrome. Las estrategias de afrontamiento adecuadas pueden hacer reversible el proceso. Las aportaciones conceptuales de Maslach y colaboradores se podrían incluir dentro de la perspectiva psicosocial del burnout, que lo consideran como un proceso (Gil-Monte, 2005a).

## 3.2 Modelos teóricos del burnout

Los modelos teóricos desarrollados en torno al burnout se han centrado o bien en describir el proceso de desarrollo del mismo (modelos del proceso) o bien en intentar explicar la etiología del síndrome (modelos explicativos o comprensivos).

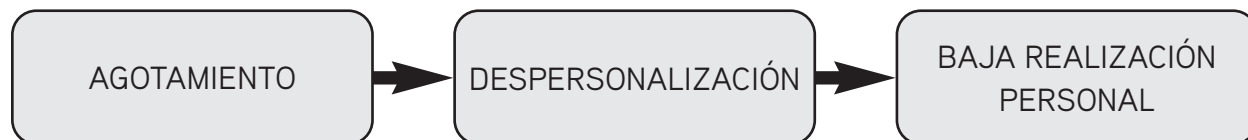
### 3.2.1 Modelos del proceso

En el contexto del burnout como proceso varios autores han propuesto diferentes modelos por el que evoluciona el síndrome de burnout, identifican en él una serie de etapas o fases que lo caracterizarán. De las revisiones realizadas por Gil-Monte y Peiró (1997), Guerrero y Vicente (2001), F. Ramos y Buendía (2001), Gil-Monte (2005a), Gil-Monte y Moreno-Jiménez (2007), Quiceno y Alpi (2007), Martínez (2010) y Rodríguez-Carvajal y Rivas (2011) podemos destacar:

#### *a. Modelo tridimensional.*

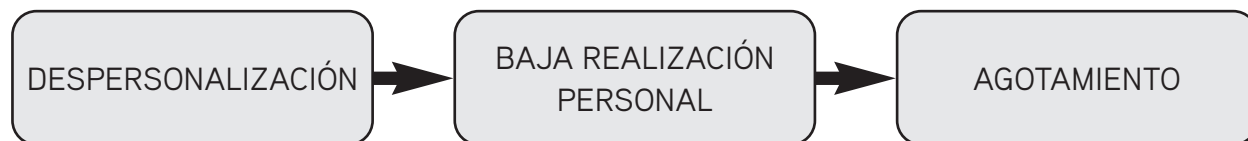
Si bien con Cherniss (1980b) ya se plantea la idea de un proceso con tres fases: la primera es la fase de estrés con un desajuste o desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos del trabajador, la segunda es la fase de agotamiento con una respuesta emocional inmediata al desajuste y la tercera es la fase de afrontamiento defensivo con cambios conductuales y actitudinales, es con la aparición del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) cuando el modelo tridimensional se expande. Es el cuestionario que se generó a partir de las propuestas de Maslach y Jackson (1981b). Se ha convertido en el cuestionario más representativo en la evaluación del síndrome de burnout. El cuestionario evalúa tres aspectos. El primero, aspectos cognitivos, relacionados con la dimensión de Realización personal en el trabajo, identifica la disminución de los sentimientos de competencia y éxito por el trabajo realizado. El segundo, aspectos emocionales, relacionados con la dimensión de Agotamiento emocional. El tercero, aspectos actitudinales, relacionados con la dimensión de Despersonalización, identifica el distanciamiento que la persona tiene de su trabajo, lo que le lleva a generar una actitud distante y negativa hacia los clientes o usuarios de los servicios en los que trabaja, se generan, de esta forma, no sólo actitudes, sino también, sentimientos

negativos hacia las personas. La propuesta inicial de Maslach era que el síndrome de burnout se inicia con Agotamiento emocional para luego pasar a Despersonalización y por último a baja Realización personal en el trabajo (ver Figura 1).



*Figura 1.* Evolución del burnout según Maslach y Jackson (1981b).

Dentro de este marco aparecen propuestas alternativas. La que formula Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) indica que la evolución del proceso comienza con Despersonalización, luego baja Realización personal en el trabajo y por último Agotamiento emocional (ver Figura 2).



*Figura 2.* Evolución del burnout según Golembiewski et al. (1983).

Las propuestas alternativas de Leiter y Maslach (1988) y Leiter (1989), indican que lo inicial son los sentimientos de Agotamiento emocional, luego las actitudes de Despersonalización y por último la baja Realización personal en el trabajo. Posteriormente, Leiter (1993) realiza una reformulación por la que indica que la baja Realización personal en el trabajo es causa directa de los estresores laborales, de ahí surgen los sentimientos de Agotamiento emocional (no establece relaciones entre la baja Realización personal y Despersonalización) (ver Figura 3).



*Figura 3.* Evolución del burnout según Leiter (1993).

La propuesta de Lee y Ashforth (1993a, 1993b), indica que Despersonalización y la baja Realización personal en el trabajo serían efectos del Agotamiento emocional (ver Figura 4). b. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).

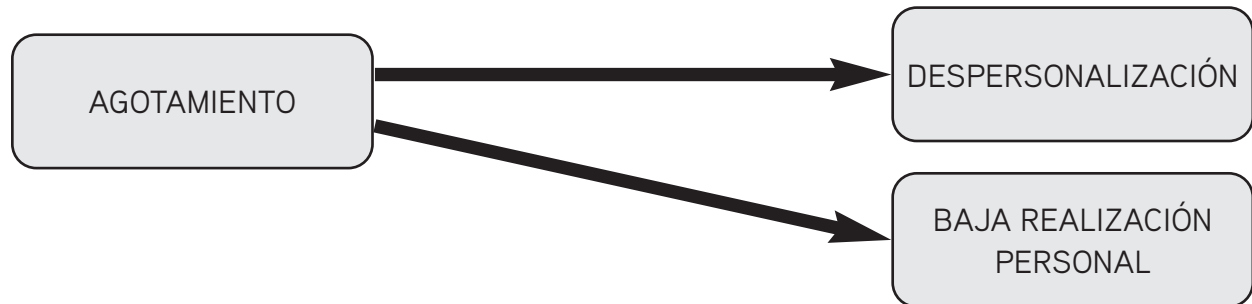


Figura 4. Evolución del burnout según Lee y Ashforth (1993a, 1993b)

La propuesta alternativa de Gil-Monte (1994) plantea que se da de forma conjunta una baja Realización personal en el trabajo y Agotamiento emocional lo que lleva hacia Despersonalización (ver Figura 5).

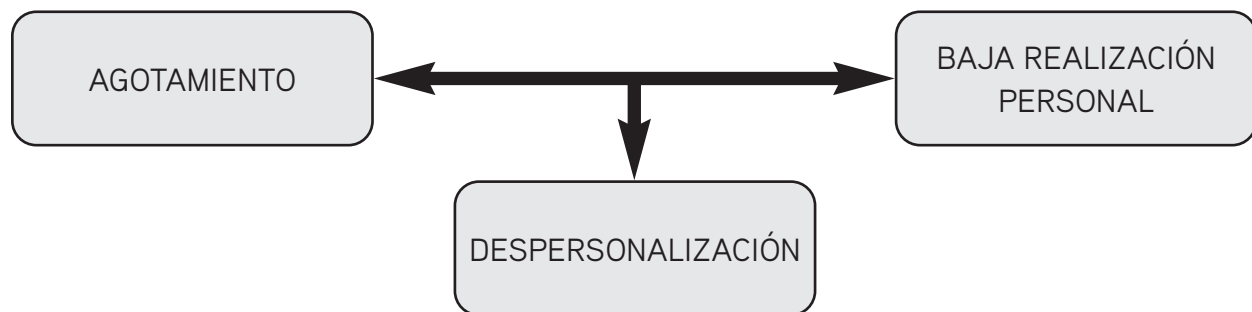


Figura 5. Evolución del burnout según Gil-Monte (1994).

Por su parte, Manzano (1998) apoya la tridimensionalidad del burnout, pero plantea otra secuencia, donde primero aparece la baja Realización personal para evolucionar acompañada de Cansancio (o Agotamiento) emocional. Ante la cronicidad de estas dos dimensiones, el sujeto desarrolla actitudes de Despersonalización. En este modelo, siguiendo un continuo temporal, la segunda fase del proceso está muy cercana a la tercera, por lo que pueden presentarse juntas o alternativamente (Manzano & Ramos, 1999) (ver Figura 6).



Figura 6. Evolución del burnout según Manzano (1998).

También dentro de la idea de tridimensionalidad del burnout, Van Dierendonck, Schaufeli y Buunk (2001) establecen un proceso iniciado por Realización personal en el trabajo que posteriormente puede derivar hacia Despersonalización para acabar en Agotamiento emocional (ver Figura 7).

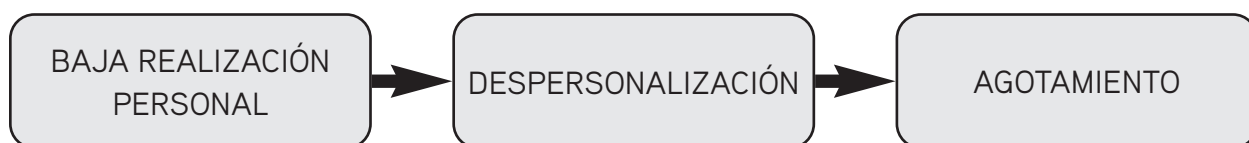


Figura 7. Evolución del burnout según Van Dierendonck et al. (2001).

La propuesta de Ferrer (2002) expone que el síndrome de burnout suele desarrollarse en tres fases: una fase inicial en la que aparece un agotamiento físico y mental injustificado; una segunda fase en la que se observan sentimientos de aislamiento o falta de implicación en el trabajo y su entorno (con presencia de actitudes cínicas y comportamientos agresivos hacia las personas con las que se trabaja); y una tercera fase en la que se desarrollan cuadros de ansiedad o depresión, disminuyendo la propia estima personal y profesional.

*b. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).*

Estos autores plantean el burnout como un proceso de desilusión hacia el trabajo. Proponen un modelo de cuatro fases. La primera se denomina Entusiasmo, se caracteriza por la ilusión y energía pero con expectativas irreales sobre el trabajo, se da además sobreimplicación, su vida gira entorno al trabajo. La segunda se denomina Estancamiento, se caracteriza por la percepción de que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y clientes, por lo que es fácil contagiarse por el pesimismo de sus

compañeros ya afectados, su vida ya no gira en torno al trabajo. La tercera se denomina Frustración, se caracteriza por el cuestionamiento del valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inician en etapas anteriores, afloran plenamente. La cuarta se denomina Apatía, se caracteriza por la indiferencia hacia el trabajo. Partiendo de este modelo, Bronsberg y Vestlund (1997) mantienen la propuesta del modelo hasta la cuarta fase, así tras el Entusiasmo, Estancamiento y Frustración ahora se plantea una fase de Hiperactividad y apatía, lo que se añade es un estado de aceleración que lleva a una dedicación constante, trabajando por encima de las posibilidades, queriendo hacer tanto que no se hace nada, y por último generando un colapso. Terminan con una última fase a la que denominan Quemado (identifica el colapso físico, emocional y cognitivo).

*c. Modelo de Price y Murphy (1984).*

Los autores proponen un modelo de seis fases. La primera es Desorientación, se toma conciencia de que su realidad laboral no se adecua a sus objetivos y surgen sentimientos de fallo profesional. La segunda es Labilidad emocional, se caracteriza por la inestabilidad emocional acentuada por una falta de apoyo social (emocional) en el trabajo y por la puesta en marcha de una estrategia de afrontamiento caracterizada por el distanciamiento. La tercera es Culpa, surgen sentimientos de culpa por el fracaso profesional, por atribuciones de responsabilidad ante hechos de los que no se tiene el control. La cuarta es la Soledad y tristeza. La quinta es Solicitud de ayuda, surge al superarse la fase anterior. Y la sexta es Restablecimiento del equilibrio inicial.

*d. Modelo de Gil-Monte (2005a).*

Se trata de un modelo que considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico característico de los profesionales que trabajan hacia personas. Incluye cuatro fases que son las que se evalúan con el Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT). Tiene como partida los planteamientos de Perlman y Hartman (1982) quienes tras una revisión de la literatura concluyen que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene, al menos, tres componentes: una baja productividad laboral, un agotamiento emocional y/o físico, y un exceso de despersonalización. De ahí

se derivan las dimensiones del CESQT: Ilusión por el trabajo (es el deseo de la persona por alcanzar las metas laborales), Desgaste psíquico (es el agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas), Indolencia (es la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización) y Culpa. En el modelo el deterioro cognitivo, representado por bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo, y el deterioro afectivo, representado por altas puntuaciones en Desgaste psíquico, aparecen en un primer momento. Con posterioridad las personas desarrollan actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo, representado por altos niveles de Indolencia. La aparición de los sentimientos de culpa es posterior a estos síntomas, pero no la presentan todas las personas (Gil-Monte, Carretero, Roldán & Núñez-Román, 2005).

### 3.2.2 Modelos explicativos (etiológicos)

Como se comentó antes, es a partir de la década de los ochenta (y de los noventa) cuando comienzan a proliferar los modelos teóricos que pretenden explicar la etiología del síndrome de burnout. En un análisis de los modelos psicosociales que surgieron y siguiendo las revisiones realizadas por Gil-Monte y Peiró (1997, 1999a), Durán (2001), Guerrero y Vicente (2001), F. Ramos y Buendía (2001), Garrosa (2003), Rubio (2003), Párraga (2005), Gil-Monte y Moreno-Jiménez (2007), J. M<sup>a</sup>. García y Herrero (2010), Martínez (2010) y Rodríguez-Carvajal y Rivas (2011) podemos agrupar, señalar y describir algunos de los modelos más representativos (ver Tabla 14).

**Tabla 14.**

Modelos psicosociales del burnout.

<b>Marco teórico</b>	<b>Modelo sobre el síndrome de burnout</b>
Teoría sociocognitiva del yo	Modelo de competencia social de Harrison (1983)
	Modelo de Pines (1993)
	Modelo de Cherniss (1993)
	Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)

(continúa)



**Tabla 14.** (continuación)  
Modelos psicosociales del burnout.

<b>Marco teórico</b>	<b>Modelo sobre el síndrome de burnout</b>
Teoría del intercambio social	Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993) Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993)
Teoría organizacional	Modelo de fases Golembiewski et al. (1983) Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) Modelo de Winnubst (1993)
Perspectiva integradora	Modelo estructural de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) Modelo de Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000a) Modelo de demandas del trabajo y recursos de Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli (2001) Modelo de Gil-Monte (2005a)

Desde la teoría sociocognitiva del yo las cogniciones de las personas influyen en lo que éstas perciben y hacen, pero también estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones. Por otra parte, el grado de seguridad de la persona en sus capacidades determina el empeño en conseguir los objetivos que se propone, la dificultad para conseguirlos puede dar lugar a reacciones como la depresión o el estrés. Los modelos que se desarrollan desde esta teoría parten de las propuestas elaboradas por A. Bandura. Los modelos de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Pines (1993) y el modelo de Cherniss (1993) tienen en común que la variable determinante para el desarrollo del síndrome es la autoeficacia percibida. Mientras que en el modelo de Thompson et al. (1993) lo es la autoconfianza profesional y su influencia en la realización personal en el trabajo (Durán, 2001; Gil-Monte & Peiró, 1997, 1999a; Párraga, 2005).

*a. Modelo de competencia social de Harrison (1983).*

Según Harrison (1983) la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo del síndrome de burnout. La mayoría de las personas que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivadas para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Además esta alta motivación determina, en cierta medida, la eficacia en el logro de los objetivos, es decir a una mayor motivación mayor eficacia laboral. Pero la realidad laboral puede hacer que surja lo que se deno-

mina factores barrera (como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos y disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el síndrome de burnout, que a su vez retroalimenta a los factores barrera.

*b. Modelo de Pines (1993).*

Según Pines (1993) las personas fuertemente motivadas entran en la vida laboral con objetivos y expectativas elevados sobre su trabajo. Algunas de estas expectativas son universales (hacer algo significativo, causar impacto o tener éxito), otras resultan específicas de la profesión ejercida (trabajar en contacto con otros o ayudar a quienes lo necesitan), y otras más tienen carácter personal, quizás basadas en una imagen romántica de la profesión. La combinación de todas ellas sirve de base al deseo de que el trabajo otorgue significado a la vida, es decir se llega a dar un sentido existencial a su trabajo. Sobre la base de estas premisas, en un ambiente que maximiza las características positivas como apoyo y desafío, e incluye un nivel mínimo de características negativas como burocracia e interferencias administrativas, los profesionales motivados pueden lograr sus objetivos y satisfacer sus expectativas. En este contexto, el éxito les ofrece un sentimiento de significado existencial y aumenta la motivación inicial. En cambio, si el profesional se integra en un entorno laboral estresante carece de recursos o autoridad para lograr sus objetivos como resultado de afrontar el fracaso. Esta situación para personas que esperan extraer cierto sentido vital de su trabajo resulta un poderoso factor de burnout. Se trata, por tanto, de un riesgo particular en labores de carácter vocacional. Las demandas emocionales causan burnout cuando no es posible responderlas y para quien busca un significado existencial en el trabajo tal fracaso es devastador. Se llega a esto a través de un proceso de desilusión.

*c. Modelo de Cherniss (1993).*

Partiendo de las propuestas de Hall, en 1976, Cherniss (1993) explica las relaciones entre el desempeño de las tareas, los sentimientos subjetivos de éxito o fracaso que la persona experimenta tras el desempeño de la tarea y las consecuencias que de ello se derivan para la autoestima, la motivación, la satisfacción y la implicación laboral. En su aportación hace uso de las propuestas de Bandura, en 1989, sobre la autoeficacia para dar explicación de la etiología del síndrome de burnout.

La motivación y la satisfacción laboral tienden a crecer ante la experimentación por parte de la persona de unos sentimientos subjetivos de éxito, aún cuando la tarea no se haya realizado de forma correcta. Estos sentimientos de éxito refuerzan la implicación de la persona en el trabajo, lo que le ayuda a conseguir los objetivos y esto le lleva a mayores cotas de autoestima. Pero si los sentimientos que se tienen son de fracaso la tendencia será la de huir, por lo que se adopta una actitud de retirada emocional de la situación, con claros signos de apatía, que puede llevarle al abandono de la organización. Estos cambios de actitud constituyen una forma de afrontamiento, o el resultado de un afrontamiento inadecuado, y son propios del síndrome de burnout. Los síntomas de este síndrome quedan recogidos en lo que implica los sentimientos subjetivos de fracaso, según esta propuesta. Así pues se establece un nexo causal entre la falta de sentimientos de éxito o de competencia y el síndrome.

Aunque el papel del ambiente laboral es fundamental para favorecer los sentimientos de éxito y con ello la prevención del burnout, este modelo reserva para la autoeficacia percibida un papel destacado. Los sentimientos de autoeficacia permiten explicar la experimentación de un menor nivel de estrés pero por otra parte ayudan a entender como ante tareas con nula autonomía se puede generar el burnout. La autoeficacia se relaciona con el compromiso y la motivación. Si por el fallo en el logro de los objetivos se generan sentimientos de fracaso esto llevará a la percepción de una baja autoeficacia y así favorecer la presencia del burnout.

*d. Modelo de autocontrol de Thompson et al. (1993).*

Estos autores se han basado en el modelo de autocontrol de Carver y Scheier, de 1988. En este contexto indican que la etiología del síndrome de burnout gira en torno a las discrepancias entre la demanda de la tarea y los recursos de la persona, el nivel de autoconciencia de la persona, las expectativas de éxito que se tienen y el sentimiento de autoconfianza. Se identifica la autoconciencia como un rasgo de personalidad y es importante en la etiología del síndrome. Cuando se reconocen discrepancias entre las demandas y los recursos se intensifica el nivel de autoconciencia, lo que afecta de forma negativa al estado de ánimo además de percibirse mayores niveles de estrés. La consecuencia es una baja realización personal en el trabajo. En un intento por resolverlo se tiende al retiro mental o conductual de la situación problemática. Para este

modelo Despersonalización es un patrón de retiro conductual. Mientras que el retiro psicológico se vincula con Agotamiento emocional.

Desde las teorías del intercambio social se propone que el síndrome de burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad que las personas generan al entrar en un proceso de comparación social como resultado de las relaciones interpersonales. Se dará sobre todo si se percibe que se aporta más de lo que se recibe. Son un ejemplo de esta corriente los modelos de Buunk y Schaufeli (1993) y Hobfoll y Freedy (1993).

*e. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993).*

El trabajo de estos autores se fundamentó en profesionales de la enfermería. En este contexto el síndrome de burnout tendría una doble etiología. La primera sería los procesos de intercambio social con los pacientes, en esta situación se identifican tres variables estresoras importantes para el desarrollo del síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control. La segunda sería los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros, en este caso lo que se da es una falta de búsqueda de apoyo social en situaciones de estrés, se rehuye del apoyo social de los compañeros por miedo a las críticas o calificaciones de incompetentes.

El riesgo de sufrir burnout se establece por esta falta de apoyo social y por el riesgo de contagio del síndrome a través de los procesos de afiliación social, de forma que los que tienen altas necesidades de comparación social pueden adoptar síntomas del síndrome observados en los compañeros.

Para los autores, el síndrome de burnout tiene un componente emocional y otro actitudinal. El primero se vincula con Agotamiento emocional y el segundo se vincula tanto a Despersonalización como a la baja Realización personal en el trabajo.

*f. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993).*

En este modelo se parte de la idea de que el estrés surge cuando las personas perciben que lo que les motiva está amenazado. Los estresores laborales amenazan los recursos (posesiones de valor, características de personalidad o energía para realizar las actividades) al generar dudas sobre la posibilidad de lograr el éxito pro-

fesional por cuestionar las habilidades para ello. La pérdida de recursos es más importante que la ganancia para el desarrollo del síndrome de burnout. Se da importancia a las estrategias de afrontamiento que se adoptan, fundamentalmente las estrategias activas disminuyen el riesgo de burnout, sobre todo si con ellas se logra evitar la pérdida de recursos o incluso aumentarlos, ya que esto generará unas percepciones y cogniciones positivas.

Desde la teoría organizacional se plantea que los antecedentes del síndrome de burnout están en las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional y la estructura (cultura y clima organizacional). Desde esta teoría se enfatiza la importancia de los estresores del contexto de la organización y la de las estrategias de afrontamiento empleadas antes de sucumbir al síndrome de burnout. Se incluyen dentro de esta teoría los modelos de Golembiewski et al. (1983), Cox et al. (1993) y Winnubst (1993).

*g. Modelo de fases de Golembiewski et al. (1983).*

Los autores mantienen al estrés laboral como el causante del síndrome y mantienen la estructura tridimensional del MBI para caracterizarlo. Este estrés tiene sus orígenes sobre todo en la sobrecarga laboral y en la pobreza de rol, lo que favorece la pérdida de autonomía y control. Ante esto se desarrollan estrategias de afrontamiento que suponen, en general, un distanciamiento de la situación laboral estresante. La naturaleza de este distanciamiento será determinante para que aparezca el síndrome de burnout. Un distanciamiento constructivo genera una no implicación con el usuario pero con empatía. Un distanciamiento contraproducente genera indiferencia, cinismo y rigidez, todo lo que caracteriza a la dimensión Despersonalización del burnout. Las consecuencias en el ámbito organizacional implican una pérdida de productividad y realización laboral, y en el ámbito personal, problemas psicósomáticos. Para estos autores este síndrome es aplicable a todo tipo de profesionales.

*h. Modelo de Cox et al. (1993).*

Estos autores parten del modelo transaccional del estrés laboral. Lo sitúan en el contexto de las profesiones de servicios humanos. Indican que su origen es el estrés laboral y el uso de estrategias de afrontamiento del mismo ineficaces. Los sentimientos de cansancio emocional se identifican con la variable sentirse gastado y los sentimientos de amenaza y tensión se identifican con la variable sentirse presionado y tenso.

Sobre todo la primera variable se relaciona directamente con la dimensión de agotamiento emocional y se deriva de los procesos de evaluación de los estresores, de la respuesta emocional emitida, de las respuestas de afrontamiento y de sus efectos sobre la persona.

Ante Agotamiento emocional, la dimensión Despersonalización es una estrategia de afrontamiento y la baja Realización personal en el trabajo se relaciona con la evaluación cognitiva que se hace de la experiencia de estrés, relacionado a su vez con las expectativas profesionales frustradas.

*i. Modelo de Winnubst (1993).*

En este modelo se adopta un modelo unidimensional del burnout, al que concibe como un sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental derivado del estrés laboral. Comparten la idea de que es un síndrome presente en todas las profesiones.

El modelo está centrado en las variables de la organización, sobre todo en la estructura, cultura y clima organizacional y en el apoyo social en el trabajo (que se considera una variable central para intervenir sobre el burnout). Son para el autor variables antecedentes del síndrome. Así, diferentes estructuras llevan a diferentes culturas organizacionales. Los antecedentes del síndrome dependerán del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. De este modo, se propone que toda estructura organizacional va a tener un sistema de apoyo social que se ajusta de forma óptima a ese tipo de estructura. Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima, por lo que podemos esperar que mejoren al optimizar éste. Tanto la estructura como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización. El análisis de estos criterios permite predecir en qué medida las organizaciones inducen en sus miembros el propio síndrome.

Los modelos desarrollados, y brevemente expuestos aquí, se han orientado de tres formas distintas a la hora de interpretar la etiología del síndrome de burnout. La primera línea de orientación la ha marcado la importancia de las variables personales, la segunda línea la ha marcado los procesos de interacción social y la tercera línea la ha marcado la importancia de las variables organizacionales. Pero ninguno de ellos parece, por sí mismo ser capaz de abarcar una explicación completa. Por ello surge el planteamiento de una perspectiva integradora, que considere los antecedentes personales, interpersonales y organiza-

cionales para explicar la etiología del burnout de manera integral. Esta perspectiva se basa en los modelos transaccionales del estrés.

*j. Modelo de Gil-Monte et al. (1995).*

El modelo nace inicialmente como una alternativa a los modelos de Golembiewski et al. (1983) y Leiter y Maslach (1988), posteriormente Gil-Monte y Peiró (1998) lo sitúan también como alternativa a los modelos anteriores y al de Lee y Ashforth (1993a, 1993b). Este modelo centra su explicación etiológica del burnout basado en variables organizacionales (como las disfunciones de rol), personales (como la autoconfianza), interpersonales (como la falta de apoyo social en el trabajo) y estrategias de afrontamiento (bien activas o de evitación). El afrontamiento activo, el apoyo social en el trabajo y los sentimientos de autoconfianza inciden directamente sobre el sentimiento de realización personal en el trabajo. Las estrategias de afrontamiento de evitación y el conflicto de rol (como uno de los tipos de disfunciones de rol en el trabajo) inciden directamente sobre el agotamiento emocional. Los sentimientos de despersonalización se deben, entre otros, al agotamiento emocional. Por ello se concibe el síndrome como una respuesta al estrés laboral percibido, afirman, que surge tras una reevaluación cognitiva cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias. Gil-Monte y Peiró (1999a), en base a los resultados de estudios, tanto transversales como longitudinales, realizados por ellos y sus colaboradores, avalan esta afirmación.

*k. Modelo de Moreno-Jiménez et al. (2000a).*

El modelo propuesto es transaccional e interactivo. Considera, también, que la aparición del burnout es resultado del contexto laboral de la profesión específica, de las características individuales y del tipo de estrategias de afrontamiento adoptado. La consideración transaccional del síndrome supone que el proceso está siendo modulado en cada una de sus fases por las variables propias del sujeto y las conductas desarrolladas. De este modo, el síndrome aparecería en función de la vulnerabilidad o resistencia de la persona y de su incapacidad para abordar de una manera activa y positiva las fuentes potenciales de estrés. Este planteamiento reproduce básicamente el modelo clásico de estrés como nivel de ajuste existente entre el individuo y el medio.

*l. Modelo de demandas del trabajo y recursos, de Demerouti et al. (2001).*

En este modelo se clasifican los factores de riesgo y los factores protectores dentro de dos categorías: las demandas y los recursos. Demerouti et al. (2001) indican que las demandas del trabajo son aquellos "aspectos físicos, sociales y organizacionales del trabajo que requieren un esfuerzo físico o mental sostenido y son, por lo tanto, asociados con ciertos costes fisiológicos o psicológicos" (p. 501). También indican que los recursos del trabajo son aquellos aspectos del trabajo que pueden "a. ser funcionales en el logro de los objetivos del trabajo; b. reducir las demandas del trabajo con los costes fisiológicos y psicológicos asociados; c. estimular el crecimiento y desarrollo personal" (p. 501). Lo central en este modelo es que cada ocupación tiene sus propios factores de riesgo específicos. Desde este modelo el desarrollo del burnout sigue dos procesos. En el primero, las demandas del trabajo conducen a una constante sobrecarga y al final al agotamiento. En el segundo, la pérdida de recursos complica el encuentro de las demandas del trabajo, lo que además conduce a una conducta de abandono. Las consecuencias a largo plazo de este abandono son la retirada del trabajo.

*m. Modelo de Gil-Monte (2005a).*

Manteniendo la idea de que el burnout (síndrome de quemarse por el trabajo tal y como lo identifica el autor) surge como respuesta al estrés laboral crónico, identifica que además del deterioro cognitivo, emocional y actitudes negativas se da un sentimiento de culpa, todo ello como consecuencia de los diferentes tipos de estresores organizacionales, tanto del contexto físico-tecnológico, social e interpersonal de la organización como del proceso cognitivo de evaluación de los mismos y de las estrategias de afrontamiento usadas.

Por último, indicar que según el análisis de Rodríguez-Carvajal y Rivas (2011) con respecto a los modelos sobre el desgaste profesional y por su relevancia en los estudios de comprobación empírica se debe resaltar el modelo de demandas del trabajo y recursos de Demerouti et al. (2001), el modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993) y el modelo de Leiter y Maslach (1988).



### 3.3 Burnout, estrés y salud

Desde los modelos de estrés laboral las respuestas al estrés se consideran variables mediadoras entre el estrés y sus consecuencias. En este contexto el síndrome de burnout sería un paso intermedio entre el estrés y sus consecuencias. Si permanece a lo largo del tiempo hará que el estrés laboral genere consecuencias negativas para la organización y para la persona, en forma de enfermedad con alteraciones psicósomáticas (Gil-Monte y Peiró, 1997).

No se debe confundir por tanto el estrés laboral y el burnout como si fueran conceptos similares. Según Moreno-Jiménez y Peñacoba (1999) aunque el burnout pudiera considerarse incluido dentro de la última fase (agotamiento) del modelo de Síndrome General de Adaptación de H. Selye, existen diferencias que deben ser tenidas en cuenta. Mientras el estrés puede desaparecer tras un período de descanso, el burnout no suele aliviarse sólo por esta condición. Tampoco hay una relación directa entre el burnout y la sobrecarga de trabajo. Sin embargo, un trabajo poco estresante pero desmotivador sí que puede generar burnout. El burnout tiene un carácter insidioso, que se va desarrollando a lo largo de un proceso. Por su parte, Álvarez y Fernández (1991) indican que la principal diferencia entre el estrés y el burnout es que éste es consecuencia de un estrés crónico en el contexto laboral. Pines y Keinan (2005) indican que mientras los estresores laborales correlacionan más con el estrés laboral, la importancia del trabajo lo hace con burnout, que a su vez correlaciona más, que el estrés, con insatisfacción laboral, deseos de abandonar el trabajo, síntomas físicos y emocionales y nivel de rendimiento percibido.

De forma esquemática se puede indicar que las diferencias entre estrés y burnout son (ver Tabla 15):

**Tabla 15.**  
Diferencias entre estrés y burnout.

<b>Estrés</b>	<b>Burnout</b>
Hiperactividad emocional	Embotamiento emocional
El daño fisiológico es el sustrato primario	El daño emocional es el sustrato primario
Agotamiento o falta de energía física	Agotamiento afecta a motivación y a energía psíquica

(continúa)

**Tabla 15.** (continuación)  
Diferencias entre estrés y burnout.

<b>Estrés</b>	<b>Burnout</b>
Recuperable tras un descanso	El descanso no es suficiente para aliviarlo
Puede tener efectos positivos en exposiciones	El burnout sólo tiene efectos negativos moderados (eustrés)
Relacionado con la sobrecarga laboral	Menos relacionado con la sobrecarga de trabajo y más vinculado al trabajo desmotivador

*Nota.* Fuente: Adaptado de Fidalgo (2011).

También ha sido necesario establecer una diferenciación entre el burnout y la depresión, ansiedad y fatiga. En la relación entre burnout y depresión, Freudenberg (1974) indica que la depresión es un síntoma del burnout. Por su parte, Pines et al. (1981) definen el burnout como un fenómeno social frente a la depresión que se identifica como un concepto clínico, así, en la depresión habría un estado de ánimo abatido de forma generalizada y en el burnout sería temporal y específico al contexto laboral. De la revisión realizada por Gil-Monte y Peiró (1997) se destaca que con la depresión se comparten ciertas similitudes como por ejemplo el cansancio, aislamiento social y sentimientos de fracaso. Además la depresión y el agotamiento emocional parecen llegar a solaparse. Pero existen diferencias que permiten concebirlos como constructos diferentes. Mientras que el burnout aparece como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales, la depresión es un conjunto de emociones y cogniciones que repercuten en las relaciones interpersonales. También cabe decir que mientras que en la depresión se da con más frecuencia sentimientos de culpabilidad, en el burnout se da más la ira y enfado (Farber, 1983). Otros autores como Hernández, Olmedo e Ibáñez (2004b) indican que en algunos estudios se ha encontrado correlaciones entre Cansancio emocional con hostilidad hacia sí mismos y Despersonalización con hostilidad hacia los demás. Siendo ambos tipos de hostilidad características de la depresión. Estos autores indican como algunos estudios destacan la relación de Cansancio emocional y Despersonalización con depresión pero luego se dan resultados dispares en cuanto a qué factor es más prominente en esta relación, si Despersonalización o Cansancio emocional. Sus propios

resultados les indican que es el factor de Despersonalización el más relacionado con depresión. De la revisión de Martínez (2010) se obtiene que los resultados avalan que el desarrollo y etiología del burnout y depresión son diferentes aunque compartan alguna sintomatología. Se destaca también la mayor correlación de la depresión con la dimensión de Cansancio emocional y no tanto con las otras dos.

Con respecto de la ansiedad se plantea la posibilidad de que ésta pueda formar parte del burnout. Sería, por tanto, un concepto más amplio que lo que abarca el de ansiedad, que por lo general se limita a la persona y su reacción al peligro (sobre todo de origen desconocido). También se plantea la cuestión de que Agotamiento emocional (como una de las dimensiones del burnout) se establece porque las exigencias de la situación desbordan las habilidades de la persona, mientras que la ansiedad surge por la falta de habilidades de la persona ante tal situación.

Por último, en la diferenciación con la fatiga se argumenta que de la fatiga física la persona se puede recuperar con cierta rapidez pero no así del burnout (F. Ramos & Buendía, 2001). Además la fatiga física como resultado del esfuerzo físico puede ir acompañada de un sentimiento de realización personal o éxito, mientras que en el burnout esta fatiga física se relaciona con un sentimiento de fracaso. Parece claro que la concepción del burnout como un estado más que como un proceso parece ayudar a la confusión con constructos con los que guarda cierta cercanía.

De forma más genérica, en la relación entre burnout y salud mental, en sus estudios con médicos, Mingote, Moreno-Jiménez y Gálvez (2004) indican que el burnout puede producir problemas de salud mental, fundamentalmente trastornos ansiosos o depresivos y adicciones. De la revisión realizada por G.G. Cáceres (2006) se puede deducir que los estudios parecen indicar la existencia de una relación entre la mayor prevalencia del burnout y el mayor incremento de morbilidad psiquiátrica, no sólo en cuanto al estrés y ansiedad, sino también con respecto de trastornos obsesivos compulsivos y afectación de la memoria. Maslach et al. (2001) plantean que esta relación (burnout vs. salud mental) es compleja. Las personas que están mentalmente sanas son más capaces de afrontar los estresores crónicos y por tanto son menos propensos a experimentar burnout. Se suele asumir, de forma común, que el burnout precipita la ansiedad y la depresión. Las características individuales parecen contribuir al burnout pero no en el mismo nivel que los factores situacionales. Dentro de los factores individuales están por un lado variables sociodemográficas, como la edad, sexo, estado

civil y nivel educativo, y por otro lado variables como características de personalidad y estilos de afrontamiento. En algunos estudios la relación entre burnout y psicopatología se ha puntualizado de forma que indican que son la dimensión Agotamiento emocional (sobre todo con ansiedad y depresión) y Despersonalización (sobre todo con hostilidad y psicoticismo) las que tienen relación y no la dimensión de Realización personal en el trabajo (Olmedo, Santed, Jiménez & Gómez, 2001).

Aunque los resultados de la relación entre burnout y variables sociodemográficas son inconstantes en los diferentes estudios, al punto de aportarse resultados contradictorios, de la revisión realizada por F. Ramos y Buendía (2001) y C. Ortega y López (2004) se concluyen varias cosas. Por una parte, las mujeres puntúan más que los hombres en Cansancio emocional y baja Realización personal. Por otra parte, los hombres puntúan más en Despersonalización y actitudes negativas hacia los clientes. En este sentido, la variable sexo podría estar actuando como una variable moderadora más que como una variable con efectos globales consistentes. También se concluye que a más años de profesión menos probable se hace sufrir el burnout, algunos estudios indican que el padecimiento es mayor entre los 5 y 10 años de profesión. También se indica que, en general, a mayor edad, de la persona, el burnout es menor. Además, las personas casadas parecen sufrir menos burnout que los que están solteros, viudos o divorciados. Aunque los datos no son homogéneos. Por último, las personas con un nivel educativo alto tienen mayor frecuencia e intensidad de sufrir Cansancio emocional.

Sin embargo es importante volver a recordar que los resultados de los estudios destacan por su variabilidad. Atance (1997) presenta un perfil epidemiológico del riesgo de padecer burnout entre profesionales sanitarios de atención primaria y especializada, de nuestro país, que indica que el mayor riesgo sería para: mujer de más de 44 años, sin pareja estable, con más de 19 años en la profesión y más de 11 años en el centro, sobre todo en las profesionales de atención especializada (hospitales). También con personal sanitario (profesionales de enfermería) Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1996) obtienen una falta de significatividad de las variables sociodemográficas con respecto al burnout.

En cuanto a los síntomas generados por el burnout diferentes revisiones han dado lugar a la tabla que ahora presentamos (ver Tabla 16) (Alarcón, Vaz & Guisado, 2001; Gil-Monte & Peiró, 1997; Moreno-Jiménez, González & Garrosa, 2001; C. Ortega & López, 2004; Pelechano, 2000; Quiceno & Alpi, 2007)

**Tabla 16.**

Síntomas generales del burnout.

---

**A nivel somático o físico**

Fatiga crónica, cansancio, frecuentes resfriados, jaquecas y dolores de cabeza, dolores de espalda, dolores de cuello, dolores musculares, insomnio, pesadillas, alteraciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales, empeoramiento de condiciones médicas previas como diabetes e hipertensión.

---

**A nivel conductual**

Comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, incapacidad para estar relajado, superficialidad en el contacto con los demás, aislamiento, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, quejas constantes, comportamientos agresivos hacia los clientes o usuarios, absentismo, conductas de riesgo de accidentes, descenso del rendimiento laboral, aumento en el consumo de sustancias como cafeína, tabaco y alcohol, aumento en el consumo de drogas ilegales, abuso de fármacos tranquilizantes o barbitúricos, agresividad e irritabilidad.

---

**A nivel emocional**

Agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia, ansiedad, desorientación, sentimientos de fracaso, soledad, alienación, depresión, indefensión, desilusión, culpa, sentimientos de omnipotencia, satisfacción laboral baja, abandono del puesto de trabajo y/o de la organización y supresión de sentimientos.

---

**A nivel actitudinal**

Cinismo, apatía, hostilidad y suspicacia.

---

**A nivel cognitivo**

Baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional, pérdida de significado, pérdida de valores, modificación del autoconcepto y desaparición de expectativas.

---

Una reflexión realizada por Gil-Monte (2005a) en torno a la variedad de síntomas asociados al burnout es que pueden ocasionar que éste se convierta en una etiqueta que se le asigne a todo profesional estresado. El mal diagnóstico del síndrome no sólo no ayuda a detectar a tiempo y de forma correcta este problema, sino que además dificulta su reconocimiento como patología laboral.

Cuando estos síntomas, identificativos de la presencia de burnout, se mantienen a lo largo del tiempo generará consecuencias individuales y en la organización (como algunas de las comentadas en la Tabla 16). A nivel individual afectará a la salud de la persona y a las relaciones interpersonales fuera del contexto laboral. Los problemas de salud se presentarán en forma de trastornos psicósomáticos como alteraciones gastrointestinales (úlceras gastroduodenales o diarrea), alteraciones respiratorias (crisis asmáticas), alteraciones cardiovasculares (taquicardia o hipertensión), alteraciones neurológicas (jaquecas, insomnio o dolores), alteraciones inmunológicas (menor resistencia a las infecciones o alergias). De forma más concreta algunos estudios han vinculado Agotamiento emocional con síndromes coronarios agudos, como el infarto de miocardio o la angina de pecho inestable. Este agotamiento (denominado agotamiento vital) aunque con ciertas características compartidas con la depresión se considera diferente. Además se ha relacionado este agotamiento con estresores laborales que suponen una alteración de la carrera profesional o incremento de responsabilidades y con la falta de apoyo social (Appels, 1998; Appels & Pazo-Álvarez, 2001). También, G. Fernández (2000) indica que las personas que padecen burnout sufren simultáneamente de determinados trastornos psicósomáticos inespecíficos, cambiantes y que son la expresión somática del malestar psicológico.

A nivel individual, las consecuencias afectarán a las relaciones interpersonales extralaborales, sobre todo por las dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización. Las dificultades se verán plasmadas en problemas de pareja que pueden llevar a la separación y problemas familiares, todo ello debido a que las consecuencias del síndrome de burnout no terminan cuando la persona deja el trabajo, sino que se arrastran a la vida privada las consecuencias de dicho síndrome. Todas estas consecuencias a nivel individual se han relacionado más con la dimensión de Agotamiento emocional del modelo tridimensional de burnout (Gil-Monte & Peiró, 1997).

### **3.4 Burnout, afrontamiento y personalidad**

A partir de las primeras aproximaciones conceptuales al fenómeno del burnout comienza a desarrollarse un campo de estudio, de los que entre otros resultados, se obtiene que mientras algunos sujetos eran claramente vulnerables, otros mantenían una fuerte resistencia al mismo (Moreno-Jiménez et al., 2001). Se plantea por tanto que pueden existir variables personales que ejercen cierta influencia. Por

ello, comienza a despertar el interés por la influencia que pueda tener sobre el burnout las variables de personalidad y afrontamiento.

### **3.4.1 Burnout y afrontamiento**

Los datos que se han podido recopilar sobre la relación entre burnout y afrontamiento indican que las personas que utilizan estrategias de afrontamiento de carácter activo o centradas en el problema tienen menos problemas de burnout mientras que los que utilizan estrategias de afrontamiento de carácter pasivo o centradas en la emoción, o estrategias de evitación o escape pueden tener más problemas de burnout (Austria, Cruz, Herrera & Salas, 2012; Carmona, Buunk, Peiró, Rodríguez & Bravo, 2006; Cicognani, Pietrantonio, Palestini & Prati, 2009; Gil-Monte, 2005a; Gil-Monte & Peiró, 1997; Gueritault-Chalvin, Kalichman, Demi & Peterson, 2000; Hernández, Olmedo & Ibáñez, 2004a; Leiter, 1991; Matheny, Gfroerer & Harris, 2000; Parkes, 1998).

Más específicamente, Ben-Zur y Yagil (2005) y Ben-Zur y Michael (2007) encuentran que las estrategias de afrontamiento pasivas o centradas en la emoción se relacionan de forma positiva con Despersonalización mientras que las estrategias activas lo hacen, también de forma positiva, con Realización personal en el trabajo, esto último es lo que encuentra también Devereux, Hastings, Noone, Firth y Totsika (2009). Para Hudek-Knezevic, Krapic y Kardum (2006) el afrontamiento evitativo predice de forma positiva la Despersonalización. Mientras que para Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez y Monteiro (2010) las estrategias de afrontamiento activo mantienen una relación inversa con Despersonalización y con la falta de Realización personal.

En un análisis más detallado de las diferentes estrategias de afrontamiento, algunos autores como Guerrero (2003) encuentra, en un estudio con profesores universitarios, que Agotamiento emocional se relaciona con estrategias como desahogarse, desconexión mental - conductual, consumo de drogas y aceptación (todas estrategias de carácter pasivo); Despersonalización se relaciona con búsqueda de apoyo social, desahogarse, negación y desconexión mental; y Realización personal en el trabajo se relaciona con el uso de estrategias activas como afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo social, reinterpretación positiva y refrenar el afrontamiento. Por su parte, Hernández et al. (2004a)

indican que las personas que usan estrategias de escape/evitación presentan niveles altos de Cansancio emocional y las personas que utilizan, como afrontamiento, el distanciamiento y la confrontación (ambas centradas en la emoción) presentan mayores niveles de Despersonalización. Sin embargo, Morán (2005a, 2006) indica que las estrategias de afrontamiento como la planificación y la confrontación se relacionan de forma significativa y negativa con Cansancio emocional mientras que las estrategias de escape / evitación lo hacen de forma positiva. Además, Moreno-Jiménez, Seminotti, Garrosa, Rodríguez-Carvajal y Morante (2005) encuentran que la estrategia de búsqueda de apoyo profesional se relaciona (de forma negativa) con Agotamiento emocional, la estrategia de resolución de problemas se relaciona (de forma negativa) con Despersonalización y la búsqueda de soluciones positivas se relaciona con Realización personal en el trabajo, es decir, las estrategias de afrontamiento orientadas a la resolución de problemas se relacionan con la realización personal en el trabajo. Para Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal y Morante (2005) la conducta de control activo de la emoción es la estrategia de afrontamiento más significativa para explicar Agotamiento emocional, el afrontamiento activo genera menor agotamiento. Como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo social se asocia de forma negativa con Despersonalización. Las conductas de control cognitivo de la emoción y el afrontamiento directo se asocia de forma positiva con Realización personal en el trabajo. Por otra parte, Liakopoulou et al. (2008) identifican que el conflicto de rol y la ilusión, como modo de afrontamiento centrado en la emoción, correlacionan de forma positiva con Agotamiento emocional mientras que el conflicto de rol correlaciona de forma negativa con Realización personal en el trabajo.

Con relación a los estilos de afrontamiento Durán, Montalbán y Stangeland (2006) obtienen en su estudio que el estilo de afrontamiento activo tiene una correlación negativa estadísticamente significativa con Despersonalización en una muestra de policías locales.



De forma esquemática se presenta en la Tabla 17 los datos de los estudios anteriormente citados:

**Tabla 17.**

Aportaciones empíricas de la relación entre burnout y afrontamiento.

<b>Autores</b>	<b>Dimensiones de burnout</b>	<b>Estrategias de afrontamiento</b>
Guerrero (2003)	CE	Desahogarse - Desconexión mental y conductual - Consumo de drogas - Aceptación.
	DP	Búsqueda de apoyo social – Desahogarse – Negación - Desconexión mental
	RP	Afrontamiento activo – Planificación - Búsqueda de apoyo instrumental y social - Reinterpretación positiva - Refrenar el afrontamiento
Hernández et al. (2004b)	CE	Escape/evitación
	DP	Distanciamiento - Confrontación
Moreno-Jiménez, Seminotti, et al. (2005)	CE	Búsqueda de apoyo profesional (-)
	DP	Resolución de problemas (-)
	RP	Búsqueda de soluciones positivas
Garrosa et al. (2005)	CE	Afrontamiento activo (-)
	DP	Búsqueda de apoyo social (-)
	RP	Control cognitivo de la emoción - Afrontamiento directo
Ben-Zur y Yagil (2005)	DP	Estrategias centradas en la emoción
Ben-Zur y Michael (2007)	RP	Estrategias centradas en el problema
Hudek-Knezevic et al. (2006)	DP	Afrontamiento evitativo
Morán (2005a, 2006)	CE	Planificación – Confrontación (-) Escape/evitación.
Durán et al. (2006)	DP	Afrontamiento activo (-)

(continúa)

**Tabla 17.** (continuación)

Aportaciones empíricas de la relación entre burnout y afrontamiento.

<b>Autores</b>	<b>Dimensiones de burnout</b>	<b>Estrategias de afrontamiento</b>
Liakopoulou et al. (2008)	CE	Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (conflicto de rol y la ilusión)
	RP	Estrategia de conflicto de rol (-)
Devereux et al. (2009)	DP	Estrategias centradas en la emoción
	RP	Estrategias centradas en el problema
Garrosa et al. (2010)	DP	Afrontamiento activo (-)
	RP	Afrontamiento activo

*Nota:* CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal en el trabajo; (-): relación negativa; si no se indica el sentido de la relación se debe interpretar como positiva.

### 3.4.2 Burnout y personalidad

Los datos que se han podido recopilar sobre la relación entre burnout y personalidad indican que diferentes variables han mostrado estar relacionadas con el burnout. Las que más han mostrado relación en los diferentes estudios son los Cinco Grandes, la personalidad resistente, el optimismo (con una relación negativa con burnout), el locus de control (relacionándose el locus de control externo con burnout), la autoconfianza, la autoestima, la autoeficacia, (con una relación negativa, las tres características, con burnout) y el patrón de conducta Tipo A (Alarcon, Eschelman & Bowling, 2009; Gil-Monte & Peiró, 1997; Moriana & Herruzo, 2004; Otero-López, Santiago & Castro, 2008; Rodríguez-Carvajal & Rivas, 2011).

Con respecto del modelo de los Cinco Grandes, varios autores han descrito relaciones con el síndrome de burnout. Así, para Parkes (1998) algunas características de personalidad como un alto nivel de Neuroticismo hacen que la persona sea más vulnerable a sufrir este síndrome. En esta misma línea se pronuncian Cebriá et al. (2001), Maslach et al. (2001), Moreno-Jiménez et al. (2001), Mokkinos, (2007), Narumoto et al. (2008), Shimizutani et al. (2008) y Coutinho (2012). También, Zellars, Perrewé, Hochwarter y Anderson (2006) afirman que Responsabilidad se relaciona de forma negativa con el burnout.

Algunos autores llegan a presentar un perfil de la relación de los Cinco Grandes con el burnout (y sus dimensiones). Según Morán (2005a, 2006), dentro del modelo de personalidad de los Cinco Grandes, las características de personalidad con mayor resiliencia al burnout pasan por una puntuación baja en Neuroticismo, y por tanto por ser personas con estabilidad emocional; puntuación alta en Extraversión; puntuación alta en Responsabilidad; y puntuación alta en Amabilidad. Estos resultados, en personal de servicios humanos, modulan el riesgo de burnout al generar un menor sentimiento de agotamiento emocional. Además, del meta-análisis que realizan Alarcon et al. (2009) entre las variables de personalidad y el burnout obtienen que Estabilidad emocional (en el lado opuesto de Neuroticismo), Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad mantienen una relación negativa con burnout. Más específicamente, Estabilidad emocional tiene una fuerte relación (negativa) con Agotamiento emocional, también Estabilidad emocional y Amabilidad tienen una fuerte relación (negativa) con Despersonalización.

En la relación de los Cinco Grandes con las dimensiones del burnout, Piedmont (1993) y Coutinho (2012) indican que Cansancio emocional y Despersonalización están vinculados a Neuroticismo. Por su parte, Zellars, Perrewé y Hochwarter (2000) y Zellars y Perrewé (2001), en sus estudios con personal de enfermería, obtienen que Neuroticismo es un predictor significativo de Agotamiento emocional, la relación entre ambos es positiva; Extraversión y Amabilidad tienen una relación negativa con Despersonalización; Extraversión (en menor medida) y Apertura a la experiencia tienen una relación positiva con Realización personal en el trabajo. También con personal de enfermería Hochwälder (2009) obtiene que puntuaciones altas en Neuroticismo se relacionan con puntuaciones altas en Cansancio emocional, además con bajo Neuroticismo, alta Extraversión y alta Responsabilidad hay una relación con alta Realización personal. En esta línea, para Storm y Rothman (2003) Apertura a la experiencia tiene relación negativa con Agotamiento emocional y Despersonalización y positiva con Realización personal. De la revisión de estudios realizada por Gil-Monte (2005a) se obtiene varias conclusiones con respecto de la relación de los Cinco Grandes con las dimensiones del burnout. De esta forma se observa que: Extraversión mantiene una relación negativa y significativa con Despersonalización y Agotamiento emocional y positiva con Realización personal, aunque algunos estudios como el de Hernández y Olmedo (2004) no encuentran relación entre Extraversión y burnout; Neuroticismo mantiene relaciones positivas con las tres dimensiones del burnout, pero más intensa con Agotamiento emo-

cional; Amabilidad mantiene correlaciones negativas y significativas con Despersonalización; y Apertura a la experiencia mantiene correlaciones significativas y positivas con Realización personal en el trabajo. En una muestra de cuidadores voluntarios de enfermos terminales Bakker, Van der Zee, Lewig y Dollard (2006) concluyen que el factor de personalidad que predice Agotamiento emocional es Neuroticismo (con puntuación alta). Los que predice Despersonalización son Estabilidad emocional (con puntuación baja), Extraversión (con puntuación baja) y Apertura a la realidad, que los autores identifican como intelecto o autonomía (con puntuación baja). El que predice Realización personal en el trabajo es Extraversión (con puntuación alta) y Estabilidad emocional (con puntuación alta). Para Hudek-Knezevic et al (2006), con personal de enfermería, indican que Neuroticismo predice de forma positiva y significativa Agotamiento emocional, y en menor medida Extraversión lo predice de forma negativa. Amabilidad (de forma significativa), Responsabilidad, y en menor medida, Apertura a la experiencia predicen de forma positiva Realización personal en el trabajo. También, para Cheung y Harding (2009), dentro de los Cinco Grandes, son Neuroticismo, Extraversión y Responsabilidad los que predicen el burnout. Alto Neuroticismo se relaciona de forma positiva con Agotamiento emocional y de forma negativa con Realización personal. Alta Extraversión se relaciona de forma negativa con Agotamiento emocional y de forma positiva con Realización personal. Alta Responsabilidad se relaciona de forma positiva con Despersonalización, este último resultado no va en la línea de otros estudios como el de Zellars et al. (2006). Por último, en el meta-análisis entre personalidad, burnout y variables laborales que realizan Swider y Zimmerman (2010) encuentran que Neuroticismo es el factor de personalidad que tiene la relación (positiva) más fuerte con Agotamiento emocional y Despersonalización, respecto de los otros factores. Por su parte Extraversión tiene la relación (positiva) más fuerte con Realización personal en el trabajo, respecto de los otros factores. Amabilidad es el segundo factor, de los Cinco Grandes, con una relación fuerte (negativa) con Despersonalización y positiva con Realización personal. Tanto Neuroticismo, como Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad tienen relación con las tres dimensiones de burnout como para indicar que la primera (Neuroticismo) tiene relación positiva con Agotamiento emocional y Despersonalización y relación negativa con Realización personal, mientras que los tres siguientes factores mantienen una relación negativa con Agotamiento emocional y Despersonalización, y positiva con Realización personal. El factor Apertura a la experiencia tiene escasa relación con las tres dimensiones de

burnout, aunque es mayor con Realización personal, de forma que apoya la idea de que este factor se relaciona de forma positiva con dicha dimensión de burnout, sin embargo no hay un gran apoyo para la relación con las otras dos dimensiones del burnout (aunque la tendencia es a mostrar una relación negativa). Como conclusión, a modo de perfil, se indica que son las personas altas en Neuroticismo y bajas en Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad las más propensas al burnout.

Como contrapunto Norris (2011) presenta un dato discrepante en cuanto a la dimensión Apertura a la realidad. En su estudio se relaciona de forma positiva con Realización personal, pero también con Cansancio emocional y con Despersonalización.

También se ha asociado el análisis de los Cinco Grandes y la personalidad resistente con las dimensiones del burnout. Los resultados del estudio de A.L. García-Izquierdo, Ramos-Villagrasa y García-Izquierdo (2009) indican que los factores Neuroticismo y Responsabilidad, dentro de los Cinco Grandes, y la personalidad resistente son predictores de la dimensión Agotamiento emocional. La relación de Neuroticismo con Agotamiento emocional es positiva, y la de Responsabilidad y personalidad resistente es negativa.

De forma esquemática se presenta en la Tabla 18 los datos de los estudios anteriormente citados:

**Tabla 18.**  
Aportaciones empíricas de la relación entre burnout y los Cinco Grandes.

<b>Autores</b>	<b>BUR</b>	<b>CE</b>	<b>DP</b>	<b>RP</b>
Piedmont (1993)		N(+)	N(+)	
Parkes (1998)	N(+)			
Zellars et al. (2000)		N(+)	E(-) A(-)	E(+) O(+)
Zellars y Perrewé (2001)		N(+)	E(-) A(-)	E(+) O(+)
Cebriá et al. (2001)	N(+)			
Maslach et al. (2001)	N(+)			
Moreno-Jiménez et al. (2001)	N(+)			
Storm y Rothman (2003)		O(-)	O(-)	O(+)
Gil-Monte (2005a)		N(+) E(-)	E(-) A(-)	E(+) O(+)
Morán (2005a, 2006)	N(+) E(-) C(-) A(-)			

(continúa)

**Tabla 18.** (continuación)

Aportaciones empíricas de la relación entre burnout y los Cinco Grandes.

<b>Autores</b>	<b>BUR</b>	<b>CE</b>	<b>DP</b>	<b>RP</b>
Bakker et al. (2006)		N(+)	N(+) E(-) O(-)	E(+) N(-)
Hudek-Knezevic et al. (2006)		N(+) E(-)		A(+) C (+) O(+)
Zellars et al. (2006)	C(-)			
Mokkinos, (2007)	N(+)			
Narumoto et al. (2008)	N(+)			
Shimizutani et al. (2008)	N(+)			
Alarcon et al. (2009)	N(+) E(-) A(-) C(-)	N(+)	N(+) A(-)	
A.L. García-Izquierdo et al. (2009)		N(+) C(-)		
Cheung y Harding (2009)		N(+) E(-)	C(+)	N(-) E(+)
Hochwälder (2009)		N(+)		N(-) E(+) C(+)
Swider y Zimmerman (2010)		N(+) E(-) A(-) C(-)	N(+) E(-) A(-) C(-)	N(-) E(+) A(+) C(+) O(+)
Norris (2011)		O(+)	O(+)	O(+)

*Nota:* BUR: Síndrome de burnout; CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal en el trabajo; N: Neuroticismo; E: Extraversión; O: Apertura a la experiencia o a la realidad; A: Amabilidad; C: Responsabilidad; (+): relación positiva; (-): relación negativa.

Con respecto del modelo de personalidad resistente, la tendencia de los estudios muestra que las personas con personalidad resistente tienden a experimentar con menor frecuencia el síndrome del burnout, mientras que las personas con baja resistencia tienen mayor probabilidad de poder sufrirlo (Maslach et al., 2001; M<sup>a</sup>. E. Ortega, Ortiz & Coronel, 2007; Parkes, 1998; Ríos, Godoy & Sánchez-Meca, 2011). Así, para Eschleman et al. (2010) y García-Carmona y Robles-Ortega (2011) la personalidad resistente y sus dimensiones se relacionan de forma negativa con el burnout. En esta línea, Gil-Monte y Peiró (1997) afirman que la relación entre personalidad resistente

y burnout es significativa y negativa, y además indican que la primera puede actuar como modulador para reducir la probabilidad de experimentar el síndrome del burnout. De forma más concreta, diversos estudios revisados por Gil-Monte y Peiró (1997) indican que de las tres dimensiones que caracterizan el constructo de personalidad resistente, es la de Compromiso (o Implicación) la que más significativamente (y de forma negativa) se relaciona con el burnout, esto mismo se afirma en el estudio de García-Carmona y Robles-Ortega (2011). También, Moreno-Jiménez et al. (2001) indican que la personalidad resistente actúa disminuyendo los niveles globales de burnout. Estos autores y, posteriormente, Moreno-Jiménez, Arcenillas, Morante y Garrosa (2005) indican que es la dimensión de Control la que destaca como modulador del síndrome de burnout. Afirman que la presencia de procesos de personalidad en el perfil del burnout es indudable aunque no se pueda atribuir un factor causal.

En la relación de la personalidad resistente con las dimensiones del burnout, Moreno-Jiménez et al. (2000a) encuentran que la personalidad resistente tiene correlaciones positivas y significativas con Realización personal en el trabajo y negativas con Despersonalización y Agotamiento emocional. Considerando las dimensiones de la personalidad resistente, Moreno-Jiménez et al. (2000c), en su estudio con profesores de Enseñanza Secundaria, obtienen que la dimensión Control tiene relación negativa con la dimensión Agotamiento emocional y la medida global de burnout, también tiene relación pero positiva con la dimensión Realización personal en el trabajo. La dimensión Reto tiene relación negativa con Realización personal y positiva con la medida global de burnout. Por su parte, Garrosa et al. (2005) identifican la dimensión Compromiso como la variable más significativa para predecir Agotamiento emocional, se asocian de forma negativa. También observan que Compromiso se relaciona de forma negativa con Despersonalización. Más adelante, Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang y González (2008), con personal de enfermería, obtienen que la dimensión Control y Compromiso están significativamente relacionadas (de forma negativa) con Agotamiento emocional y Despersonalización. Se presentan como una forma de protección del burnout. La dimensión Control y Reto se relacionan (de forma positiva) con Realización personal en el trabajo. Por último, en un estudio con enfermeras, Garrosa et al. (2010) también destacan el papel de la dimensión Control, que relacionan de forma negativa con Agotamiento emocional y con Despersonalización.

De forma esquemática se presenta en la Tabla 19 los datos de los estudios anteriormente citados:

**Tabla 19.**

Aportaciones empíricas de la relación entre burnout y personalidad resistente.

<b>Autores</b>	<b>BUR</b>	<b>CE</b>	<b>DP</b>	<b>RP</b>
Gil-Monte y Peiró (1997)	PR (-) Compromiso (-)			
Moreno-Jiménez et al. (2000a)		PR (-)	PR (-)	PR (+)
Moreno-Jiménez et al. (2000c)	Control (-) Reto (+)	Control (-)		Control (+) Reto (-)
Moreno-Jiménez et al. (2001)	PR (-) Control (-)			
Moreno-Jiménez, Arcenillas, et al. (2005)		Control (-)		
Garrosa et al. (2005)		Compromiso (-)	Compromiso (-)	
Garrosa et al. (2008)		Control (-)	Control (-)	Control (+)
A.L. García-Izquierdo et al. (2009)		Compromiso (-)	Compromiso (-)	Reto (+)
Garrosa et al. (2010)		PR (-)		
García-Carmona y Robles-Ortega (2011)	PR (-) Compromiso (-) Control (-) Reto (-)	Control (-)	Control (-)	

*Nota:* BUR: Síndrome de burnout; CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal en el trabajo; PR: Personalidad Resistente; (+): relación positiva; (-): relación negativa.

Podemos ver como los diferentes estudios ofrecen unos datos específicos que en ocasiones no siguen la misma tendencia pero que en general apoyan el efecto amortiguador que la personalidad resistente ejerce sobre el riesgo de burnout.



### 3.5 Evaluación del burnout

Los primeros intentos de evaluación se sitúan en torno a las aportaciones de Freudenberger (1974), por su concepción de lo que era el burnout. Su interés se centra en la observación clínica de las manifestaciones sintomáticas. Posteriormente, surgen intentos de evaluación a través de entrevistas estructuradas y métodos proyectivos (J. M<sup>a</sup>. García & Herrero, 2010).

**Tabla 20.**

Instrumentos de medida del burnout.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor/Autores</b>
Indicadores de burnout	(Gillespie, 1980)
Emener-Luck Burnout Scale (ELBOS) – (Escala de burnout de Emener - Luck)	(Emener & Luck, 1980)
Staff Burnout Scale (SBS) – (Escala de burnout del personal)	(Jones, 1980)
Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) (Escala de burnout de profesionales de la salud)	(Jones, 1980)
Maslach Burnout Inventory (MBI) – (Inventario de burnout de Maslach)	(Maslach & Jackson, 1981b)
Tedium Scale (TS) – (Escala de Tedio)	(Pines et al., 1981)
Perceptual Job Burnout Inventory (PJIB)– (Inventario de la percepción del burnout laboral)	(Ford, Murphy & Edward, 1983)
The Gillespie-Numeroff Burnout Inventory (GNBI) – (Inventario de burnout de Gillespie – Numeroff)	(Gillespie & Numeroff, 1984)
Meier Burnout Assessment (MBA) – (Valoración del burnout de Meier)	(Meier, 1984)
Teacher Attitude Scale (TAS) – (Escala de actitud del profesorado)	(Farber, 1984)
Burnout Scale (BS) – (Escala de burnout)	(Kremer & Hofman, 1985)
Burnout Index (BI) – (Índice de burnout)	(Shirom & Oliver, 1986)
Teacher Burnout Scale (TBS) – (Escala de burnout del profesorado)	(Seidman & Zager, 1986)
MBI-Educator Survey (MBI-ES) – (Inventario de burnout de Maslach en educadores)	(Maslach, Jackson & Schwab, 1986)
MBI-Human Services Survey (v. 1) (MBI-SS) – (Inventario de burnout de Maslach en servicios humanos)	(Maslach & Jackson, 1986)
Energy Depletion Index (EDI) – (Índice de deplección de la energía)	(Garden, 1987)

(continúa)

**Tabla 20.** (continuación)  
Instrumentos de medida del burnout.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor/Autores</b>
Burnout Measure (BM) – (Medida del burnout)	(Pines & Aronson, 1988)
Teacher Burnout Questionnaire (TBQ) – (Cuestionario de burnout del profesor)	(Hock, 1988)
Escala de efectos psíquicos del burnout (EPB)	(M. García-Izquierdo, 1990, 1995; M. García-Izquierdo, Llor & Sáez, 1994; M. García- Izquierdo & Velandrino, 1992)
Matthews Burnout Scale for Employees (MBSE) – (Escala de burnout para empleados de Matthews)	(D.B. Matthews, 1990)
Escala de variables predictoras del burnout (EVPB)	(Aveni & Albani, 1992)
Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) – (Cuestionario de burnout de Shirom – Melamed)	(Melamed, Kushnir & Shirom, 1992)
Holland Burnout Assessment Survey (HBAS) – (Valoración del burnout de Holland)	(P. Holland & Michael, 1993)
Cuestionario de burnout del profesorado (CBP)	(Moreno-Jiménez, Oliver & Aragoneses, 1993)
Rome Burnout Inventory (RBI) – (Inventario de burnout de Roma)	(Dell’Erba, Venturi, Rizzo, Porcú & Pancheri, 1994)
Cuestionario sobre el estrés en el lugar de trabajo	(Kompier & Levi, 1995)
Escala de burnout de directores de colegio	(Friedman, 1995)
Maslach Burnout Inventory-General Survey (v.3) (MBI-GS) – (Inventario de burnout de Maslach en muestra general)	(Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996)
Cuestionario breve de burnout (CBB)	(Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana & Miralles, 1997)
Cuestionario de burnout de profesorado-revisado (CBP-R)	(Moreno-Jiménez, Garrosa & González, 2000b)
Cuestionario de desgaste profesional de enfermería (CDPE)	(Moreno-Jiménez et al., 2000a)
Inventario de burnout de psicólogos (IBP)	(Benavides, Moreno-Jiménez, Garrosa & González, 2002)
MBI- Student Survey (MBI-SS) – (Inventario de burnout de Maslach para estudiantes)	(Schaufeli, Salanova, González-Romá & Bakker, 2002)

(continúa)

**Tabla 20.** (continuación)  
Instrumentos de medida del burnout.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor/Autores</b>
Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) – (Inventario de burnout de Oldenburg) Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)	(Demerouti, Bakker, Vardakou, & Kantas, 2003) (Gil-Monte, 2005a)
Cuestionario para la evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en profesionales de la salud (CESQT-PS)	(Gil-Monte, 2005a)
Copenhagen Burnout Inventory (CBI) – (Inventario de burnout de Copenhague) Cuestionario de desgaste profesional médico (CDPM)	(Kristensen, Borrits, Villadsen & Christensen, 2005) (Moreno-Jiménez, Gálvez, Garrosa & Mingote, 2006)

A partir de este momento el desarrollo de la evaluación del burnout se realiza principalmente a través de medidas de autoinforme. En la Tabla 20 se presenta una muestra de los instrumentos más representativos tanto para uso general como para uso específico en determinados grupos profesionales (Alarcón, Vaz & Guisado, 2002; Cañadas, 2012; Fidalgo, 2011; J. M<sup>a</sup>. García & Herrero, 2010; Gil-Monte, 2005a; Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007; Gil-Monte & Peiró, 1997; Martínez, 2010; Quiceno & Alpi, 2007; Rubio 2003; Salanova & Llorens, 2008).

Presentamos a continuación un análisis, algo más descriptivo de algunos de los instrumentos más utilizados (J. M<sup>a</sup>. García & Herrero, 2010; Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007; Gil-Monte & Peiró, 1997; Guerrero & Vicente, 2001; Martínez. 2010):

*a. Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) (Escala de Burnout para profesionales sanitarios).*

Esta escala tiene 30 ítems, con respuestas tipo likert de seis puntos, 20 ítems evalúan el síndrome y 10 integran una escala de sinceridad. En cuanto a datos de consistencia interna los datos lo sitúan en niveles entre  $\alpha$ : .83 y  $\alpha$ : .93. Evalúa el burnout según el modelo de Maslach y Jackson (1981a). Valora cuatro factores: Insatisfacción o Tensión laboral, Tensión psicológica o interpersonal, Consecuencias negativas del

estrés y Relaciones con los pacientes. Mantiene una buena correlación con las escalas Cansancio emocional y Despersonalización del Maslach Burnout Inventory (MBI), pero baja con la escala Realización personal.

*b. Tedium Scale (TS) o Tedium Measure (TM) (Escala de Tedio o Medida del Tedio).*

Esta escala tiene 21 ítems, con respuestas tipo likert de siete puntos. En cuanto a datos de consistencia interna los datos lo sitúan en niveles entre  $\alpha$ : .89 y  $\alpha$ : .94. Evalúa el burnout mediante tres dimensiones: Agotamiento emocional (que incluye sensaciones de depresión), Agotamiento físico (que incluye fatiga, sensación de destrucción y abatimiento) y Agotamiento mental (que incluye sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas). No tiene asociación explícita con el contexto laboral, ya que los autores entendían que el origen puede estar dentro o fuera de este contexto. Esto marca una importante distancia con respecto de la base teórica del MBI. Inicialmente se diseñó para evaluar el tedio o tedium, que tal y como lo conceptualizan los autores pretendía ser un concepto más amplio. Así, el tedio sería el resultado de presiones físicas y psicológicas de carácter crónico mientras que el síndrome de burnout sería el resultado de presiones emocionales de carácter crónico. Inicialmente se indicó que el burnout debería ser un término limitado a los profesionales de ayuda que trabajan con personas (como objeto de su ocupación) y el tedio se aplicaría al mismo fenómeno en profesionales de otras ocupaciones. Esta caracterización del tedio no prosperó y los mismos autores hacen un nuevo planteamiento por el cual el burnout engloba el tedio y así presenta un nuevo instrumento: Burnout Measure (BM), que guarda relación con el MBI, sólo en la escala Agotamiento emocional (Gil-Monte & Peiró, 1997).

*c. Maslach Burnout Inventory (MBI) (Inventario de Burnout de Maslach).*

Es un inventario de 22 ítems, con respuestas tipo likert de siete puntos. Evalúa las tres dimensiones clásicas del burnout, según la propuesta de Maslach y Jackson (1981a), que ha sido la más aceptada y por ello, también, éste ha sido el instrumento más usado. Estas dimensiones son: Agotamiento o Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal en el trabajo o logro personal (también identificada por su polo opuesto, es decir, Falta de autorrealización personal). Los datos de consistencia interna lo sitúan en

niveles que indican un  $\alpha$ : .90 para Cansancio emocional, un  $\alpha$ : .79 para Despersonalización y un  $\alpha$ : .71 para Falta de autorrealización personal.

En los inicios de su propuesta de instrumentos el MBI se aplicaba a profesionales de las áreas de servicios humanos (profesores, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, ...). Pretende obtener de estos profesionales respuestas relacionadas con su trabajo en torno a sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas. La escala tiene una adaptación al español (Seisdedos, 1997) y ha sido validada por Gil-Monte y Peiró (1999b), Gil-Monte (2002, 2005b) y J. M<sup>a</sup>. García, Herrero y León (2007) con diferentes muestras de profesionales. La escala original (MBI), de 1981, comenzó a denominarse MBI-Human Services Survey (MBI-HSS). En 1986 se alude a ellas de forma indistinta. Posteriormente, ante diferentes versiones en función de las profesiones el MBI-HSS se circunscribe a los profesionales de la salud, el MBI-Educators Survey (MBI-ES) para profesionales de la educación y el MBI-General Survey (MBI-GS), de 1996, aplicado a diferentes muestras profesionales. El MBI-GS tiene 16 ítems (frente a los 22 del MBI-HSS), mantiene una estructura tridimensional, pero las escalas se denominan de forma diferente: Eficacia profesional, similar a la de Realización profesional; Agotamiento, se trata de una escala más amplia que la de Agotamiento emocional, al incluir también aspectos del agotamiento físico; y Cinismo que se distancia de la escala de Despersonalización, aunque al igual que ésta pretende evaluar el intento de la persona de distanciarse del trabajo como estrategia de afrontamiento. Los diferentes inventarios han adaptado el enunciado de sus ítems, de forma que en unos se habla de pacientes, en otros de alumnos y en otros en términos más generales, sin especificar el tipo de "usuario" al que se refiere. Utiliza, como es el caso de la adaptación al español de Seisdedos (1997) el término "persona".

*d. Matthews Burnout Scale for Employees (MBSE) (Escala de Burnout para Empleados de Matthews).*

Esta escala tiene 50 ítems, que estiman el burnout como un constructo unidimensional, el rango de respuesta va de 0 a 100, a más alta puntuación mayor es el burnout. En cuanto a datos de consistencia interna los datos lo sitúan en torno a  $\alpha$ : .93. Es útil en el diagnóstico del burnout de los empleados. Evalúa actitudes hacia el trabajo, ajuste de rol, locus de control, estrategias de afrontamiento, ajuste personal y temperamento. Tiene correlación con el MBI.

*e. Cuestionario de Burnout de Profesorado (CBP).*

Este cuestionario tiene 75 ítems, tiene también dos cuestiones abiertas, 11 descriptores de salud física y nueve referencias sociodemográficas o profesionales. Abarca medidas de los antecedentes del burnout relacionadas con el contexto laboral y organizacional, y, además, elementos específicos del síndrome. Su estructura la conforman cuatro factores principales: Estrés, con dos subescalas: estrés de rol y efectos del estrés; Burnout, con tres subescalas: calidad de vida, despersonalización y realización; Desorganización, con dos subescalas: supervisión y condiciones organizacionales; y Problemática administrativa, con dos subescalas: inseguridad y clima. Los datos de consistencia interna indican unos valores entre  $\alpha$ : .64 y  $\alpha$ : .84.

Posteriormente se realiza una revisión del cuestionario que da lugar al Cuestionario de burnout de profesorado-revisado - CBP-R - (Moreno-Jiménez et al., 2000b). Es un cuestionario de 66 ítems, con respuestas en escala de likert de cinco puntos. En este caso se habla de tres factores. Dos factores se relacionan con los antecedentes del burnout son: Desorganización y Problemática administrativa. Un factor se relaciona con las consecuencias: Estrés y burnout. Se mantiene cuestiones relativas a datos sociodemográficos y profesionales. La reducción del número de ítems ha mejorado los datos de consistencia interna que se sitúan entre  $\alpha$ : .61 y  $\alpha$ : .87.

*f. Cuestionario Breve de Burnout (CBB).*

Este cuestionario tiene 21 ítems, con respuestas tipo likert de cinco puntos. Se ha estructurado en tres bloques: el primero se refiere a los antecedentes del síndrome, que incluye las características de la tarea, el tedio y la organización; el segundo se refiere a los elementos del burnout, que incluye las tres dimensiones propuestas por Maslach y Jackson (1981a); el tercero se refiere a las consecuencias del mismo, que incluye consecuencias físicas, consecuencias sobre el clima familiar y el rendimiento laboral. Permite obtener una puntuación global más que específica (por dimensiones) del burnout. También evalúa antecedentes y consecuentes. Los datos de consistencia interna varían entre un  $\alpha$ : .53 para la escala de consecuentes a un  $\alpha$ : .77 para la escala de antecedentes, siendo de un  $\alpha$ : .74 para la escala global del síndrome.

*g. Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE).*

Este cuestionario tiene, inicialmente, 174 ítems, con respuestas tipo likert de cuatro puntos. Posteriormente se consigue reducir el número de ítems a 64 manteniendo la misma estructura factorial. Los datos de consistencia interna indican una oscilación entre  $\alpha$ : .57 y  $\alpha$ : .94. Permite recoger información sobre variables sociodemográficas y profesionales. Evalúa variables que intervienen en el proceso de burnout en la profesión de enfermería, desde un modelo transaccional. Se incluyen variables propias del ámbito organizacional hospitalario. También recoge información sobre las consecuencias del burnout a nivel individual y organizacional. De forma específica incluye una escala de antecedentes, con siete subescalas: la interacción conflictiva, la sobrecarga, el contacto con la muerte y el dolor, la ambigüedad de rol, la monotonía de la tarea, la falta de cohesión y la supervisión; una escala de desgaste profesional con las tres dimensiones clásicas: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal; una escala de personalidad resistente con las tres dimensiones clásicas: el compromiso, el reto y el control; una escala de afrontamiento con tres subescalas: la búsqueda de apoyo social, el afrontamiento directo y la evitación; y una escala de consecuencias, con cuatro subescalas: las consecuencias psicológicas, las consecuencias organizacionales, las consecuencias socio-familiares y las consecuencias físicas. Es un instrumento flexible que puede ser usado para valorar sólo alguna de sus escalas.

*h. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).*

Este cuestionario tiene 20 ítems, con respuestas tipo likert de cinco puntos. Está estructurado en cuatro escalas: Ilusión por el trabajo, Desgaste psíquico, Indolencia y Culpa. Los datos de consistencia interna indican unos valores que oscilan entre  $\alpha$ : .70 y  $\alpha$ : .80. La ilusión por el trabajo se refiere al deseo de la persona por alcanzar las metas laborales ya que son una fuente de realización personal, bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles de burnout. El desgaste psíquico sería el agotamiento emocional y físico por el trato con personas que tienen o causan problemas. La indolencia son las actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización, las personas que puntúan alto en esta dimensión son insensibles ante los problemas de las personas hacia las que trabaja. La culpa es la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas hacia el trabajo. Es un cues-

tionario validado en diferentes ámbitos culturales (Gil-Monte & Figueiredo-Ferraz, 2013; Gil-Monte, Figueiredo-Ferraz & Valdez-Bonilla, 2013; Gil-Monte & Noyola, 2011; Gil-Monte & Olivares, 2011; Gil-Monte & Zúñiga-Caballero, 2010; Mercado & Gil-Monte, 2012; Olivares & Gil-Monte, 2007). Mantiene algunas dimensiones similares al MBI-HSS e incorpora los sentimientos de culpa como síntoma y además se incluyen ítems que permiten evaluar los aspectos cognitivos y físicos del agotamiento y no sólo los emocionales. El instrumento se ha diseñado bajo las premisas del modelo de Gil-Monte (2005a), expuesto en este capítulo. En este modelo el deterioro cognitivo (bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo) y afectivo (altas puntuaciones en Desgaste psíquico) aparece en un primer momento como respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico, y con posterioridad los individuos desarrollarán actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo (altos niveles de Indolencia). La aparición de los sentimientos de culpa es posterior a estos síntomas, pero no la presentan todos los individuos.

A partir del CESQT se han derivado otros instrumentos que se han elaborado de forma específica para algunos grupos profesionales. Así, tenemos, por ejemplo, el Cuestionario para la evaluación del síndrome de estar quemado por el trabajo en profesionales de la salud - CESQT-PS - (Gil-Monte, 2005a) o el Cuestionario para la evaluación del síndrome de estar quemado por el trabajo en profesionales que trabajan con discapacidad - CESQT-PD - (Gil-Monte, Carretero, Roldán & Núñez-Román, 2005).

La versión más reciente del CESQT mantiene las propuestas iniciales (Gil-Monte, 2011).

#### *i. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Inventario de Burnout de Copenhagen).*

Este inventario tiene 19 ítems, con respuesta en escala Likert de cinco puntos. Los datos de consistencia interna lo sitúan en niveles de entre  $\alpha$ : .72 y  $\alpha$ : .93. Evalúa el burnout con una escala tridimensional. La primera escala, Burnout personal, hace referencia a síntomas de agotamiento físico o mental, no siempre vinculados a una particular situación en el trabajo. La segunda escala, Burnout relacionado con el trabajo, hace referencia a síntomas de agotamiento que se dan en el trabajo. La tercera escala, Burnout relacionado con el cliente, hace referencia a síntomas de agotamiento que se dan por la relación que se establece en el trabajo con los clientes del servicio, se aplica a trabajadores de servicios humanos como personal sanitario o de educación.



En la Tabla 21 se presenta un resumen de alguna de las características básicas de los inventarios o cuestionarios de evaluación del burnout que se han descrito anteriormente.

**Tabla 21.**

Características relevantes de algunos instrumentos de medida del burnout.

<b>Inventarios / Cuestionarios</b>	<b>Nº ítems</b>	<b>Tipo de respuesta</b>	<b>Organización (factores o escalas)</b>	<b>Consistencia interna</b>
SBS-HP (1980)	30	Likert, de 6 puntos	Insatisfacción o tensión laboral Tensión interpersonal Consecuencias negativas del estrés Relaciones con los pacientes	Oscila entre $\alpha$ : .83 y $\alpha$ : .93
TS (1981)	21	Likert, de 7 puntos	Agotamiento emocional Agotamiento físico Agotamiento mental	Oscila entre $\alpha$ : .89 y $\alpha$ : .94
MBI (1981)	22	Likert, de 7 puntos	Cansancio emocional Despersonalización Falta de autorrealización personal	Oscila entre $\alpha$ : .71 y $\alpha$ : .90
MBSE (1990)	50	Rango de 0 a 100	Sin factores.	Oscila en torno a $\alpha$ : .93
CBB (1997)	21	Likert, de 5 puntos	Antecedentes Burnout Consecuencias	Oscila entre $\alpha$ : .53 y $\alpha$ : .77
CBP-R (2000)	66	Likert, de 5 puntoS	Consecuencias: Estrés y Burnout Desorganización Problemática administrativa	Oscila entre $\alpha$ : .61 y $\alpha$ : .87

(continúa)

**Tabla 21.** (continuación)

Características relevantes de algunos instrumentos de medida del burnout.

<b>Inventarios / Cuestionarios</b>	<b>Nº ítems</b>	<b>Tipo de respuesta</b>	<b>Organización (factores o escalas)</b>	<b>Consistencia interna</b>
CDPE (2000)	64	Likert, de 4 puntos	Escala de antecedentes Escala de desgaste profesional Escala de personalidad resistente Escala de afrontamiento Escala de consecuentes	Oscila entre $\alpha$ : .57 y $\alpha$ : .94
CESQT (2005)	20	Likert, de 5 puntos	Escala de ilusión por el trabajo Escala de desgaste psíquico Escala de indolencia Escala de culpa	Oscila entre $\alpha$ : .70 y $\alpha$ : .80
CBI (2005)	19	Likert, de 5 puntos	Escala de burnout personal Escala de burnout laboral Escala de burnout por el cliente	Oscila entre $\alpha$ : .72 y $\alpha$ : .93

## 4. APOYO SOCIAL

El apoyo social es, junto a la personalidad y el afrontamiento, otro constructo que se ha relacionado con el estrés y la salud, tanto por sus efectos directos como indirectos (amortiguadores). Se aborda en este capítulo el marco conceptual del apoyo social, identificando algunos de los modelos teóricos desde los que se ha delimitado conceptualmente el apoyo social. También se analizan las relaciones que la evidencia empírica ha establecido entre este constructo con la salud, el estrés, el burnout, así como con el afrontamiento y la personalidad. Y finalmente se describe alguno de los instrumentos de evaluación más frecuentes.

### 4.1 Concepto de apoyo social

El aumento del interés por el apoyo social tiene que ver, en parte, con el cambio de enfoque en lo relativo a los cambios de conceptualización de la enfermedad mental y sus causas. De fenómeno casi exclusivamente intrapsíquico se comienza a valorar la influencia del entorno. De tal manera, se conjuga la importancia de considerar tanto los aspectos personales como ambientales en lo relativo a la salud en general y a la salud mental en particular. La relevancia de los estudios del apoyo social en la prevención de ciertas enfermedades ha determinado el incremento del interés en esta dirección en detrimento del interés que previamente había suscitado el análisis de la integración social. Tal integración está más relacionada con la preocupación por los efectos del aislamiento social. No obstante, aún ambas direcciones de análisis siguen despertando interés en los investigadores.

Desde una perspectiva histórica, ya desde la antigua Grecia se le atribuye a Aristóteles la afirmación de que la amistad era una necesidad humana básica. Esto pone en evidencia la importancia que se le concedía al apoyo social. Con datos científicos, se puede situar el interés por lo social en la salud en las aportaciones de Durkheim, en 1951, en su estudio sobre el suicidio. El autor resalta que el suicidio es más frecuente entre personas con unos lazos sociales frágiles y escasos, de tal manera que el matrimonio y la religión reducen la incidencia de los suicidios (Barrón, 1996; Breva, 2002; Landeta & Breva, 2000).

El progresivo desarrollo de los estudios en torno al apoyo social lleva, sobre los años setenta, a los investigadores a centrarse, por una parte, en las dimensiones emocionales y subjetivas del mismo y, por otra, en los recursos sociales del apoyo. En este contexto cobra especial interés el hecho de constatar como determinadas relaciones sociales pueden prevenir y reducir los efectos negativos del estrés. Tanto Cassel (1976) como Cobb (1976) identifican la importancia de las relaciones interpersonales como moduladoras de la relación entre las situaciones estresantes y sus consecuencias negativas. Para Cassell (1976) los cambios en las condiciones ambientales próximas a la persona alteran su vulnerabilidad a la enfermedad.

Es en lo años ochenta cuando se desarrollan propuestas integradoras sobre diferentes aspectos y enfoques del apoyo social. La importancia del apoyo social puede ser identificada por los tres factores que indican S. Cohen y Syme (1985):

- a. Puede ser concebido como un factor etiológico de ciertos estados de salud o enfermedad.
- b. Puede utilizarse como estrategia para programas de intervención.
- c. Muestra capacidad para relacionar variables psicosociales con la salud - enfermedad y ayuda a entender su interacción.

Los diferentes intentos de conceptualización han dado lugar a una importante cantidad de definiciones del apoyo social que denotan cierta ambigüedad conceptual. En un intento por clarificar este mapa conceptual algunos autores han puesto de manifiesto algunas consideraciones preliminares que deben orientar la tarea de la definición del constructo. House, Umberson y Landis (1988) proponen que se debe diferenciar entre: integración social, que hace referencia, sobre todo, a la existencia de relaciones sociales; red social, que desarrolla las propiedades de los recursos sociales; y contenido relacional, que se refiere a la función y naturaleza de los miembros de la red social. Por su parte, Lin, Dean y Ensel (1986) consideran que los componentes centrales del concepto de apoyo social son, en primer lugar, la presencia de uno de los siguientes niveles: comunitario, redes sociales o nivel íntimo; en segundo lugar, las diversas funciones que cumplen desde una perspectiva estructural, funcional o contextual; y, en tercer lugar, la consideración de su naturaleza objetiva, como apoyo social recibido, o su naturaleza subjetiva, como apoyo social percibido.

De esta forma, el concepto de apoyo social puede ser descrito desde diferentes niveles de análisis, desde diferentes perspectivas y con una dimensión objetiva o subjetiva. Las diferentes definiciones aportadas se han incluido en esta matriz de posibilidades (ver Figura 8).

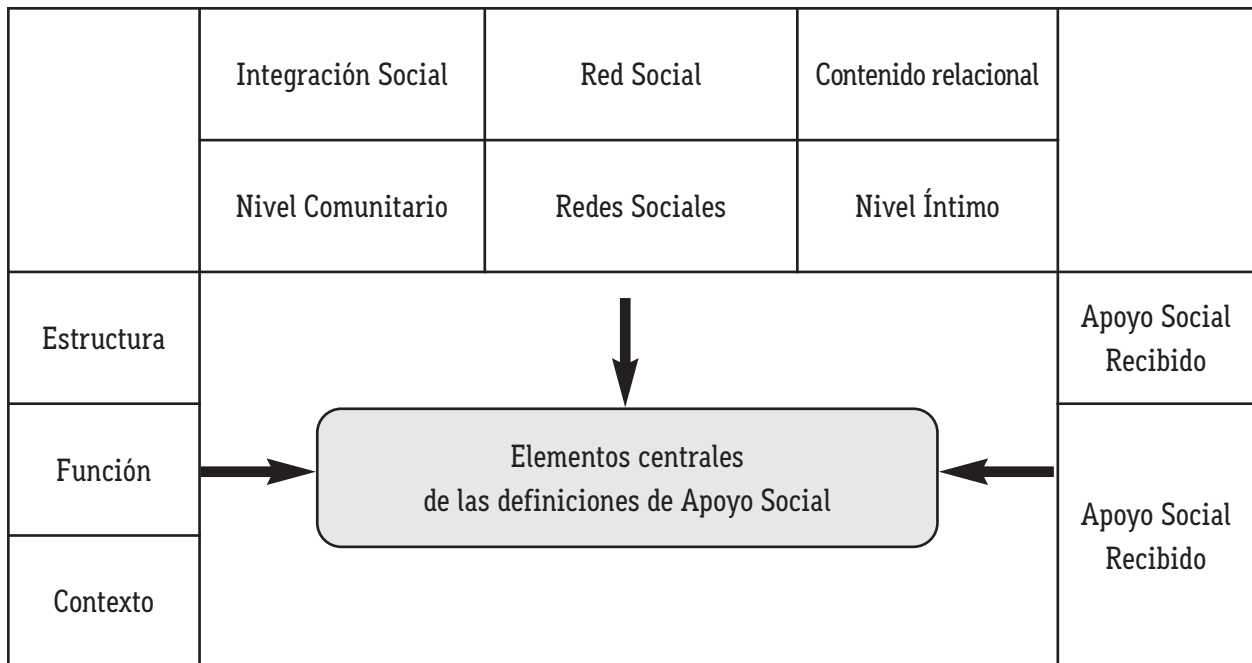


Figura 8. Elementos centrales de las definiciones de apoyo social.

Con relación a los niveles de análisis se indica que el apoyo social se puede representar al menos en tres niveles. A nivel comunitario, se relaciona con la pertenencia a una estructura social más amplia. Se resalta la idea de integración social. A nivel de redes sociales, se relaciona con el vínculo a otras personas. La conforman todas las relaciones sociales que se establecen. Y, por último, a nivel íntimo o redes íntimas, se relaciona con el compromiso y la preocupación por los otros. La conforma las relaciones íntimas que la persona es capaz de establecer que son las más relacionadas con el bienestar y la salud.

Con respecto a los diferentes enfoques que se han adoptado en el estudio del apoyo social se ha establecido una categorización de perspectivas (Antonucci & Jonson, 1994; Barrón, 1996; Breva; 2002; Gómez, Pérez & Vila, 2001):

En la perspectiva estructural, hay una indicación de la cantidad y características de las relaciones sociales que establece la persona. Se centra en el análisis de las condiciones objetivas que caracterizan las redes sociales. Se considera que las redes de relaciones que establece una persona pueden ser beneficiosas para la salud por ello interesa estudiar las características de las mismas como su tamaño, densidad, reciprocidad y homogeneidad. Diferentes estudios parecen indicar que los mejores beneficios son para redes amplias, poco densas, con alta reciprocidad (equilibrio en el intercambio entre las personas) y alta homogeneidad (semejanza de los miembros en un factor específico). Por otra parte, se ha establecido una tendencia a concebir a ciertos sistemas de apoyo como formales (establecidos para la ayuda) y a otros como informales (S. Cohen, 1988). Desde esta perspectiva se analiza lo referido a la integración y participación social.

En la perspectiva funcional, hay una indicación del tipo de recursos que aporta los lazos sociales y las funciones que cumplen. Los recursos que se intercambian pueden ser tanto materiales como simbólicos. Las funciones que se desarrollan son básicamente tres. La primera es la de apoyo emocional, que fomenta el bienestar afectivo y genera una sensación de sentirse querido, lo que ayuda a aumentar la seguridad, que a su vez incide positivamente en la salud. La segunda función es la de apoyo material o instrumental, que es lo que se da o hace para ayudar a resolver problemas prácticos y cotidianos, su utilidad viene dada por ayudar a disminuir la sobrecarga de tareas. La tercera es el apoyo informacional, que son las orientaciones o consejos que se reciben para mejorar la adaptación al contexto en el que se encuentra la persona.

Por último, en la perspectiva contextual, hay una indicación del contexto de la transacción. Da importancia al contexto ambiental y social en el que se recibe o percibe el apoyo social. S. Cohen y Syme (1985) establecen que debe analizarse los siguientes aspectos contextuales, por una parte las características de los participantes, por otra parte el momento en el que se da el apoyo y, por último, la duración y la finalidad. Así, en relación con la salud los datos parecen indicar que el apoyo de la familia es más efectivo que el de los amigos. Y, además, la necesidad del apoyo varía en función del afrontamiento de la situación.

Desde la consideración de los recursos y funciones, se pueden analizar las diferentes definiciones dadas al apoyo social comprobando como algunas de ellas resaltan más unos elementos que otros. Se han planteado definiciones que resaltan la transacción entre los recursos y las funciones. Caplan (1974) define el apoyo social como la guía que unas personas proporcionan a otras y le permiten manejar emocionalmente un suceso

estresante. Johnson y Sarason (1979) lo definen como el grado en que las personas tienen acceso a recursos sociales en forma de relaciones de confianza. House (1981) lo presenta como transacciones interpersonales de diferentes tipos: de interés o apoyo emocional, de ayuda o apoyo instrumental, de apoyo informacional (información para resolver problemas) o de apoyo evaluativo (información para evaluar la propia actuación). Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mullan (1981) lo presentan como a lo que las personas, grupos y organizaciones acceden y usan para abordar las dificultades cotidianas, pero se hace una clara diferenciación entre lo que es el sistema de apoyo y la red de apoyo. Plantean que el apoyo social se recibe no sólo por tener una red amplia de relaciones sino que depende de la frecuencia y sobre todo de la calidad de esas relaciones. Thoits (1982) indica que es el grado de satisfacción de las necesidades sociales básicas por medio de la interacción con otros, que aporta tanto ayuda socioemocional como instrumental. Hobfoll y Stokes (1988) definen el apoyo social como una serie de interacciones o relaciones sociales que ofrecen ayuda o como un sentimiento de conexión hacia una o varias personas que son queridas. Vaux (1988) habla de una interacción y transacción de recursos, dotando al proceso de un carácter interactivo. Para este autor el apoyo social tiene tres elementos conceptuales relacionados en un proceso dinámico de transacciones que se producen entre la persona y el ambiente: recursos de la red de apoyo, conductas de apoyo y las evaluaciones del apoyo. En esta definición se da importancia a las tres perspectivas del estudio del apoyo social. En una línea similar Pérez-García y Sanjuán (2003) afirman que el apoyo social consiste en obtener recursos, tanto materiales como cognitivos o afectivos, por medio de la interacción con otras fuentes de apoyo, como la familia, amistades y otras redes sociales, que permitan disminuir la percepción de amenaza de una situación, aumentar la competencia de afrontamiento de situaciones estresantes y reducir las consecuencias negativas sobre la salud de los incidentes estresantes.

En relación con su naturaleza objetiva vs. subjetiva se identifican dos posibilidades. Por una parte, el apoyo social recibido, que es objetivo y cuantitativo. Es el apoyo que una persona recibe en un momento determinado, por tanto se centra en la disponibilidad del apoyo para un momento dado. Y, por otra parte, el apoyo social percibido, que es subjetivo y cualitativo. Se centra en la percepción de la disponibilidad del apoyo. Tiene un componente afectivo y otro cognitivo evaluativo.

Desde la consideración de este elemento central, se puede analizar las diferentes definiciones dadas al apoyo social. Cobb (1976) lo identifica como una información que lleva a la persona a creer que cuidan de

él, o que lleva a la persona a creer que es estimado o que le lleva a creer que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Caplan (1979) introduce la idea de un apoyo social en cuatro tipos: el apoyo tangible-objetivo, psicológico-objetivo, tangible-subjetivo y psicológico-subjetivo, lo tangible son recursos, lo psicológico son cogniciones, lo objetivo son conductas y lo subjetivo son percepciones. Shumaker y Brownell (1984) lo definen como el intercambio que se da entre dos personas con el objetivo, percibido por el proveedor o receptor, de incrementar el bienestar del receptor. Schwarzer y Leppin (1991) plantean que el apoyo social percibido se ve influido por la personalidad, al punto de poder considerarse una variable de personalidad relativamente estable mientras que el apoyo social recibido sería una variable ambiental, lo mismo que indica Pérez-García y Bermúdez (2011). En la idea del apoyo social percibido como variable de personalidad están también B.R. Sarason, Sarason y Pierce (1990) que lo relacionan con la experiencia de apego. Sin embargo, las propuestas de Vaux (1988) descarta el apoyo social como característica de personalidad para situarlo en un proceso transaccional entre la persona y el entorno. Por su parte, F. Ramos y Buendía (2001) aglutinan parte de las sugerencias que ayudarían a concebir el apoyo social de una forma más amplia y lo definen como la ayuda real o percibida que la persona recibe de las relaciones interpersonales que establece con familiares o de personas cercanas, tanto en un plano emocional como instrumental para una situación específica. Un dato más en cuanto al apoyo social percibido vs. recibido lo aportan Prati y Pietrantonio (2010b) en su meta-análisis entre primeros respondientes a las emergencias. Sus resultados muestran que el apoyo social percibido es más potente que el recibido a la hora de proteger la salud mental.

## 4.2 Modelos teóricos del apoyo social

La trascendencia que el apoyo social comenzó a tener en la salud fue lo que generó el interés por conocer más acerca de cómo actuaba. En un intento por aclarar esos mecanismos comienzan a plantearse diversas teorías enmarcadas en diferentes modelos teóricos. Las investigaciones que se han desarrollado en torno al apoyo social se han aglutinado alrededor de tres perspectivas teóricas:

- a. Efecto directo del apoyo social sobre la salud física y mental.
- b. Efecto directo del apoyo social en la reducción del impacto de los eventos estresantes.



- c. Efecto amortiguador del apoyo social sobre el impacto de los eventos estresantes en la salud de las personas.

Los diferentes estudios se han desarrollado bien desde una acción directa del apoyo social o bien desde una acción amortiguadora. La acción directa que más evidencia ha mostrado, a partir de la revisión de estudios realizada por Gómez et al. (2001), es la del apoyo social sobre la salud más que sobre el ajuste o adaptación al evento estresante. Esta acción directa sobre la salud implica que a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico y a menor nivel de apoyo social mayor incidencia de trastornos. El efecto amortiguador, por su parte, se dirige hacia los eventos estresantes y su impacto en la salud. La acción no se dirige ni hacia la salud ni hacia los estresores sino a la relación entre ambos. Se ha conceptualizado como la hipótesis del efecto amortiguador, según la cual las personas sometidas a estresores sociales tendrán consecuencias negativas cuando su nivel de apoyo social sea bajo y en ausencia de estos estresores el apoyo social no tendrá influencia en la salud. Sin embargo, algunos autores, como R.L. Payne y Jones (1987) indican que la evidencia empírica analizada avala la idea del efecto directo del apoyo social sobre la salud, pero no avala la hipótesis del efecto directo del apoyo social sobre el estrés. Con respecto de la hipótesis del efecto amortiguador existe una mayor confusión. Existen aportaciones tanto a favor como en contra de esta hipótesis. Con respecto de la hipótesis del efector amortiguador, Barrera (1988) realiza una reformulación según la cual la relación entre el estrés y la salud es curvilínea. De ahí se deriva su planteamiento con relación al efecto del apoyo social sobre el estrés. El apoyo social no disminuye de forma significativa el nivel de estrés cuando éste está extremadamente alto y por contra en las personas con bajo nivel de apoyo social, éste no se elevará por el aumento del nivel de estrés.

Además de este posicionamiento teórico del efecto directo o amortiguador del apoyo social, también la literatura científica en torno a este constructo destaca la relevancia que tiene diversos modelos teóricos planteados. Seguidamente se describen algunos modelos teóricos explicativos del apoyo social. El planteamiento de estos modelos ha propiciado el desarrollo de estrategias de intervención (ver Tabla 22) (Barrón, 1996; Breva, 2002; Domínguez, 2006; Gómez et al., 2001; Landeta, 1999):

**Tabla 22.**

Algunos modelos teóricos explicativos del apoyo social.

<b>Autor / Autores</b>	<b>Modelo</b>
Dohrenwend y Dohrenwend (1981)	Modelo de victimización Modelo de tensión – estrés Modelo de vulnerabilidad Modelo de la carga aditiva Modelo de la carga crónica Modelo de la propensión
House (1981)	Modelo de los efectos principales del apoyo social sobre la salud Modelo de los efectos principales del apoyo social sobre el estrés Modelo de amortiguamiento
Barrera (1986)	Modelo de movilización del apoyo social Modelo de búsqueda de apoyo Modelo de deterioro del apoyo Modelo aditivo o de efectos directos Modelo de prevención del estrés
Lin (1986) y Ensel y Lin (1991)	Modelo independiente Modelo de supresión del estrés Modelo de condicionamiento del estrés Modelo de deterioro Modelo opuesto Modelo protector
S. Cohen (1988)	Modelos genéricos Modelos centrados en el estrés Modelos de proceso psicosocial

Los modelos que plantean Dohrenwend y Dohrenwend (1981) se desarrollan en un contexto de interacción entre la situación de la persona, los recursos personales y los eventos vitales. Describen seis modelos:

- a. Modelo de victimización. Plantea que la suma de sucesos vitales estresantes extremos en una persona le pueden causar una patología.
- b. Modelo de tensión – estrés. Indica que los procesos fisiológicos actúan de mediadores entre el impacto de los sucesos vitales y su influencia en la enfermedad.
- c. Modelo de vulnerabilidad. Muestra que tanto las variables de personalidad como el contexto social moderan la relación causal entre sucesos vitales y patología.
- d. Modelo de la carga aditiva. Sugiere que las disposiciones personales y sociales contribuyen como causa a la patología.
- e. Modelo de la carga crónica. Señala que las disposiciones personales y sociales causan patología.
- f. Modelo de la propensión. Plantea un círculo vicioso en el que los desórdenes psicológicos generan sucesos vitales estresantes y estos incrementan la patología.

Por su parte, House (1981) señala que el apoyo social neutraliza el estrés y, además, protege y promueve la salud de tres formas:

- a. Modelo de los efectos principales del apoyo social sobre la salud.
- b. Modelo de los efectos principales del apoyo social sobre el estrés.
- c. Modelo de amortiguamiento del apoyo social sobre el efecto que el estrés genera en la salud.

Barrera (1986) plantea que a pesar de la diversidad conceptual que caracteriza al apoyo social puede generarse una clasificación en tres categorías generales: integración social, apoyo social percibido y apoyo realizado. Con esta taxonomía se puede intentar organizar el contexto conceptual y dirigir la evaluación del apoyo social. Pero se hace necesario enmarcar esta propuesta bajo la premisa de algún modelo teórico. Su planteamiento le lleva a generar algunas alternativas al modelo de amortiguamiento del estrés. Parte de la idea de idear unos modelos más estrechos para identificar la relación específica entre los conceptos de apoyo social y las variables de estrés y distrés. El autor indica que una forma de estructurar la revisión de

los efectos del apoyo social es en base a las relaciones, calificadas éstas como positivas o negativas, del apoyo social con el estrés y el distrés.

- a. Modelo de movilización del apoyo social. Presenta una relación positiva entre sucesos vitales estresantes y apoyo, el cual se relaciona negativamente con el distrés. Se refiere al apoyo realizado. La presencia de sucesos estresantes dispara la movilización hacia la realización del apoyo.
- b. Modelo de búsqueda de apoyo. Presenta una relación positiva entre los eventos vitales, el distrés y el apoyo social realizado. Tiene cierta similitud con el modelo médico de búsqueda de cuidados ante el inicio de una sintomatología que lleva a solicitar asistencia médica.
- c. Modelo de deterioro del apoyo. Los eventos estresantes tienen una relación negativa con el apoyo percibido, que a su vez, tiene una relación negativa con el distrés. Así, los sucesos vitales estresantes tienen una relación positiva con el distrés.
- d. Modelo aditivo o de efectos directos. Plantea una relación negativa entre la integración social y el distrés, así como una relación positiva entre los eventos vitales estresantes y el distrés.
- e. Modelo de prevención del estrés. El apoyo social previene la aparición de condiciones estresantes o reduce la probabilidad de que los sucesos vitales sean percibidos como estresantes. Se refiere al apoyo percibido.

En un análisis del proceso de estrés Lin (1986) y Ensel y Lin (1991) estudian algunos modelos causales de este proceso e incluyen el análisis de los recursos psicológicos y sociales. Sus resultados indican que estos dos recursos pueden evitar o ayudar a manejar las consecuencias del estrés. Es decir, pueden tener una función preventiva o un papel activo en el afrontamiento. La función preventiva puede realizarse de tres formas: una, reduciendo el malestar (modelo independiente), otra, reduciendo la probabilidad de afectación por los estresores (modelo de supresión del estrés) y, la última, aumentando el malestar por ausencia de recursos y presencia de estresores (modelo de condicionamiento del estrés).

En la interacción entre los recursos y los estresores, se pueden dar diferentes reacciones: un debilitamiento de los recursos por la acción de los estresores (modelo de deterioro); un efecto directo de los estresores sobre el malestar y sobre los recursos para movilizarlos (modelo opuesto); y un efecto directo de los estresores sobre el bienestar sin participación de los recursos (modelo protector).

S. Cohen (1988) realiza una taxonomía de modelos de apoyo social en función de los efectos que éste tiene en la salud y la enfermedad. Plantea tres categorías (ver Tabla 23):

**Tabla 23.**

Taxonomía de modelos teóricos del apoyo social de S. Cohen (1988).

<b>Modelos genéricos</b>	<b>Modelos centrados en el estrés</b>	<b>Modelos de proceso psicosocial</b>
	Modelo de efecto directo	Modelos basados en la información Modelos basados en la identidad y autoestima Modelos basados en la influencia social Modelos basados en los recursos tangibles
	Modelo de efecto amortiguador	Modelos basados en la información Modelos basados en la identidad y autoestima Modelos basados en la influencia social Modelos basados en los recursos tangibles

Según esta taxonomía, en los modelos genéricos, hay una relación entre el apoyo social y la enfermedad por medio de tres aspectos diferentes. Por un lado, por su influencia sobre los patrones de conducta de incremento o reducción del riesgo, con el siguiente esquema: apoyo → conducta → enfermedad. Por otro lado, por sus efectos sobre las repuestas biológicas, sobre todo la neuroendocrina, inmunitaria y hemodinámica, relacionadas con la enfermedad, con el siguiente esquema: apoyo → respuesta biológica → enfermedad. Y, finalmente, por una convergencia de ambos cuando los efectos de una conducta sobre la enfermedad está mediada por la respuesta biológica, con el siguiente esquema: apoyo → conducta → respuesta biológica → enfermedad.

Con respecto de los modelos centrados en el estrés, éstos indican que hay una relación entre el apoyo social y el estrés, fundamentalmente siguiendo dos tipos de efectos. Un efecto directo o principal, según el cual, el apoyo social tiene efectos positivos o directos sobre la salud, con independencia del nivel de estrés. A mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico. A menor nivel de apoyo social mayor incidencia de trastornos, con independencia de los estresores. Los datos indican que un incremento del nivel de apoyo

social producirá una mejora de la salud, sólo cuando los niveles iniciales de apoyo social son bajos. El segundo efecto descrito es el efecto amortiguador o protector, por el que el apoyo social tiene efectos positivos cuando se está bajo estrés. Es un moderador de la acción de los sucesos vitales estresantes. Sin la presencia de estos sucesos estresores el apoyo social no influye en la salud.

Finalmente, la taxonomía de S. Cohen (1998) también menciona los modelos de proceso psicosocial. Según estos modelos hay una mediación psicosocial en la relación entre apoyo social y salud. Evalúan los procesos biológicos y psicológicos de esta relación. Estos modelos psicosociales están basados en la información, en la identidad y autoestima, en la influencia social y en los recursos tangibles. Además, se sitúan dentro del planteamiento del efecto directo o principal, o dentro del planteamiento del efecto amortiguador.

Los modelos de proceso psicosocial, dentro de la propuesta del efecto directo, indican que el apoyo social se da por el efecto acumulativo de las interacciones sociales, de forma que quien tiene muchas relaciones puede estar mejor integrado. Por el contrario, la ausencia de apoyo social es, en sí mismo, un estresor. En este contexto, se propone una serie de modelos por los cuales las redes sociales y la integración social pueden llegar a influir en la recuperación de las enfermedades:

- a. Modelos basados en la información. Las redes sociales amplias permiten acceder a múltiples fuentes de información. La información puede ayudar a evitar el riesgo y adoptar estilos de vida saludables.
- b. Modelos basados en la identidad y autoestima. La integración social promueve un aumento de la identidad personal y la autoestima. Se concibe que la integridad social genera un sentimiento de predictibilidad que genera estabilidad y por otra parte se plantea que el aislamiento social supone un aspecto perjudicial para la persona.
- c. Modelos basados en la influencia social. La integración social implica un cierto sometimiento a normas y presiones. Si éstas promueven conductas de salud la integración social la fomentará.
- d. Modelos basados en los recursos tangibles. La red social previene de trastornos al proveer de recursos materiales que ayudan a tener mejor salud.

Los modelos de proceso psicosocial, dentro de la propuesta del efecto amortiguador, indican que el apoyo social puede influir entre los sucesos vitales estresantes y la reacción de estrés al generar recursos que permiten una reevaluación de la amenaza o de la capacidad de afrontamiento. También puede ejercer su acción sobre la experiencia de estrés y el inicio de la patología reduciendo la reacción de estrés o influyendo en los procesos fisiológicos. De igual manera, se proponen una serie de modelos por los cuales se puede llegar a influir en la evaluación de una situación como estresante, disminuyendo la reactividad al estrés o facilitando la realización de conductas saludables:

- a. Modelos basados en la información. El apoyo social proporciona información sobre sucesos estresantes concretos. La información es sobre el estresor específico y sobre cómo poder afrontarlo. Por lo tanto, favorece la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adecuadas. Basta con que el apoyo social sea percibido.
- b. Modelos basados en la identidad y autoestima. La adecuada resolución de los problemas supone una mejora de la autoestima.
- c. Modelos basados en la influencia social. Se repite la idea de la presión que ejerce el sistema para que se actúe de una determinada manera ante el estrés.
- d. Modelos basados en los recursos tangibles. La disponibilidad de recursos puede ayudar a evitar que se produzca el suceso estresante o a garantizar un mejor afrontamiento del mismo o a lograr un adecuado mantenimiento de la salud tras terminar el episodio estresante.

S. Cohen y McKay (1984) proponen la hipótesis de la especificidad por la que el apoyo social es efectivo cuando se ajusta a la tarea a solucionar. Ante estresores específicos se precisa de una ayuda específica. El ajuste implica tener en cuenta aspectos como la cantidad de apoyo a brindar, el momento en el que se brinda y el origen de ese apoyo. Pero también se precisa conocer, al brindar apoyo, como valora o evalúa la persona, a quien se va a apoyar, el estresor en cuestión. Así, puede resultar útil la propuesta de Cutrona y Russell (1990) que sugieren que se precisa adecuar el apoyo en función de ciertas dimensiones de los sucesos vitales como su controlabilidad, duración o área de ocurrencia. Su propuesta puede verse resumida en la Tabla 24.

**Tabla 24.**

Dimensión de los sucesos vitales, según Cutrona y Russell (1990).

<b>Dimensión de los sucesos vitales</b>		<b>Tipo de apoyo</b>
Controlabilidad	Controlable	Apoyo social que fomente el afrontamiento centrado en los problemas
	No controlable	Apoyo social que fomente el afrontamiento centrado en las emociones
Duración	De larga duración	Apoyo emocional
Área de ocurrencia	Afectación de los recursos de la persona	Apoyo instrumental o material
	Afectación de las relaciones sociales	Integración social
	Afectación de los roles sociales	Integración social
	Afectación de los logros personales	Apoyo de autoestima

En esta línea de especificidad del apoyo social, la propuesta de Hobfoll y Vaux (1993) defiende la teoría de Hobfoll de la Conservación de los Recursos (Conservation of Resources, COR), la cual se basa en el principio motivacional de que las personas luchan por obtener, conservar y proteger aquello que valoran. Lo valorado son recursos que incluyen tanto cuestiones materiales como características personales. Desde este principio el estrés sucede cuando se pierden recursos, cuando los recursos se ven amenazados o por invertir recursos sin obtener resultados. Con estos argumentos el apoyo social se plantea como un proceso dinámico de transacción entre las personas y sus redes sociales en un contexto ecológico. Las personas luchan por conservar el apoyo social porque tanto éste como los recursos personales forman parte de su identidad. Se utiliza el apoyo social para tratar con las demandas y para conseguir sus objetivos, por lo que las personas se preocupan por mantener activa su red de relaciones sociales. Si las personas tienen la necesidad de ajustar sus recursos a la tarea, aquellas ricas en recursos tendrán una gran variedad dentro de los que escoger. En relación con el bienestar los autores destacan la pertinencia del apoyo emocional.



## 4.3 Apoyo social, salud, estrés y burnout

### 4.3.1 Apoyo social y salud

El estudio teórico del apoyo social nace vinculado directamente a sus efectos sobre la salud (física y mental) y sobre el estrés (estresores). Con respecto de la salud, los datos parecen avalar tanto la acción directa como la acción amortiguadora del apoyo social sobre la salud. Se han realizado diversos estudios al respecto. De la revisión de estudios realizada por LaRocco, House y French (1980) se obtiene apoyo a la hipótesis del efecto amortiguador del apoyo social sobre variables de salud mental (como ansiedad y depresión) y sobre variables de salud física. Destacan sobre todo la aportación del apoyo emocional y el apoyo social percibido. Por otro lado, a través de estudios prospectivos se comprueba el efecto que el apoyo social ejerce sobre la morbilidad y mortalidad. Los datos indican que la mortalidad fue mayor entre las personas que tenían bajos niveles de apoyo social, por el contrario en las personas con mayor nivel de interacción social la mortalidad era menor (Berkman, 1985; Berkman & Syme, 1994; S. Cohen, 1988; Gómez et al., 2001; Uchino, 2006).

Por su parte, Gómez et al. (2001), tras realizar una revisión de diversos estudios, concluyen que los datos epidemiológicos muestran que las enfermedades físicas y mentales son mayores cuando aspectos estructurales (baja integración social, ruptura de las redes sociales, etc.) y funcionales (escasez de interacciones sociales de apoyo) del apoyo social están afectados. El matrimonio (sin conflictos) se asocia con mejores respuestas del sistema inmunológico.

También, Pérez-García y Sanjuán (2003) realizan una revisión de estudios y de ellos obtienen que con respecto de los grupos de apoyo de pacientes de determinadas enfermedades crónicas, éstos se convierten en una fuente de información específica sobre estrategias de afrontamiento efectivas de la enfermedad además de servir de fuente de apoyo emocional. El apoyo social mejora el pronóstico y recuperación de la enfermedad y, también, favorece el cambio de hábitos de conducta hacia conductas más saludables. Además, afirman que la pertenencia a una pareja estable se relaciona con una menor tasa de mortalidad, más específicamente el estatus matrimonial protege en mayor medida a los hombres que a las mujeres.

En la línea de las diferencias de género, otros estudios muestran que en las mujeres se da una mayor correlación entre un apoyo social percibido bajo y ansiedad y depresión en comparación con los hombres (Matud, Carballeira, López, Marrero & Ibáñez, 2002).

La revisión de estudios realizada por Uchino (2006) en relación con el apoyo social y los cambios en la función cardiovascular, neuroendocrina e inmunológica plantean que el apoyo social está relacionado de forma positiva con un funcionamiento positivo de estas funciones. Con respecto a la función cardiovascular se confirma la idea de que el apoyo social amortigua el daño potencial del aumento de la reactividad cardiovascular por el estrés, sobre todo se constata su relación con tasas baja de tensión arterial y con niveles bajos de aterosclerosis. Schwarzer y Rieckmann (2002), Schwarzer, Knoll y Rieckman (2004) y Schwarzer y Knoll (2010) en una revisión sobre la enfermedad cardiovascular destacan el papel de la integración social y el apoyo social. De tal manera que las personas con una buena integración social y apoyo social están más saludables y viven más. Por el contrario, los incidentes cardíacos son más frecuentes en las personas aisladas socialmente y sin apoyo. El apoyo instrumental y la integración social son cruciales para los cambios en las conductas de salud y su mantenimiento en el tiempo. El impacto del apoyo emocional en la enfermedad está mediado por procesos neuroendocrinos e inmunológicos. En relación con la función neuroendocrina, los resultados no son tan consistentes como con la función cardiovascular, pero indican un menor nivel de catecolaminas (en sangre y orina) y cortisol (en sangre y en saliva) por efecto del apoyo social. Con respecto de la función inmunológica, se indica que el apoyo social se relaciona con una respuesta inmunológica más fuerte, sobre todo en adultos. Se destaca, sobre todo, la relación entre el apoyo social y las células asesinas naturales (capaces de reconocer y destruir células tumorales) y con la presencia de anticuerpos.

Ahondando en las diferentes aproximaciones en relación con el apoyo social y la salud cabe destacar las aportaciones de Barrón y Sánchez (2001) que resaltan la importancia de las variables socioestructurales en la salud, concretamente la posición social y la integración comunitaria. En su modelo general de salud mental, el bienestar psicológico y la salud mental están mediadas por el apoyo social, que media ante el estrés y la alienación derivadas desde la posición social que se ocupa. Sus resultados indican que existe una relación positiva entre posición social e integración social, de forma que las personas que ocupan posiciones más ventajosas gozan de una mayor integración social. Las personas más integradas en su comunidad perciben mayor

apoyo psicológico, lo que repercute beneficiosamente sobre su salud mental. En esta línea, Lin, Ye y Ensel (1999) plantean un modelo conceptual en el que relacionan el aspecto estructural del apoyo (identificado como pertenencia, red de relaciones y lazos íntimos) y el aspecto funcional (identificado como apoyo percibido vs. actual, apoyo instrumental vs. expresivo y apoyo rutinario vs. no rutinario) con la salud mental. De este modelo derivan un efecto secuencial del apoyo estructural sobre el humor deprimido y, además, el apoyo funcional media entre ambos. También en la idea del apoyo social como factor de resiliencia ante las secuelas de los eventos traumáticos está las aportaciones de Prati y Pietrantonio (2010a). Por su parte, Meyer et al. (2012) afirman que el bajo apoyo social percibido se relaciona con un mayor nivel de síntomas clínicos significativos manifestados en la muestra de su estudio.

Una última consideración en la relación entre el apoyo social y la salud se refiere a los posibles efectos negativos de esta relación. Se da sobre todo cuando las personas que conforman la red social de apoyo ofrece modelos inadecuados de conducta o cuando las conductas de apoyo ofrecidas no fomentan la comunicación y trivializan el problema (Barrón, 1996).

#### **4.3.2 Apoyo social y estrés**

Con respecto del estrés, existe una versión, comúnmente, aceptada de que las relaciones interpersonales interfieren en los efectos potencialmente negativos de un estresor. Lo hace al mediar en la evaluación primaria y secundaria del potencial daño del estresor y presentarlo de forma más benigna. Esto está en concordancia con las aportaciones de Lazarus y Folkman (1986). Se destaca aquí la función informativa del apoyo social que se deriva de la teoría de la Comparación Social de Festinger (S. Cohen & McKay, 1984).

La vinculación del apoyo social con el estrés está impregnada de las propuestas del modelo transaccional del estrés. S. Cohen (1992) añade a este modelo algunos antecedentes a los sucesos estresantes como la red social. Ésta puede actuar generando o evitando algunos de los sucesos estresores, tanto por las normas que impone como por la información que puede aportar o por el tipo de relaciones interpersonales que se establece. También se añade la acción del apoyo social percibido, que el autor valora desde la hipótesis de amortiguación del apoyo social, además relaciona este apoyo con la personalidad. Se valora el apoyo social como una variable de personalidad que genera cambios en el autoconcepto. Algunos datos van en la línea de iden-

tificar una relación entre altos niveles de apoyo percibido con características como competencia social, locus de control interno y baja ansiedad. La percepción por parte de la persona del apoyo social influye en su evaluación primaria, secundaria y en la reevaluación. El modelo también indica que las conductas de apoyo se vinculan a aspectos positivos o negativos. Se refiere a la búsqueda, la percepción (del receptor) o la provisión del apoyo (del proveedor). Las características de personalidad son importantes tanto en quién proporciona el apoyo como en quién lo recibe.

Otros dos modelos de estrés, vinculados a la propuesta transaccional, han incluido el apoyo social. En el primero, el modelo multifactorial interactivo del proceso de estrés de Carrobbles (1996), el apoyo social se incluye como una variable amortiguadora del estrés, tanto sobre la experiencia de estrés (atenuándola), como sobre las habilidades de afrontamiento (potenciándolas), o sobre la situación de estrés (reduciéndola o eliminándola). En el segundo, el modelo procesual del estrés de Sandín (2008b), se incluye tanto el apoyo social como el nivel socioeconómico y las redes sociales. Se valora el apoyo social como un recurso de afrontamiento y se relaciona con las acciones de otras personas para proveer ayuda instrumental, emocional o informativa. Destaca el papel del apoyo social percibido.

En esta misma línea transaccional, algunos estudios ponen de manifiesto que el apoyo social incide en la relación entre el estrés y la patología de diferentes formas. Según House (1981) lo hace por medio de una evaluación primaria positiva respecto del estresor, disminuyendo la reactividad neuroendocrina y facilitando la acción de conductas de salud. Según S. Cohen y Syme (1985) lo consigue modificando la evaluación primaria o secundaria de los sucesos vitales estresantes y eliminando o reduciendo las reacciones de estrés. Y, según Vaux (1988) lo realiza por medio de una acción protectora de las conductas de apoyo sobre los estresores, reduciendo la importancia del estresor (evaluación primaria), provocando una evaluación más realista de los recursos, aportando un apoyo emocional paliativo y generando distracción cuando no se puede evitar ciertas dificultades. Por otra parte, de la revisión de estudios de Gómez et al. (2001) se extrae que la percepción del apoyo, por sí solo, protege de los efectos patógenos de los eventos estresantes.

Finalmente, de los estudios revisados por Barrón (1996) sobre la relación del apoyo social y el estrés se extraen al menos dos conclusiones. La primera es que los efectos directos son más probables de observar cuando los estresores han sucedido hace tiempo, cuando se evalúa los aspectos estructurales del apoyo social

y cuando se evalúa el apoyo social percibido. Y, la segunda, es que los efectos amortiguadores son más probables de observar cuando los estresores son recientes, cuando se evalúa los aspectos funcionales del apoyo social y cuando se evalúa el apoyo social recibido. Barrón y Sánchez (2001) indican que el apoyo social es una variable mediadora del papel del estrés en el deterioro psicológico y la depresión. Por su parte, Brea (2002) participa de la idea de que los aspectos estructurales del apoyo como la integración social se vinculan con los efectos directos y además esta integración supone una variable de predicción de la salud a largo plazo.

### 4.3.3 Apoyo social y burnout

Dentro del estudio de la relación entre el apoyo social y el estrés, se ha estudiado la implicación del apoyo social con el estrés laboral y con el burnout, como una forma de estrés crónico. Los estudios han comprobado como actúa el apoyo social en la relación entre el estrés y el burnout. También en este caso se han propuesto dos modelos explicativos de la acción del apoyo social sobre el burnout (Gil-Monte, Carretero & Roldán, 2005). El primero se refiere al efecto directo por el que el apoyo social, si está presente, sería capaz de mejorar el burnout, o bien empeorarlo si el apoyo social está ausente. La falta de apoyo social en el trabajo es una variable del contexto laboral que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el burnout aumentando su nivel (Gil-Monte & Peiró, 1997). Se fundamenta en que la percepción de apoyo social en el trabajo disminuye el agotamiento emocional, la despersonalización y aumenta la realización personal en el trabajo (Gil-Monte & Peiró, 1997; Greenglass, Burke & Konarski, 1997; Hendrix & Cantrell, 1988; R. Jenkins & Elliot, 2004; Zellars & Perrewé, 2001). El segundo modelo es el de amortiguación o modulación por el que el apoyo social en el trabajo puede influir sobre el propio estrés o sobre su valoración por parte de la persona, de forma que la influencia de los estresores será menor y con ello se amortiguan sus efectos negativos (Ben-Zur & Michael, 2007; Himle, Jayaratne & Thyness 1991; Luszczynska & Cieslak, 2005; Pines, Ben-Ari, Utasi & Larson 2002; Pozo-Muñoz, Salvador-Ferrer, Alonso-Morillejo & Martos-Méndez, 2008; Yildirim, 2008).

Para algunos autores estos efectos no han sido fáciles de evidenciar con los datos empíricos. Según Gil-Monte, Carretero y Roldán (2005) la modulación del apoyo social tiene más dificultades para mostrar evidencias consistentes aunque mejora cuando se analizan componentes específicos del mismo.

En líneas generales, la valoración de los efectos del apoyo social en el trabajo sobre el burnout precisa considerar los efectos directos que se ejerce sobre el estrés percibido (reduciendo el estresor), los efectos directos sobre el síndrome y el efecto modulador entre el estrés percibido y el síndrome (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Por otra parte ha habido interés por determinar el tipo de apoyo y las fuentes de apoyo más representativas en el mundo laboral, con la intención de orientar mejor las intervenciones para prevenir o reducir el burnout en las organizaciones. En cuanto a los tipos de apoyo social se han encontrado evidencias a favor del apoyo instrumental informativo más que para el apoyo emocional (Himle et al., 1991; Pozo-Muñoz et al., 2008). En otras ocasiones, la evidencia favorece la acción del apoyo instrumental, informativo y emocional (Greenglass et al., 1997) y en otros estudios se destaca el papel del apoyo emocional (Kahn, Schneider, Jenkins-Henkelman & Moyle, 2006; Pines et al, 2002; Zellars & Perrewé, 2001). El apoyo emocional ha sido especialmente valorado por Zellars y Perrewé (2001), para estos autores este tipo de apoyo social es una estrategia de afrontamiento multidimensional con, al menos, cuatro dimensiones: comunicación positiva, comunicación negativa, comunicación no referida al trabajo y comunicación empática. La participación en conversaciones con un contenido positivo está significativamente asociada con la reducción de los niveles de las tres dimensiones del burnout (Agotamiento emocional, Despersonalización y Falta de realización personal). La participación en conversaciones que reflejan empatía hacia los pensamientos y sentimientos de los compañeros se asocia con incrementos en la percepción de realización personal en el trabajo. Las conversaciones con contenido negativo se asocian con incrementos en las tres dimensiones del burnout.

Con respecto a las fuentes para el apoyo social en el trabajo parece repetirse la idea de clasificarlas en función de que sean un apoyo de dentro de la organización, recibido en el lugar de trabajo (interno a la organización) y referido a problemas del trabajo y otro más general (externo a la organización) referido a aspectos de las relaciones sociales. La fuente interna que más sobresale es la de los compañeros de trabajo (Ben-Zur & Michael, 2007; Greenglass et al., 1997; Hudek-Knezevic et al., 2006; R. Jenkins & Elliot, 2004; Kay-Eccles, 2012; Pozo-Muñoz, et al., 2008; Sundin, Hochwälder, Bildt & Lisspers, 2007) aunque también se menciona a los supervisores (Eriksson et al., 2009; Lambert, Altheimer & Hogan, 2010; Luszczynska & Cieslak, 2005). Algunos resultados indican que ambas fuentes pueden ser importantes. Para Sand y Miyazaki (2000) y Eriksson et al. (2009) ambos tipos de apoyo social (interno – externo, a la organización) se asocian

con niveles bajos de burnout. Halbesleben (2006, 2011) realiza un meta-análisis sobre las fuentes del apoyo social con relación al burnout, bajo las premisas del modelo de conservación de los recursos de Hobfoll y Freedy (1993). Detecta que empleando las fuentes de apoyo social (internas al trabajo y externas) como moderadoras, aparece que la relación entre las fuentes de apoyo social relacionadas con el trabajo están más estrechamente relacionadas con Agotamiento emocional, debido a su relación más directa con las demandas laborales. Mientras que las fuentes de apoyo social externas están más relacionadas con Despersonalización o Realización personal en el trabajo. En esta línea, Yildirim (2008) muestra que las fuentes de apoyo social internas (como directores y compañeros de trabajo) se han relacionado de forma significativa con las tres dimensiones del burnout. Por su parte, las fuentes externas como la esposa lo hacen con Realización personal y la familia con Realización personal y Agotamiento emocional. Para Devereux et al. (2009) el apoyo interno modera el impacto de las demandas del trabajo en la realización personal. Para Lambert et al. (2010) las fuentes de apoyo internas tienen un efecto significativo y diferencial en las dimensiones del burnout. Sobre Agotamiento emocional incide el apoyo de la organización y el apoyo de los supervisores. Sobre Despersonalización actúa el apoyo de los supervisores y de los compañeros de trabajo. Y sobre Realización personal en el trabajo interviene el apoyo de los compañeros de trabajo.

En líneas generales, la revisión de la literatura permite establecer una relación negativa y significativa entre diferentes fuentes de apoyo social internas en el trabajo y el burnout, aunque Koniarek y Dudek (1996) plantean que el papel del apoyo social en la determinación del nivel de los componentes del burnout varía de acuerdo al tipo y alcance del apoyo. En cuanto a las dimensiones del burnout la tendencia es hacia una correlación negativa con Agotamiento emocional y Despersonalización y positiva con Realización personal en el trabajo (Hamaideh, 2011), aunque en ocasiones estos resultados tienen matices. Hay estudios en los que sólo se puede destacar la relación negativa del apoyo social con Agotamiento emocional (R. Jenkins & Elliot, 2004), otros en cambio destacan esa relación negativa con Despersonalización (Greenglass et al., 1997). Para Hudek-Knezevic et al. (2006) el apoyo social de los compañeros de trabajo predice de forma negativa Agotamiento emocional y de forma positiva Realización personal en el trabajo.

De la revisión de estudios realizada por F. Ramos y Buendía (2001), en la línea de algunos de los resultados hasta ahora mostrados, se extrae la idea de que el apoyo social bajo es un riesgo para sufrir bur-

nout. Aspectos estructurales del apoyo social como las relaciones con los compañeros de trabajo son importantes en la aparición del burnout. Los aspectos funcionales más destacados en relación con la protección del burnout son lo emocional, lo instrumental y lo informativo del apoyo.

## **4.4 Apoyo social, afrontamiento y personalidad**

### **4.4.1 Apoyo social y afrontamiento**

Las relaciones entre el apoyo social y el afrontamiento se han analizado de forma conjunta con las que se establecen entre el apoyo social y el estrés. Si se extraen las conclusiones más específicas relacionadas con el afrontamiento, algunos autores consideran el apoyo social como una respuesta de afrontamiento o como un recurso personal. Como respuesta de afrontamiento se refiere a la recepción de las conductas de apoyo de otras personas de la red social. Como recurso personal podría funcionar como apoyo instrumental, apoyo informativo y apoyo emocional (Fondacaro & Moos, 1987; Morán, 2005a; G.R. Pierce, Sarason & Sarason, 1996; Rodríguez-Marín, Pastor & López-Roig, 1993; Thoits 1986, 1995). De forma más concreta, Thoits (1986, 1995) ve cierta analogía entre ambos constructos ya que más o menos son el mismo comportamiento solo que el afrontamiento lo inicia la misma persona y el apoyo social lo inician otros. Se concibe una complementariedad entre el afrontamiento y el apoyo social. Esto es compartido por Fondacaro y Moos (1987) que plantean dos modelos de complementariedad. En un modelo el apoyo social percibido tiene influencias en el afrontamiento a través de la información, asesoramiento o simple refuerzo psicológico. En el otro modelo el afrontamiento influye en la disponibilidad de apoyo social percibido por mejorar el potencial para el desarrollo y mantenimiento de las relaciones. McColl, Lei y Skinner (1995) dan cierto apoyo empírico a estas propuestas indicando que existe cierta dependencia temporal en esta relación. Por su parte, Morán (2005a) define el apoyo social como los esfuerzos por buscar apoyo en su medio social y considera que puede incluirse dentro, tanto de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, como en las centradas en la emoción, tal y como lo planteaba Lazarus y Folkman (1986). Así, algunas conceptualizaciones del apoyo social que lo presentan de forma diferente a una estrategia de afrontamiento no dejan de tener vinculación con el afrontamiento. G. R. Pierce et al. (1996) identifican el apoyo social de tres



formas: como apoyo social percibido, como relaciones de apoyo y como redes de apoyo. Indican que no son mutuamente excluyentes y que están interconectadas. Además todas son necesarias para conocer el papel que juega el apoyo social en el proceso de afrontamiento. También se plantea el papel del afrontamiento en la percepción del apoyo social. Algunas formas de afrontamiento parecen influir en el nivel de satisfacción con el apoyo recibido. Se da sobre todo con las estrategias de afrontamiento que no dan señales a los proveedores de apoyo de la necesidad de éste en el destinatario.

Por otro lado, DeLongis y Holtzman (2005) indican que el apoyo social puede estar funcionando como una ayuda al afrontamiento. Así la percepción de la disponibilidad del apoyo y la percepción de los intentos de apoyo de personas cercanas pueden influir en el uso de estrategias específicas de afrontamiento y en la efectividad de las estrategias empleadas. Destacan dos aspectos estructurales del apoyo social como son las relaciones sociales y las redes sociales. Las relaciones sociales pueden influir en el afrontamiento por proveer de información sobre la efectividad de estrategias de afrontamiento particulares. Las redes sociales pueden actuar como un recurso de afrontamiento o bien como un impedimento para el afrontamiento adaptativo. Este efecto negativo se da sobre todo cuando el apoyo no es percibido por el destinatario como útil. Así, cuando no se tiene el apoyo de personas significativas o cuando se está insatisfecho con el apoyo que se presta, las personas están más expuestas a usar estrategias de afrontamiento contraproducentes para su bienestar y sus relaciones.

Otro foco de interés lo representa el análisis de la relación entre las fuentes y tipos de apoyo social con el afrontamiento. Se afirma que estas características del apoyo social pueden ser determinantes para un afrontamiento efectivo. Si el apoyo social se ve como una estrategia de afrontamiento el tipo de apoyo y la fuente de ese apoyo puede tener efectos diferenciados en función de las características de la situación (Patterson, 2003).

Por su parte, Schwarzer y Knoll (2007) intentan determinar los roles funcionales del apoyo social en el contexto del estrés y el afrontamiento. Parece claro que el afrontamiento genera más o menos apoyo y que éste puede facilitar el afrontamiento, dependiendo de la situación. Se puede analizar el apoyo como apoyo percibido, recibido (por el receptor) y provisto (por el proveedor). Los autores destacan la relación entre este último tipo de apoyo, en el que la pareja o compañeros se convierten en proveedores de apoyo, y los efectos

en el afrontamiento. Sus estudios se han realizado con pacientes con cáncer. El apoyo social provisto constituye una especie de asistencia para el afrontamiento o un facilitador para la adaptación en una crisis vital. Por otra parte, el afrontamiento puede movilizar el apoyo y es entonces cuando éste se concibe como una estrategia de afrontamiento. También en el ámbito de la salud, con pacientes con VIH+, Carrobbles, Remor y Rodríguez-Alzamora (2003) encuentran que el afrontamiento activo, centrado en los problemas y la búsqueda de apoyo social, junto con un apoyo social percibido (tanto informativo como emocional) son factores protectores contra el distrés emocional.

En este análisis de la relación entre el apoyo social y el afrontamiento también se ha valorado el papel de la personalidad. Algunos datos indican que el apoyo social percibido se relaciona de forma negativa con Neuroticismo y de forma positiva con Extraversión, lo que sugiere que este tipo de apoyo podría ser en sí mismo una característica de personalidad. Así visto podría influir en el afrontamiento desarrollando habilidades personales de afrontamiento efectivas y buscando y obteniendo asistencia cuando se necesita. El apoyo que ofrecen las relaciones cercanas puede influir en el afrontamiento bien haciendo que la persona se vea menos vulnerable ante un suceso vital o bien que se provea de asistencia en el afrontamiento de un suceso estresante cuando éste ocurra. En este sentido, para explicar las diferencias entre las personas en la adaptación al estrés se recurre a la interacción entre la persona y la situación social estresante, el afrontamiento y el apoyo social (Sandín, 2003).

#### **4.4.2 Apoyo social y personalidad**

Hemos visto como algunos modelos que relacionan el apoyo social con el estrés y la salud indican que las variables de personalidad tienen un papel activo tanto en la faceta de proveedor de apoyo como en la de recepción.

Zellars y Perrewé (2001) comparten la idea de una cierta estabilidad y consistencia en el afrontamiento, de forma que las estrategias de afrontamiento son un reflejo de tendencias disposicionales. Para ellos, las dimensiones afectivas de la personalidad (Neuroticismo, Extraversión y Amabilidad) son centrales en la comprensión de cómo las personas afrontan. Estos autores consideran que las estrategias centradas en la emoción no son negativas en sí mismas tal y como se ha señalado anteriormente. Dentro de este tipo de estra-

tegrías sitúan al apoyo social emocional. Esta estrategia, basada sobre todo en la comunicación interpersonal, logra reducir el burnout cuando adopta criterios de positividad. La dimensión Extraversión tiene una asociación positiva con todas las dimensiones del apoyo social emocional. La dimensión Amabilidad se asocia, sobre todo, con comunicaciones no relacionadas con el trabajo y también con comunicaciones positivas y empáticas. La dimensión Neuroticismo se asocia con las conversaciones negativas y con burnout. Se encuentra apoyo empírico para los valiosos y poderosos efectos del apoyo social emocional como ayuda contra el burnout. Las personas que participan en más conversaciones sobre aspectos de su trabajo, con un carácter positivo, informan de menos burnout.

Shen, McCreary y Myers (2004) encuentran que el optimismo (como variable de personalidad) y el apoyo social hacen una predicción significativa de la recuperación de pacientes cardíacos tras los tratamientos físicos, más que la hostilidad y el estilo de afrontamiento.

También hay estudios que han analizado el papel de la personalidad resistente y el apoyo social en la salud y en el estrés (Ben-Zur, Duvdevany & Lury, 2005; Pengilly & Dowd, 2000; Weiss, 2002). En el estudio de Pengilly & Dowd (2000) detectan que tanto la personalidad resistente como el apoyo social son unos predictores significativos de la depresión, actuando como protectores del efecto del estrés sobre la depresión. Ben-Zur, Duvdevany et al. (2005) indican que la personalidad resistente y el apoyo social, en una muestra de madres con hijos adultos discapacitados, pueden ser beneficiosos para su salud mental y para el manejo del estrés. En otra línea de investigación, Luszczynska y Cieslak (2005) plantean que considerando el rol moderador de la personalidad, el efecto amortiguador del apoyo social percibido se encontró solamente ante una baja puntuación en personalidad resistente.

Otros estudios han comparado la interacción del afrontamiento (como estrategia), las variables personales (como estilo de afrontamiento) y el apoyo social. Ben-Zur (2002) evalúa la asociación entre factores personales, los recursos sociales y el afrontamiento ante situaciones de estrés. Sus datos indican que el estilo de afrontamiento vigilante-incrementador (monitoring) y el estilo de afrontamiento atenuador-evitativo (blunting) así como el apoyo social percibido tienen efectos directos sobre las estrategias de afrontamiento.

Y por último, algunos estudios han evaluado las implicaciones de variables de personalidad en el mismo apoyo social. En general en estudios fuera del ámbito laboral se ha encontrado que Extraversión (Finch

& Graziano, 2001; Grainge, Brugha & Spiers, 2000; Prenda & Lachman, 2001; Tong et al., 2004), Amabilidad (Finch & Graziano, 2001; Prenda & Lachman, 2001) y a veces Neuroticismo (Pedersen, Middel & Larsen, 2002; Prenda & Lachman, 2001; Tong et al., 2004) tienen relación con el apoyo social. También, Bowling, Beehr y Swader (2005) interesados por las variables que influyen en la cantidad de apoyo social que se da (proveedor) y que se recibe (receptor) en el trabajo, concluyen que el apoyo social dado fue positivamente asociado con el apoyo social recibido. De tal manera que tanto Extraversión como Amabilidad predicen el apoyo social dado y recibido fuera del trabajo y el apoyo positivo relacionado con el trabajo. Además indican que la relación entre personalidad y apoyo social recibido está, en muchos casos, mediada por el apoyo social dado. Cercano a estos resultados, Tong et al. (2004) indican que Amabilidad, Extraversión y Apertura están positivamente relacionadas con el apoyo social. Por su parte, Cukrowicz, Franzese, Thorp, Cheavens y Lynch (2008), con un estudio longitudinal, muestran que los rasgos Responsabilidad y Extraversión son significativos en la predicción de los cambios en el apoyo social percibido a lo largo de tres años en personas mayores depresivas, mientras que Swickert, Hittner y Foster (2010) presentan como predictores del apoyo social a las dimensiones Extraversión, Neuroticismo y Apertura. Y en esta línea de comparación de los Cinco Grandes con el apoyo social las conclusiones de Pérez-García (2011) indican que mientras Neuroticismo tiene una relación negativa con el apoyo social, de forma que los que puntuán alto en Neuroticismo perciben menos apoyo social, tanto Extraversión como Amabilidad y Responsabilidad tienen una relación positiva y por ello perciben más apoyo social.

En el caso de la relación entre personalidad resistente y apoyo social Wallace, Bisconti y Bergeman (2001) afirman que la personalidad resistente tiene un rol mediador sobre el apoyo social, asumiendo como posible la interpretación que el apoyo social fomenta la personalidad resistente.

#### **4.5 Evaluación del apoyo social**

Las dificultades derivadas de la conceptualización del apoyo social influyen en su medida. Los intentos por acotar los indicadores necesarios para apresar todas las variantes que el concepto de este constructo implica generan diversos instrumentos válidos para su evaluación. Se plantea la necesidad de partir de la

existencia de un concepto con múltiples dimensiones. Desde esta postura, Tardy (1985) intenta una organización de las diferentes orientaciones de los investigadores por lo que plantea la presencia de cinco dimensiones del apoyo social:

- a. **Direccionalidad:** en un sentido, lo que se recibe de los otros. En el otro sentido, lo que se da a los otros.
- b. **Disponibilidad:** es la cantidad y calidad del apoyo al que se tiene acceso aunque no se esté usando.
- c. **Descripción / Evaluación:** valoración de la efectividad del apoyo al concebirse la posibilidad de que el mismo pueda ser, en ocasiones, el origen de problemas para quien lo recibe.
- d. **Contenido:** la variedad en este aspecto ha llevado a centrarse en categorías como las propuestas en el modelo de House (1981) es decir en un apoyo emocional, instrumental, informativo o valorativo. El apoyo social puede variar su efectividad en función de la situación.
- e. **Redes:** identifica la fuente de la que proviene el apoyo social. En determinadas situaciones quien aporte el apoyo es crucial para que éste sea efectivo.

Para Barrera (1986) la medida del apoyo social se ha diferenciado (y medido) en función de cómo se ha definido. Por un lado, se ha medido considerándolo como arraigo social, que es el apoyo que se refiere a la conexión que una persona tiene con otras personas significativas de su entorno social. En este caso las medidas se han centrado en el estatus marital, en la participación en organizaciones de la comunidad, en la presencia de hermanos mayores y en el contacto con los amigos. Son sobre todo indicadores de la disponibilidad de apoyo. Se ha empleado para la medición el análisis de las redes sociales, centrado en el análisis de los aspectos estructurales del apoyo. Por otro lado, se ha medido el apoyo entendido como apoyo social percibido, que es la evaluación cognitiva de estar conectado a otros. Aquí las medidas han intentado abarcar la percepción de disponibilidad y adecuación o satisfacción de los lazos de apoyo. Por último, se ha medido el apoyo entendido como apoyo promulgado o dispensado, que son las acciones que otras personas hacen para asistir a alguien. Las medidas en esta ocasión lo son de apoyo recibido-percibido.

Para Vaux (1988) y B.R Sarason et al. (1990) los instrumentos de medida del apoyo social se han diferenciado, básicamente, en tres aspectos. En primer lugar, instrumentos centrados en los recursos de la red de apoyo (redes de apoyo). En segundo lugar, instrumentos que analizan la conducta de apoyo (apoyo social

recibido). Y, en tercer lugar, instrumentos que se centran en las valoraciones subjetivas del apoyo social (apoyo social percibido). Esta diferenciación guarda relación con la perspectiva teórica desde la que se entiende el apoyo social. Según Lakey y Cohen (2000) las medidas del apoyo social tienen diferentes objetivos en función de la perspectiva teórica desde la que se asume el concepto de apoyo social, por lo que adoptan diferentes criterios de medida. Sin embargo, los instrumentos de evaluación coinciden en que fundamentalmente el interés de la medida recae sobre el apoyo social recibido, apoyo social percibido y las redes sociales.

El objetivo de los diferentes intentos de organización de las variantes de la multidimensionalidad del apoyo social es lograr una evaluación más fiable (Durá & Garcés, 1991; Gómez et al., 2001). Sin embargo, de los planteamientos anteriores se puede concluir que no todos los instrumentos utilizados para medir el apoyo social son similares metodológicamente y no todos tienen el mismo objetivo. La Tabla 25 aglutina someramente algunos de los instrumentos de medida del apoyo social más relevantes, tanto para medidas de aspectos estructurales como funcionales del apoyo social, medidas de disponibilidad y satisfacción con el apoyo social, así como algunos de los empleados para poblaciones específicas (Barrera, 1986; Barrón, 1996; Brisette, Cohen & Seeman, 2000; Bruhn & Philips, 1984; V. Cáceres et al., 2000; Esteve, 1997; E. García, 2009; R. L. Payne & Jones, 1987; Pérez-García & Sanjuán, 2003; Quiles, Terol & Quiles, 2003; Sandín, 2008b; Tardy, 1985; Terol et al., 2004; Wills & Shinar, 2000).

### Tabla 25.

Algunos instrumentos de medida del apoyo social.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor / Autores</b>
Social Network Index (SIN) – (Índice de redes sociales)	(Berkman & Syme, 1979)
Social Network Questionnaire (SNQ) – (Cuestionario de redes sociales)	(Hirsch, 1979)
Interview Schedule for Social Support (ISSI) – (Entrevista estructurada para apoyo social)	(Henderson, Duncan- Jones, Byrne & Scott, 1980)
Worksite Settings Scale (WSS) – (Escala de configuración del lugar de trabajo)	(LaRocco et al., 1980)

(continúa)

**Tabla 25.** (continuación)

Algunos instrumentos de medida del apoyo social.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor / Autores</b>
Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) – (Entrevista estructurada para apoyo social de Arizona)	(Barrera, 1980, 1981)
Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) – (Inventario de comportamientos de apoyo social)	(Barrera, 1981; Barrera, Sandler & Ramsay, 1981)
Social Relationship Scale (SRS) – (Escala de relaciones sociales)	(McFarlene, Neale, Norman, Roy & Streiner, 1981)
Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) – (Cuestionario de apoyo social de Norbeck)	(Norbeck, Lindsey & Carrieri, 1981)
Social Support Behavior Scale (SSBS) – (Escala de conductas de apoyo social)	(Vaux, 1982)
Social Participation Scale (SPS) – (Escala de participación social)	(House, Robbins & Metzner, 1982)
Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) – (Listado de evaluación del apoyo interpersonal)	(S. Cohen & Hoberman, 1983; S. Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1985)
Social Support Questionnaire (SSQ) – (Cuestionario de apoyo social)	(I.G. Sarason, Levine, Bashman & Sarason, 1983)
Perceived Social Support-Friends (PSS-Fr) – (Apoyo social percibido de los amigos) /	(Procidano & Heller, 1983)
Perceived Social Support-Family (PSS-Fa) – (Apoyo social percibido de la familia)	
Social Support Network Inventory (SSNI) – (Inventario de red de apoyo social)	(Flaherty, Gaviria & Pathak, 1983)
Evaluación del estrés-apoyo social del Departamento de Salud Mental de California	(Conde & Franch, 1984)
Inventario de recursos sociales para ancianos	(Díaz-Veiga, 1985, 1987)
Instrumental Expressive Support Scale (IESS) – (Escala de apoyo instrumental expresado)	(Lin, Dean et al., 1986)
Social Support Appraisals (SS-A) – (Valoración del apoyo social)	(Vaux et al., 1986)
Self-administered Social Support Scale (SSS) – (Escala de apoyo social autoadministrado)	(Funch, Marshall & Gebhardt, 1986)
Self-Evaluation and Social Support Schedule (SESS) – (Entrevista estructurada de autoevaluación y apoyo social)	(G.W. Brown, Andrews, Harris, Adler & Bridge, 1986)

(continúa)

**Tabla 25.** (continuación)

Algunos instrumentos de medida del apoyo social.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor / Autores</b>
Social Support Behaviors (SS-B) – (Conductas de apoyo social)	(Vaux, Riedel & Stewart, 1987)
Social Provision Scale (SPS) – (Escala de provisión social)	(Cutrona & Russell, 1987)
Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (FSSQ) – (Cuestionario de apoyo social funcional)	(Broadhead, Gehlbach, DeGruy & Kaplan, 1988)
Significant Others Scale (SOS) – (Escala de otros significantes)	(Power, Champion & Aris, 1988)
Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) – (Escala multidimensional de apoyo social percibido)	(Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988)
Social Connections Index (SCI) – (Índice de contactos sociales)	(G.A. Kaplan et al., 1988)
Escala de apoyo social percibido (EASP)	(Rodríguez-Marín, López-Roig & Pastor, 1989)
Personal Support System Survey (PSSS) – (Estudio del sistema de apoyo personal)	(Pearson, 1986, 1990)
Manheimm Interview on Social Support (MISS) – (Entrevista de apoyo social de Manheimm)	(Veiel, 1990)
Cuestionario de apoyo social comunitario (AC-90)	(Gracia & Musitu, 1990)
Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) – (Estudio de efectos médicos del apoyo social)	(Sherbourne & Stewart, 1991)
Cohen's Social Network Index (SNI) – (Índice de red social de Cohen)	(S. Cohen, 1991; S. Cohen, Doyle, Skoner, Rabin & Gwaltney, 1997)
Illness Specific Social Support Scale (ISSS) – (Escala de apoyo social específico en la enfermedad)	(Revenson, Schiaffino, Majerovitz & Gibofsky 1991)
Crisis Support Questionnaire (CSQ) – (Cuestionario de apoyo en crisis)	(Joseph, Andrews, Williams & Yule, 1992)
Welin Activity Scale (WAS) – (Escala de actividad de Welin)	(Welin, Larsson, Svärdsudd, Tibblin & Tibblin, 1992)
Escala de apoyo social (para adolescentes) (EAS)	(Mestre, Frías & Moreno, 1993)
Social Support Questionnaire for Transactions (SSQT) – (Cuestionario de apoyo social para transacciones)	(Suurmeijer et al., 1995)
Escala de apoyo social (AS)	(Matud, 1998)

(continúa)



**Tabla 25.** (continuación)  
Algunos instrumentos de medida del apoyo social.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor / Autores</b>
Interpersonal Trust Questionnaire (ITQ) – (Cuestionario de confianza interpersonal) Escala de apoyo social percibido (en pacientes oncológicos) (EASP)	(Forbes & Roger, 1999). Con adaptación al castellano de Guarino y Sojo (2009) (Terol et al., 2000)
Berlin Social Support Scales (BSSS) – (Escala de apoyo social de Berlin) Cuestionario de apoyo social percibido (CASPE)	(Schulz & Schwarzer, 2003) (Calvo & Díaz, 2004)
Cuestionario de apoyo social (CAS) Escala de soporte social de salud (pacientes en diálisis peritoneal) (ESSS)	(Calvo & Alemán, 2006) (Rivera, Montero-López & Sandoval, 2011)
Vínculos interpersonales de apoyo (V.I.D.A.)	(Alemán, 2014)

A continuación se presenta un análisis descriptivo de algunos de los instrumentos más utilizados:

*a. Arizona Social Support Interview Scale (ASSIS) (Entrevista Estructurada para Apoyo Social de Arizona).*

Esta escala es conocida también como Arizona Social Support Interview Schedule. Proporciona indicadores del tamaño total de la red social, el conflicto en esta red, el grado de satisfacción con el apoyo y la necesidad de éste por parte de la persona evaluada. Se pide que se indique quien da apoyo en: sentimientos íntimos, ayuda material, consejo, retroalimentación positiva, asistencia física y participación social. Es un instrumento con una presentación de las preguntas diferente (27 ítems) según los aspectos a medir. Así para el grado de satisfacción las respuestas están en una escala de likert de siete puntos y para el grado de necesidad en una escala de cinco puntos. Los datos de consistencia interna lo sitúan para las medidas de satisfacción y de necesidad entre  $\alpha$ : .33 y  $\alpha$ : .52, respectivamente.

*b. Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) (Inventario de Comportamientos de Apoyo Social).*

Es un inventario de 40 ítems relacionados con 40 conductas diferentes. Se contesta con una escala de likert de cinco puntos. Está referido al apoyo emocional, tangible, informacional y consejo. Evalúa la frecuencia con la que las personas reciben varias formas de ayuda y asistencia de otros de su entorno. Los datos de consistencia interna lo sitúan en niveles entre  $\alpha$ : .92 y  $\alpha$ : .94.

*c. Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) (Listado de Evaluación del Apoyo Interpersonal).*

Es una lista con 40 afirmaciones para las que se pide que indique en una escala likert de cuatro puntos el grado de certeza con la que se puede aplicar a la persona que responde. Evalúa la disponibilidad que percibe la persona para contar con los diferentes tipos de apoyo: emocional, instrumental e informacional. Se presenta con cuatro subescalas: apoyo tangible, valoración de la disponibilidad del apoyo, autoestima y pertenencia. Los datos de consistencia interna lo sitúan en niveles entre  $\alpha$ : .88 y  $\alpha$ : .90.

*d. Social Support Questionnaire (SSQ) (Cuestionario de Apoyo Social).*

Es un cuestionario de 27 ítems que representa 27 situaciones. Tiene dos escalas, una mide la disponibilidad que representa el número de personas que se perciben disponibles como potenciales apoyos. La respuesta es por medio de un listado en el que indican hasta nueve personas que más creen que les podrían ayudar en cada situación. La otra escala, la satisfacción con el apoyo recibido, se responde con una escala de likert de seis puntos. Se centra sobre todo en el apoyo emocional. Intenta cuantificar la disponibilidad y satisfacción del apoyo social. Los datos de consistencia interna lo sitúan en niveles de  $\alpha$ : .94.

*e. Perceived Social Support-Friends (PSS-Fr) (Apoyo Social Percibido de los Amigos) / Perceived Social Support-Family (PSS-Fa) (Apoyo Social Percibido de la Familia).*

Es una escala con 20 ítems, para cada una de las dos escalas en las que se subdivide. Su respuesta es dicotómica (si / no). Una escala se refiere a la familia y la otra se refiere a los amigos. Evalúa la percepción del apoyo, sobre todo el apoyo emocional recibido. Los datos de consistencia interna lo sitúan en niveles entre  $\alpha$ : .90 para PSS-Fa y  $\alpha$ : .88 para PSS-Fr.

*f. Social Support Behaviors (SS-B) (Conductas de Apoyo Social).*

Tiene 45 ítems para su respuesta en relación con los familiares y en relación con las amistades, en escala de Likert de cinco puntos. Su objetivo es evaluar el apoyo social percibido y lo hace en torno a cinco modos de apoyo social: apoyo emocional, socialización, asistencia práctica, ayuda financiera y consejo/ayuda. Este instrumento plantea situaciones que podrían ocurrir y recoge información sobre lo que la familia o los amigos pueden hacer para ayudar. De este modo se evalúa las expectativas sobre las personas que podrían poner en marcha las acciones de apoyo. Los datos de consistencia interna lo sitúan en niveles superiores a  $\alpha$ : .82. También puede ser usado para evaluar apoyo social recibido, cambiando las instrucciones de la prueba, aunque el apoyo psicométrico, en este caso, es poco claro. Tiene versión en castellano de Sandín y Chorot (1990) y Sandín, Valiente y Chorot (2008).

*g. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido).*

Es una escala que inicialmente tenía 24 ítems pero que finalmente se quedó en 12 ítems, con respuesta en escala likert de siete puntos. Mide la percepción de apoyo social con respecto a la familia, amigos y personas con cierta relevancia para la persona. Los datos de consistencia interna lo sitúan en niveles entre  $\alpha$ : .87 para la subescala de la familia,  $\alpha$ : .85 para la subescala de los amigos,  $\alpha$ : .91 para la subescala de las personas significativas y  $\alpha$ : .88 para la escala global. Tiene una adaptación española de Landeta y Calvete (2002).

*h. Escala de Apoyo Social (AS).*

Es un instrumento diseñado para ser utilizado como una medida breve y de fácil aplicación de la percepción global del apoyo social. Está compuesta por 12 ítems, con respuesta tipo Likert de cuatro puntos, que recogen información sobre la percepción de la disponibilidad de las personas que pueden prestar apoyo emocional e instrumental, así como información en las áreas personal, laboral y familiar. Ofrece información de las dimensiones de estima, información, compañía y ayuda tangible del apoyo social. Se agrupan en un factor con una consistencia interna de  $\alpha$ : .89 a .91 (Matud & Bethencourt, 2000).

*i. Cuestionario de Apoyo Social (CAS).*

Es un instrumento breve que tiene 20 ítems con respuestas tipo likert en una escala de cuatro puntos. Evalúa la calidad de la relación de la pareja, la disponibilidad y frecuencia de los contactos con los familiares y amigos para actividades de ocio, así como para confiarles algo íntimo, recibir cuidados por enfermedad o pedir dinero. También evalúa la calidad de la relación con los compañeros de trabajo y la percepción de soledad. Está orientado a la población general para aplicación en el ámbito comunitario. Pretende ser útil para estudios epidemiológicos. Se centra en el apoyo social prestado por la familia y los amigos de forma diferencial. Recoge aspectos del apoyo social instrumental, las confidencias y el apoyo social percibido. Se han obtenido tres factores: Amistad, Ausencia de soledad y Familia y esfuerzo. Los datos de consistencia interna lo sitúan en niveles de  $\alpha$ : .81 para la medida global, de  $\alpha$ : .83 para Amistad,  $\alpha$ : .81 para Ausencia de soledad y  $\alpha$ : .57 para Familia y esfuerzo.

En la Tabla 26 se presenta un resumen de algunas de las características básicas de los inventarios o cuestionarios de evaluación del apoyo social que se han descrito anteriormente.

**Tabla 26.**

Características relevantes de algunos instrumentos de medida del apoyo social.

<b>Intrumento</b>	<b>Nº ítems</b>	<b>Tipo de respuesta</b>	<b>Organización (factores o escalas o dimensiones)</b>	<b>Consistencia interna</b>
ASSIS (1980, 1981)	Entrevista semiestructurada 27	Lista abierta y Likert, de 7 y 5 puntos	Tamaño de la red social Satisfacción con la red social Necesidad de la red social	Satisfacción $\alpha$ : .33 Necesidad $\alpha$ : .52
ISSB (1981)	40	Likert, de 5 puntos	Apoyo emocional Apoyo tangible Apoyo informacional Consejo	Oscila entre $\alpha$ : .92 y $\alpha$ : .94

(continúa)

**Tabla 26.**(continuación)

Características relevantes de algunos instrumentos de medida del apoyo social.

<b>Intrumento</b>	<b>Nº ítems</b>	<b>Tipo de respuesta</b>	<b>Organización (factores o escalas o dimensiones)</b>	<b>Consistencia interna</b>
ISEL (1983, 1985)	40	Likert, de 4 puntos	Apoyo tangible Disponibilidad del apoyo Autoestima Pertenencia	Oscila entre $\alpha$ : .88 y $\alpha$ : .90
SSQ (1983)	27	Lista abierta y Likert, de 6 puntos	Disponibilidad del apoyo recibido	En torno a $\alpha$ : .94
PSS-Fr / PSS-20 Fa (1983)	20	Dicotómica (si/no)	Escala de los amigos Escala de la familia	PSS-Fr, $\alpha$ : .88 PSS-Fa, $\alpha$ : .90
SS-B (1987)	45	Likert, de 5 puntos	Apoyo emocional Socialización Asistencia práctica Ayuda financiera Consejo/ayuda	Por encima de $\alpha$ : .82  Global: $\alpha$ : .88
MSPSS (1988)	12	Likert, de 7 puntos	Escala de familia Escala de amigos Escala de personas significativas	
AS (1998)	12	Likert, de 4 puntos	Un solo factor. Dimensiones que valora: Estima -Información - Compañía - Ayuda tangible	Oscila entre $\alpha$ : .89 y $\alpha$ : .91
CAS (2006)	20	Likert, de 4 puntos	Amistad Ausencia de soledad Familia y esfuerzo	Global: $\alpha$ : .81



## 5. ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO

Desde el modelo procesual del estrés (Sandín 1999, 2008a) se han presentado en interacción diferentes variables entre las que se incluye las demandas psicosociales y dentro de éstas el estrés crónico. Una importante fuente de estrés crónico se ha desarrollado en el contexto laboral. En el caso de algunas profesiones además del riesgo de sufrir de burnout por la propia dinámica de su ejercicio profesional también se corre el riesgo de padecer estrés traumático secundario. En este capítulo se desarrolla la delimitación conceptual y algunos de los modelos teóricos más destacados en cuanto al estrés traumático secundario. También se analiza la relación de este tipo de estrés con el burnout y con el afrontamiento, personalidad y apoyo social. Se concluye con una descripción de los instrumentos de evaluación más usados en la medida de este constructo.

### 5.1 Concepto de estrés traumático secundario

El interés por el estudio del trauma consiguió que la American Psychiatric Association (APA) incluyera en su *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, en su tercera edición (DSM-III), la información necesaria para el diagnóstico del estrés postraumático (APA, 1980). En este momento el acento se pone sobre todo en el hecho traumático, es decir cómo y qué debe tener un hecho para poder ser considerado traumático.

Con esta aportación en el DSM-III comienzan a proliferar los estudios sobre el tema. La mayoría de los estudios revelan la posibilidad de un estrés traumático directo, que es el que sufre la víctima y un estrés traumático indirecto, que es el que sufre el cuidador y al que también denominan estrés traumático secundario (Morante, 2007; Morett, 2005).

Como resultado de estos estudios la APA, en su DSM-IV (APA, 1994) y posteriormente en el DSM-IV-TR (APA, 2000) genera un cambio en el foco de interés por el trauma, del hecho se pasa a la reacción de la persona expuesta al evento traumático. En el criterio A1 del diagnóstico se hace referencia a la exposición a un acontecimiento traumático (muertes o amenazas para la propia integridad física o la de los demás) por medio de su experimentación, o haberlo presenciado o que le haya sido explicado. En la propuesta de la

American Psychiatric Association para el DSM-V (APA, 2013), el acontecimiento traumático es la muerte o amenaza de ello, lesiones graves o amenazas de ello y violación sexual o amenaza de ello. El criterio A del diagnóstico incluye la posibilidad de experimentarlo por sí misma/o; ser testigos, en persona, del evento; enterarse de un evento sucedido a un amigo o allegado; o experimentar de forma repetida o exponerse a los detalles del evento aversivo, por condiciones del trabajo.

Es posible que el peso de los estudios del estrés traumático secundario, que recae, sobre todo, en muestras de profesionales en contacto directo con las víctimas puede haber orientado al DSM-V a recoger de forma explícita este riesgo (Desorden de Estrés Postraumático) en algunos profesionales como resultado de su trabajo, aunque con una indicación explícita a unas condiciones muy particulares. Apuntándose como ejemplos la necesidad de recoger partes de un cuerpo por los primeros respondientes o la exposición repetida a los detalles del abuso infantil en los policías.

El concepto de estrés traumático secundario comienza a desarrollarse cuando se considera la posibilidad de que una persona experimente el hecho traumático de forma directa (estrés postraumático) o bien lo experimente de forma indirecta, por haberlo presenciado o por tener conocimiento de él (estrés traumático secundario).

El primer problema que se debe abordar en la conceptualización es la variedad de denominaciones alternativas que se han utilizado, de las que destacamos fundamentalmente dos: fatiga por compasión o desgaste por empatía (Figley, 1995) y traumatización vicaria (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995). Los trabajos de los que se derivan estas aportaciones utilizan fundamentalmente como muestra a profesionales que trabajan en situaciones con un alto grado de estrés que puede llegar a ser traumático. Incluye personal sanitario, personal de seguridad y emergencias, trabajadores en el campo de la asistencia psicológica y social, etc.

Figley (1995) comienza el estudio de este fenómeno tratándolo inicialmente como una forma de burnout, como una victimización secundaria. Pero su orientación cambia al intentar hacer una reconfiguración del desorden de estrés postraumático, tal y como estaba siendo tratado en el DSM-III y DSM-IV. Se define el estrés traumático secundario como la consecuencia natural del comportamiento y emociones que resultan del conocimiento de la experimentación de eventos traumatizantes por otros significantes. Es decir, es el



estrés que resulta de la ayuda o querer ayudar a las personas traumatizadas o en sufrimiento (Figley, 1993). El foco se centra en los síntomas conductuales. La razón de usar el concepto de fatiga por compasión se deriva de las primeras aportaciones de Joinson, en 1992, al referirlo al síndrome que sufrían las enfermeras por la exposición a las historias traumáticas de los pacientes. La compasión también identificada como empatía es una de las cualidades que se destacan en las personas que se dedican a la ayuda. Así, el desgaste por empatía viene a representar la consecuencia que se deriva en el profesional de la ayuda del uso de un recurso tan importante como es la empatía, para poder ayudar a la persona traumatizada. Como contrapunto Stamm (2002) argumenta que no todos los profesionales de la ayuda al trauma sucumben al estrés traumático secundario, algunos tienen un mecanismo de protección que les ayuda a conservar su bienestar. En este mecanismo es importante la satisfacción de la ayuda a los otros, lo que se ha denominando como satisfacción por compasión (Radey & Figley, 2007). La fatiga por compasión es un síndrome que consiste en una mezcla de síntomas del estrés traumático secundario y del burnout profesional (Bride, Radey & Figley, 2007; Newell & MacNeil, 2010).

Por su parte, Pearlman y Saakvitne (1995) identifican la traumatización vicaria con la "transformación de la experiencia interior del profesional de la ayuda traumática, resultante del compromiso empático con el material traumático del cliente" (p. 151). Posteriormente se señala que se trata de "un proceso de cambio cognitivo resultante del compromiso empático crónico con el trauma de los supervivientes" (Pearlman, 1999, p. 52). Se indica, también, que se trata de un efecto acumulativo que se da en los que trabajan con supervivientes de eventos traumáticos y se destaca la vulnerabilidad de aquellos que conectan empáticamente con las víctimas. Surge, por lo tanto, por la necesidad de generar empatía ante los problemas de las personas a las que se ayuda. Sus consecuencias son similares a las que se derivan de una experiencia traumática. La intensificación de la traumatización vicaria por los repetidos contactos con los clientes traumatizados puede producir los síntomas del estrés traumático secundario (Figley, 1995). En un intento de producir un modelo capaz de predecir la traumatización vicaria en la población, M. K. Byrne, Lerias y Sullivan (2006) incluyen variables pre-evento, como la forma habitual de afrontar las consecuencias adversas; peri-evento, como la alta exposición recibida a través de los medios de comunicación; y post-evento, como la exposición a recuerdos del evento y aumento de la preocupación por su seguridad en eventos similares.

Ante este panorama teórico, Sabin-Farrell y Turpin (2003) realizan una revisión sobre la evidencia empírica de la traumatización vicaria. Identifican cuatro elementos importantes de la traumatización vicaria. Uno de esos elementos son las respuestas cognitivas, emocionales, conductuales y físicas, que pueden considerarse como respuestas normales ante el material traumático al que se exponen a través del otro. Dentro de estos cuatro tipos de respuestas, las más comunes son las emocionales. Otro elemento destacable de la traumatización vicaria, son las respuestas sintomáticas, que pueden considerarse la versión extrema de las respuestas anteriores. Un tercer elemento son los cambios cognitivos en las creencias y actitudes. Sin embargo, los estudios revisados por estos autores, y los revisados por Jurisch, Kolassa y Elbert (2009), concluyen que no hay evidencia consistente de que se den cambios perdurables en las creencias, lo que atenta contra una concepción central de la traumatización vicaria por la que en ésta se pueden dar cambios en las creencias sobre todo de seguridad, estima, intimidad, confianza y control. Y el cuarto elemento son los efectos adicionales en el funcionamiento interpersonal y ocupacional.

Siendo la presencia de empatía algo común en la fatiga por compasión y en la traumatización vicaria no resulta extraño ver como la literatura ha ido asumiendo la similitud entre ambos conceptos que, aunque con matices, se han identificado con el estrés traumático secundario (Arvay, 2001). Por su parte, Baird y Kracen (2006), tras la revisión de diferentes estudios, indican que hay evidencia de que la historia de trauma personal y el estilo de afrontamiento es un importante predictor de la traumatización vicaria. También indican que la cantidad de exposición a material traumático y la historia de trauma personal son importantes en el desarrollo del estrés traumático secundario. Sin embargo algunos estudios indican que no hay consistencia, en los datos, en la significatividad de la exposición a material traumático de los pacientes (Devilly, Wright & Varker, 2009; Van Minnen & Keijsers, 2000) y de la influencia de la historia personal de trauma (Creamer & Liddle, 2005; Follete, Polusny & Milbeck, 1994) en relación con el estrés traumático secundario y la traumatización vicaria.

En la delimitación conceptual del estrés traumático secundario con términos que se han considerado afines se debe mencionar el burnout, la contra-transferencia y el estrés postraumático.

En relación con el burnout, algunas definiciones del estrés traumático secundario de los profesionales de la ayuda contribuyen a la idea de reducirlo a una forma particular de padecer el burnout. Este reduccio-

nismo conceptual tiene sus orígenes en las primeras propuestas de Figley (1995), quien en su primera aproximación a este tipo de estrés lo concibe como una forma de burnout. Sin embargo, el agotamiento emocional y la despersonalización, características propias del burnout, son un proceso que se desarrolla de forma gradual mientras que el estrés traumático secundario lo hace de repente, sin previo aviso (Figley, 1995; Stamm, 2002). Este rápido inicio de los síntomas, en contraste con el burnout, se traduce en una sensación de impotencia, confusión y aislamiento. Otra diferencia está en el origen, el burnout sucede por la desilusión y pérdida de expectativas pero el suceso traumático impacta en los profesionales (mediante exposición directa o mediante exposición indirecta) por el contagio traumático de quien trabaja con el dolor y el trauma de otros (Stamm, 1997). Además la tasa de recuperación del estrés traumático secundario es más alta que la del burnout. La revisión de estudios realizada por Arvay (2001) apoya la idea de una diferencia conceptual entre el estrés traumático secundario y el burnout.

Con relación a la contra-transferencia (traumática), se trata de un concepto propio de la terapia psicodinámica que la presenta como un mecanismo de defensa inconsciente. Se ha identificado con la reacción emocional hacia el cliente por el terapeuta (Collins & Long, 2003). En el contexto de la psicoterapia es la distorsión por parte del terapeuta como resultado de sus experiencias vitales y asociadas con su inconsciente, una reacción neurótica a la transferencia del cliente. También se valora como un proceso de búsqueda de uno mismo en el cliente, una sobreidentificación con éste. Se genera una especie de absorción por parte del terapeuta del trauma expresado por el cliente. Ante esto Figley (1995) plantea que el estrés traumático secundario incluye, pero no se limita, a cierto grado de contra-transferencia que se da sólo en el contexto de la psicoterapia. Stamm (1997) argumenta que la contra-transferencia se refiere a las reacciones de los profesionales de la ayuda traumática hacia los clientes y su material mientras que el estrés traumático secundario resulta del trabajo con las víctimas del trauma.

En cuanto al estrés postraumático, Figley (1995) afirma que hay proximidad entre los síntomas del síndrome de estrés traumático secundario y los del síndrome de estrés postraumático. En ambos se puede dar síntomas de reexperimentación, síntomas de evitación y una elevación del arousal. Las diferencias se encuentran en que el primero se asocia a la exposición al conocimiento de las experiencias traumatizantes por otros (exposición indirecta) y el segundo se asocia a la experimentación directa del estrés traumático

(exposición directa). También hay diferencias en el tipo de estresor y en la respuesta durante y después del evento traumático (Figley, 1995; Morante, 2007; Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa & Rodríguez, 2004; Simon, Pryce, Roff & Klemmack, 2006; Stamm, 1995, 1999).

De forma esquemática se pueden ver en la Tabla 27 algunas diferencias entre el estrés postraumático y el estrés traumático secundario.

**Tabla 27.**

Diferencias entre el estrés postraumático y el estrés traumático secundario.

<b>Indicadores</b>	<b>Estrés postraumático</b>	<b>Estrés traumático secundario</b>
Exposición al evento traumático	Directa	Indirecta
Tipo de estresor	Acontecimiento traumático	Acontecimiento traumático y víctima directa
Personas que lo padecen	Personas que lo viven directamente	Personas que han observado el acontecimiento

Según las circunstancias es difícil, a veces, establecer con claridad cuando la exposición es directa y cuando indirecta. Por ello con el concepto de estrés traumático secundario se hace una referencia explícita al que sufren los profesionales de la ayuda traumática. Este estrés es el coste por ayudar a otros que han sufrido un trauma, lo que, a su vez, en algún momento se identifica con el desorden de estrés postraumático de los cuidadores (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al., 2004; Stamm, 1995, 1999, 2002). En esto radica, aún, la diferencia que se mantiene con el estrés postraumático tal y como se define en el DSM-IV y DSM-V.

La sintomatología que se ha descrito como definitoria del estrés traumático secundario incluye problemas a nivel cognitivo, emocional, motor y somático (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al., 2004; Sabin-Farell & Turpin, 2003), si bien Janoff-Bulman (1992) ha destacado sobre todo la referida a los aspectos cognitivos y emocionales. Figley (1995) categoriza las reacciones en tres áreas: indicadores de distrés psicológico, cambios cognitivos y alteración de las relaciones. La presencia de la sintomatología plantea la posibi-

lidad de unos efectos que van desde la sintomatología ligera, a conductas evitativas o respuestas de estrés post-traumático. Por otra parte, tal y como afirma Mitchel (1985), el coste de no atender los problemas de estrés traumático secundario en los profesionales de ayuda incluye, a corto y largo plazo, desordenes físicos y emocionales, tensión en las relaciones interpersonales, abuso de sustancias, burnout y abandonos de la profesión.

## 5.2 Modelos teóricos del estrés traumático secundario

El marco conceptual sobre los efectos del estrés en los profesionales de la ayuda, en general, y de los profesionales de la ayuda en emergencias, en particular, es, relativamente, reciente. Las aportaciones teóricas precisan integrarse dentro de modelos explicativos que permitan conocer la forma en la que interactúan la naturaleza del evento traumático, la historia personal del trabajador, sus habilidades emocionales, sus características de personalidad y los factores ambientales (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al., 2004). Aunque con el paso del tiempo las muestras de estudios se han ido diversificando, lo cierto es que el grueso de los datos se han obtenido del personal de emergencias y los servicios de protección social (Stamm, 1999). Beaton y Murphy (1995) destacan que los profesionales de las situaciones de crisis (entre los que incluye a bomberos, paramédicos, técnicos de emergencias sanitarias, conductores de ambulancias, policías, rescatadores y equipos de respuesta en desastres) están en la línea de acción como primeros respondientes. Esto los somete al riesgo de una exposición al trauma en el día a día y, sobre manera, en las situaciones de desastres naturales o provocados por el hombre (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González & Galea, 2004). Por su parte, Dutton y Rubinstein (1995) destacan la situación de los profesionales que trabajan el trauma de otros. Estos son los profesionales de la salud mental (médicos, enfermeras/os, psicólogas/os y trabajadoras/es sociales) y los profesionales expuestos al material traumático por cuestiones legales (abogados y jueces). A todos ellos, les caracteriza la exposición a la que se ven sometidos por el material traumático de los supervivientes.

No es de extrañar por lo tanto que los primeros modelos teóricos sobre el estrés traumático secundario se hayan desarrollado en el contexto de los profesionales de las situaciones de crisis y en los profesionales de la ayuda al trauma (Beaton & Murphy, 1995; Dutton & Rubinstein, 1995; Figley, 1995). Un concepto

adquiere un protagonismo central: la empatía. Se trata de un recurso necesario para el trabajo con el trauma. Supone por una parte "la capacidad de captar el mundo íntimo de la otra persona desde su marco de referencia con la destreza de escuchar" y por otra parte "la capacidad de expresar la comprensión al Ayudando, en un lenguaje adaptado a sus características" (Madrid, 2005, p. 415). Este recurso básico es así mismo un factor de vulnerabilidad para el profesional, lo que por otra parte justificó el concepto de fatiga por compasión (Figley, 1995; Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, et al., 2004).

A continuación se describen someramente algunos de los modelos que se han planteado con respecto al estrés traumático secundario.

*a. Modelo teórico de Figley (1995, 1997).*

En 1995, Figley propone un modelo sobre la fatiga de compasión o desgaste por empatía y el estrés. En su modelo indica cuatro factores relacionados con el profesional de la ayuda que juegan un importante papel en la predisposición a experimentar estrés traumático secundario: la capacidad para empatizar, el comportamiento hacia la víctima, la habilidad para distanciarse del trabajo y el propio sentimiento de satisfacción por ofrecer ayuda (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al., 2004). Los dos últimos factores actúan como moderadores del estrés por compasión. El modelo indica que una exposición prolongada al material relacionado con el trauma y una historia de trauma personal puede conducir a la fatiga por compasión. La experimentación de algún tipo de evento traumático durante la vida de los profesionales es un factor a tener en cuenta. Un trauma no resuelto del profesional puede ser activado por los relatos de los clientes. Su reaparición puede ser provocada como resultado de las experiencias traumáticas de los clientes (Morante, 2007; Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al., 2004; Morett, 2005). También se resalta el papel de la empatía como recurso para entender el proceso traumático de la víctima y su papel como factor de vulnerabilidad para el profesional (Figley, 1997).

Posteriormente, en 1997, Figley plantea un modelo más amplio, el modelo de la transmisión trabajador-cliente de estrés y satisfacción. Es un modelo que resalta la satisfacción del trabajador con su tarea. Se basa en la investigación social y psicológica de la resiliencia; del estrés "crossover", referido a como el estrés

que sufre el cónyuge en el lugar de trabajo produce tensión en casa (Bolger, DeLongis, Kessler & Welthington, 1989); del estrés sistémico en las familias; y de la teoría interpersonal.

Este modelo resalta la interdependencia entre el terapeuta y el cliente. De forma que en este contexto de relación se puede generar un contagio emocional. Se asume que puede coexistir tanto un estado de fatiga por compasión como un estado de satisfacción por compasión. Ésta última contribuye a mantener implicado al profesional activamente en su profesión.

El modelo de Figley queda representado en la Figura 9.

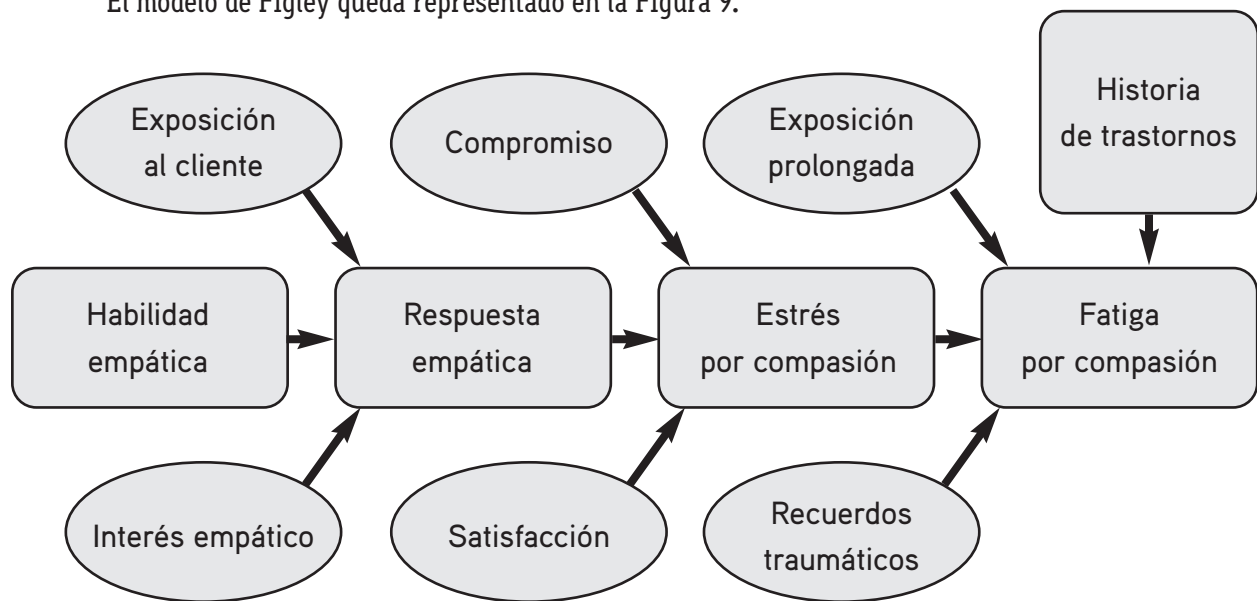


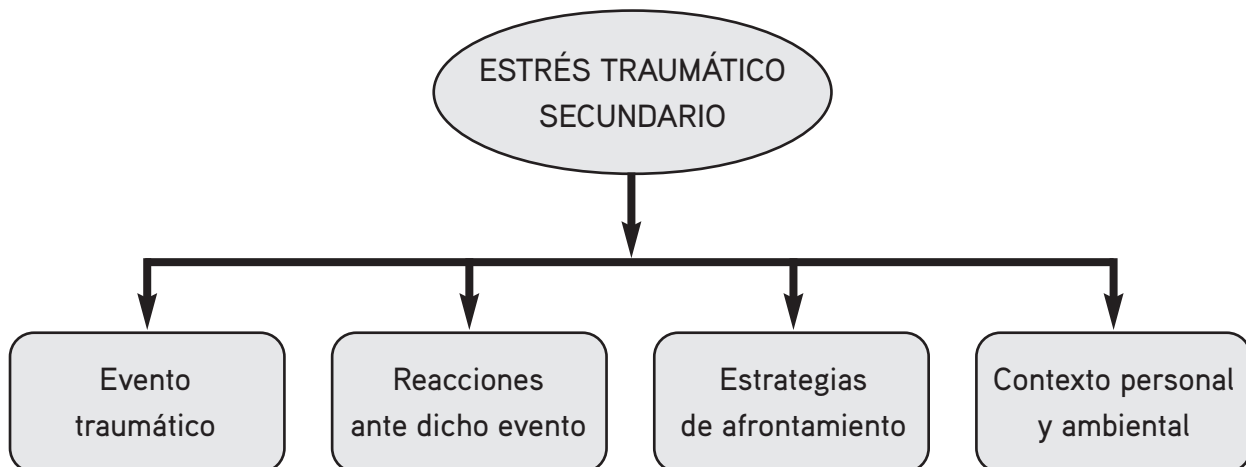
Figura 9. Modelo teórico de Figley (1995, 1997). Adaptado de Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al. (2004).

De la revisión de estudios que presenta Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al. (2004) se deduce que los esquemas cognitivos del terapeuta, el apoyo social con el que cuenta, el número de casos en los que interviene, el nivel de satisfacción con la ayuda prestada, el número de horas que pasa escuchando material traumático, el tipo de material traumático de los clientes especialmente con niños, los años de experiencia profesional y la historia personal traumática del terapeuta se relacionan con la posibilidad de padecer de estrés traumático secundario.

*b. Modelo teórico de Dutton y Rubinstein (1995).*

Este modelo, denominado marco ecológico del trauma, plantea que hay un rango de reacciones que los profesionales que atienden al trauma pueden experimentar al realizar su trabajo con víctimas de crímenes. Estas reacciones se engloban en tres áreas: indicadores psicológicos de distrés; cambios en las creencias acerca del mundo, lo que Janoff-Bulman (1992) presenta como cambios en los esquemas cognitivos; y la tercera área es la de los problemas en la relación entre cliente y profesional, fundamentalmente por la pérdida de confianza. Además este modelo teórico describe la presencia de cuatro componentes: el evento traumático, las reacciones a este evento, las estrategias de afrontamiento y el contexto personal y ambiental. El modelo indica que la exposición al material traumático es única para cada profesional de la ayuda al trauma, que las respuestas de afrontamiento afectan el desarrollo y curso de las reacciones del estrés traumático secundario, y que los factores personales y ambientales (entre los que está el apoyo social) pueden ser mediadores del estrés traumático secundario.

El modelo de Dutton y Rubinstein queda representado en la Figura 10.



*Figura 10.* Modelo teórico de Dutton y Rubinstein (1995). Adaptado de Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al. (2004).



c. *Modelo teórico de Beaton y Murphy (1995).*

Este modelo, denominado sistema teórico del estrés traumático secundario, tiene unos componentes similares a los del modelo de Dutton y Rubinstein (1995), pero destaca el papel de los factores organizacionales (conflicto de rol, normas culturales y tipo de organización) y los factores de mediación (la formación, la experiencia y el apoyo social) como elementos que pueden potenciar la experiencia de estrés traumático secundario (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, et al., 2004). Las consecuencias negativas de la ayuda proporcionada se han clasificado en tres categorías: las consecuencias sobre la salud, los daños en las relaciones (sobre todo las relaciones de pareja) y el abuso de sustancias. La vulnerabilidad al estrés traumático secundario se ha valorado en cinco factores: individual, organizacional, social, comunitario y referido al evento traumático.

El modelo de Beaton y Murphy queda representado en la Figura 11.

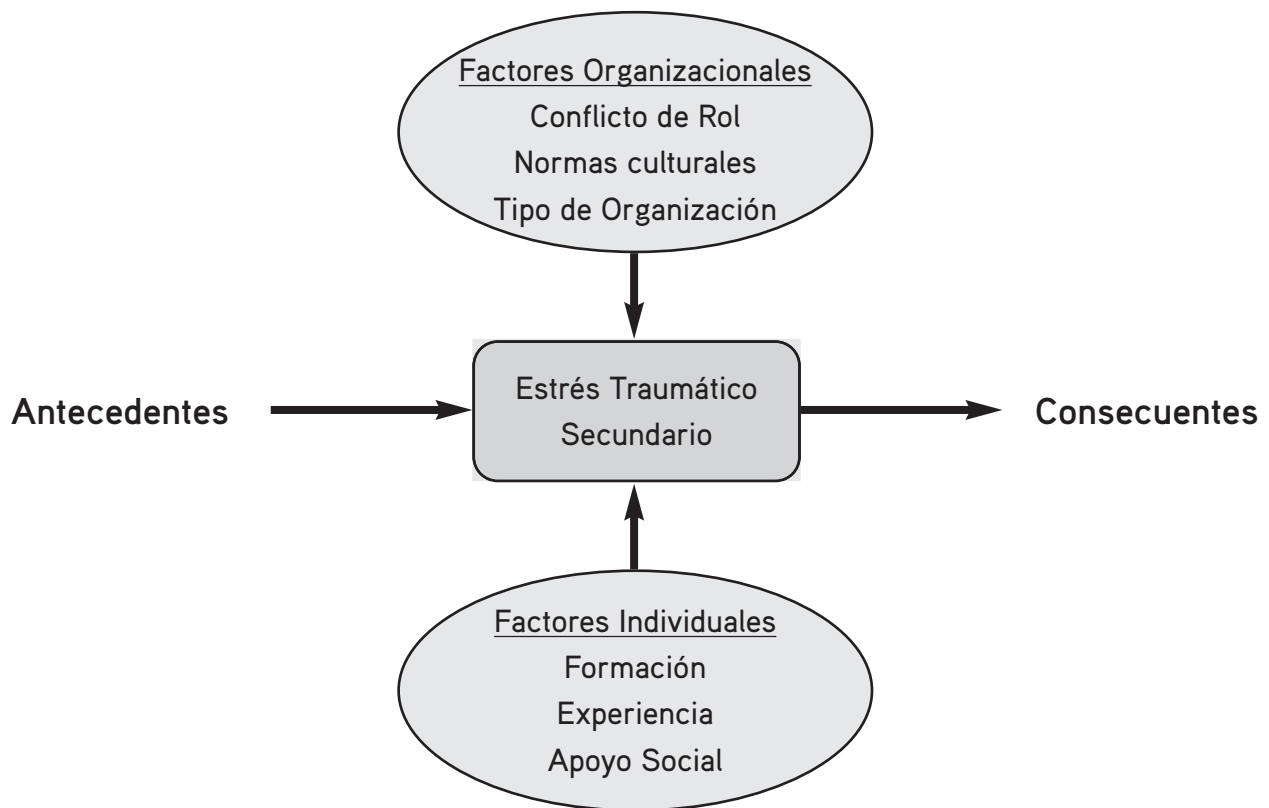


Figura 11. Modelo teórico de Beaton y Murphy (1995). Adaptado de Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al. (2004).

*d. Modelo teórico de Yassen (1995).*

También, denominado modelo ecológico para la prevención del estrés traumático secundario, pretende servir de marco de trabajo para planificar el impacto de este estrés. A diferencia de los tres anteriores no se centra tanto en los factores etiológicos. Parte de la premisa de que el estrés traumático secundario, en sí mismo, no puede prevenirse en la medida en que es una respuesta normal y universal ante eventos anormales o inusuales. Sin embargo, los efectos duraderos y negativos de esta respuesta pueden ser prevenidos desde el desarrollo del desorden de estrés traumático secundario. El programa exhaustivo de prevención tiene componentes individuales y ambientales del autocuidado. Es la interacción de estos factores la que da el carácter ecológico al modelo. Se asume la necesidad de preparar un plan y atender a los efectos del estrés traumático secundario para no causarnos daño a nosotros mismos, o a los que están cerca de nosotros o a los que se cuida profesionalmente. El componente individual incluye una dimensión personal con aspectos físicos, psicológicos y sociales, y una dimensión profesional. El componente ambiental incluye una dimensión social y otra dimensión referida al marco laboral.

El modelo de Yassen queda representado en la Figura 12.

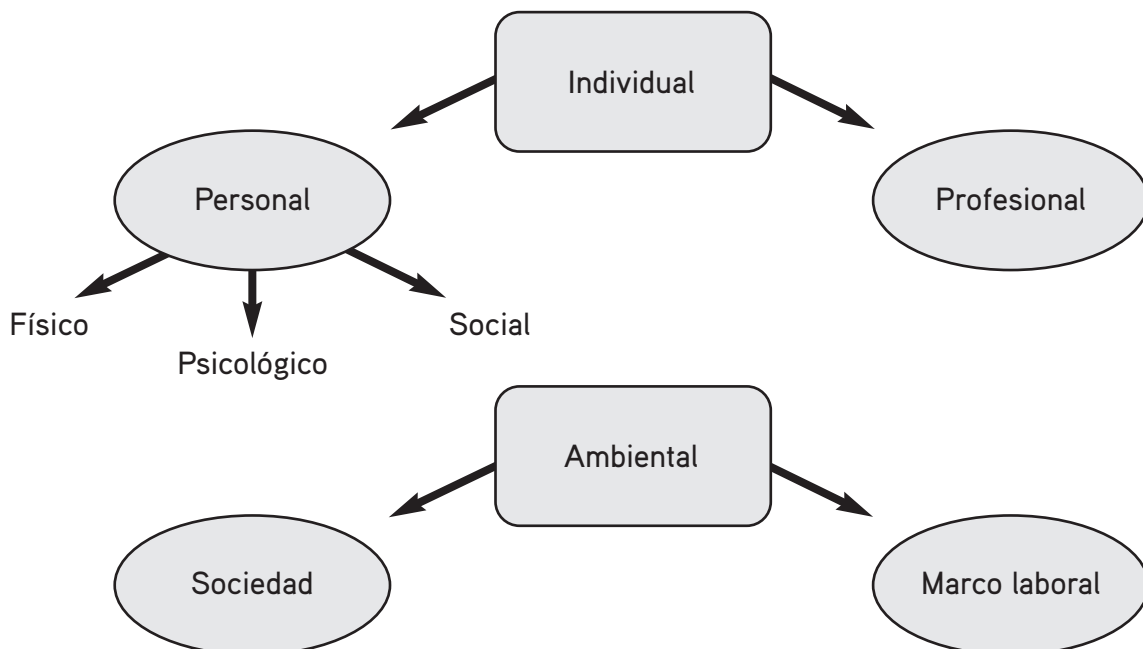


Figura 12. Modelo teórico de Yassen (1995). Adaptado de Yassen (1995).

*e. Modelo ecléctico de Ortlepp y Friedman (2001).*

Se presenta un modelo que recoge las aportaciones de Figley (1995), Beaton y Murphy (1995) y Dutton y Rubinstein (1995). Se trata de un modelo que enfatiza la naturaleza transaccional del estrés traumático secundario en la relación entre el incidente, la persona y el contexto situacional. Presenta este estrés como un fenómeno subjetivo, destacando la importancia de la evaluación cognitiva en el proceso. Le atribuye consecuencias fisiológicas, psicológicas y conductuales. Es un proceso cíclico y no lineal. El primer componente del modelo es el incidente traumático para el que se solicita ayuda. El segundo componente es el proceso de evaluación relacionado con el significado que el profesional da al incidente traumático para el que se asesora. Este componente incluye varios factores: naturaleza del evento traumático, factores individuales del profesional de ayuda al trauma, las características del cliente que busca la ayuda y las características del entorno y la organización. El tercer componente es la reacción de estrés traumático secundario del profesional (Ortlepp & Friedman, 2001).

De manera diferencial a estos modelos teóricos se plantea para la traumatización vicaria un marco conceptual propio. La teoría constructivista del auto-desarrollo de McCann y Pearlman (1990), es el marco teórico de la traumatización vicaria. En ella interactúan conceptos de diversas orientaciones teóricas como las relaciones objetales (proviene de las aportaciones de M. Klein), la psicología del self (o psicología del yo) y las teorías de la cognición social. Todo ello bajo una visión constructivista del trauma en la que la historia única de la persona forma su experiencia de los eventos traumáticos y define su adaptación al trauma. Dentro de esta teoría se inserta las condiciones de la terapia del trauma. Plantean que el trauma afecta a tres aspectos importantes del yo: auto-capacidades para tolerar emociones fuertes y regular la autoestima; esquemas cognitivos o creencias y expectativas sobre sí mismos y otros en un marco de referencia que incluye la visión del mundo, la seguridad, la confianza, la estima, la intimidad, el poder y la independencia; y los recuerdos intrusivos del trauma y las emociones angustiantes. Se destaca que la adaptación al trauma es producto de las características de la personalidad pre-trauma y las características del evento traumático dentro del contexto de variables sociales y culturales. Una premisa central de la teoría es que se llega a generar una redefinición de los esquemas cognitivos y con ello una reinterpretación de la realidad. Se asume que las experiencias traumáticas pueden afectar el esquema cognitivo acerca del yo y de los otros, así como a su sistema de imágenes de la memoria.

Además de estos modelos teóricos explicativos se han propuesto otros modelos que pretenden ayudar a operacionalizar el conjunto de roles que juegan los terapeutas en la relación con sus clientes traumatizados, uno de ellos es el modelo de fatiga por compasión, traumatización vicaria y el curador herido (Dafos-Rodrigo, 2005). El curador herido hace alusión al daño-herida que puede recibir el terapeuta-curador al trabajar con clientes traumatizados por activarse la historia traumática personal del terapeuta (Mitroi, 2011). En el proceso terapéutico puede darse un resultado positivo, cuando se consigue la curación del cliente, o un resultado negativo caracterizado por el desarrollo de síntomas de estrés traumático secundario en el terapeuta. Las tres premisas básicas del modelo son: la conexión entre empatía e identificación; las dimensiones cognitivas y emocionales de la empatía; y la homeostasis (como tendencia a restablecer el equilibrio) (Dafos-Rodrigo, 2005).

### **5.3 Estrés traumático secundario, afrontamiento y personalidad**

Del repaso de algunos de los modelos teóricos explicativos del estrés traumático secundario se ha podido comprobar como tanto las características personales, entre ellas las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento, como el apoyo social forman parte del esquema de variables relacionadas con este tipo de estrés.

En relación con el afrontamiento, McCammon, Durham, Allison y Williamson (1988) informan que los profesionales de las emergencias frecuentemente afrontan los acontecimientos desastrosos con estrategias cognitivas como la búsqueda de significado, el intento de lograr el dominio de la situación y la búsqueda de apoyo social. Valent (1995) ha expuesto que llegar a identificarse con la víctima del trauma conlleva desarrollar estrategias de afrontamiento inadecuadas. Por ejemplo, conductas sobreprotectoras o de excesiva atención hacia la víctima pueden llegar a producir en el profesional sanitario sentimientos de angustia y nerviosismo (Janoff-Bulman, 1992). Otros autores proponen el papel que juega el humor como un factor protector ante el trauma (Moran, 1998, 1999, 2002; Schauben & Frazier, 1995; A. J. Taylor, 1996). Sin embargo, tanto Moreno-Jiménez, Morante, Rodríguez-Muñoz y Rodríguez-Carvajal (2006) como Moreno-Jiménez et al. (2008), en sus estudios con profesionales de la asistencia extrahospitalaria, mantienen la idea del humor como protector, sólo cuando éste se percibe como una estrategia de afrontamiento eficaz a corto plazo. En situa-

ciones estresantes mantenidas en el tiempo se da una transformación apareciendo como una estrategia de afrontamiento evitativa o de negación. Tras un atentado terrorista North et al. (2002) realizaron un estudio con bomberos en el que pudieron comprobar como el método más frecuente de afrontamiento, después de la búsqueda de apoyo interpersonal, fue el consumo de alcohol.

Por otra parte, el afrontamiento se resalta en los estudios de la traumatización vicaria como una variable pre-evento importante (M. K. Byrne et al., 2006). Las estrategias de afrontamiento negativas son las que, cuando se aplican, incrementan el riesgo de experimentar y mantener el estrés postraumático (Avero, Corace, Endler & Calvo, 2003; Beaton, Murphy, Johnson, Pike & Corneil, 1999; Follete et al., 1994). Las personas que experimentan traumatización vicaria a menudo usan la evitación como una estrategia de afrontamiento general. En situaciones estresantes, a menudo, centran su atención en las emociones negativas y alivian su distrés a través de la evitación de los recuerdos de la situación, incrementando su malestar general (Avero et al., 2003). Para Bober y Regher (2006), estudiando a consejeros de salud mental, observan que las estrategias de afrontamiento para sí mismos (dedicar tiempo a las actividades de ocio, al autocuidado y a la supervisión por otros) no muestran evidencias de servir de protectoras contra los síntomas de distrés agudo, lo que a su vez se interpreta como que la participación en estas estrategias no tiene impacto en los síntomas traumáticos inmediatos. La revisión realizada por Moulden y Firestone (2007) muestra que el afrontamiento positivo mitiga los efectos negativos del trabajo con trauma, referido sobre todo a los terapeutas que trabajan con delincuentes sexuales. Por su parte, en el meta-análisis de Littleton et al. (2007) el afrontamiento de evitación se asocia de forma significativa con síntomas de estrés postraumático. Por otra parte, los estilos de afrontamiento activo, como la construcción de un plan de acción para resolver los problemas, el apoyo emocional y el apoyo instrumental se han encontrado útiles para disminuir los síntomas de estrés traumático secundario en los terapeutas que los emplean (Schauben & Frazier, 1995). La revisión realizada por Prati y Pietrantonì (2009) señala que el recurso a la religión y la reevaluación positiva como estrategias de afrontamiento junto con el efecto del apoyo social, de la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social y el optimismo están asociados, como moderadores, al crecimiento personal postraumático, aunque el efecto más destacado fue para las dos primeras estrategias.

Con relación a la personalidad, ciertos estudios se centran en la relación de algunos rasgos con el estrés traumático secundario. En un estudio longitudinal, McFarlene, (1988a, 1988b) identifica que el factor

Neuroticismo es un predictor del Desorden de Estrés Postraumático crónico. En otro estudio longitudinal, en el que se evalúa los posibles cambios en el patrón de personalidad (considerando el modelo de los Cinco Grandes) por la acción de experimentar eventos extremadamente adversos, Löckenhoff, Terracciano y Patriciu (2009) identifican que las personas que informan de un aumento en el nivel de Neuroticismo, en respuesta al evento, muestran mayor deterioro de la salud mental. En términos prácticos, se sugiere que la evaluación de niveles basales de rasgos de personalidad puede ayudar a identificar a las personas propensas a sufrir estrés postraumático ante eventos extremos. Esto es relevante para los profesionales con más probabilidad de exposición a eventos traumáticos, tales como los profesionales de las emergencias. En esta línea del papel del Neuroticismo están los resultados de Paris (2000) y LaFauci y Marotta, (2011). Por otra parte, dentro de la aportación de evidencias empíricas en el análisis de la relación entre rasgos de personalidad y estrés traumático, ciertos estudios en personal de emergencias, centrados en estudiar la variable crecimiento personal tras el trauma, entendida como los cambios positivos que la persona percibe tras la experiencia de un evento traumático, encuentran que Neuroticismo no se relaciona con el crecimiento personal tras el trauma. Por su parte Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad sí se relacionan, de igual manera que las estrategias de afrontamiento adaptativo (Shakespeare-Finch, Gow & Smith, 2005). Por último, en el estudio de revisión de Jaksic, Brajkovic, Ivezic, Topic y Jakovljevic (2012) el estrés postraumático aparece asociado positivamente con Neuroticismo y negativamente con Extraversión y Responsabilidad.

Otras variables de personalidad como la auto-conciencia (del terapeuta), la autoestima, la fuerza y recursos del yo, así como la capacidad de autorregulación pueden afectar la vulnerabilidad al estrés traumático secundario (Dutton & Rubinstein, 1995). También se ha resaltado el papel del sentido de coherencia. Aunque no es estrictamente un rasgo específico de personalidad se considera una orientación disposicional generalizada. Tal y como fue propuesto por Antonovsky es una variable con un efecto directo en los indicadores del estrés traumático secundario más que como variable moderadora (Ortlepp & Friedman, 2001, 2002). En relación, también, con el sentido de coherencia Moreno-Jiménez, Morante et al. (2006), Moreno-Jiménez et al. (2007) y Moreno-Jiménez et al. (2008) apoyan el papel de la comprensibilidad (dimensión del sentido de coherencia) en la protección ante el trauma. Igualmente, se resalta el importante papel de las variables cognitivas, como ésta, como factor de protección al trauma, en la línea de lo propuesto por Janoff-Bulman

(1992). Otras variables estudiadas son el optimismo y la empatía (Jaksic et al., 2012; Moreno-Jiménez et al., 2008; Moreno-Jiménez, Morante et al., 2006; Moreno-Jiménez et al., 2007; Prati & Pietrantonio, 2009).

Dentro de las variables de personalidad que ayudan a generar resistencia ante el trauma se ha resaltado los efectos directos y amortiguadores de la personalidad resistente (Jaksic et al., 2012; G. Matthews, 1995) o alguna de sus dimensiones como el compromiso o implicación y control (Stamm & Pearce, 1995) o el reto (Moreno-Jiménez, Morante et al., 2006; Moreno-Jiménez et al., 2007). También destacan los resultados en los que se muestra una relación negativa de la personalidad resistente con el estrés postraumático (Eschleman et al., 2010).

#### **5.4 Estrés traumático secundario y apoyo social**

La literatura científica sobre el estrés traumático destaca el importante papel del apoyo social (Lerias & Byrne, 2003). En algunos modelos teóricos, expuestos anteriormente, su presencia es explícita. En líneas generales se puede afirmar que en entornos de apoyo se consiguen mejores resultados (Flannery, 1990). Así, Cerney (1995) indica que los profesionales de la ayuda al trauma necesitan asistencia para hacer frente a su propio trauma. Se destaca la importancia de los grupos de supervisión, así como de los compañeros de trabajo, para ayudar a los terapeutas en el trabajo con las víctimas de un trauma (Slattery & Goodman, 2009; Stamm & Pearce, 1995).

Los estudios con veteranos de guerra demostraron que las víctimas que cumplían los criterios del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) mostraron tener niveles muy bajos de apoyo social. También hay pruebas que demuestran que las personas cuyos sistemas de apoyo son débiles o cuyo ambiente social es de menor aceptación son más propensos a desarrollar trastornos de estrés después de experimentar un acontecimiento traumático (Carson, Butcher & Mineka, 1998). Por tanto, el apoyo social en las víctimas directas de trauma puede ayudar a protegerles del trauma o a mitigar sus efectos. Lo mismo se ha observado en el caso del estrés traumático secundario de los profesionales de la ayuda al trauma. Además, en cuanto al manejo del trauma se plantea la posibilidad de que la acción del apoyo social tenga un efecto directo o un efecto amortiguador. Sin que esta cuestión haya quedado bien delimitada, sí parece clara la importancia del

apoyo social. Follete et al. (1994) indican que altos niveles de estrés personal y la incapacidad para encontrar un apoyo positivo pueden favorecer el desarrollo de los síntomas de estrés postraumático. Hodgkinson y Shepherd (1994) encontraron una relación negativa, significativa estadísticamente, aunque moderada, entre el apoyo social y las experiencias de estrés traumático secundario de terapeutas. Yassen (1995) afirma que el apoyo social es un componente central de la prevención personal y profesional del estrés traumático secundario. Varios estudios encuentran que contar con un buen sistema de apoyo ayuda a reducir el impacto que supone trabajar con clientes que han sufrido trauma. Sobre todo en el caso de los terapeutas resulta útil hablar del impacto emocional de su trabajo, con pacientes traumatizados, con colegas profesionales o con supervisores de los que reciben tanto apoyo instrumental como emocional (Kadambi & Truscott, 2003; Schauben & Frazier, 1995). En personal de ayuda humanitaria, de organismos internacionales, para Erikson, Van de Kemp, Gorsuch, Hoke y Foy (2001) el apoyo social se ha documentado como un predictor importante del ajuste después de experimentar un evento traumático. Entre el personal de ayuda de los organismos internacionales, que a menudo son testigos o tienen que escuchar eventos traumáticos, se encontró que el apoyo social determina de forma significativa el ajuste psicológico al volver a la vida civil. La calidad del apoyo social durante el reingreso a la vida civil era fundamental para reducir los síntomas del trastorno de estrés postraumático entre estas personas, al actuar como un amortiguador para las personas con elevados niveles de exposición al trauma. También con personal de rescate en desastres naturales un bajo apoyo social se relaciona con un aumento del estrés postraumático (Huang et al., 2013). Por su parte, Paris (2000) de la revisión que realiza obtiene que de forma consistente el impacto de los eventos traumáticos son amortiguados por el apoyo social.

Como ya se ha expuesto en el capítulo sobre apoyo social ha sido importante para los investigadores establecer la importancia de la diferenciación entre apoyo recibido y apoyo percibido. En diferentes estudios se establece que el apoyo percibido era importante para la salud, pero un apoyo social percibido de forma negativa puede ir en contra de los beneficios de un apoyo real (Carson et al., 1998). En una muestra de terapeutas que trabajan con delincuentes sexuales, Ennis y Home (2003) resaltan como el apoyo social percibido se encuentra asociado con niveles más bajos de síntomas de estrés postraumático, lo mismo que encuentra MacRitchie y Leibowitz (2010) con profesionales de la asistencia al trauma.



Pero otros resultados generan dudas en cuanto a la consistencia de la evidencia empírica de la relación entre el apoyo social y el estrés traumático secundario. Hyman (2004) no encuentra una relación significativa entre el apoyo social percibido y los síntomas de estrés traumático secundario en su estudio con técnicos forenses de la policía. En este estudio se evalúa la utilización del apoyo social percibido como una estrategia de afrontamiento pero encuentra que es la estrategia de evitación la que les resulta eficaz a estos profesionales. Como puede constatarse diferentes muestras de profesionales aportan datos dispares en cuanto a la evidencia empírica del papel del apoyo social con respecto del estrés traumático secundario. Tampoco Badger (2006) encuentra que el apoyo social sea un predictor significativo del estrés traumático en una muestra de trabajadores sociales de hospital. Por ello Bride (2004) indica que aunque algunos estudios muestran que hay asociación entre el apoyo social y bajos niveles de sintomatología traumática, estos resultados deben ser valorados con cautela. Por su parte MacRitchie y Leibowitz (2010) concluyen que el apoyo social tiene más de un papel que desempeñar en la recuperación del estrés traumático secundario, pero no es central si se manifiesta o no dicho estrés traumático. Esto se confirma en estudios sobre el crecimiento personal tras el trauma, Pratti y Pietrantonio (2009) indican que el apoyo social se asocia positivamente con este crecimiento personal, lo que muestra una prueba indirecta de la importancia del apoyo social en la recuperación del estrés traumático secundario. Sobre todo, en este caso, la importancia del apoyo social está en que fomenta una evaluación de los eventos y de las estrategias de afrontamiento personal más favorable.

## **5.5 Estrés traumático secundario y burnout**

El contexto conceptual del burnout se ha situado en el entorno laboral, como una consecuencia de las actividades que se desarrollan en el trabajo, mediado o moderado por diferentes variables. Por otra parte, el estrés traumático secundario fue al principio identificado como una forma de burnout. Y, además, el estrés laboral ha recibido mucha atención en la literatura como una variable que contribuye a aumentar la propensión al estrés traumático en algunos profesionales (Badger, 2006; Regehr, Hemsworth, Leslie, Howe & Chau, 2004). Por ello, no extraña el interés que los investigadores tienen en analizar la relación entre estos constructos.

La evidencia empírica de la relación entre el burnout y el estrés traumático secundario ha aportado diversas sugerencias. Para Figley (1995, 2002) la presencia de burnout incrementa la probabilidad de desarrollar fatiga por compasión. Y se convierte así en un factor de riesgo. Regehr et al. (2004) analizando a los trabajadores sociales que trabajan con niños, establecen un modelo para predecir el distrés postraumático. En este modelo integran tanto el impacto del burnout como el impacto de los eventos traumáticos. Se combinan por lo tanto factores individuales, del incidente y de la organización. Los aspectos organizacionales, como la sobrecarga de trabajo, el manejo de clientes difíciles o los cambios organizacionales se presentan con una fuerte asociación con el distrés de los profesionales, ya que parece que generan un importante impacto en la experiencia del profesional de los eventos traumáticos a los que se ven sometidos por su actividad. También aquí se puede afirmar que el burnout es un factor de riesgo.

Con trabajadores sociales de oncología, Simon et al. (2006) señalan que estos profesionales experimentan tanto estrés traumático secundario como burnout. Mientras que el burnout se relaciona con la organización, el estrés traumático secundario tiene que ver con un compromiso empático con los clientes. Burnout y estrés traumático secundario tienen una moderada relación lo que implica que cuando un trabajador experimenta estrés traumático secundario él o ella tiene probabilidad de experimentar burnout y se vuelven más insatisfechos con el trabajo.

Por su parte, Townsend y Campbell (2009) examinan los factores organizacionales que parecen proteger a las enfermeras que deben examinar a víctimas de agresión sexual. Tanto para el estrés traumático secundario como para el burnout destaca una variable protectora como es el apoyo de los iguales. Ambos constructos están relacionados pero no son idénticos. El impacto emocional del trabajo con el trauma de los supervivientes es un problema de programación que puede verse afectado alterando el ambiente de trabajo. Por ello, los factores de la organización (las demandas del trabajo y los recursos para el trabajo) tal y como son propuestos en el modelo de demandas del trabajo y recursos de Demerouti et al. (2001), deben ser considerados para planificar como disminuir el riesgo de estrés traumático secundario y burnout.

En general la tendencia ha sido la de asumir el estrés traumático secundario y el burnout como cuestiones relacionadas pero diferentes. La presencia de conceptos que guardan cierta similitud como estrés traumático secundario, traumatización vicaria y fatiga por compasión ha generado, en ocasiones, cierta dificultad

para delimitar la relación entre los conceptos. Newell y MacNeil (2010) indican que si bien el estrés traumático secundario y la traumatización vicaria son desordenes diferentes pero con características similares, su relación con el burnout parece bien delimitada por los acontecimientos traumáticos sufridos por los clientes a los que debe ayudar el profesional de la ayuda al trauma. Por otra parte, cuando se recurre al concepto de fatiga por compasión, la delimitación con el burnout se podría desdibujar por asumir que dicha fatiga es una combinación de síntomas de estrés traumático secundario y burnout profesional. Sin embargo, Adams, Figley y Boscarino (2008) indican que la medida de la fatiga por compasión muestra que el estrés traumático secundario y el burnout son diferentes y por ello la escala Compassion Fatigue Scale-Revised (CF-R) mide aspectos diferentes de un fenómeno más general como es la fatiga por compasión, tal y como la formula Figley (1995).

A pesar de estas evidencias, algunos autores han sido críticos con los resultados que sugieren que el estrés traumático secundario, la traumatización vicaria y el burnout son algo diferente. Devilly et al. (2009) con los resultados que obtienen, sugieren que los tres constructos son convergentes, por lo que podrían estar midiendo el mismo fenómeno. Obviamente estos resultados plantean una clara contradicción con los planteamientos de Figley (1995) y Pearlman y Saakvitne (1995), pero van en la línea de algunos resultados que sugieren cierta sobre-estimación del impacto del trabajo con pacientes traumatizados (S. Jenkins & Baird, 2002; Van Minnen & Keijsers, 2000).

Ante estas evidencias que parecen entrar en contradicción y teniendo en cuenta las limitaciones de los estudios realizados e identificadas por los propios autores, se precisa de más investigación sobre la relación entre el estrés traumático secundario y el burnout que clarifique la naturaleza de tal relación.

## **5.6 Evaluación del estrés traumático secundario**

La inclusión de los criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en el DSM-III (APA, 1980) dió paso al aumento de los instrumentos para su evaluación y diagnóstico, fundamentalmente por medio de cuestionarios, entrevistas y medidas psicofisiológicas. Sin embargo, para la evaluación del estrés traumático secundario y de la traumatización vicaria no se ha generado la misma expansión en cuanto a instrumentos de medida.

Las primeras conceptualizaciones teóricas sobre el estrés traumático secundario y la traumatización vicaria propician la aparición de los primeros instrumentos de medida, que a lo largo del tiempo se han ido revisando y dando origen a nuevos instrumentos de evaluación. También en este campo se han desarrollado estudios empleando metodología cualitativa tal como el análisis fenomenológico, que ha mostrado ciertas evidencias valiosas.

En la Tabla 28 se exponen someramente algunos de los instrumentos de medida del estrés traumático secundario y traumatización vicaria más relevantes (Beck, 2011; Bride et al., 2007; Devilly et al., 2009; Elwood, Mott, Lohr & Galovski, 2011; Morante, 2007; Moreno-Jiménez, Garrosa, Morante, Rodríguez & Losada, 2004; Morett, 2005; Sabin-Farrell & Turpin, 2003; Sabo, 2006)

**Tabla 28.**

Instrumentos de medida del estrés traumático secundario y traumatización vicaria.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor / Autores</b>
World Assumptions Scale (WAS) – (Escala mundial de suposiciones)	(Janoff-Bulman, 1989)
Traumatic Stress Institute - Belief Scale (TSI-BS) – (Instituto de estrés traumático – escala de creencias)	(Pearlman & Mac Ian, 1995)
Compassion Fatigue Self-Test (for Practitioners /Helpers / Psychoterapists) (CFST) – (Auto test de fatiga por compasión)	(Figley, 1995)
Compassion Satisfaction and Fatigue Test (CSFT) – (Test de satisfacción y fatiga por compasión)	(Figley & Stamm, 1996)
TSI Belief Scale-Revision L (TSI-BSL) - (Instituto de estrés traumático – Escala de creencias – revision L)	(Pearlman, 1996)
Secondary Trauma Questionnaire (STQ) – (Cuestionario de trauma secundario)	(Motta, Kefer, Hertz & Hafeez, 1999)
Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) - (Escala de estrés traumático secundario)	(Bride, 2001) (Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004) (Bride et al. 2007)
Professional Quality Life Scale (ProQOL) - (Escala de calidad de vida profesional)	(Stamm, 2002, 2005)

(continúa)

**Tabla 28.** (continuación)

Instrumentos de medida del estrés traumático secundario y traumatización vicaria.

<b>Instrumento</b>	<b>Autor / Autores</b>
Compassion Fatigue Scale – Revised (CFS-R) – (Escala de fatiga de compasión – revisada)	(Gentry, Baranowsky & Dunning, 2002)
Trauma and Attachment Belief Scale (TABS) – (Escala de creencias de trauma y apego)	(Pearlman, 2003)
Cuestionario de estrés traumático secundario (CETS)	(Moreno-Jiménez, Morante, Rodríguez-Muñoz & Garrosa, 2004)
Compasión Fatigue Short Scale (CF-Short Scale) – (Escala corta de fatiga de compasión)	(Adams, Boscarino & Figley, 2006)

Presentamos a continuación un análisis más descriptivo de los instrumentos más utilizados en la evaluación del estrés traumático secundario:

*a. Compassion Fatigue Self-Test (CFST) (Auto-test de Fatiga por Compasión).*

La versión original de esta escala corresponde a lo propuesto por Figley (1995) quien la denominó Compassion Fatigue Self-Test (CFST). Se trata de una escala de 40 ítems con respuesta tipo likert de cinco puntos. Los datos de consistencia interna la sitúan en niveles entre  $\alpha$ : .86 y  $\alpha$ : .94. El CFST es un cuestionario con dos escalas para medir estrés traumático secundario: una escala de fatiga por compasión y la otra escala de burnout.

Posteriormente, surge la Compassion Satisfaction and Fatigue Test (CSFT) (Figley & Stamm, 1996), un cuestionario de 66 ítems, con respuestas tipo likert de seis puntos. Los datos de consistencia interna lo sitúan en niveles superiores a  $\alpha$ : .86. El CSFT es un cuestionario con tres escalas para medir estrés traumático secundario. La primera escala se denomina Satisfacción de compasión, evalúa la satisfacción de los profesionales con respecto de las personas a las que ayuda. La segunda escala se denomina Burnout, evalúa el riesgo de sufrir este síndrome. La tercera escala se denomina Fatiga por compasión, evalúa síntomas de estrés postraumático relacionados con el trabajo o con la exposición a material altamente estresante en el trabajo. Más que como instrumento de diagnóstico, los autores lo proponen como un indicador de problemas potenciales (Moreno-Jiménez, Garrosa et al., 2004).

Gentry et al. (2002) realizan una modificación de la CSFT a la que denominan Compassion Fatigue Scale – Revised (CFS-R), esta versión tiene 30 ítems, con respuestas tipo likert de 10 puntos. Se utiliza para evaluar estrés traumático secundario y burnout. Los autores no informan de los datos de validez y fiabilidad de la escala.

Adams et al. (2006) analizan los datos de validez de la CFS-R y encuentran problemas, por lo que presentan una versión corta de esta última escala. La denominan Compasión Fatigue Short Scale (CF- Short Scale). Es una escala con 13 ítems, con respuestas tipo likert de 10 puntos. Los datos de consistencia interna la sitúan en niveles en torno a  $\alpha$ : .90.

*b. Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) (Escala de Estrés Traumático Secundario).*

La Secondary Traumatic Stress Scale fue desarrollada en respuesta a la necesidad de instrumentos confiables y válidos para medir específicamente síntomas de estrés traumático secundario en los profesionales de ayuda (Bride, 2001). Es una escala con 17 ítems, con respuestas tipo likert de cinco puntos. Los datos de consistencia interna lo sitúan en niveles superiores a  $\alpha$ : .91. Evalúa específicamente síntomas consistentes con los criterios del DSM-IV - TR (APA, 2000) para el TEPT. Está compuesta por tres subescalas: Intrusión, Evitación y Activación, asociadas a la exposición a material traumático por el trabajo de los profesionales con personas traumatizadas y que corresponde, respectivamente, a los criterios diagnósticos B, C y D del TEPT. Las medidas de la STSS pueden ser usadas para calcular la presencia o ausencia de síntomas, según los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático, o la severidad. También ha sido usada con frecuencia para examinar la prevalencia e impacto del estrés traumático secundario. Para Bride et al. (2004) la STSS puede ayudar a evaluar el diseño de estrategias para reducir el estrés traumático secundario y permitir el monitoreo de los niveles de síntomas de estrés traumático secundario.

*c. Professional Quality Life Scale (ProQOL-III) (Escala de Calidad de Vida Profesional).*

La Professional Quality of Life Scale (ProQOL) es una escala que surge como una evolución de la CFST (Figley, 1995) y de la CSFT (Figley & Stamm, 1996) sobre la evaluación del estrés traumático secundario. Stamm (2002) propone la ProQOL-III como una tercera revisión de la CFST. Es un instrumento de 30 ítems, con respuestas tipo likert de seis puntos. Tiene tres subescalas: Satisfacción de compasión, Burnout y Fatiga

de compasión/Estrés traumático secundario. Los ítems de estas subescalas han sido modificados con respecto de los que se incluían en el CFST. Los datos de consistencia interna lo sitúan en niveles entre  $\alpha$ : .87, para el factor Satisfacción por ayudar,  $\alpha$ : .72 para el factor Burnout y  $\alpha$ : .80 para el factor de Estrés traumático secundario. La escala ProQOL se ha ido desarrollando con sucesivas versiones, la cuarta versión (ProQOL-IV) está disponible en castellano, la versión más actual, por el momento es la quinta (ProQOL-V) (Stamm, 2005, 2010).

Elwood et al. (2011) sugieren que los instrumentos de medida a utilizar deben ser elegidos según los objetivos que se persiguen. Puede interesar valorar el trauma secundario de una persona, o bien, valorar las reacciones del que ayuda. Cuando se elige estudiar el trauma secundario de forma consistente con la presentación del TEPT, probablemente se beneficiarán más con el uso de la STSS, teniendo en cuenta la correspondencia que tiene con los criterios del TEPT y la disponibilidad de datos normativos. Cuando el objetivo son las reacciones positivas y negativas hacia las experiencias del trabajo con personas que han experimentado eventos extremadamente estresantes lo que se recomienda es el uso del ProQOL.

#### *d. Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (CETS).*

El CETS es un cuestionario con varias secciones. Con relación al síndrome de estrés traumático presenta tres dimensiones: Fatiga por compasión, Sintomatología de estrés traumático secundario y Sacudida de creencias. La dimensión Fatiga por compasión, con ocho ítems, evalúa el grado de agotamiento físico y emocional del profesional de la ayuda por su labor asistencial. La dimensión Sintomatología de estrés traumático secundario, con 11 ítems, evalúa las reacciones de estrés traumático secundario relacionado con la exposición a material altamente estresante, valora reacciones cognitivas, emocionales, conductuales y físicas. La dimensión Sacudida de creencias, con seis ítems, evalúa el cambio de creencias y valores que pueden surgir tras el trauma. Todos los ítems tienen respuestas tipo likert de cuatro puntos. Los datos de consistencia interna lo sitúan en niveles entre  $\alpha$ : .88 para Fatiga por compasión,  $\alpha$ : .86 para Sintomatología de estrés traumático secundario y  $\alpha$ : .81 para Sacudida de creencias (Moreno-Jiménez, Morante, Rodríguez-Muñoz et al., 2004). En un estudio con profesionales de emergencias médicas y bomberos, Meda, Moreno-Jimenez, Rodríguez-Muñoz, Arias y Palomera (2011), por medio de un análisis factorial confirmatorio, han mantenido la estructura trifactorial este cuestionario.

En la Tabla 29 se presenta un resumen de alguna de las características básicas de los inventarios o cuestionarios de evaluación del estrés traumático secundario que se han descrito anteriormente.

**Tabla 29.**

Características relevantes de algunos instrumentos de medida del estrés traumático secundario.

<b>Instrumento</b>	<b>Nº ítems</b>	<b>Tipo de respuesta</b>	<b>Organización (factores o escalas)</b>	<b>Consistencia interna</b>
CFST (1995)	40	Likert, de 5 puntos	Fatiga por compasión Burnout	Oscila entre $\alpha$ : .86 y $\alpha$ : .94
CSFT (1996)	66	Likert, de 6 puntos	Satisfacción de compasión Burnout Fatiga por compasión	Superior a $\alpha$ : .86
STSS (2001)	17	Likert, de 5 puntos	Intrusión Evitación Activación	Superior a $\alpha$ : .91
CFS-R (2002)	30	Likert, de 10 puntos	Estrés traumático secundario Burnout	-----
ProQOL-III (2002, 2005)	30	Likert, de 6 puntos	Satisfacción de compasión (satisfacción por ayudar) Burnout Estrés traumático secundario	$\alpha$ : .87 (Satisfacción de compasión) $\alpha$ : .72 (Burnout) $\alpha$ : .80 (Estrés traumático secundario)
CETS (2004)	25	Likert, de 4 puntos	Fatiga por compasión Sintomatología de estrés traumático secundario Sacudida de creencias	$\alpha$ : .88 (Fatiga por compasión) $\alpha$ : .86 (Sintomatología de estrés traumático secundario) $\alpha$ : .81 (Sacudida de creencias)
CF-Short Scale (2006)	13	Likert, de 10 puntos	Estrés traumático secundario Burnout	Oscila en torno a $\alpha$ : .90



## 6. MODELO TEÓRICO

En torno al burnout, la calidad de vida profesional y la salud, tal y como se ha mostrado en los apartados previos, existe una importante cantidad de variables que mantienen complejas relaciones que resulta conveniente ir analizando. De este interés surgen diversos trabajos que han identificado la naturaleza de la relación de las diferentes variables consideradas como importantes con respecto del burnout, la calidad de vida profesional y la salud (Blanch, Aluja & Biscarri, 2002; Gueritault-Chalvin et al., 2000; Morante, 2007; Morett, 2005; Regehr, Hemsworth & Hill, 2001; Topa-Cantisano & Morales-Domínguez, 2007). En estos estudios se ha valorado la importancia del papel de variables como el afrontamiento, el apoyo social, los antecedentes socio-laborales y la personalidad.

Un modelo que recoge diversas y complejas relaciones entre diferentes variables relacionadas con el estrés es el modelo procesual del estrés (Sandín, 1999, 2008a, 2008b). En su modelo, Sandín menciona la importancia del afrontamiento, apoyo social y variables disposicionales como la personalidad en la relación con las demandas psicosociales, las que incluye el estrés laboral y el estatus de salud. Propone entre estas variables diversas relaciones de mediación y moderación. Concretamente, en el modelo procesual del estrés se señala que: el afrontamiento (estrategias) tiene una acción mediadora entre los estresores y la respuesta de estrés; las variables personales (variables disposicionales) tienen una acción moderadora sobre las reacciones de la persona ante el estrés; y el apoyo social tiene una acción moderadora sobre el afrontamiento y, por tanto, sobre las respuestas de estrés y, además, tiene una acción mediadora sobre la salud (Sandín, 2008a). Por otra parte, Morett (2005) en su modelo de relaciones entre los antecedentes laborales, el desgaste profesional y estrés traumático secundario, y los consecuentes presenta a la personalidad resistente como una variable moderadora. En esta misma línea, Morante (2007) presenta a las variables de personalidad como moderadoras de la relación entre los antecedentes laborales, el estrés traumático secundario y los consecuentes.

Nuestro interés se centra en conocer las repercusiones que sobre los bomberos puede tener su actividad laboral. Más concretamente, repercusiones como el síndrome de burnout, el estrés traumático secundario y los problemas de salud. Derivadas, por una parte, del riesgo que pueden sufrir los profesionales en el

quehacer diario de su trabajo, y por otra, del riesgo que sufren los profesionales que están expuestos al hecho traumático experimentado por otras personas (Figley, 1995).

Se ha propuesto un modelo, que va en la línea de los modelos transaccionales, ya que plantea que tanto el burnout como la calidad de vida profesional, y dentro de ésta, el estrés traumático secundario son consecuencia de determinadas variables tanto del entorno laboral como de las características de personalidad y afrontamiento (estilos), y del apoyo social (Austria et al., 2012; Beaton et al., 1999; Greenglass et al., 1997; Grundy, 2000; Haslam & Mallon, 2003; LaFauci & Marotta, 2011; McCall, 2002; Morante, 2007; Morett, 2005; Saijo, Ueno & Hashimoto, 2012). Además, también se plantea que como consecuencia del burnout y del estrés traumático secundario se puede generar problemas de salud, tanto física como mental en las personas afectadas, y esta relación puede estar afectada también por las variables personales y sociales anteriormente comentadas (Carver & Connor-Smith, 2010; Ghorbani, Watson & Morris, 2000; Oginska-Bulik, 2005; Pines & Keinan, 2005; Schreuder, et al., 2012).

Del modelo propuesto pretendemos poner a prueba los efectos de moderación vs. mediación por medio de path analysis ya que tiene como principal ventaja la de proporcionar un método directo para tratar con múltiples relaciones entre variables de forma simultánea (MacCallum & Austin, 2000). El modelo propuesto es el que se muestra en la Figura 13.

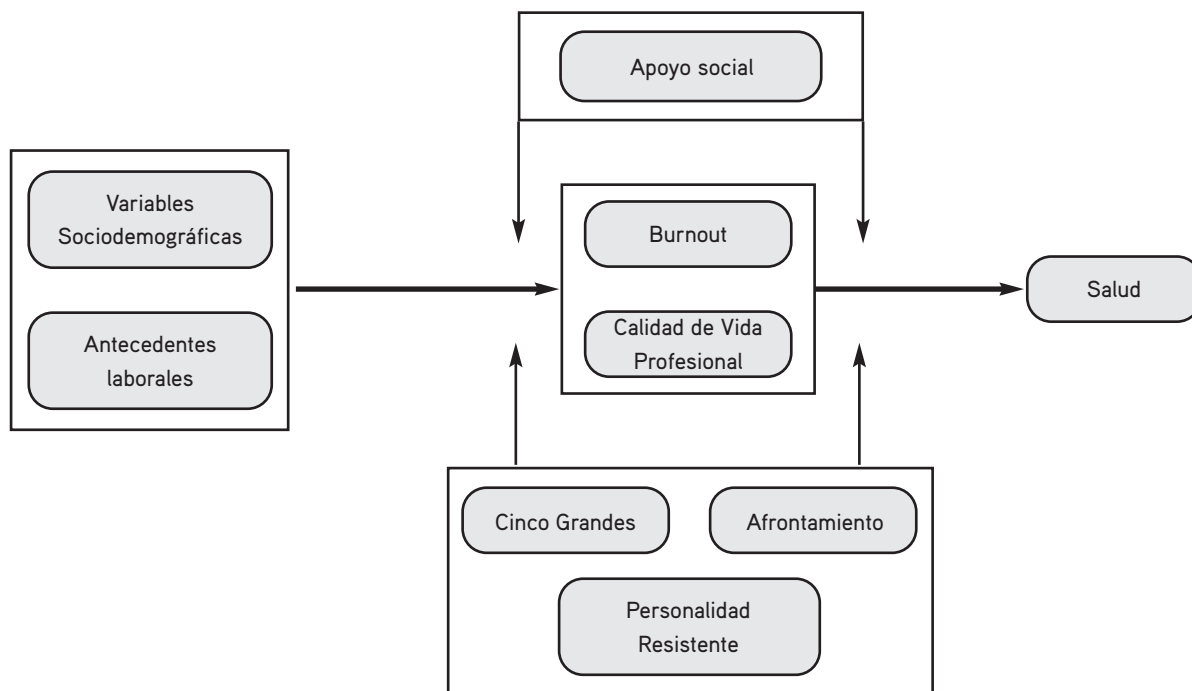


Figura 13. Modelo teórico propuesto.



PARTE II.

# MARCO EMPÍRICO

Con el modelo que se ha propuesto, se parte del interés que otros autores como Sandín (1999, 2008a, 2008b), Morett (2005) y Morante (2007) mantienen por la relación entre variables del entorno laboral, las consecuencias de la actividad laboral y ciertas variables personales y sociales. Tras el análisis de los estudios previos, en los que se han puesto en relación las diferentes variables que seleccionamos en el modelo propuesto, se analiza la situación de estas relaciones en un colectivo específico de profesionales de las emergencias, con la intención de determinar su naturaleza y la posibilidad de establecer un modelo de relaciones que permita conocer mejor la forma de interacción entre dichas variables. Se tendrán en cuenta, no obstante, los sesgos inherentes a la selección de los participantes, impuestos por la disponibilidad de los mismos, en la interpretación de los resultados.

## 7. OBJETIVOS

Las variables sociodemográficas y laborales analizadas, en el modelo propuesto, son antecedentes (consideradas como variables predictoras) de las consecuencias laborales que en el modelo se identifican con el burnout y con la calidad de vida profesional (consideradas como variables criterio). Por otra parte, el modelo también plantea como consecuencias generales de las variables anteriores (ahora consideradas como variables predictoras) los problemas de salud, tanto física como mental (variables criterio). Además, también se tiene en cuenta la importancia de la acción de las variables personales y sociales (consideradas como predictoras).

En el análisis de los resultados de la literatura se puede observar algunas tendencias en las relaciones entre las variables del presente estudio. Pero a diferencia de estos estudios previos se quiere analizar la acción conjunta de todas las variables del modelo. Las tendencias previas encontradas en la literatura asocian de forma directa el síndrome de burnout, el estrés traumático y los problemas de salud con ciertos antecedentes laborales (entre los que se incluyen los conflictos interpersonales en el lugar de trabajo), así como con el factor Neuroticismo y los estilos de afrontamiento evitativos. Por el contrario, tanto los cuatro factores de personalidad restantes de los Cinco Grandes (especialmente Extraversión y Responsabilidad), la personalidad resistente y sus dimensiones, los estilos de afrontamiento centrados en el problema y el apoyo social se asocian de forma inversa. Por ello, nos planteamos analizar como se relacionan estas variables en nuestra muestra.

### 7.1 Objetivo General

El objetivo general de este estudio es describir y analizar las relaciones que pudieran existir entre antecedentes laborales, variables personales y sociales con el burnout, la calidad de vida profesional y la salud en bomberos de Gran Canaria.

Como antecedentes laborales son consideradas tanto las características sociodemográficas o socio-laborales como las dimensiones laborales: Conflicto y Cambio. Los Cinco Grandes y los estilos de afrontamiento (con un carácter disposicional) y la personalidad resistente son consideradas como variables personales. Además, también se tiene en cuenta el Apoyo social (percibido) tanto de la familia como de los

amigos. Por otra parte, el análisis del burnout se realiza a través de sus tres dimensiones: Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal. El análisis de calidad de vida profesional se realiza a través de sus dos dimensiones: Estrés traumático secundario y Satisfacción por ayudar. Y por último, la salud se analiza tanto en lo referido a la salud física como a la salud mental.

## **7.2 Objetivos específicos**

- 7.2.1 Describir las condiciones de conflicto y cambio, a nivel laboral, en los bomberos de la isla de Gran Canaria.
- 7.2.2 Describir la prevalencia del burnout, estrés traumático secundario, la salud física y la salud mental, así como el nivel de satisfacción por ayudar en los bomberos de la isla de Gran Canaria.
- 7.2.3 Conocer las características de personalidad, estilos de afrontamiento y apoyo social percibido de los bomberos de la isla de Gran Canaria.
- 7.2.4 Analizar la relación entre todas las variables seleccionadas en el estudio, con particular atención a las relaciones que se sugieren en los estudios previos.
- 7.2.5 Comparar los rangos de edad y de tiempo trabajado, estado civil, nivel de estudios y turnos de trabajo con burnout, calidad de vida profesional y estado de salud.
- 7.2.6 Identificar las variables predictoras del burnout.
- 7.2.7 Identificar las variables predictoras de la calidad de vida profesional.

7.2.8 Identificar las variables predictoras del estado de salud.

Estos tres objetivos específicos previos, exploran las variables citadas en la literatura y que son una parte específica del presente estudio.

7.2.9 Identificar las relaciones de modulación entre las variables personales y sociales del estudio con burnout, calidad de vida profesional y salud.



## 8. MÉTODO

### 8.1. Participantes

Los participantes de la presente investigación fueron 119 bomberos. Todos ellos profesionales de las tres instituciones públicas de la isla de Gran Canaria que cuentan con estos intervinientes en emergencias. Concretamente pertenecían a los tres parques de bomberos del Ilustre Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria, a los ocho parques del Consorcio de Emergencias de Gran Canaria y al parque de bomberos del Ilustre Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana. Todos los bomberos fueron invitados a participar de forma libre y anónima.

La población activa de bomberos en el momento de pasar los cuestionarios era de 375 bomberos por lo que la muestra representaba el 31.73% de la población. Por medio del cálculo de tamaños muestrales para poblaciones finitas, tanto en lo referido al cálculo de estimación de proporciones como el de medias, se pudo comprobar que la muestra del estudio, para un nivel de confianza del 95%, permite asumir para el caso de las proporciones una estimación del error del 7.43 % (Morales, 2012) y para el caso de las medias (de puntuaciones en escala de Likert de 1 a 5) una estimación del error de entre 0.15 y 0.30 puntos (Martínez-García & Martínez-Caro, 2008; Morillas, 2014).

Los participantes fueron sólo hombres, la presencia de mujeres en la población de bomberos de la isla de Gran Canaria es aún muy reducida.

La edad media de los participantes fue de 36 años ( $SD = 6.54$ ), en un rango de 24 a 56 años. El rango de edad con mayor porcentaje fue el de 31 a 40 años con el 54.7%. En la Figura 14 se pueden ver los porcentajes por rango de edad.

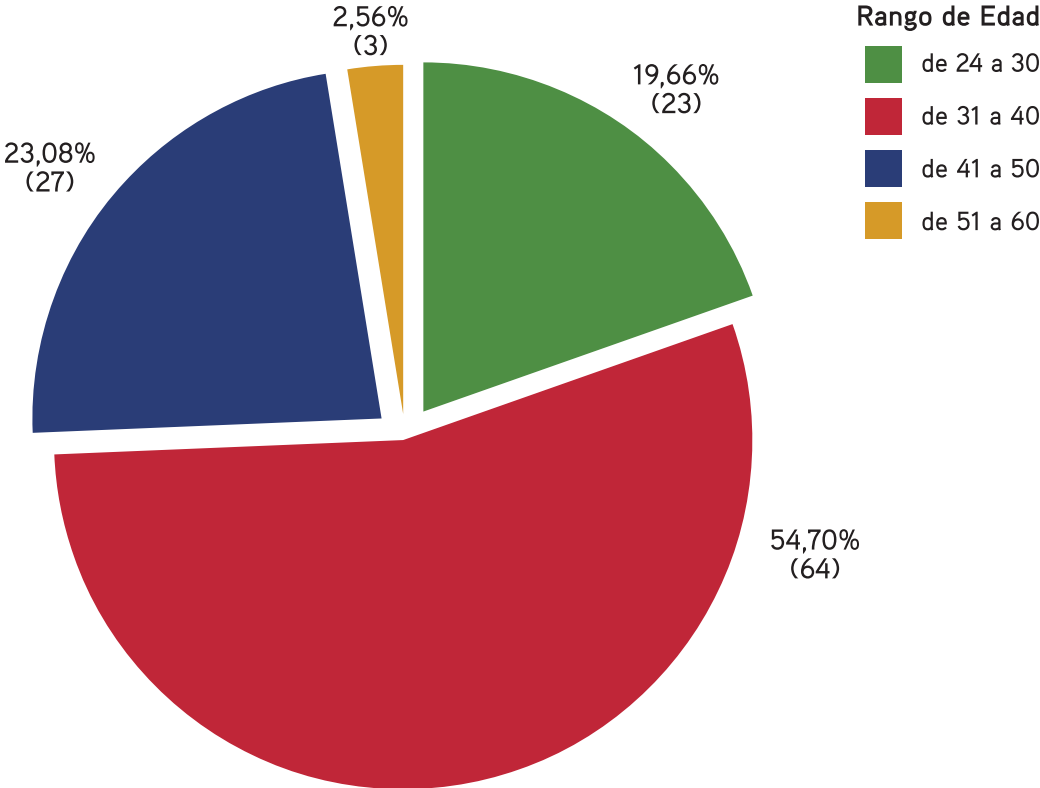


Figura 14. Gráfico de porcentajes según los rangos de edad de la muestra.

Con respecto de las relaciones familiares de las personas que integran la muestra se exploró por una parte la situación actual con respecto de las relaciones personales y por otra la situación con respecto de los hijos. En la muestra había un 32.8% sin pareja habitual (de los que un 26.9% son solteros y un 5.9% son divorciados) y un 67.2% con pareja habitual. En relación con el número de hijos destacaba que el 47.9% de la muestra no tenía hijos. En la Figura 15 se puede ver los porcentajes según el número de hijos.

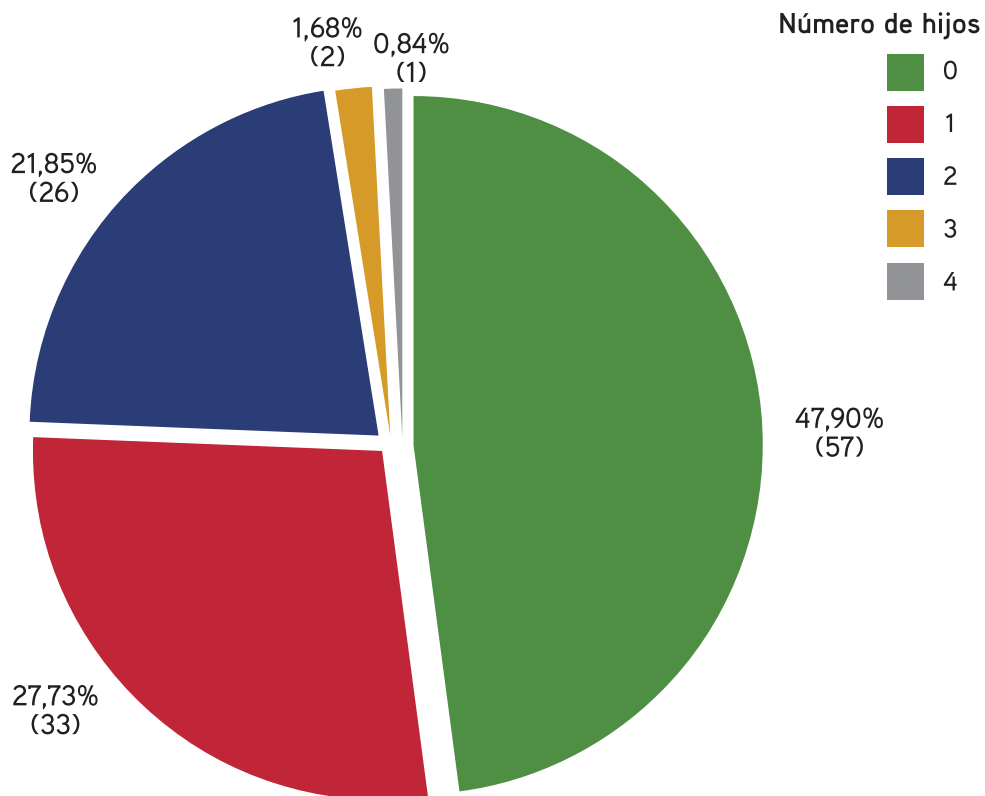


Figura 15. Gráfico de porcentajes según el número de hijos de los integrantes de la muestra.

En relación con el nivel académico, en la muestra destacaba un 64.7% de personas con estudios medios (bachillerato y formación profesional). En la Figura 16 se puede ver los porcentajes según el nivel de estudios.

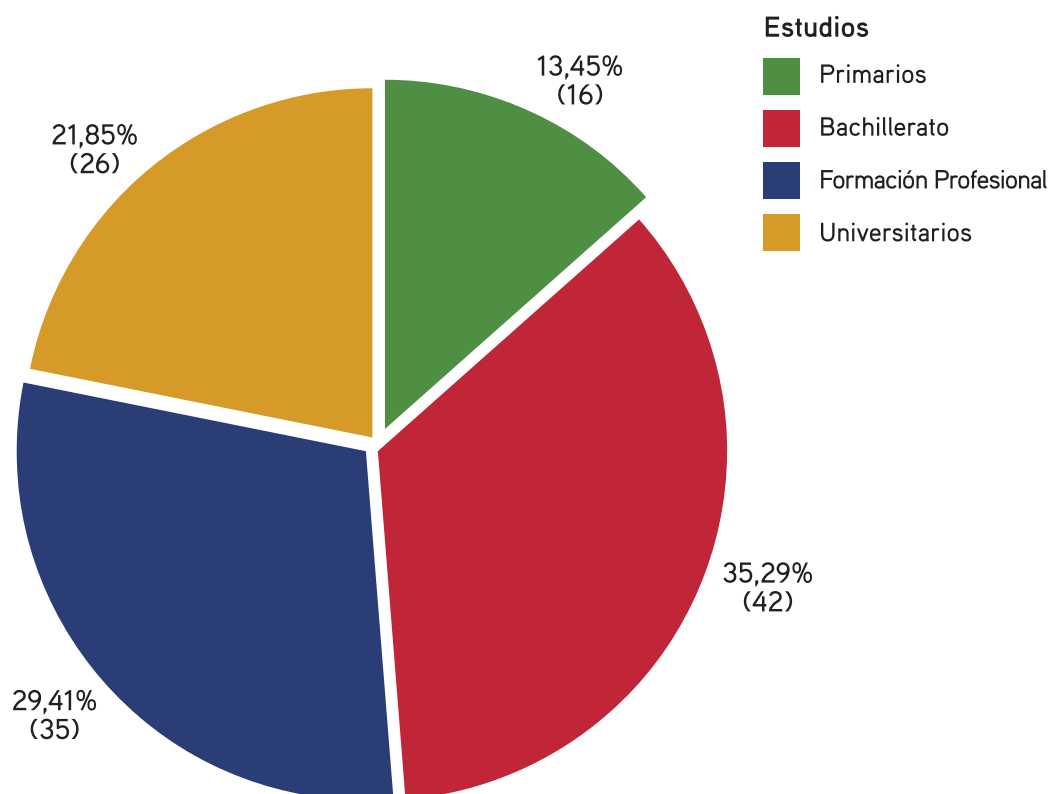


Figura 16. Gráfico de porcentajes según el nivel de estudios de los integrantes de la muestra.

En relación con las variables más directamente relacionadas con su situación laboral, se recogió el tiempo de experiencia laboral en su actual profesión, el tipo de contrato, la categoría laboral y el turno de trabajo en el momento de realizar el estudio. El tiempo medio de experiencia laboral fue de 7.2 años (SD = 7). Por rangos de tiempo trabajado en la profesión destacó un 69.7% para el rango de 0 a 5 años. En la Figura 17 se pueden ver los porcentajes según el rango de tiempo trabajado.

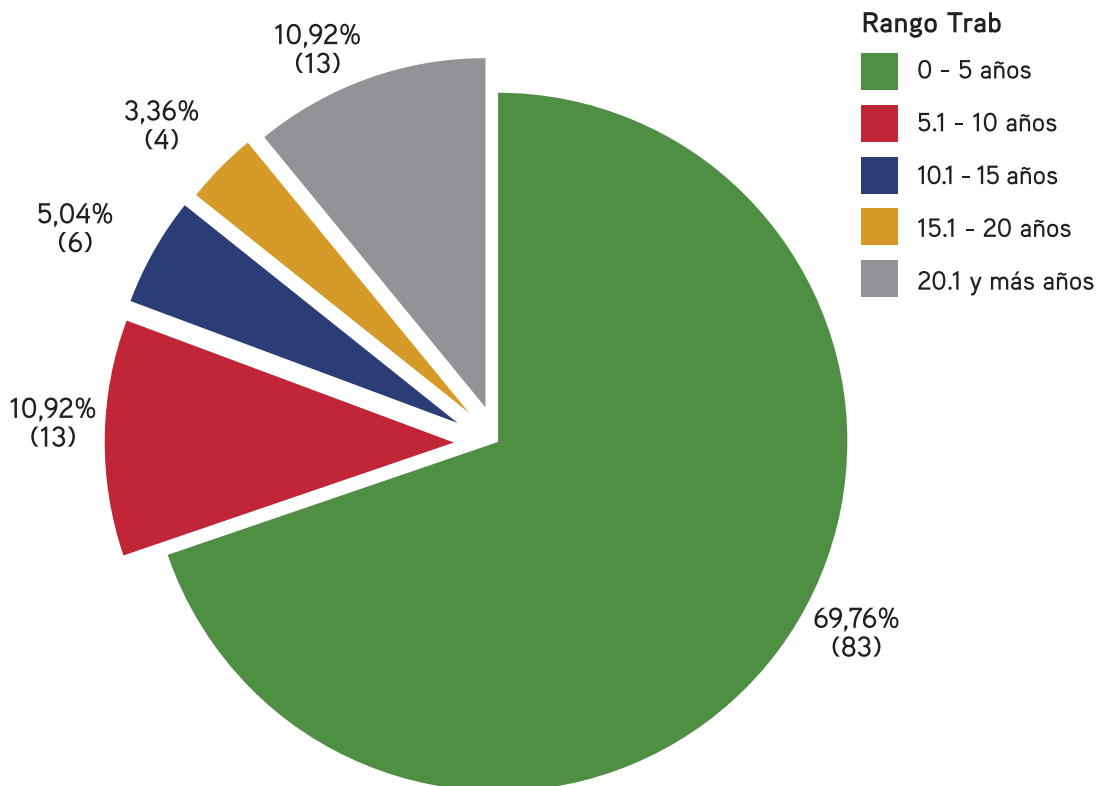


Figura 17. Gráfico de porcentajes según los rangos de tiempo trabajado de la muestra.

Con respecto a los contratos laborales, el 96.6% de la muestra tenía un contrato laboral fijo mientras que el 3.4% tenía un contrato laboral eventual. En relación con la categoría laboral un 86.6% eran bomberos, un 12.6% eran cabos y sólo un 0.8% era sargento. Y por último en lo referido a los turnos de trabajo todos los integrantes de la muestra trabajaban en un turno de 24 horas, la diferencia estaba en el tiempo libre que tenían tras el turno de guardia. En este sentido, un 34.5% tenía 72 horas libres entre turnos de guardia y un 65.5% tenía 96 horas libres.

## 8.2. Instrumentos

Los datos que forman parte de este estudio se han obtenido a través de diferentes cuestionarios.

### 8.2.1 Cuestionario sociodemográfico.

Se realizó un cuestionario ad hoc, siguiendo las directrices de otros cuestionarios realizados en estudios similares, para recabar información sobre aspectos sociodemográficos y sociolaborales de las personas de la muestra. Dentro de las variables sociodemográficas se evaluó la edad, las relaciones familiares (analizando tanto las relaciones personales como el número de hijos) y el nivel de estudios alcanzado. Dentro de las variables sociolaborales se evaluó la experiencia laboral, el tipo de contrato, la categoría laboral y el horario de trabajo (ver Anexo I, pg. 408).

Los ítems que lo conforman se responden, o bien, marcando la alternativa más adecuada a su caso, o por medio de respuesta abierta.

### 8.2.2 Escala Laboral del Cuestionario de Sucesos Vitales.

El Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV) (Sandín & Chorot, 1987) se diseñó para evaluar el estrés percibido que genera los sucesos vitales, en población general. Se centra en la percepción que las personas tienen de los eventos particulares. Se diseñó siguiendo el modelo de Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984). Consta de 65 sucesos que hacen referencia a 11 áreas (subescalas): Trabajo, Salud, Amor, Matrimonio/pareja, Familia, Hijos, Social, Legal, Finanzas, Residencia y Académico. Se responde en una escala de likert de 4 puntos, con un rango de respuesta desde 1 a 4, que va de "nada/muy poco" hasta "muchísimo". Sirve para valorar el grado de estrés que percibe la persona del suceso particular. El cuestionario permite además una valoración de la valencia de los sucesos (positivos vs. negativos) y una valoración de la predictibilidad (esperados vs. inesperados). Los autores presentaron unos valores de consistencia interna de las subescalas que oscilaban entre  $\alpha = .68$  y  $\alpha = .83$  (Sandín & Chorot, 1999).

Para los objetivos de nuestro trabajo se usó sólo la escala Laboral. Originalmente está compuesta por 7 ítems. El análisis factorial de esta subescala, con los datos de la muestra del presente estudio, generó dos

factores. El análisis se realizó con el método de Ejes Principales para la extracción de factores que resulta más adecuado para una fundamentación teórica, además de no ser tan sensible a la falta de ajuste de los datos a la distribución normal (Kahn, 2006; Tabachnick & Fidell, 2001). El primer factor, al que se denominó Cambio, está formado por 4 ítems (seleccionando los que presentan una carga factorial  $> .40$ ) y el segundo factor, que se denominó Conflicto, está formado por 2 ítems. El factor Cambio se refiere al grado de estrés que pueden suponer los cambios en relación con el contexto laboral y la organización a la que se pertenece. El factor Conflicto se refiere al grado de estrés que pueden suponer los conflictos interpersonales con los superiores o con los compañeros de trabajo. La consistencia interna osciló entre  $\alpha = .74$  para el factor I y  $\alpha = .57$  para el factor II (ver Anexo I, pg. 409).

### **8.2.3 Coping Orientation to Problems Experienced Scale (COPE) (Escala de afrontamiento orientado a los problemas experimentados).**

El cuestionario Coping Orientation to Problems Experienced (COPE) fue desarrollado por Carver et al. (1989) como una alternativa al Ways of Coping Inventory (WOC) (Folkman & Lazarus, 1988). Su base teórica se desarrolla desde el modelo de estrés de Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984) y el modelo de auto-regulación conductual de Carver y Scheier (1985) y Scheier y Carver (1988). En este estudio se utilizó la versión española de Crespo y Cruzado (1997) cuyas propiedades psicométricas mostraban buenos índices de consistencia interna y de fiabilidad test-retest. Concretamente se indicó una consistencia interna de entre  $\alpha = .60$  y  $\alpha = .93$ , en 13 de las 15 subescalas (por debajo de  $\alpha = .40$  quedan Actividades distractoras de la situación y Evadirse), así como una consistencia interna de entre  $\alpha = .53$  y  $\alpha = .92$ , en las 6 escalas (Crespo & Cruzado, 1997). Consta de 60 ítems (en su versión disposicional) con un rango de puntuaciones de las respuestas que oscila entre 1 y 4. Esta escala likert de 4 puntos indica la frecuencia con la que se utiliza cada una de las conductas de afrontamiento, desde "en absoluto" hasta "mucho".

El análisis factorial de primer orden de la versión original daba una estructura formada por 13 subescalas (a las que posteriormente se añaden dos más) y en el análisis de segundo orden se obtuvieron cuatro factores (escalas): Afrontamiento hacia la tarea, Afrontamiento hacia la emoción, Afrontamiento cognitivo y Evitación (Carver et al., 1989). En el análisis factorial de segundo orden realizado por Ingledeew, Hardy,

Cooper y Jemal (1996) se encontraron tres factores: Afrontamiento focalizado al problema, Afrontamiento focalizado en las emociones y Afrontamiento de evitación. Posteriormente, Lyne y Roger (2000) también encontraron tres factores de segundo orden: Afrontamiento racional o activo, Afrontamiento focalizado en las emociones y Afrontamiento de evitación.

El análisis factorial de la versión de Crespo y Cruzado (1997) permitió obtener 15 factores de primer orden (subescalas) y 6 de segundo orden. Los factores de primer orden (subescalas) son: Búsqueda de apoyo social, Religión, Humor, Consumo de alcohol o drogas, Planificación y afrontamiento activo, Abandono de los esfuerzos de afrontamiento, Centrarse en las emociones y desahogarse, Aceptación, Negación, Refrenar el afrontamiento, Concentrar esfuerzos para solucionar la situación, Crecimiento personal, Reinterpretación positiva, Actividades distractoras de la situación y Evadirse. Los factores de segundo orden (escalas) se corresponden a cinco modos básicos de afrontamiento (Afrontamiento conductual centrado en el problema, Afrontamiento cognitivo centrado en el problema, Escape cognitivo, Afrontamiento centrado en las emociones y Escape conductual) y un sexto factor (escala) claramente diferenciado que es el Consumo de alcohol o drogas (ver Tabla 30). Chico (2000) realizó un nuevo análisis factorial de segundo orden de la versión española del COPE y obtuvo, también, 6 factores.

**Tabla 30.**

Factores de segundo orden del COPE y su relación con los factores de primer orden, en la versión de Crespo y Cruzado (1997).

<b>Factores de segundo orden</b>	<b>Factores de primer orden</b>
Afrontamiento conductual centrado en el problema	Crecimiento personal Planificación y Afrontamiento activo Abandono de los esfuerzos de afrontamiento (inverso)
Afrontamiento cognitivo centrado en el problema	Aceptación Humor Reinterpretación positiva Refrenar el afrontamiento

(continúa)



**Tabla 30.** (continuación)

Factores de segundo orden del COPE y su relación con los factores de primer orden, en la versión de Crespo y Cruzado (1997).

<b>Factores de segundo orden</b>	<b>Factores de primer orden</b>
Escape cognitivo	Negación Religión Evadirse
Afrontamiento centrado en las emociones	Centrarse en las emociones y desahogarse Búsqueda de apoyo social
Escape conductual	Actividades distractoras de la situación Concentrar esfuerzos para solucionar la situación (inversa)
Consumo de alcohol o drogas	

Este cuestionario se puede utilizar para realizar evaluaciones disposicionales o situacionales de las estrategias de afrontamiento, es decir puede ser tanto una medida de estilo de afrontamiento como de estrategias de afrontamiento (J. Fernández & Blasco, 2003; Rueda & Aguado, 2003). Esta dualidad en el objetivo del cuestionario se consigue modificando las instrucciones dadas a la persona a evaluar. Para evaluar estilo se le indica que responda según el modo habitual de actuar ante el estrés, y para evaluar proceso se le indica que responda en función de una situación determinada y específica (Carrobbles, 1996) (ver Anexo I, pg. 439).

#### **8.2.4 Neuroticism, Extraversion, Openness - Personality Inventory - Revised (NEO PI R) (Inventario de Personalidad NEO Revisado).**

El NEO Personality Inventory Revised (NEO PI R) (Costa & McCrae, 1992), consta de 240 ítems, con una escala de respuesta tipo likert de 5 opciones, desde "total desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo". Mide 5 factores (o dimensiones) de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la realidad, Amabilidad y Responsabilidad. Además de estos factores (dimensiones) que constituyen las 5 escalas fundamentales del instrumento, también mide 30 escalas parciales que representan los rasgos o facetas que definen cada dimensión. En la Tabla 31 se puede ver los factores y sus facetas.

**Tabla 31.**  
Factores y facetas del NEO PI R.

<b>Factores</b>	<b>Facetas</b>
N (Neuroticismo)	N1. Ansiedad N2. Hostilidad N3. Depresión N4. Ansiedad social N5. Impulsividad N6. Vulnerabilidad
E (Extraversión)	E1. Cordialidad E2. Gregarismo E3. Asertividad E4. Actividad E5. Búsqueda de emociones E6. Emociones positivas
O (Apertura)	O1. Fantasía O2. Estética O3. Sentimientos O4. Acciones O5. Ideas O6. Valores
A (Amabilidad)	A1. Confianza A2. Franqueza A3. Altruismo A4. Actitud conciliadora A5. Modestia A6. Sensibilidad a los demás
C (Responsabilidad)	C1. Competencia C2. Orden C3. Sentido del deber C4. Necesidad de logro C5. Autodisciplina C6. Deliberación

En este estudio se utilizó la versión adaptada al español (Costa & McCrae, 1999). Las propiedades psicométricas de la tercera edición en español (Costa & McCrae, 2008a) mostraban una consistencia interna que presentaba valores de  $\alpha = .88$  en Neuroticismo,  $\alpha = .85$  en Extraversión,  $\alpha = .86$  en Apertura,  $\alpha = .88$  en Amabilidad y  $\alpha = .91$  en Responsabilidad. La fiabilidad test-retest obtuvo valores entre .69 y .92. Esta estructura del NEO PI R ha sido replicada en el estudio de Aluja, Blanch, Solé, Dolcet y Gallart (2008). Posteriormente, Sanz y García-Vera (2009) encontraron valores promedios para los factores de  $\alpha = .85$ . Así en Neuroticismo se obtuvo  $\alpha = .90$ , en Extraversión  $\alpha = .88$ , en Apertura  $\alpha = .88$ , en Amabilidad  $\alpha = .86$  y en Responsabilidad se obtuvo  $\alpha = .89$ . En relación con las facetas, salvo 5 escalas que mostraban coeficientes menores a  $\alpha = .60$ , el resto tenía coeficientes superiores. La vigencia del uso del NEO PI R queda recogida en la revisión de su uso realizada por Zambrano (2011).

Con la transformación de las puntuaciones directas en puntuaciones T y aplicando los datos de los baremos correspondientes, los autores indicaron que una puntuación T mayor o igual a 56 sería alta, una puntuación entre 55 y 45 sería media, y una puntuación menor o igual a 44 sería baja, tanto para los factores como para las facetas (ver Anexo I, pg. 425).

### **8.2.5 Cuestionario de Personalidad Resistente (CPR).**

El Cuestionario de Personalidad Resistente (CPR) (Moreno-Jiménez et al., 2000c), consta de 21 ítems, con respuesta en escala likert de 4 puntos, con un rango de respuesta de 1 a 4. Las respuestas representan el grado de acuerdo con respecto del enunciado del ítem y va desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo". Se basa en las propuestas teóricas sobre personalidad resistente de Kobasa (1979a, 1979b). Por ello mantiene la estructura de tres dimensiones: Compromiso o Implicación, Control y Reto. Tras la validación factorial realizada por Morett (2005) con una muestra de bomberos se confirmó la estructura tridimensional, pero se eliminaron dos ítems por no lograr la saturación necesaria (.40). De esta forma el primer factor fue Reto, conformado por 7 ítems. El segundo factor fue Control, con 7 ítems. Y, por último, el tercer factor lo denominaron Implicación, con 5 ítems. En conjunto, los tres factores explicaban el 47.04% de la varianza total de la personalidad resistente en la muestra de su estudio. La consistencia interna presentó valores de  $\alpha = .82$  a  $.83$  para Reto,  $\alpha = .72$  a  $.74$  para Control,  $\alpha = .76$  a  $.79$  para Implicación y  $\alpha = .87$  para una medida

global de personalidad resistente. Los autores del cuestionario proponen como puntos de corte para las tres categorías de valoración los siguientes: para la categoría de baja, puntuación de 1 a 2; para la categoría de media, puntuación de 2.01 a 3; y para la categoría de alta, puntuación de 3.01 a 4 (García-Carmona & Robles-Ortega, 2011) (ver Anexo I, pg. 437).

#### **8.2.6 Social Support Behaviors (SS-B) (Conductas de Apoyo Social).**

El Social Support Behaviors (SS-B) (Vaux et al., 1987) tiene 45 ítems, con respuesta en escala likert de 5 puntos, con un rango de respuesta desde 0 a 4, que va desde "nadie haría esto por mí" hasta "la mayoría de mis familiares o amigos harían esto". Está diseñado para que se responda a cada ítem en función de que el enunciado del ítem se refiera a los familiares o bien a los amigos. Se obtiene así una visión global del apoyo social de la familia y una visión global del apoyo social de las amistades. Su objetivo es evaluar el apoyo social percibido. Además de la valoración global se puede obtener una valoración en torno a cinco modos de apoyo social: Apoyo emocional, Socialización, Asistencia práctica, Ayuda financiera y Consejo/ayuda. En esta investigación se usó la versión en castellano de Sandín y Chorot (1990) y Sandín et al., (2008). Los datos psicométricos indicaban una consistencia interna del cuestionario por encima de un  $\alpha = .82$  (ver Anexo I, pg. 442).

#### **8.2.7 Maslach Burnout Inventory (MBI) (Inventario de Burnout de Maslach).**

El Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981b) es un inventario de 22 ítems, con respuestas tipo likert de 7 puntos, con un rango de respuesta desde 0 a 6, que va de "nunca" hasta "todos los días". De la escala original de Maslach y Jackson (1981b) hay una adaptación al español (Seisdedos, 1997). Evalúa las tres dimensiones clásicas del burnout: Cansancio emocional (con 9 ítems), Despersonalización (con 5 ítems) y Realización personal en el trabajo (con 8 ítems). En la versión en castellano del MBI (Seisdedos, 1997) la escala de Realización personal en el trabajo tiene una valoración diferente a las otras dos escalas. Así, una puntuación baja en Realización personal indica una elevada Falta de realización personal en el trabajo, lo que obliga a tener precaución a la hora de valorar los datos obtenidos en los estudios. Por otra parte, para cada una de estas tres escalas se obtiene una categoría de baja, media o alta para determinar la mayor o menor frecuencia del burnout. Por síndrome de burnout se

entendería una puntuación alta en Cansancio emocional y en Despersonalización y baja en Realización personal en el trabajo (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007; Seisdedos, 1997). Los datos de consistencia interna indicaban un  $\alpha = .90$  para Cansancio Emocional, un  $\alpha = .79$  para Despersonalización y un  $\alpha = .71$  para Realización personal en el trabajo. Y una fiabilidad test-retest de .60 a .82 para Cansancio emocional, .54 a .60 en Despersonalización y .57 a .80 en Realización personal en el trabajo. Algunos estudios de validación con profesionales españoles han mantenido la estructura trifactorial del MBI (J. M<sup>a</sup>. García et al., 2007; Gil-Monte, 2002, 2005b; Gil-Monte & Peiró, 1999b).

Con la transformación de las puntuaciones directas a puntuaciones centiles y aplicando los datos de los baremos correspondientes, se indica que una puntuación centil de 1 a 33 se sitúa en la categoría baja, una puntuación centil de 34 a 66 se sitúa en la categoría media y una puntuación centil de 67 a 99 se sitúa en la categoría alta (Seisdedos, 1997) (ver Anexo I, pg. 413).

#### **8.2.8 Professional Quality Life Scale (ProQOL-III) (Escala de Calidad de Vida Profesional).**

La escala Professional Quality Life Scale (ProQOL-III) (Stamm, 2002, 2005) consta de 30 ítems, con respuesta en escala likert de 6 puntos, con un rango de respuesta desde 0 a 5, que va de "nunca" hasta "siempre". La versión original (Stamm, 2002, 2005) se presenta con tres factores: Satisfacción de compasión o Satisfacción por ayudar, Burnout y Fatiga de compasión o Estrés traumático secundario. Cada uno de los factores contiene (en la versión original) 10 ítems. Los datos de la versión original atribuían una consistencia interna de  $\alpha = .87$  para el factor de Satisfacción por Ayudar,  $\alpha = .72$  para el factor de Burnout y  $\alpha = .80$  para el factor de Estrés traumático secundario (Stamm, 2005). Morett (2005) realizó una validación del cuestionario en una muestra de bomberos españoles, en el análisis factorial obtiene sólo dos factores que explican el 45.74% de la varianza total de la calidad de vida profesional. Estos dos factores son: Estrés traumático secundario y Satisfacción por ayudar. Los ítems con saturación menor que .40 fueron eliminados. Así el primer factor (Estrés traumático secundario) queda con 9 ítems y el segundo factor (Satisfacción por ayudar) queda con 8 ítems. La consistencia interna, en este caso, para el primer factor fue de  $\alpha = .83$ , para el segundo factor fue de  $\alpha = .79$  y para la escala completa de Professional Quality Life (Calidad de Vida Profesional), considerando los 17 ítems con saturaciones supe-

riores a .40, fue de  $\alpha = .72$ . Estos datos fueron avalados por el análisis factorial confirmatorio que se realizó, obteniendo el máximo nivel de ajuste para el modelo propuesto para el ProQOL-III (Morett, 2005). También Díaz-Hernández, Santana y Calvo (2010) encontraron que el modelo propuesto por Morett (2005) tenía mejor ajuste que el que se consiguió del análisis factorial del ProQOL-III realizado por Díaz-Hernández, Santana y Calvo (2009), también, con una muestra de bomberos. No obstante, en ambos modelos, a diferencia de la versión original, se confirmó para muestras de bomberos españoles que el ProQOL-III presentaba dos factores (ver Anexo I, pg. 415).

#### **8.2.9 Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90R) (Cuestionario de 90 síntomas).**

El Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90R) (Derogatis, 1977) es un inventario que contiene 90 ítems, con respuesta en escala likert de 5 puntos, con un rango de respuesta desde 0 a 4, que va de "no ha tenido esa molestia en absoluto" hasta "mucho o extremadamente". Hay disponible una adaptación al español (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez & Rodríguez, 2002). Los ítems de la prueba describen una alteración psicopatológica o psicósomática concreta. Su objetivo es fundamentalmente de screening de personas que puedan requerir atención profesional más que como instrumento diagnóstico, aunque se ha encontrado buena correlación entre los perfiles multidimensionales de síntomas que se pueden generar con el instrumento y el diagnóstico psiquiátrico. Se pueden obtener medidas o índices globales de malestar subjetivo y dimensiones sintomáticas. Con respecto de los índices globales se obtiene el Índice sintomático general (GSI) que es una medida general de la intensidad del sufrimiento psicósomático; el Total de síntomas positivos (PST) que es la medida de la amplitud y diversidad de la psicopatología, son los ítems valorados con uno o más; y el Índice de distrés de síntomas positivos (PSDI) que es un indicador de la intensidad sintomática media al relacionar el sufrimiento global con el número de síntomas. En cuanto a las dimensiones sintomáticas se han establecido nueve dimensiones: Somatización (SOM), Obsesión-compulsión (OBS), Sensibilidad interpersonal (INT), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR) y Psicoticismo (PSI). La consistencia interna de las dimensiones sintomáticas osciló entre  $\alpha = .81$  y  $\alpha = .90$ . La fiabilidad test-retest osciló entre .68 y .90. Por su parte, Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz Juan-Ferrer y Viñas-Poch (2007) encontraron una consisten-

cia interna de las nueve dimensiones primarias y del GSI que oscilaban entre  $\alpha = .69$  y  $\alpha = .97$ , con una muestra de estudiantes universitarios españoles (ver Anexo I, pg. 421).

### **8.2.10 Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R).**

La Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R) (Sandín & Chorot, 1995) es una escala con 80 ítems, con respuesta en escala likert de 5 puntos, con un rango de respuesta desde 0 a 4, que va de "nunca durante el último año" hasta "más de una vez al mes". Permite evaluar los diferentes tipos de quejas y manifestaciones somáticas relacionadas con la salud física. Es una escala construida a partir de criterios empíricos tomando como base los síntomas más comunes en los trastornos que afectan a los diferentes sistemas del organismo. Concretamente, recoge la frecuencia de aparición en el último año de síntomas de los siguientes sistemas somatofisiológicos, que se establecen como subescalas del instrumento: Inmunológico (IG), Cardiovascular (CV), Respiratorio (RS), Gastrointestinal (GI), Neurosensorial (NS), Músculo-esquelético (ME), Piel-alergia (PA) y Génito-urinario (GU). Además, permite una puntuación de síntomas somáticos totales. Por otra parte, se incluyen 10 ítems adicionales que hacen referencia a los dolores o molestias relacionados con el periodo menstrual y que, por tanto, sólo son contestados por las mujeres. Sus valores conforman la subescala de Reproductor femenino (RF). En el presente estudio no se incluyó esta subescala. La suma de las puntuaciones en todas las subescalas proporciona la medida global en la escala de síntomas somáticos. En cuanto a sus propiedades psicométricas, presentaba niveles aceptables de consistencia interna para cada escala, con unos valores que oscilaban entre  $\alpha = .79$  y  $\alpha = .84$ . (Sandín & Chorot, 1995; Sandín et al., 2008) (ver Anexo I, pg. 417).

## **8.3. Procedimiento**

Los participantes se reclutaron por medio de un muestreo no aleatorio en función de la disposición voluntaria a participar. Como paso previo al reclutamiento se realizaron entrevistas con los representantes sindicales y con la dirección de los parques de bomberos, así como con los responsables políticos del área, con la intención de informar y recabar las autorizaciones pertinentes para el estudio. Posteriormente, se

acudió en diferentes días a cada uno de los parques y se contactó con cada uno de los equipos de trabajo en los diferentes turnos para realizar la presentación de los objetivos de la investigación, así como el cuadernillo de cuestionarios (en el que se incluían las diferentes pruebas que cada persona debía responder) (ver Anexo I). Por último, se establecieron las fechas de recogida de los cuestionarios elaborados, en cada parque de bomberos.

En el momento de presentar el cuadernillo de cuestionarios a las personas que integraban la muestra de este estudio se aclaró que la presente investigación no tenía nada que ver con procesos de selección de personal. La intención de este comentario era evitar que la evaluación a la que iban a ser sometidos les hiciera recordar los procesos de selección a los que habían sido sometidos antes de acceder a su puesto de trabajo actual y además con ello se pretendía evitar, en la medida de lo posible, los efectos de la deseabilidad social y distorsión de las repuestas a los cuestionarios que pueden aparecer en los procesos de selección, al usar cuestionarios (Salgado, 2005). Por otra parte, se explicó con detalle como se salvaguardaba el anonimato de los participantes y el uso que se le iba a dar a la información recopilada. Se puso especial cuidado en aclarar la voluntariedad de la participación en el estudio.

Con los cuestionarios cumplimentados se procedió a la extracción de los datos para su análisis y la elaboración de conclusiones finales, a partir de los resultados obtenidos. Los cálculos estadísticos se han trabajado con el *Statistical Package for the Social Sciences 20* (SPSS 20, 2011), con el que se realizaron el análisis factorial exploratorio de la escala Laboral, el análisis descriptivo, el análisis de correlaciones, el análisis de varianza de un factor (ANOVA) y el análisis de regresión lineal múltiple. Con el programa *FACTOR* (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006) se calcularon los índices de ajuste en la escala laboral. Por último, para el cálculo de moderación vs. mediación se utilizó el programa *R*, en su versión 3.0.1 (R Development Core Team, 2013).

El análisis de los datos del estudio se desarrolló en diferentes etapas, para poder dar respuesta a los objetivos planteados.

De forma previa al análisis de los datos de los cuestionarios administrados, se realizó un análisis del ajuste y validación de la escala Laboral del Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV). Para ello se realizó en primer lugar un análisis preliminar de la adecuación de los datos por medio del índice de Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) y del test o prueba de esfericidad de Bartlett. El índice KMO mide la adecuación de la muestra. El KMO puede



oscilar entre 0 y 1, resultando que el análisis factorial es aceptable a partir de .60, y siendo ideal que esté por encima de .90. La prueba de esfericidad de Bartlett pone a prueba la hipótesis nula de que las variables están incorreladas en la población, en cuyo caso el análisis factorial sería inadecuado. Esta prueba proporciona un estadístico Chi-cuadrado, sus grados de libertad y el p-valor que debe de ser significativo para asumir que las variables están correlacionadas, y por tanto considerar adecuado el análisis factorial para estos datos. A continuación se procedió al análisis factorial exploratorio con un método de extracción por medio de la factorización de Ejes Principales y con un método de rotación de Normalización Varimax con Kaiser. Tanto la regla de Kaiser como el análisis paralelo y el gráfico de sedimentación se utilizaron para tomar la decisión sobre el número de factores a conservar. La regla de Kaiser evalúa hasta que punto las puntuaciones en cada una de las variables son predecibles a partir de las demás, destacando a los autovalores mayores o igual a 1. Por su parte, el análisis paralelo se basa en el principio de que los factores a extraer deben dar cuenta de más varianza que la que es esperada de manera aleatoria. Por último, el gráfico de sedimentación en el que se representan la proporciones de varianza total explicada y el número de componentes, muestra un gráfico que une los puntos dando lugar a una función decreciente y llega a un punto en el que se hace prácticamente horizontal, lo que indica el número más adecuado de factores (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Frías-Navarro & Pascual, 2012). Los índices de ajuste utilizados, en este caso, fueron: el índice de ajuste no normalizado (Non-Normed Fit Index, NNFI), que mide la mejora de ajuste que produce el modelo propuesto con respecto al modelo nulo de cero factores, y que precisa de valores superiores a 0.90; el índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index, CFI), que compara el nivel de ajuste del modelo si se compara con un modelo base, generalmente considerado como modelo nulo o de independencia, donde se asume que las variables observadas no correlacionan entre sí, y que considera adecuados los valores a partir de 0.90, y excelente a partir de 0.95.; el índice de bondad del ajuste (Goodness of Fit Index, GFI), que refleja la proporción en que las covarianzas y varianzas de los datos pueden estar explicadas por el modelo presentado, y para el que un ajuste adecuado debe tener un valor a partir de 0.90, siendo bueno entre 0.95 y 1; y el índice ajustado de bondad de ajuste (Adjusted Goodness of Fit Index, AGFI), que es un índice menos afectado por el tamaño de la muestra y se puede considerar una extensión del GFI, y para el que un buen ajuste debe tener valores por encima de 0.95 (Bollen & Stine, 1993; B.M. Byrne, 2010; Lévy-Mangin, Martín & Román, 2006).

Con el análisis descriptivo de los datos se dio respuesta a los objetivos 7.2.1, 7.2.2 y 7.2.3. Este análisis se hizo en todas las variables del estudio: características sociodemográficas o sociolaborales, laborales, variables personales (como la personalidad y el afrontamiento), variables sociales (como el apoyo social), burnout, calidad de vida profesional y salud (física y mental) de los bomberos de la muestra. En la variable personalidad se analizaron tanto los Cinco Grandes como la personalidad resistente.

Además, como los cuestionarios NEO PI R, MBI y SCL-90R tienen baremos normativos con poblaciones distintas a las que hemos analizado en este estudio, se realizó un análisis comparativo entre los resultados, en estos cuestionarios, con los participantes del estudio realizado y los datos normativos de los baremos de dichos cuestionarios, en su adaptación a población española. De esta forma, podemos comparar de forma específica a una muestra de bomberos profesionales con los datos normativos de la baremación con población española de estos tres cuestionarios. Este análisis consistió, fundamentalmente, en un contraste de hipótesis sobre las medias, para comparar nuestras medias con las de referencia para un nivel de significación de ( $\alpha = .05$ ) y en un cálculo del tamaño del efecto por medio del coeficiente  $d$  de Cohen (J. Cohen, 1988), siguiendo los criterios de Thalheimer y Cook (2002), que establece un criterio de tamaño de efecto pequeño para valores de .02, medio para valores de .05 y grande para valores de .80.

Con el análisis correlacional de los datos se dio respuesta al objetivo 7.2.4. Este análisis de correlación se realizó entre las características sociodemográficas o sociolaborales, las características laborales, las variables personales, el apoyo social, el burnout, la calidad de vida profesional y la salud. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, con la intención de explorar la dinámica de las relaciones entre las variables. La hipótesis nula era que no había relación entre las variables. El tamaño del efecto en la correlación se define como la cantidad de varianza de una variable explicable por la varianza de la otra variable calculada con  $r^2$  (Clark-Carter, 2002). Según J. Cohen (1988), en la investigación psicológica un coeficiente de correlación  $r = 0.1$  (porcentaje de varianza explicado = 1%) es un tamaño del efecto pequeño,  $r = 0.3$  (porcentaje de varianza explicado = 9%) es mediano y  $r = 0.5$  (porcentaje de varianza explicado = 25%) es grande.

Con el análisis de varianza de un factor (ANOVA) para las variables sociodemográficas o sociolaborales se respondió al objetivo 7.2.5. Este análisis se realizó utilizando las variables sociodemográficas o sociolaborales (rango de edad, estado civil, nivel de estudios y rango de tiempo trabajado), como variables predictoras para cada

una de las variables criterio del estudio. Como paso previo a este análisis se comprobó que no existieran diferencias en variabilidad entre grupos, para lo que se recurrió a la prueba de homogeneidad de varianzas (homocedasticidad) por medio del estadístico de Levene. En esta prueba la hipótesis nula indica que las varianzas son iguales (homocedasticidad), condición necesaria para la validez del ANOVA. Cuando las varianzas son diferentes se opta por la transformación (logaritmo neperiano) de la puntuación de la variable independiente y se comprueba nuevamente la homogeneidad de varianzas. Si hay homocedasticidad se procede con el ANOVA con los datos transformados. En el cálculo del ANOVA, por medio de la significación del estadístico F, se contrasta si existen diferencias significativas entre las medias de los grupos definidos por la variable predictora con respecto de la variable criterio. Por medio de las comparaciones múltiples post hoc, con el procedimiento de Scheffé, se determinó qué medias son las que diferían. Este procedimiento es de amplio uso (Lizasoain & Joaristi, 2003) y no es necesario que los tamaños muestrales de cada grupo sean iguales (Ferrán, 2001). Por su parte, si hay heterocedasticidad se recurre al análisis de ANOVA de Kruskal-Wallis de una vía por rangos (Clark-Carter, 2002). En caso de que con este estadístico hubiera diferencias significativas, como no permite un análisis post hoc, se recurre al método de Games-Howell (método para cuando no hay homocedasticidad) que permite controlar la tasa de error. Clark-Carter (2002) indica que para determinar el tamaño del efecto en ANOVA se puede usar el coeficiente Eta al cuadrado (proporción entre la suma cuadrática intergrupos y la suma cuadrática total), de forma que establece el criterio de tamaño del efecto pequeño para un valor de Eta al cuadrado de 0.01, tamaño del efecto medio para un valor de Eta al cuadrado de 0.059 y tamaño del efecto grande para un valor de Eta al cuadrado de 0.138.

Con el análisis de regresión lineal múltiple de los datos se dio respuesta a los objetivos 7.2.6, 7.2.7 y 7.2.8. Este análisis se realizó para explorar la posible relación predictiva entre las variables predictoras y cada una de las variables criterio del estudio. La capacidad predictiva se circunscribe dentro del contexto de los datos con los que se trabaja. Se ha usado, como método de inclusión de las variables, el método de "pasos sucesivos" que según Etxeberria (2007) es el más completo y el que aporta mayor información. Además, se estableció una probabilidad asociada al estadístico F menor a 0.05 de entrada de variables predictoras y una probabilidad de salida mayor de 0.10. Con este estadístico se contrastó la hipótesis nula que indica que los coeficientes del modelo de regresión son nulos (Ferrán, 2001). Entre los cálculos utilizados están los coeficientes de determinación, coeficientes de regresión y los coeficientes de colinealidad. Con este procedimiento se obtuvo una ecuación

de regresión en la que entran las variables predictoras significativas en la predicción de cada variable criterio. Esto permitió conocer el total de la varianza explicada por las variables entrantes en la ecuación. Con respecto a los coeficientes de regresión, el coeficiente beta (basado en puntuaciones típicas) indicó la cantidad de cambio que se producirá en la variable criterio tipificada por cada cambio de una unidad en la variable predictora. Así, se determinó la importancia relativa de cada variable predictora en la ecuación de regresión. Para ello se utilizaron, también, las correlaciones semiparciales. Con estas correlaciones se identificó la contribución específica de una determinada variable predictora en la descripción de la variabilidad de la variable criterio, para cuando se propone en el modelo varias variables predictoras (Etxeberría, 2007). Por último, en el análisis de colinealidad entre las variables predictoras se tomó en consideración que con índices de tolerancia superiores a 0.1 y con valores inferiores a 10 en el factor de inflación de la varianza (FIV) no existen combinaciones lineales importantes entre las variables predictoras (Ato & Vallejo, 2007; Uriel, 2006).

Con el método de análisis de senderos o path analysis, dentro del contexto de las ecuaciones estructurales, se daba respuesta al objetivo 7.2.9. Este análisis se realizó para determinar la correspondencia de los datos con las relaciones postuladas en los modelos teóricos de referencia. Para este cálculo se recurrió al programa R y dentro de este programa al paquete Lavaan, versión 0.5-15 (Rosseel, 2012, 2013). Se utilizó como método de estimación el de Máxima Verosimilitud que se acompañó del método bootstrap que:

permite obtener estimaciones de medidas de precisión así como la realización de contrastes de hipótesis en aquellas situaciones en las que no se dispone de información acerca de la distribución muestral de un estadístico o en casos en los que la distribución muestral es dependiente de parámetros desconocidos. (López & Elosua, 2004, p. 1)

En este sentido lo que subyace en el bootstrap es que los datos de la muestra se tratan como si fueran los datos de la población. Ello permite realizar, mediante el remuestreo, una buena aproximación a la distribución de los estimadores, lo que hace que este enfoque (bootstrap) esté, particularmente, indicado en los casos en los que no hay distribución normal de los datos (López & Elosua, 2004).

Con respecto del ajuste del modelo, se recurrió a índices absolutos y relativos. Como índices absolutos se emplearon los p-valores de la aproximación bootstrap Bollen-Stine y del estadístico Chi-cuadrado.

Como el estadístico Chi-cuadrado es sensible al tamaño muestral y a la complejidad del modelo ajustado, se empleó el índice de la raíz cuadrada media del error de aproximación (Root Mean Error of Approximation, RMSEA), el índice de bondad del ajuste (Goodness of Fit Index, GFI) y el índice ajustado de bondad de ajuste o índice de bondad de ajuste corregido por los grados de libertad del modelo (Adjusted Goodness of Fit Index, AGFI). El bootstrap Bollen-Stine proporciona un p-valor sin asumir la normalidad de la muestra. Los p-valores (Chi-Cuadrado y Bollen-Stine) valoran si el modelo "ajusta" con los datos; p-valores mayores o iguales que 0.05 indican que hay un ajuste razonable entre los datos y el modelo; p-valores menores que 0.05 indican que el modelo no explica la variación presente en la muestra. Para RMSEA, que es representativo de la bondad del ajuste que podría esperarse si el modelo fuera obtenido en la población, se consideran adecuados p-valores menores de 0.05, siendo aún aceptables los valores menores de 0.08. Para GFI, como ya se comentó, un ajuste aceptable tendría un valor próximo a 0.90, siendo bueno entre 0.95 y 1. Para AGFI, como ya se comentó, se considera que tiene un buen ajuste con valores por encima de 0.95 (Bollen & Stine, 1993; B. M. Byrne, 2010; Lévy-Mangin et al., 2006).

En cuanto a los índices relativos, se empleó el índice de ajuste normalizado (Normed Fit Index, NFI), el índice de ajuste no normalizado (Non-Normed Fit Index, NNFI o Tucker-Lewis Index, TLI) y el índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index, CFI). Para NFI, que mide la reducción del ajuste cuando pasamos del modelo nulo al propuesto, se considera un ajuste aceptable para valores por encima de 0.90 y un buen ajuste con valores por encima de 0.95. Para TLI, que se relaciona poco con el tamaño de la muestra por lo que no queda condicionado por éste y sirve para comparar modelos alternativos, los valores mínimos de este índice deben ser superiores a 0.90, aunque se recomiendan valores superiores a 0.95 para aceptar el modelo. Para CFI, como ya se comentó, se considera adecuados los valores a partir de 0.90 y excelente a partir de 0.95.

Con respecto a la moderación, para comprobar la dirección del efecto de interacción entre el moderador y la variable predictora se recurre a un gráfico en el que se muestra como varía la pendiente de la relación entre la variable predictora (x) y la variable criterio (y), según los niveles de la variable moderadora (B. M. Byrne, 2010; Kline, 2010; Lévy-Mangin et al., 2006).

Por lo que se refiere a la mediación se ha tenido en cuenta el cálculo del efecto total entre la variable predictora (x) y la variable criterio (y) con mediación, el efecto directo entre la variable predictora (x) y la

variable criterio (y) sin mediación y el efecto indirecto resultante del producto entre el efecto de la variable predictora sobre el mediador y del mediador sobre la variable criterio. Se asume que si el efecto directo es muy pequeño en relación con el efecto indirecto se da una mediación completa. Y si el efecto directo es mayor que el efecto indirecto la mediación es parcial. Mientras que la falta de efecto indirecto significativo supone que no hay mediación (Ato & Vallejo, 2007; Calvete, 2008).

## 9. RESULTADOS

### 9.1. Análisis factorial y validación de la escala Laboral

Para la valoración laboral se utilizó la escala Laboral del CSV. Antes de obtener los datos de esta escala en la muestra del presente estudio fue necesario realizar un análisis factorial para determinar la estructura de la escala. El índice de Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) muestra una razonable adecuación muestral (KMO = 0.742). La prueba de esfericidad de Bartlett produce un valor de 172.798 (gl = 21). Este valor resulta muy significativo ( $p = .000$ ) lo que indicó que la matriz de datos es válida para el análisis factorial. El gráfico de sedimentación que resultó se muestra en la Figura 18.

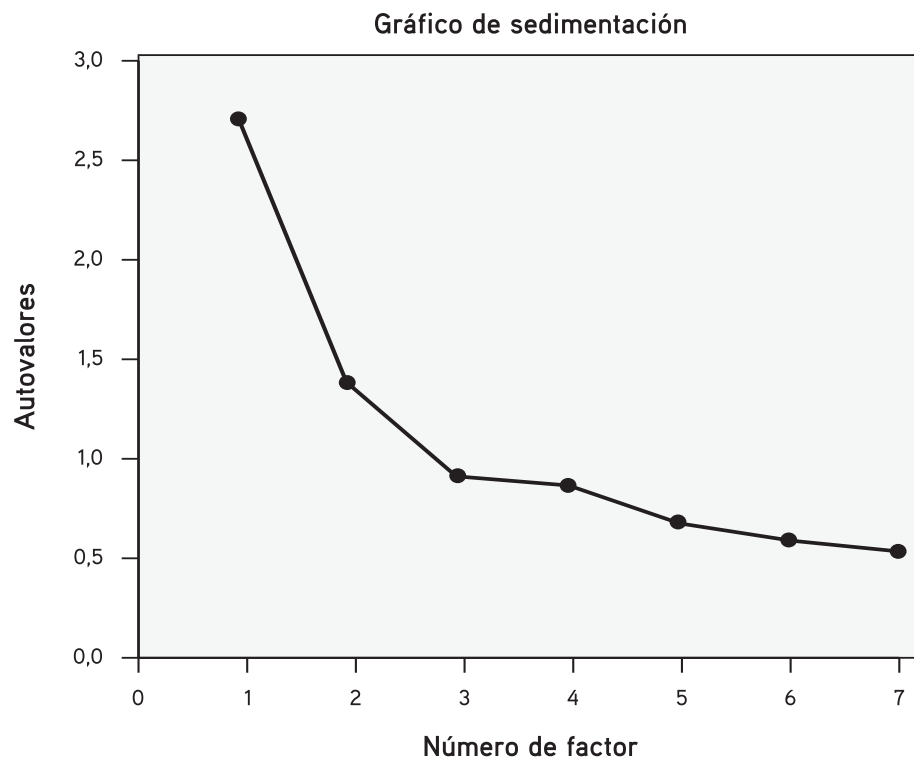


Figura 18. Gráfico de sedimentación para la muestra total en la escala Laboral del CSV.

A la vista de la Figura 18, el gráfico de sedimentación indicó la conveniencia de seleccionar dos o tres factores, en función de los codos que se representan, pero siguiendo el criterio de parsimonia se apoyó la selección de dos factores. Si bien, aunque tanto el gráfico de sedimentación (Figura 18) como la regla de Kaiser (autovalores mayores o iguales a 1) (Tabla 32) sugirieron la presencia de dos factores, para el análisis paralelo, cuyo resultado se muestra en la Tabla 33, lo correcto sería conservar solo un factor, ya que sólo el primero, obtenido de los datos reales, contribuyó con un porcentaje de varianza explicada mayor que el obtenido sobre matrices de datos aleatorios.

La Tabla 34 muestra los ítems de cada factor, su carga factorial y el porcentaje de varianza explicada. Dos factores explicaron el 57.4% de la varianza total.

**Tabla 32.**

Autovalores iniciales para la regla de Kaiser en la escala Laboral del CSV.

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	2.709	38.697	38.697	2.165
2	1.307	18.665	57.361	.935
3	.803	11.478	68.840	
4	.765	10.929	79.769	
5	.558	7.974	87.743	
6	.463	6.616	94.359	
7	.395	5.641	100.000	



**Tabla 33.**

Resultado del análisis paralelo para la aplicación de la regla de Kaiser en la escala Laboral del CSV.

Variable	% de la varianza datos reales	% de la varianza datos aleatorios
1	43.0	29.3
2	21.7	23.6
3	13.3	18.7
4	11.4	14.1
5	8.1	9.4
6	2.5	4.9
7	0.0	0.0

**Tabla 34.**

Factores, ítems por factor, carga factorial de los ítems y porcentaje de varianza explicada de los factores, en la escala Laboral del CSV.

FACTOR	Ítem	Carga factorial	% varianza explicada
Factor I. Cambio	1. Quedarse sin trabajo	.693	38.697
	3. Ascenso en el trabajo	.329	
	4. Cambio de lugar de trabajo	.752	
	5. Nuevo empleo laboral	.573	
	6. Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	.617	
	Factor II. Conflicto	2. Problemas con colegas o compañeros de trabajo	
	7. Problemas con superiores en el trabajo	.446	

Ante esta situación, se calcularon los índices de ajuste para las dos soluciones, un solo factor o dos factores. La Tabla 35 muestra los valores de ajuste. Los datos mostraron que los indicadores de ajuste (NNFI, CFI, GFI y AGFI) en el caso del modelo de dos factores estaban todos por encima de .90, valor considerado como punto de corte (Hooper, Coughlan & Mullen, 2008).

**Tabla 35.**  
Índices de bondad de ajuste de la escala Laboral del CSV.

Índices	Solución con 1 Factor	Solución con 2 Factores
Chi-cuadrado	36.378 gl: 14; p = .001	8.542 gl: 8; p = .388
Chi-cuadrado para modelo independiente	172.798 gl: 21	172.798 gl: 21
NNFI	0.78	0.99
CFI	0.85	1.00
GFI	0.96	1.00
AGFI	0.95	0.99

*Nota:* gl: grados de libertad; NNFI: Non-Normed Fit Index; CFI: Comparative Fit Index; GFI: Goodness of Fit Index; AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index.

Aceptada la solución para dos factores, cuyo ajuste es mejor (ver tabla 35), y tras realizar un análisis semántico de los ítems que conforman ambos factores, se decidió denominar como Cambio al factor I y Conflicto al factor II.

Para determinar la consistencia interna de la escala se analizó el alfa de Cronbach. Los resultados indicaron un  $\alpha$ : .74 para el factor I y un  $\alpha$ : .57 para el factor II. Según Sandín y Chorot (1999) lo ideal en las escalas de sucesos vitales es que los coeficientes de fiabilidad fueran moderados por lo que coeficientes alfa en torno a  $\alpha$ : .50 pueden ser apropiados.

## 9.2 Análisis descriptivo de las variables del estudio

### 9.2.1 Análisis de las variables predictoras

#### 9.2.1.1 Variable laboral

Los datos del análisis descriptivo de la escala Laboral se recogen en la Tabla 36.

**Tabla 36.**

Datos del análisis descriptivo de la escala Laboral.

<b>Estadísticos</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desviac. típica</b>	<b>Asimetría</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
CONFLICTO	1.134	1.000	0.00	1.044	0.950	0.00	4.00
CAMBIO	0.722	0.400	0.20	0.762	1.186	0.00	3.40

Los datos obtenidos en relación con Conflicto y Cambio permitieron observar que en ambas dimensiones se presentó una curva de asimetría positiva o hacia la derecha (al ser el coeficiente de asimetría mayor que cero), lo que indicó que la mayoría de los datos se aglomeraban en los valores menores de la medida (ver Figura 19 y Figura 20). Es decir, la tendencia de la respuesta ha sido, en ambos factores, la de mostrar poco grado de estrés relacionado con lo que indica el enunciado de los ítems.

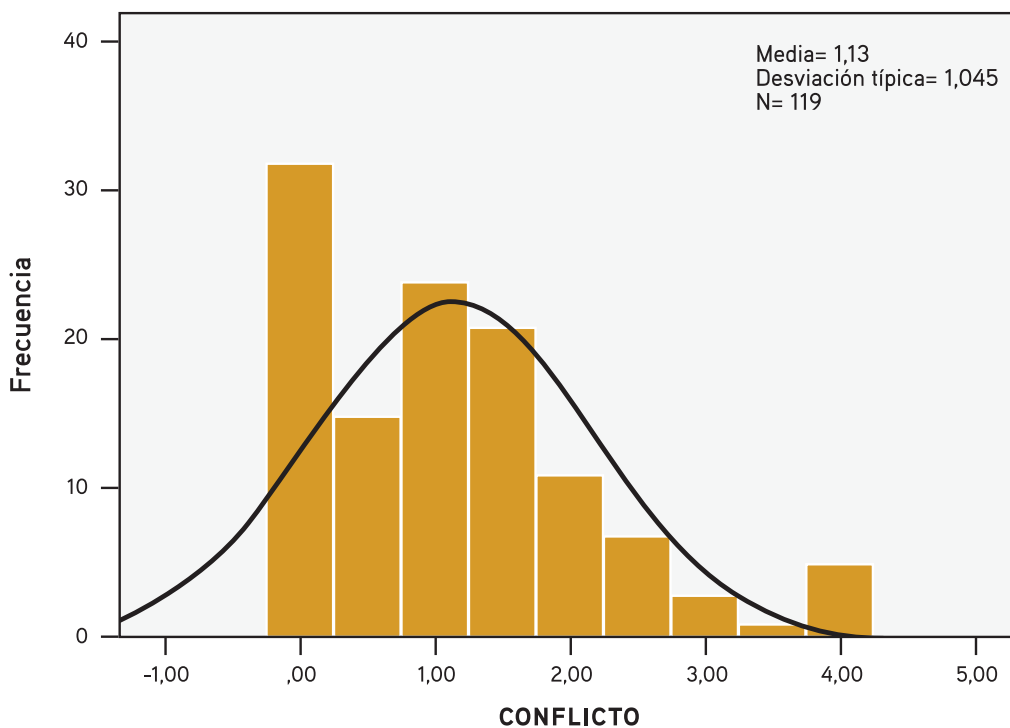


Figura 19. Histograma de la dimensión Conflicto.

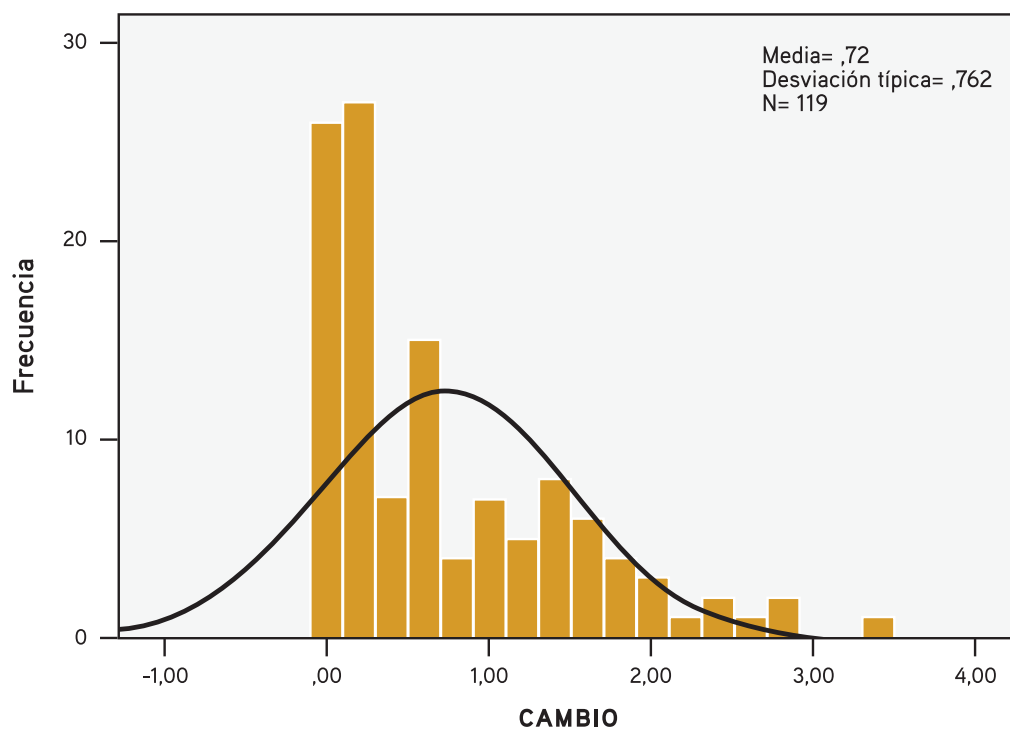


Figura 20. Histograma de la dimensión Cambio.

En un análisis más detallado de las respuestas de los participantes, el mayor porcentaje de respuesta se obtuvo en la alternativa 1-"Nada / Muy poco" con el 74.3%, mientras que las otras alternativas obtuvieron porcentajes mucho más bajos, 13.5%, 7.8% y 4.3%, respectivamente.

### 9.2.1.2 Variables de personalidad

Para la valoración de los datos del análisis descriptivo de los Cinco Grandes se aplicaron los puntos de corte propuestos por los autores del cuestionario. Para interpretar los resultados se emplearon las dos puntuaciones T (obtenidas del baremo de la prueba) correspondientes al intervalo de confianza de cada una de las medias obtenidas. Estos valores son los que se recogen en la Tabla 37.

En Neuroticismo se obtuvo una puntuación media, según los puntos de corte. Esto caracteriza a quienes son capaces de enfrentarse a situaciones de estrés pero algunas veces experimentan culpa, ira o tristeza. En Extraversión, también, se obtuvo una puntuación media, lo que caracteriza a quienes agradecen la compañía de otros pero también valoran la soledad y con moderada actividad. En Apertura a la realidad se obtuvo una puntuación baja-media, lo que caracteriza a quienes son prácticos, con los pies en la tierra, que buscan un equilibrio entre lo nuevo y lo antiguo. En Amabilidad, también, se obtuvo una puntuación baja-media, lo que caracteriza a quienes son realistas, escépticos, tranquilos, competitivos y a veces expresan enfado sin miramientos. En Responsabilidad se obtuvo una puntuación baja, lo que caracteriza a quienes no prefieren hacer planes (Costa & McCrae, 1999).

**Tabla 37.**  
Datos del análisis descriptivo de los Cinco Grandes.

Estadísticos	Media	Desviac. típica	Mín.	Máx.	95% Intervalo de confianza para la media		Puntuación T
					inferior	superior	
N	66.08	22.32	10.00	127.00	62.01	70.16	48-53
E	114.14	16.53	68.00	149.00	111.12	117.15	48-50
O	109.50	16.26	77.00	150.00	106.54	112.46	44-48
A	123.42	15.20	69.00	168.00	120.64	126.19	43-48
C	126.75	18.10	78.00	165.00	123.45	130.05	40-44

*Nota:* N: Neuroticismo; E: Extraversión; O: Apertura a la experiencia; A: Amabilidad; C: Responsabilidad; Puntuación T: según los baremos de la muestra española, del manual del NEO PI R (Costa & McCrae, 1999) para los intervalos de confianza.

Con respecto del análisis descriptivo de la personalidad resistente, los datos que se obtuvieron tanto en la puntuación total en personalidad resistente como en sus tres dimensiones permitió ver como en todas se da una curva de asimetría negativa, lo que indicó que la mayoría de los datos se aglomeran en los valores mayores de la medida.

Aplicando los puntos de corte que han propuesto los autores del cuestionario (presentados en el apartado 8.2.5) se puede afirmar, en función de los valores medios (ver Tabla 38), que la medida global de la personalidad resistente presentó una puntuación alta, lo que sugiere una elevada capacidad para soportar las consecuencias del estrés. La dimensión Reto presentó una puntuación alta, lo que refleja que se percibe el cambio como una oportunidad para aumentar las propias competencias y no como una amenaza. Además indica una adecuada tolerancia a la ambigüedad. La dimensión Implicación presentó una puntuación alta, lo que sugiere que las personas de la muestra tienen compromiso con el significado del trabajo y deseos de enfrentarse al estrés de forma exitosa, tienen en alta consideración su capacidad para tomar decisiones y se benefician del sentimiento de poder ayudar a otros. Y la dimensión Control presentó una puntuación media, lo que indica una convicción moderada de que se puede modificar el curso de los acontecimientos y cierto riesgo de no ser persistentes (Moreno-Jiménez et al., 2000c) (ver Tabla 38).

**Tabla 38.**

Datos del análisis descriptivo de la personalidad resistente.

Estadísticos	Media	Mediana	Moda	Desviac. típica	Asimetría	Mín.	Máx.
PR_T	3.1373	3.1429	2.86	.48925	-2.292	.00	3.95
RETO	3.1477	3.1429	3.00	.57292	-1.476	.00	4.00
CONTROL	2.8908	2.8571	2.86	.54341	-1.393	.00	4.00
IMPLICAC	3.4168	3.6000	3.60	.53335	-2.579	.00	4.00

*Nota:* PR\_T: Puntuación total de la personalidad resistente; IMPLICAC: Implicación.

### 9.2.1.3 Variable de afrontamiento.

En relación con el análisis descriptivo de los estilos de afrontamiento, los datos obtenidos (ver Tabla 39) en Afrontamiento conductual de los problemas, Afrontamiento cognitivo de los problemas, Escape conductual, Escape cognitivo y Afrontamiento centrado en las emociones mostraron una curva de asimetría negativa, lo que indicaba que la mayoría de los valores se aglomeraron en los valores mayores de la medida, mientras que para el estilo de Consumo la asimetría es positiva, lo que indicaba que la mayoría de los datos se aglomeraron en los valores menores de la medida. En función de los valores de la media y considerando que las medidas de los estilos son comparables, los datos indicaron que los estilos más destacados son el Afrontamiento conductual de los problemas (caracterizado por ser acciones encaminadas a alterar la fuente de estrés y solucionar la situación) y el Escape conductual (caracterizado por actividades de distracción) (Crespo & Cruzado, 1997).

**Tabla 39.**  
Datos del análisis descriptivo de los estilos de afrontamiento.

Estadísticos	Media	Mediana	Moda	Desviac. típica	Asimetría	Mín.	Máx.
AFRcon	3.0222	3.1818	3.18	.66552	-.925	.27	6.18
AFRcog	2.3232	2.3333	2.20	.54060	-1.820	.00	3.53
ESCcon	2.7335	2.8571	3.00	.47632	-1.950	.71	3.43
ESCcog	1.4966	1.4545	1.45	.44201	-.215	.00	2.73
AFR_EMO	2.2836	2.3333	2.58	.60017	-1.202	.00	3.75
CONSUMO	1.0798	1.0000	1.00	.41161	3.599	.00	4.00

*Nota:* AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas; AFRcog: Afrontamiento cognitivo de los problemas; ESCcon: Escape conductual; ESCcog: Escape cognitivo; AFR\_EMO: Afrontamiento centrado en las emociones; CONSUMO: Consumo de alcohol o drogas.

#### ***9.2.1.4 Variable de apoyo social.***

La variable Apoyo social se valoró a partir del análisis del apoyo social percibido de la familia y de los amigos. Para los objetivos del presente estudio se seleccionaron los valores globales de la medida (tanto para familia como para amigos) para poner el acento en la fuente de apoyo percibido y no tanto en el tipo de apoyo. Con respecto del análisis descriptivo del apoyo social, los datos obtenidos (ver Tabla 40) en relación con Apoyo social de la familia y de los amigos mostraron una curva de asimetría negativa, lo que indicaba que la mayoría de los datos se aglomeran en los valores mayores de la medida. En función de los valores de la media y considerando que las medidas de las fuentes de apoyo social percibido son comparables, los datos indicaron que el valor más alto es para la percepción de apoyo social de la familia.

### **9.2.2 Análisis de las variables criterio**

#### ***9.2.2.1 Variable calidad de vida profesional.***

En cuanto al análisis descriptivo de la calidad de vida profesional, los datos obtenidos (ver Tabla 40) en Estrés traumático secundario mostraron una curva de asimetría positiva, lo que nos indicó que la mayoría de los datos se aglomeraban en los valores menores de la medida, mientras que para la Satisfacción por ayudar la asimetría es negativa, lo que nos indicó que la mayoría de los datos se aglomeraban en los valores mayores de la medida. En función de los valores de la media y considerando que las medidas de las dos dimensiones de la escala son comparables, los datos indicaron que el valor más alto lo presenta Satisfacción por ayudar (referida al bienestar que se siente por el trabajo que realizan) con respecto de Estrés traumático secundario (referido a sentirse afectado por los traumas sufridos por las personas a las que se auxilia o a los compañeros de trabajo).



**Tabla 40.**

Datos del análisis descriptivo del apoyo social y la calidad de vida profesional.

Estadísticos	Media	Mediana	Moda	Desviac.	Asimetría típica	Mín.	Máx.
SSBF	146.71	153.00	165	28.333	-1.273	39	180
SSBA	131.60	135.00	148	34.150	-1.103	0	178
ETS	1.2362	1.1111	.56	.85304	1.225	.11	4.33
S_AYU	4.2700	4.3750	4.50	.53356	-2.344	1.00	5.00

*Nota:* SSBF: puntuación global del apoyo social de la familia; SSBA: puntuación global del apoyo social de los amigos; ETS: Estrés traumático secundario; S\_AYU: Satisfacción por ayudar.

#### 9.2.2.2 Variable burnout.

En cuanto al análisis descriptivo del burnout, también en este caso para interpretar los resultados se emplearon las dos puntuaciones T (obtenidas del baremo de la prueba) correspondientes al intervalo de confianza de cada una de las medias obtenidas. Aplicando los puntos de corte propuestos en el manual del cuestionario, se obtuvo que la dimensión de Cansancio emocional presentaba una puntuación baja, por lo que no destaca un sentimiento de estar exhausto por el trabajo; la dimensión de Despersonalización presentó una puntuación media-baja, por lo que no destaca una actitud fría e impersonal hacia los receptores de su servicio; y la dimensión de Realización personal presentó una puntuación media, por lo que, de forma moderada, se presenta un sentimiento de competencia en el trabajo (Seisdedos, 1997).

El síndrome de burnout se define a partir de puntuaciones altas en Cansancio emocional y Despersonalización, y puntuaciones bajas en Realización personal (Seisdedos, 1997). El porcentaje de bomberos con puntuación alta en Cansancio emocional fue del 6.7%, con puntuación alta en Despersonalización fue del 9.2% y con puntuación baja en Realización personal fue del 32.8%. Sólo el 1.7% cumplió los criterios para padecer el síndrome de burnout (ver Tabla 41).

**Tabla 41.**

Datos del análisis descriptivo del burnout.

Estadísticos	Media	Desviac. típica	Mín.	Máx.	95% Intervalo de confianza para la media		Puntuación centil
					inferior	superior	
CE	9.95	8.29	0.00	47.00	8.44	11.46	15-26
DP	4.14	4.62	0.00	23.00	3.30	4.98	20-34
RP	36.52	8.57	14.00	48.00	34.96	38.08	39-55

*Nota:* CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal; Puntuación centil: según los baremos del manual del MBI (Seisdedos, 1997) para los intervalos de confianza.

En la Tabla 42 se muestra los valores medios obtenidos en las tres dimensiones del burnout en diferentes estudios y con diferentes profesionales en nuestro país, lo que permite encuadrar los datos del presente estudio. En todos los estudios se ha usado el MBI, versión española (Seisdedos, 1997). Los datos del presente estudio son los únicos referidos a bomberos, y comparándolos con los otros profesionales son los que muestran menor valor medio en Cansancio emocional y Despersonalización.

**Tabla 42.**

Comparación de los valores medios de las dimensiones del burnout.

Estudio	Muestra	CE		DP		RP	
		Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.
(Seisdedos, 1997)	Varones muestra total	20.40	11.91	8.22	5.92	36.00	8.12
(Seisdedos, 1997)	Profesionales Médicos	26.42	12.26	10.77	6.60	32.46	8.45
(Seisdedos, 1997)	Profesionales de Policía	15.79	11.77	9.36	5.79	37.31	9.02

(continúa)

**Tabla 42.** (continuación)

Comparación de los valores medios de las dimensiones del burnout.

Estudio	Muestra	CE		DP		RP	
		Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.	Media	Desv. Tip.
Gil-Monte & Peiró, 2000)	Enfermería	22.58	11.04	6.08	4.95	36.30	6.48
(Gil-Monte & Peiró, 2000)	Policía Local	16.85	10.04	8.41	5.32	35.22	8.35
(*) (2014)	Bomberos	9.95	8.29	4.14	4.62	36.52	8.57

*Nota: (\*)* Estos son datos que han sido extraídos del presente estudio.

Nota: CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal

### 9.2.2.3 Variable salud.

Con respecto de la salud, se analizaron por una parte los valores en salud física y por otra parte los valores en salud mental.

Con relación al análisis descriptivo de la salud física, los datos obtenidos (ver Tabla 43) en relación con la salud física (global) y sus dimensiones mostraron una curva de asimetría positiva, lo que indicó que la mayoría de los datos se aglomeraban en los valores menores de la medida. Es decir se observó una tendencia a referir menos quejas por problemas de salud física. En función de los valores de la media y considerando que las medidas son comparables, los datos indicaron que las dimensiones con el valor más alto son Músculo-esquelético, Gastrointestinal, Inmunológico y Piel-alergia.

**Tabla 43.**

Datos del análisis descriptivo de la variable salud física.

<b>Estadísticos</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desviac.típica</b>	<b>Asimetría</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
ESSR	46.93	41.00	28	30.263	1.180	4	181
IG	6.79	6.00	6	3.918	.513	0	19
CV	3.17	2.00	0	4.301	2.313	0	26
RS	5.40	4.00	2	5.242	1.871	0	28
GI	7.76	7.00	1	5.301	.791	0	26
NS	4.03	3.00	0	4.191	1.598	0	25
ME	9.51	9.00	3	6.408	.579	0	30
PA	6.68	6.00	0	5.534	1.098	0	30
GU	3.59	2.00	0	4.261	1.737	0	21

*Nota:* ESSR: Puntuación global de síntomas somáticos; IG: Inmunológico; CV: Cardiovascular; RS: Respiratorio; GI: Gastrointestinal; NS: Neurosensorial; ME: Músculo-esquelético; PA: Piel-alergia; GU: Genito-urinario.

Por lo que respecta al análisis descriptivo de la salud mental, tanto el Índice sintomático general (GSI), referido a la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global (González de Rivera et al., 2002), como el resto de las dimensiones identificaron a una muestra sin morbilidad psiquiátrica. Como en el caso de los Cinco Grandes y el burnout, para interpretar los resultados se emplearon las dos puntuaciones T (obtenidas del baremo de la prueba) correspondientes al intervalo de confianza de cada una de las medias obtenidas tanto para cada una de las dimensiones del SCL-90R como para el GSI. Sin embargo, con relación al baremo sin morbilidad psiquiátrica, en Somatización o sintomatología somática la puntuación media obtenida por la muestra del estudio se situó entre el 67 - 80% por encima de la muestra general y en Psicoticismo, entendido como sentimientos de alienación social se situó entre 59-77% por encima de la muestra general (ver Tabla 44).

**Tabla 44.**

Datos del análisis descriptivo de la variable salud mental.

Estadísticos	Media	Desviac. típica	Mín.	Máx.	95% Intervalo de confianza para la media		Puntuación centil
					inferior	superior	
SOM	.54	.48	.00	2.50	.45	.62	67-80
OBS	.59	.59	.00	2.90	.48	.70	49-65
INT	.44	.52	.00	2.44	.35	.54	47-64
DEP	.42	.48	.00	2.31	.33	.51	31-53
ANS	.35	.49	.00	2.40	.26	.44	37-59
HOS	.40	.56	.00	3.00	.30	.50	54-65
FOB	.09	.20	.00	1.14	.06	.13	21-49
PAR	.48	.56	.00	2.83	.37	.58	45-60
PSI	.27	.45	.00	2.50	.19	.35	59-77
GSI	.42	.43	.00	2.19	.34	.50	45-67

*Nota:* SOM: Somatización; OBS: Obsesión-compulsión; INT: Sensibilidad interpersonal; DEP: Depresión; ANS: Ansiedad; HOS: Hostilidad; FOB: Ansiedad fóbica; PAR: Ideación paranoide; PSI: Psicoticismo; GSI: Índice sintomático general; Puntuación centil: según los baremos del manual del SCL-90R (González de Rivera et al., 2002) para los intervalos de confianza.

### 9.3 Análisis comparativo de los Cinco Grandes, burnout y salud mental con datos normativos

Tanto los Cinco Grandes, como burnout y salud mental se han medido con cuestionarios que están baremados en población española. En esta sección comparamos los valores del presente estudio con los datos normativos de estos cuestionarios para tener una referencia de lo que significa los datos de este estudio en el contexto de la población española.

### 9.3.1 Cinco Grandes

En relación con los Cinco Grandes (ver Tabla 45), se encontraron diferencias significativas para el factor de Apertura  $t(118) = -3.5475$ ,  $p = 0.0004$ ; Amabilidad  $t(118) = -3.8076$ ,  $p = 0.0001$ ; y Responsabilidad  $t(118) = -7.0069$ ,  $p = 0.0000$ . El tamaño del efecto ( $d$  de Cohen) fue pequeño en Apertura y Amabilidad, y medio en Responsabilidad. Las medias de los factores Apertura, Amabilidad y Responsabilidad en la población de baremación del cuestionario fueron mayores que la del presente estudio.

**Tabla 45.**

Contraste de medias entre los Cinco Grandes del presente estudio y del estudio de adaptación del cuestionario NEO PI R a población española.

	Muestra	Media	t	p-valor (dos colas)	d de Cohen	Porcentaje de cambio
N	G1	66.08	-0.2341	0.8152	0.03	1%
	G2	66.58				
E	G1	114.14	-1.0420	0.2976	0.1	2%
	G2	115.91				
O	G1	109.50	-3.5475	0.0004	0.34	5%
	G2	115.30				
A	G1	123.42	-3.8076	0.0001	0.37	5%
	G2	129.48				
C	G1	126.75	-7.0069	0.0000	0.68	10%
	G2	139.67				

*Nota:* N: Neuroticismo; E: Extraversión; O: Apertura a la experiencia; A: Amabilidad; C: Responsabilidad; t: prueba t para contraste de medias; G1: datos del presente estudio; G2: datos de los baremos del cuestionario.

*Nota:* Para el valor del estadístico t se ha tenido en cuenta la igualdad o desigualdad de la varianza.

### 9.3.2 Burnout

Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 46. De estos resultados se puede destacar que se dieron diferencias significativas para la dimensión Cansancio emocional  $t(118) = -13.1368$ ,  $p = 0.0000$  y Despersonalización  $t(118) = -7.6116$ ,  $p = 0.0000$ . En el caso de Cansancio emocional el tamaño del efecto es

grande y en el caso de Despersonalización es medio. Las medias de estas dos dimensiones del burnout en la población de baremación del cuestionario fueron mayores que la del presente estudio.

**Tabla 46.**

Contraste de medias entre las dimensiones del burnout del presente estudio y del estudio de adaptación del cuestionario MBI a población española.

	<b>Muestra</b>	<b>Media</b>	<b>t</b>	<b>p-valor (dos colas)</b>	<b>d de Cohen</b>	<b>Porcentaje de cambio</b>
CE	G1	9.95	-13.1368	0.0000	0.99	110%
	G2	20.86				
DP	G1	4.14	-7,6116	0.0000	0.61	84%
	G2	7.62				
RP	G1	36.52	1.0345	0.3011	0.1	-2%
	G2	35.71				

*Nota:* CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal; t: prueba t para contraste de medias; G1: datos del presente estudio; G2: datos de los baremos del cuestionario.

*Nota:* Para el valor del estadístico t se ha tenido en cuenta la igualdad o desigualdad de la varianza.

### 9.3.3 Salud mental

Los resultados obtenidos para el Índice sintomático general y las dimensiones de salud mental se muestran en la Tabla 47. De estos resultados se puede destacar que se dieron diferencias significativas para el Índice sintomático general  $t(118) = -2.1223$ ,  $p = 0.0354$ ; Depresión  $t(118) = -5.4979$ ,  $p = 0.0000$ ; Ansiedad  $t(118) = -3.4201$ ,  $p = 0.0007$  y Ansiedad fóbica  $t(118) = -6.6398$ ,  $p = 0.0000$ . En el caso del Índice sintomático general y Ansiedad el tamaño del efecto fue pequeño, mientras que en Depresión y Ansiedad fóbica el tamaño del efecto fue medio. Las medias tanto del Índice sintomático general, como de las tres dimensiones mencionadas del SCL-90R, en la población de baremación del cuestionario fueron mayores que la del presente estudio.

**Tabla 47.**

Contraste de medias entre el Índice sintomático general y las dimensiones de salud mental del presente estudio, y del estudio de adaptación del cuestionario SCL-90R a población española.

	Muestra	Media	t	p-valor (dos colas)	d de Cohen	Porcentaje de cambio
GSI	G1	.42	-2.1223	0.0354	0.24	21%
	G2	.51				
SOM	G1	.54	-0.1833	0.8546	0.02	2%
	G2	.55				
OBS	G1	.59	-0.1648	0.8692	0.02	2%
	G2	.60				
INT	G1	.44	-0.1947	0.8459	0.02	2%
	G2	.45				
DEP	G1	.42	-5.4979	0.0000	0.56	71%
	G2	.72				
ANS	G1	.35	-3.4201	0.0007	0.35	49%
	G2	.52				
HOS	G1	.40	-0.9203	0.3578	0.09	13%
	G2	.45				
FOB	G1	.09	-6.6398	0.0000	0.48	178%
	G2	.25				
PAR	G1	.48	0.1927	0.8472	0.02	2%
	G2	.47				
PSI	G1	.27	1.3869	0.1676	0.18	-22%
	G2	.21				

*Nota:* SOM: Somatización; OBS: Obsesión-compulsión; INT: Sensibilidad interpersonal; DEP: Depresión; ANS: Ansiedad; HOS: Hostilidad; FOB: Ansiedad fóbica; PAR: Ideación paranoide; PSI: Psicoticismo; GSI: Índice sintomático general; t: prueba t para contraste de medias; G1: datos del presente estudio; G2: datos de los baremos del cuestionario.

*Nota:* Para el valor del estadístico t se ha tenido en cuenta la igualdad o desigualdad de la varianza.



## 9.4. Análisis de correlación de las variables del estudio

A partir de los objetivos planteados para este estudio se presentan, en las tablas 48 a 56, los datos de las correlaciones entre las diferentes variables. Describimos a continuación las asociaciones más significativas.

### 9.4.1 Variables sociodemográficas o sociolaborales, burnout, calidad de vida profesional y salud

La correlación ( $r = .739$ ) entre la edad y el tiempo trabajado fue según los criterios propuestos por J. Cohen (1988) grande, de ahí que se haya controlado el efecto de la edad para calcular la correlación del resto de variables del estudio con el tiempo trabajado. La Tabla 48 presenta los resultados de las correlaciones parciales que se obtuvieron, controlando la edad, entre el tiempo trabajado, el burnout, la calidad de vida profesional y la salud (puntuación global en salud física y mental). Los resultados obtenidos indicaron una relación significativa y directa del tiempo trabajado con Cansancio emocional ( $p < .01$ ). También, aunque la significación disminuye, se observó una tendencia de relación directa con Despersonalización ( $p < .05$ ) e inversa con Realización personal ( $p < .05$ ). Por ello, se podría indicar que cuanto mayor es el tiempo de trabajo acumulado en la profesión más acentuados están los aspectos negativos del burnout, como son Cansancio emocional, Despersonalización y Falta de realización personal. El mayor tamaño del efecto de estas relaciones se obtuvo con Cansancio emocional. Siguiendo los criterios de J. Cohen (1988) este efecto es de un tamaño medio.

Con respecto de la calidad de vida laboral, la relación del tiempo trabajado fue significativa y directa con Estrés traumático ( $p < .01$ ). En el caso de la Satisfacción por ayudar la tendencia de la relación fue inversa ( $p < .05$ ). Es decir, cuanto mayor es el tiempo de trabajo acumulado en la profesión más acentuados están los aspectos negativos de la calidad de vida profesional como son un elevado Estrés traumático secundario y una escasa Satisfacción por ayudar.

Por último, se obtuvo una relación significativa y directa del tiempo trabajado con la salud física ( $p < .01$ ) y con la salud mental ( $p < .01$ ). Por lo que, cuanto mayor fue el tiempo de trabajo acumulado en la profesión más acentuados están los problemas o quejas en la salud física y en la salud mental. No obstante, es preciso matizar que solo la relación directa del tiempo trabajado con la salud física alcanzó un tamaño del efecto medio, siguiendo los criterios de J. Cohen (1988).

**Tabla 48.**

Coeficiente de correlación parcial, controlando la edad, entre el tiempo trabajado, el burnout, la calidad de vida profesional y la salud.

	<b>CE</b>	<b>DP</b>	<b>RP</b>	<b>ETS</b>	<b>S_AYU</b>	<b>ESSR</b>	<b>GSI</b>
Ttrabaj	.382**	.235*	-.211*	.282**	-.194*	.385**	.257**

*Nota:* Ttrabaj: Tiempo trabajado; CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal; ETS: Estrés traumático secundario; S\_AYU: Satisfacción por ayudar; ESSR: Puntuación global en salud física; GSI: Índice sintomático general (salud mental).

\*\* . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

#### **9.4.2 Variable laboral, burnout, calidad de vida profesional y salud**

Como se puede ver en la Tabla 49, se presentan las correlaciones obtenidas para estas variables. Según estos resultados se detectó, por una parte, una asociación significativa y directa entre el conflicto laboral y Cansancio emocional ( $p < .01$ ), y por otra parte, la misma asociación entre los cambios laborales y Despersonalización ( $p < .01$ ). A su vez, tanto el conflicto laboral como los cambios laborales se asociaron de forma significativa y directa con Estrés traumático secundario y con los problemas de salud física y mental, aunque con diferentes niveles de significación (ver Tabla 49). En este caso ninguna correlación ha llegado ni al nivel de un tamaño del efecto medio.

**Tabla 49.**

Coefficiente de correlación de Pearson entre las dimensiones de la variable laboral y las dimensiones de las variables burnout, calidad de vida profesional y salud.

	CE	DP	RP	ETS	S_AYU	ESSR	GSI
CONFLICTO	.252**	.151	-.077	.227*	-.197*	.273**	.239**
CAMBIO	.124	.276**	-.010	.238**	-.084	.239**	.233*

*Nota:* CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal; ETS: Estrés traumático secundario; S\_AYU: Satisfacción por ayudar; ESSR: Puntuación global en salud física; GSI: Índice sintomático general (salud mental).

\*\* . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

### 9.4.3 Personalidad, burnout, calidad de vida profesional y salud

La Tabla 50 presenta los resultados de las correlaciones entre la variable personalidad (Cinco Grandes y personalidad resistente) y las variables burnout, calidad de vida profesional y salud.

Con respecto a los Cinco Grandes, Neuroticismo se asoció de forma significativa y directa con un mayor riesgo de padecer el síndrome de burnout (Cansancio emocional, Despersonalización y baja Realización personal) ( $p < .01$ ); con Estrés traumático secundario y baja Satisfacción por ayudar ( $p < .01$ ); y con los problemas de salud física y mental ( $p < .01$ ). Es de destacar, también, que el tamaño del efecto de la correlación de Neuroticismo con Cansancio emocional, Estrés traumático secundario y con la salud física y la salud mental, fue grande.

Por su parte, en cuanto a Extraversión los resultados reflejaron una asociación significativa y directa con aspectos protectores del burnout (bajo Cansancio emocional y alta Realización personal) ( $p < .01$ ) y con la satisfacción por la ayuda prestada en sus labores profesionales ( $p < .01$ ), pero inversa con los problemas de salud mental ( $p < .01$ ). Con los problemas de salud física la relación tuvo una tendencia inversa ( $p < .05$ ). Los tamaños del efecto de la correlación más destacados fueron de tamaño medio con Satisfacción por ayudar y con Realización personal.

También Apertura presentó una asociación significativa y directa con los sentimientos de competencia (Realización personal) ( $p < .01$ ). Con la satisfacción por la ayuda prestada la tendencia de la relación también fue directa ( $p < .05$ ). Solo la relación con Realización personal alcanzó un tamaño del efecto medio.

El factor Amabilidad mostró una relación significativa y directa con la protección ante el síndrome de burnout (bajo Cansancio emocional y baja Despersonalización) ( $p < .01$ ) y con la satisfacción por la ayuda prestada ( $p < .01$ ), pero inversa con los problemas en salud física ( $p < .01$ ) y en salud mental ( $p < .01$ ). Los tamaños del efecto de la correlación más destacados fueron de tamaño medio con Cansancio emocional, Despersonalización, salud física y salud mental.

Por último, Responsabilidad presentó una asociación significativa y directa con los aspectos protectores del burnout (bajo Cansancio emocional, baja Despersonalización y Realización personal) ( $p < .01$ ), con la satisfacción por la ayuda prestada en sus labores profesionales ( $p < .01$ ), pero inversa con Estrés traumático secundario ( $p < .01$ ) y con los problemas en salud física ( $p < .01$ ) ( $p < .01$ ) y en salud mental ( $p < .01$ ). En este caso, el tamaño del efecto de la correlación fue medio, salvo con Realización personal que no llegó a este nivel.

En cuanto a la personalidad resistente y sus dimensiones, los resultados de la puntuación global de personalidad resistente mostraron una relación significativa e inversa con Cansancio emocional ( $p < .01$ ) y directa con la satisfacción por la ayuda prestada en sus labores profesionales ( $p < .01$ ) (ver Tabla 50). La tendencia de la relación con Despersonalización ( $p < .05$ ), con la salud física ( $p < .05$ ) y con la salud mental ( $p < .05$ ) fue inversa. Mientras que con Realización personal ( $p < .05$ ) fue directa. Solo la correlación con Satisfacción por ayudar llegó a un tamaño del efecto medio, aunque muy cerca de este tamaño estuvo la correlación con Cansancio emocional.

Por lo que respecta a las dimensiones, Implicación fue la que mostró más correlaciones significativas ( $p < .01$ ) y de mayor tamaño del efecto. Aunque no superaron el nivel de tamaño del efecto medio con Cansancio emocional, salud física y salud mental (de forma inversa), y con Satisfacción por ayudar (de forma directa). También de forma inversa y significativa (pero de menor tamaño del efecto) es la relación con Despersonalización. En general, las dimensiones mantuvieron la misma tendencia que la puntuación global, aunque la dimensión Control no presentó asociación significativa con la salud ni con Despersonalización, al

contrario que Implicación ( $p < .01$ ) y Reto, con menor fuerza (ambas, de forma inversa). Además, Reto tuvo una asociación significativa y directa con Satisfacción por ayudar ( $p < .01$ ) (tamaño del efecto medio), e inversa con Cansancio emocional ( $p < .01$ ).

**Tabla 50.**

Coefficiente de correlación de Pearson entre los Cinco Grandes y la personalidad resistente, y sus dimensiones, con las variables burnout, calidad de vida profesional y salud.

	CE	DP	RP	ETS	S_AYU	ESSR	GSI
N	.500**	.420**	-.296**	.520**	-.345**	.541**	.676**
E	-.285**	-.122	.416**	-.131	.484**	-.207*	-.277**
O	-.078	-.140	.358**	-.038	.229*	-.131	-.057
A	-.310**	-.313**	.141	-.168	.261**	-.353**	-.456**
C	-.414**	-.337**	.248**	-.379**	.409**	-.380**	-.491**
PR_T	-.299**	-.197*	.199*	-.022	.423**	-.206*	-.192*
RETO	-.254**	-.191*	.166	-.029	.370**	-.205*	-.185*
CONT	-.187*	-.075	.201*	.060	.285**	-.034	-.025
IMPL	-.352**	-.259**	.175	-.094	.480**	-.319**	-.322**

*Nota:* N: Neuroticismo; E: Extraversión; O: Apertura; A: Amabilidad; C: Responsabilidad; PR\_T: Puntuación total en personalidad resistente; CONT: Control; IMPL: Implicación; CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal; ETS: Estrés traumático secundario; S\_AYU: Satisfacción por ayudar; ESSR: Puntuación global en salud física; GSI: Índice sintomático general (salud mental).

\*\* . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

#### 9.4.4 Afrontamiento, burnout, calidad de vida profesional y salud

Como se muestra en la Tabla 51, el estilo Afrontamiento conductual de los problemas correlacionó de forma significativa y directa con Realización personal ( $p < .01$ ) y Satisfacción por ayudar ( $p < .01$ ); y de forma significativa e inversa con Cansancio emocional ( $p < .01$ ) y Despersonalización ( $p < .01$ ). La tendencia de la

relación con Estrés traumático secundario ( $p < .05$ ) y con salud mental ( $p < .05$ ) también fue inversa. Ninguna correlación con este estilo de afrontamiento alcanzó ni siquiera un tamaño del efecto medio.

Por su parte, se observó una tendencia directa de la relación entre Afrontamiento cognitivo de los problemas con Realización personal ( $p < .05$ ).

En cuanto al estilo Escape conductual mostró una tendencia de relación inversa con Despersonalización ( $p < .05$ ) y con Estrés traumático secundario ( $p < .05$ ). Mientras que el estilo Escape cognitivo, presentó correlaciones significativas, sólo, de forma directa con Despersonalización ( $p < .01$ ), Estrés traumático secundario ( $p < .01$ ) y con los problemas en salud física ( $p < .01$ ) y en salud mental ( $p < .01$ ). Con Cansancio emocional la tendencia de la relación también fue directa ( $p < .05$ ). Se podría decir que un afrontamiento caracterizado por recurrir a estrategias propias del escape cognitivo se asocia de forma directa con la Despersonalización, con el Estrés traumático secundario y con los problemas en salud física y en salud mental. Es de destacar, que el tamaño del efecto de la correlación con la salud mental fue grande. Mientras que con la salud física, la Despersonalización y el Estrés traumático secundario fue de tamaño medio.

Por último, con relación al estilo Consumo de alcohol o drogas correlacionó de forma significativa y directa con Despersonalización ( $p < .01$ ) y con salud física ( $p < .01$ ) y salud mental ( $p < .01$ ); y de forma significativa e inversa con Satisfacción por ayudar ( $p < .01$ ). La tendencia de la relación con Cansancio emocional ( $p < .05$ ) fue directa. Se presenta como un estilo de afrontamiento que se relaciona con la Despersonalización y con los problemas de salud física y de salud mental. En este caso solo se alcanzó un tamaño del efecto medio de la correlación con Satisfacción por ayudar, con salud física y con salud mental.

**Tabla 51.**

Coefficiente de correlación de Pearson entre los estilos de afrontamiento y las variables burnout, calidad de vida profesional y salud.

	CE	DP	RP	ETS	S_AYU	ESSR	GSI
AFRcon	-.237**	-.252**	.265**	-.190*	.240**	-.166	-.223*
AFRcog	-.145	-.021	.230*	-.022	.149	.061	.067
ESCcon	-.144	-.183*	-.088	-.215*	.007	-.093	-.086
ESCcog	.215*	.381**	-.010	.358**	-.175	.425**	.509**
AFR_EMO	-.003	-.020	.149	.113	.075	.148	.145
CONSUMO	.199*	.293**	-.109	.121	-.379**	.442**	.375**

*Nota:* AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas; AFRcog: Afrontamiento cognitivo de los problemas; ESCcon: Escape conductual; ESCcog: Escape cognitivo; AFR\_EMO: Afrontamiento centrado en las emociones; CONSUMO: Consumo de alcohol o drogas; CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal; ETS: Estrés traumático secundario; S\_AYU: Satisfacción por ayudar; ESSR: Puntuación global en salud física; GSI: Índice sintomático general (salud mental).

\*\* . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

#### 9.4.5 Apoyo social, burnout, calidad de vida profesional y salud

Las correlaciones que se obtuvieron entre la variable de apoyo social y las variables burnout, calidad de vida profesional y salud se presentan en la Tabla 52. Con respecto de la variable burnout, el Apoyo social de la familia y de los amigos correlacionó de forma significativa y directa con Realización personal ( $p < .01$ ), y de forma significativa e inversa con Cansancio emocional ( $p < .01$ ). Además, sólo el Apoyo social de la familia correlacionó de forma significativa e inversa con Despersonalización ( $p < .01$ ). Con respecto a la variable calidad de vida profesional, la correlación significativa del Apoyo social de la familia y de los amigos fue de forma directa con Satisfacción por ayudar ( $p < .01$ ). Por último, en cuanto a la variable salud, el Apoyo social de la familia correlacionó de forma significativa e inversa con la salud física ( $p < .01$ ) y con la salud mental

( $p < .01$ ). La tendencia de la relación del Apoyo social de los amigos con la salud física ( $p < .05$ ) y con la salud mental ( $p < .05$ ) también fue inversa. Es de destacar, que el tamaño del efecto de la correlación de Apoyo social de la familia y de los amigos fue de tamaño medio con Cansancio emocional y Satisfacción por ayudar. La correlación del Apoyo social de la familia con salud mental tuvo un tamaño medio, igual que la correlación del Apoyo social de los amigos con Realización personal.

El apoyo social (percibido) que brindan los amigos, pero sobre todo la familia, se relaciona con los aspectos protectores del burnout, con la satisfacción por la ayuda prestada en sus labores profesionales y con una adecuada salud física y mental.

**Tabla 52.**

Coefficiente de correlación de Pearson de la variable apoyo social y las variables burnout, calidad de vida profesional y salud.

	CE	DP	RP	ETS	S_AYU	ESSR	GSI
SSBF	-.495**	-.284**	.269**	-.158	.390**	-.291**	-.308**
SSBA	-.331**	-.140	.361**	-.096	.359**	-.231*	-.183*

*Nota:* SSBF: Apoyo social de la familia; SSBA: Apoyo social de los amigos; CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal; ETS: Estrés traumático secundario; S\_AYU: Satisfacción por ayudar; ESSR: Puntuación global en salud física; GSI: Índice sintomático general (salud mental).

\*\* . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

#### 9.4.6 Burnout, calidad de vida profesional y salud

En la Tabla 53 se presenta los resultados de las correlaciones que se obtienen entre las variables burnout, calidad de vida profesional y salud. Las correlaciones significativas de Cansancio emocional y Despersonalización fueron de forma directa con Estrés traumático secundario ( $p < .01$ ), con salud física ( $p < .01$ ) y con salud mental ( $p < .01$ ); y de forma inversa con Satisfacción por ayudar ( $p < .01$ ). Por su parte, Realización personal correlacionó de forma significativa y directa con Satisfacción por ayudar ( $p < .01$ ) y de



forma significativa e inversa con salud mental ( $p < .01$ ); mientras que la tendencia de la relación con la salud física ( $p < .05$ ) también fue inversa. El síndrome de burnout se asocia de forma directa con Estrés traumático secundario y con los problemas en salud (física y mental). Es de destacar, que el tamaño del efecto de la correlación de Cansancio emocional y Despersonalización con Estrés traumático secundario fue grande. También fue grande el tamaño del efecto de la relación entre Despersonalización y salud física. El resto de correlaciones de estas dos dimensiones del burnout, en este caso, fueron de tamaño medio. Por su parte, Realización personal tuvo una correlación de tamaño medio con Satisfacción por ayudar.

La Tabla 53, también presenta los resultados de las correlaciones que se obtuvieron entre las variables calidad de vida profesional y salud. De estos, se puede observar que Estrés traumático secundario correlacionó de forma significativa y directa con la salud física ( $p < .01$ ) y con la salud mental ( $p < .01$ ), con un tamaño del efecto grande, en ambos casos. Mientras que Satisfacción por ayudar correlacionó de forma significativa e inversa con la salud física ( $p < .01$ ) y con la salud mental ( $p < .01$ ), en este caso con un tamaño medio. Como era de esperar el componente de estrés traumático del cuestionario de calidad de vida profesional se asocia con problemas de salud y, por el contrario, el componente más positivo, el de satisfacción por la ayuda prestada, se asocia con un mejor estado de salud.

**Tabla 53.**

Coefficiente de correlación de Pearson de las variables burnout, calidad de vida profesional y salud.

	<b>ETS</b>	<b>S_AYU</b>	<b>ESSR</b>	<b>GSI</b>
CE	<b>.550**</b>	-.482**	.482**	.429**
DP	<b>.575**</b>	-.391**	<b>.515**</b>	.399**
RP	-.119	.475**	-.182*	-.263**
ETS			<b>.583**</b>	<b>.614**</b>
S_AYU			-.358**	-.366**

*Nota:* CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal; ETS: Estrés traumático secundario; S\_AYU: Satisfacción por ayudar; ESSR: Puntuación global en salud física; GSI: Índice sintomático general (salud mental).

\*\* . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral) \* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

#### 9.4.7 Personalidad, afrontamiento y apoyo social

En la Tabla 54 se presenta los resultados de las correlaciones que se obtuvieron entre los Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento y apoyo social.

En relación con los Cinco Grandes, las correlaciones de Neuroticismo con el afrontamiento, fueron significativas y directas con Escape cognitivo ( $p < .01$ ) y con Consumo de alcohol o drogas ( $p < .01$ ), en ambos casos, las únicas con un tamaño del efecto medio; y de forma inversa con Afrontamiento conductual de los problemas ( $p < .01$ ). Con respecto del apoyo social, las correlaciones fueron significativas e inversas con el Apoyo social de la familia ( $p < .01$ ) y de los amigos ( $p < .01$ ), en ambos casos, con un tamaño del efecto medio. Por tanto, una mayor puntuación en Neuroticismo se asocia con una peor percepción del apoyo social, con una menor utilización del afrontamiento conductual de los problemas como afrontamiento y con una mayor utilización del escape cognitivo y del consumo de alcohol y drogas como afrontamiento.

Por su parte, las correlaciones significativas de Extraversión fueron de forma directa con el Apoyo social de la familia ( $p < .01$ ) y de los amigos ( $p < .01$ ), en ambos casos, con un tamaño del efecto medio. La tendencia de la relación con Consumo de alcohol o drogas ( $p < .05$ ) fue inversa. Por lo tanto, una mayor puntuación en Extraversión se asocia con una mejor percepción del apoyo social y con una menor utilización del consumo de alcohol y drogas como afrontamiento.

Por lo que respecta al factor Apertura correlacionó de forma significativa y directa con el Apoyo social de los amigos ( $p < .01$ ). La tendencia de la relación con Afrontamiento cognitivo de los problemas ( $p < .05$ ) también fue directa. Así, una mayor puntuación en Apertura se asocia con una mejor percepción del apoyo social de los amigos y una mayor utilización de afrontamiento activo (cognitivo).

El factor Amabilidad presentó correlaciones significativas de forma inversa con Escape cognitivo ( $p < .01$ ) y con Consumo de alcohol o drogas ( $p < .01$ ). La tendencia de la relación con Apoyo social de la familia ( $p < .05$ ) fue directa. Por lo tanto, una mayor puntuación en Amabilidad se asocia con una mejor percepción del apoyo social de la familia y con una menor utilización del escape cognitivo y consumo de alcohol y drogas como afrontamiento.

Por último, Responsabilidad correlacionó de forma significativa y directa con Afrontamiento conductual de los problemas ( $p < .01$ ), con un tamaño del efecto medio; con Apoyo social de la familia ( $p < .01$ ),

con un tamaño del efecto medio; y con Apoyo social de los amigos ( $p < .01$ ); y de forma significativa e inversa con Escape cognitivo ( $p < .01$ ) y Consumo de alcohol o drogas ( $p < .01$ ). Así, una mayor puntuación en Responsabilidad se asocia con una mayor utilización del afrontamiento centrado en los problemas y una mejor percepción del apoyo social, además se asocia con una menor utilización del escape cognitivo y consumo de alcohol y drogas como afrontamiento.

Por lo que respecta a la personalidad resistente, con los estilos de afrontamiento solo hay una tendencia de la relación entre Implicación y Consumo de alcohol y drogas ( $p < .05$ ) que fue inversa. Con respecto al apoyo social, la valoración global de personalidad resistente correlacionó de forma significativa y directa con el Apoyo social de la familia ( $p < .01$ ). La tendencia de la relación con el Apoyo social de los amigos ( $p < .05$ ) también fue directa. Por su parte, en relación con las dimensiones de personalidad resistente, Implicación correlacionó de forma significativa y directa con Apoyo social de la familia ( $p < .01$ ), con un tamaño del efecto medio, y con Apoyo social de los amigos ( $p < .01$ ). Por su parte, la tendencia de la relación de Reto con el Apoyo social de la familia ( $p < .05$ ) y el Apoyo social de los amigos ( $p < .05$ ) fue directa. Por último, la tendencia de la relación de Control con el Apoyo social de la familia ( $p < .05$ ) también fue directa. La personalidad resistente (de forma global y sus dimensiones) se relacionan con una buena percepción del apoyo social.

**Tabla 54.**

Coeficiente de correlación de Pearson de los Cinco Grandes y la personalidad resistente (y sus dimensiones) con los estilos de afrontamiento y apoyo social.

	<b>AFRcon</b>	<b>AFRcog</b>	<b>ESC con</b>	<b>ESC cog</b>	<b>AFR_ EMO</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>SSBF</b>	<b>SSBA</b>
N	-.262**	-.088	-.056	.474**	.172	.304**	-.373**	-.364**
E	.102	.025	-.157	-.100	.051	-.186*	.379**	.431**
O	.124	.228*	-.079	.021	.171	-.021	-.031	.283**
A	-.064	-.179	-.045	-.273**	-.091	-.243**	.197*	.120
C	.305**	-.003	-.086	-.243**	-.149	-.286**	.411**	.246**
PR_T	.123	.005	-.042	-.037	.069	-.119	.298**	.219*
RETO	.104	-.016	-.043	-.057	.069	-.139	.226*	.197*
CONT	.114	.056	-.050	.073	.102	.054	.208*	.096
IMPL	.093	-.059	-.014	-.115	-.018	-.226*	.348**	.283**

*Nota:* N: Neuroticismo; E: Extraversión; O: Apertura; A: Amabilidad; C: Responsabilidad; PR\_T: Puntuación total en personalidad resistente; CONT: Control; IMPL: Implicación; AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas; AFRcog: Afrontamiento cognitivo de los problemas; ESCcon: Escape conductual; ESCcog: Escape cognitivo; AFR\_EMO: Afrontamiento centrado en las emociones; CONSUMO: Consumo de alcohol o drogas; SSBF: Apoyo social de la familia; SSBA: Apoyo social de los amigos.

\*\* . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

En la Tabla 55 se presenta los resultados de las correlaciones que se obtuvieron entre la variable apoyo social y afrontamiento. En cuanto a los estilos de afrontamiento, tanto el Apoyo social de la familia como el de los amigos solo correlacionó de forma significativa e inversa ( $p < .01$ ) con Consumo de alcohol o drogas. Es decir, una mayor puntuación en apoyo social se asocia con una menor utilización del consumo de alcohol o drogas como afrontamiento.

**Tabla 55.**

Coefficiente de correlación de Pearson de la variable apoyo social y los estilos de afrontamiento.

	<b>AFRcon</b>	<b>AFRcog</b>	<b>ESC con</b>	<b>ESC cog</b>	<b>AFR_ EMO</b>	<b>CONSUMO</b>
SSBF	.150	.086	-.040	-.164	.031	-.256**
SSBA	.138	.120	-.139	-.137	.037	-.261**

*Nota:* SSBF: Apoyo social de la familia; SSBA: Apoyo social de los amigos; AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas; AFRcog Afrontamiento cognitivo de los problemas; ESCcon: Escape conductual; ESCcog: Escape cognitivo; AFR\_EMO: Afrontamiento centrado en las emociones; CONSUMO: Consumo de alcohol o drogas.

\*\* . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

#### 9.4.8 Cinco Grandes y personalidad resistente

Por último, con respecto de las correlaciones, en la Tabla 56 se muestra las relaciones entre los Cinco Grandes y la variable personalidad resistente. Las correlaciones de los Cinco Grandes más significativas y directas las presentó Extraversión con la puntuación total de personalidad resistente ( $p < .01$ ), Reto ( $p < .01$ ) e Implicación ( $p < .01$ ), con un tamaño del efecto medio en todos los casos; y también con Control ( $p < .01$ ). Por su parte, Apertura se relacionó de forma más significativa y directa con la puntuación total de personalidad resistente ( $p < .01$ ) y con Reto ( $p < .01$ ). Y, por último, Responsabilidad se relacionó de forma más significativa y directa con la puntuación total de personalidad resistente ( $p < .01$ ) y con Implicación ( $p < .01$ ). En general, se observa que solo el factor de personalidad Neuroticismo tiene una tendencia en la relación que fue inversa con la personalidad resistente, por lo que a mayor puntuación en Neuroticismo menor puntuación en personalidad resistente.

**Tabla 56.**

Coeficiente de correlación de Pearson de los Cinco Grandes y la personalidad resistente (y sus dimensiones).

	<b>PR_punT</b>	<b>RETO</b>	<b>CONTROL</b>	<b>IMPLICACION</b>
N	-.206*	-.218*	-.107	-.229*
E	.336**	.325**	.238**	.339**
O	.246**	.280**	.195*	.172
A	.183*	.200*	.091	.234*
C	.256**	.216*	.193*	.259**

*Nota:* N: Neuroticismo; E: Extraversión; O: Apertura; A: Amabilidad; C: Responsabilidad; PR\_T: Puntuación total en personalidad resistente.

\*\* . La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

\* . La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

A modo de resumen, en la Tabla 57 se presentan de forma esquemática las diferentes asociaciones (las más significativas) encontradas entre las variables analizadas, con al menos un tamaño del efecto medio, organizadas de acuerdo a la dirección de la asociación (directa o inversa).

**Tabla 57.**

Variables relacionadas de forma directa o inversa con burnout, calidad de vida profesional, problemas de salud física y/o problemas de salud mental.

	<b>Directa</b>	<b>Inversa</b>
Cansancio emocional	Tiempo trabajado – N – ETS – Problemas de salud física y mental	A – C – PR_T – Implicación – SSBF – SSBA – S_AYU
Despersonalización	N – ESCcog – ETS – Problemas de salud física y mental	A – C – S_AYU
Falta de realización personal		E – O – SSBA – S_AYU

(continúa)

**Tabla 57.** (continuación)

Variables relacionadas de forma directa o inversa con burnout, calidad de vida profesional, problemas de salud física y/o problemas de salud mental.

	<b>Directa</b>	<b>Inversa</b>
Estrés traumático secundario	N – ESCcog – CE – DP – Problemas de salud física y mental	C
Baja satisfacción por ayudar	N – CONSUMO – CE – DP – Problemas de salud física y mental	E – C – PR_T – Reto – Implicación – SSBF – SSBA – RP
Problemas de salud física	Tiempo trabajado – N – ESCcog – CONSUMO – CE – DP – ETS	A – C – Implicación – RP – S_AYU
Problemas de salud mental	N – ESCcog – CONSUMO – CE – DP – ETS	A – C – Implicación – SSBF – S_AYU

*Nota:* ETS: Estrés traumático secundario; N: Neuroticismo; E: Extraversión; O: Apertura; A: Amabilidad; C: Responsabilidad; PR\_T: Puntuación total en personalidad resistente; ESCcog: Escape cognitivo; CONSUMO: Consumo de alcohol o drogas; SSBF: Apoyo social de la familia; SSBA: Apoyo social de los amigos; CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal; S\_AYU: Satisfacción por ayudar.

## 9.5 Efecto de las variables sociodemográficas o sociolaborales sobre las variables criterio

Se analizó como varían las variables criterio del estudio en función de las variables sociodemográficas o sociolaborales (rango de edad, estado civil, nivel de estudios y rango de tiempo trabajado), mediante un análisis de varianza de un factor (ANOVA). Para la descripción de los resultados del ANOVA se siguió las recomendaciones de Clark-Carter (2002). A continuación se destacan solo los datos más significativos. En el Anexo II se incluye la tabla con todos los resultados obtenidos.

De forma similar a otros estudios (Morett, 2005) se establecieron diferentes niveles para las variables rango de edad, estado civil, nivel de estudios y rango de tiempo trabajado. El rango de edad se distribuyó en

cuatro categorías: de 24 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años y de 51 a 60 años. El estado civil se identificó con cinco categorías: soltero, casado, divorciado, viudo y otros. El nivel de estudios se identificó con cuatro categorías: primarios, bachillerato, formación profesional y universitarios. Y el rango de tiempo trabajado se distribuyó en cinco categorías: 0 – 5 años, 5.1 – 10 años, 10.1 – 15 años, 15.1 – 20 años y 20.1 y más años.

En relación con la variable rango de edad, de los datos obtenidos se observó que con respecto a Cansancio emocional, una vez transformados los datos para conseguir homocedasticidad se detectaron diferencias significativas entre los diferentes subgrupos ( $F(3,113) = 3.481, p = .018, MC = 2.096$ ). De acuerdo al coeficiente Eta al cuadrado el 8.6% de la varianza general en Cansancio emocional se explicó por las diferencias entre los rangos de edad, se trata de un tamaño del efecto medio, según Clark-Carter (2002). Sin embargo, el análisis de comparaciones múltiples post hoc con Scheffé no obtiene diferencias significativas entre el subconjunto formado por los rangos de 24 a 30 años y 31 a 40 años, y el subconjunto formado por el rango de 51 a 60 años. La falta de confirmación por medio de las comparaciones múltiples post hoc, en algunos casos en los que el estadístico F fue significativo, se debe a que estas medidas post hoc son más conservadoras y solo resultan significativas ante diferencias entre los grupos con más personas. Con respecto a Estrés traumático secundario, hubo diferencias significativas entre los diferentes subgrupos ( $F(3,113) = 5.880, p = .001, MC = 3.802$ ). De acuerdo al coeficiente Eta al cuadrado el 13.5% de la varianza general en Estrés traumático secundario se explicó por las diferencias entre los rangos de edad, se trata de un tamaño del efecto medio, según Clark-Carter (2002). Con el procedimiento de Scheffé se obtuvo diferencias significativas entre los rangos de 24 a 30 y 31 a 40 años con el rango de 51 a 60 años. No obstante es un resultado que debe considerarse con prudencia por el tamaño de la muestra en el rango de 51 a 60 años. A pesar de esta precaución, los datos sugirieron mayor riesgo de Cansancio emocional y Estrés traumático secundario en los participantes situados en el mayor rango de edad.

En cuanto a la variable estado civil, de los datos obtenidos se observó que con respecto de la salud mental, hubo diferencias significativas entre los diferentes subgrupos ( $F(2,116) = 3.440, p = .035, MC = 0.633$ ). De acuerdo al coeficiente Eta al cuadrado el 5.5% de la varianza general en salud mental se explicó por las diferencias entre los estados civiles, se trata de un tamaño del efecto pequeño, según Clark-Carter



(2002). Con el procedimiento de Scheffé se obtuvo diferencias significativas entre los solteros y divorciados. Así, los datos sugirieron una mejor salud mental para los solteros que para los divorciados.

Con respecto a la variable nivel de estudios, de los datos obtenidos, se pudo comprobar que no se dio ninguna diferencia significativa con las variables criterio del estudio.

En cuanto a la variable rango de tiempo trabajado, de los datos obtenidos se observó que con respecto de Cansancio emocional, una vez transformados los datos para conseguir homocedasticidad se detectaron diferencias significativas entre los diferentes subgrupos ( $F(4,114) = 4.613$ ,  $p = .002$ ,  $MC = 2.605$ ). De acuerdo al coeficiente Eta al cuadrado el 14.1% de la varianza general en Cansancio emocional se explicó por las diferencias entre los rangos del tiempo trabajado, se trata de un tamaño del efecto grande. Con el procedimiento de Scheffé se obtuvo diferencias significativas entre el rango de tiempo trabajado de 0 a 5 años con el rango de más de 20 años. Así, hay mayor riesgo de Cansancio emocional en el rango de más de 20 años.

Con respecto a Estrés traumático secundario, hubo diferencias significativas entre los diferentes subgrupos ( $F(4,114) = 3.955$ ,  $p = .005$ ,  $MC = 2.616$ ). De acuerdo al coeficiente Eta al cuadrado el 12.2% de la varianza general en Estrés traumático secundario se explicó por las diferencias entre los rangos del tiempo trabajado, se trata de un tamaño del efecto medio, según Clark-Carter (2002). Con el procedimiento de Scheffé se obtuvo diferencias significativas entre el rango de tiempo trabajado de 0 a 5 años con el rango de más de 20 años. De forma similar, a lo que se obtuvo con el rango de edad, también en este caso los que se sitúan en el rango más alto de tiempo trabajado son los que tenían más riesgo de Cansancio emocional y Estrés traumático secundario.

Con relación a la salud física, una vez transformados los datos para conseguir homocedasticidad se detectaron diferencias significativas entre los diferentes subgrupos ( $F(4,114) = 2.846$ ,  $p = .027$ ,  $MC = 1.468$ ). De acuerdo al coeficiente Eta al cuadrado el 9% de la varianza general en salud física se explicó por las diferencias entre los rangos del tiempo trabajado, se trata de un tamaño del efecto medio, según Clark-Carter (2002). Sin embargo con el procedimiento de Scheffé no se obtuvieron diferencias significativas entre los rangos de tiempo trabajado. Como se comentó anteriormente la falta de confirmación por medio de las comparaciones múltiples post hoc, aún cuando el estadístico F fue significativo, se debe a lo conservador que son estas medidas post hoc.

Por último, en cuanto a la salud mental, una vez transformados los datos para conseguir homocedasticidad se detectaron diferencias significativas entre los diferentes subgrupos ( $F(4,114) = 3.026$ ,  $p = .021$ ,  $MC = 3.261$ ). De acuerdo al coeficiente Eta al cuadrado el 9.7% de la varianza general en salud mental se explicó por las diferencias entre los rangos del tiempo trabajado, se trata de un tamaño del efecto medio, según Clark-Carter (2002). Sin embargo, con el procedimiento de Scheffé tampoco se obtuvieron diferencias significativas a pesar de que el estadístico F fue significativo, como ya se ha comentado por lo conservador que son las comparaciones múltiples post hoc.

Estos resultados han puesto de manifiesto que en Cansancio emocional y Estrés traumático secundario se detectaron diferencias tanto en el rango de edad establecido como en el rango de tiempo trabajado. Por su parte, en salud mental se encontraron diferencias significativas en estado civil y en rango de tiempo trabajado. También, en esta última, se detectaron diferencias en salud física. Por tanto, es la variable rango de tiempo trabajado en la que más diferencias significativas se encontraron.

## **9.6. Análisis de regresión de las variables del estudio**

Tomando como punto de partida el modelo teórico planteado en la Figura 13, a partir de propuestas como las de Sandín (1999, 2008a, 2008b), Morett (2005) o Morante (2007) se llevaron a cabo diversos análisis de regresión sobre las variables criterio del presente estudio, con una intención exploratoria, que pudiera orientar el posterior análisis de los efectos de modulación de las variables personales y el Apoyo social sobre el burnout, la calidad de vida profesional y la salud de los bomberos del estudio.

### **9.6.1 Análisis de regresión del burnout**

Se analizaron las relaciones entre las variables predictoras sociodemográficas o sociolaborales (tiempo trabajado, número de hijos, nivel de estudios y estado civil), laborales (Cambio y Conflicto), de personalidad (los Cinco Grandes y personalidad resistente), de afrontamiento (estilos de afrontamiento) y de apoyo social (Apoyo social familiar y Apoyo social de amigos) con las dimensiones de burnout, como variables criterio.

### 9.6.1.1 Análisis de regresión de Cansancio emocional como criterio.

Destacaron como variables predictoras el factor Neuroticismo, el Apoyo social de la familia, el tiempo trabajado y la dimensión Conflicto (ver Tabla 58). Con efecto directo se presentaron Neuroticismo (beta: 0.271,  $p = .001$ ), tiempo trabajado (beta: 0.270,  $p = .001$ ) y Conflicto (beta: 0.156,  $p = .031$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en estas variables predictoras aumenta la puntuación en Cansancio emocional. Con efecto inverso se presentó Apoyo social de la familia (beta: -0.289,  $p = .000$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en Apoyo social de la familia disminuye la puntuación en Cansancio emocional. El modelo explicó el 41.8% ( $R^2$  corregida = .418) de la variabilidad o varianza de Cansancio emocional. En función de los valores de la correlación semiparcial, la contribución de Neuroticismo a la explicación de la variabilidad de Cansancio emocional fue del 5.7%, la contribución de Apoyo social de la familia fue del 7%, la contribución del tiempo trabajado fue del 6.1% y la contribución de Conflicto fue del 2.3%. Los valores del diagnóstico de colinealidad indicaron ausencia de colinealidad entre las variables predictoras (ver Anexo III para una valoración de todos los datos de colinealidad obtenidos).

**Tabla 58.**

Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio Cansancio emocional y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento y apoyo social.

Modelo	Variables Independientes	Coeficientes de Regresión					Correlaciones		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.	Orden Cero	Parcial	Semiparcial
4	Neuroticismo	.099	.029	.271	3.384	.001	.500	.303	.239
	SSBF	-.084	.023	-.289	-3.752	.000	-.477	-.333	-.265
	Ttrabajado	.320	.091	.270	3.521	.001	.459	.314	.248
	Conflicto	1.216	.558	.156	2.178	.031	.259	.201	.154

*Nota:* SSBF: Apoyo social de la familia; Ttrabajado: Tiempo trabajado; B: Coeficiente de regresión parcial no estandarizado; t: Estadístico t, estadístico de contraste; Sig: significación.

### 9.6.1.2 Análisis de regresión de Despersonalización como criterio.

Destacaron como variables predictoras el factor Neuroticismo, el factor Amabilidad y la dimensión Cambio (ver Tabla 59). Con efecto directo se presentaron Neuroticismo (beta: 0.324,  $p = .000$ ) y Cambio (beta: 0.192,  $p = .022$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en estas variables predictoras aumenta la puntuación en Despersonalización. Con efecto inverso se presentó Amabilidad (beta: -0.218,  $p = .013$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en Amabilidad disminuye la puntuación en Despersonalización. El modelo explicó el 22.7% ( $R^2$  corregida = .227) de la variabilidad o varianza de Despersonalización. En función de los valores de la correlación semiparcial, la contribución de Neuroticismo a la explicación de la variabilidad de Despersonalización fue del 9.2%, la contribución de Amabilidad fue del 4.2% y la contribución de Cambio fue del 3.5%. Los valores del diagnóstico de colinealidad indicaron una ausencia de colinealidad entre las variables predictoras (ver Anexo III).

**Tabla 59.**

Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio Despersonalización y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento y apoyo social.

Modelo	Variables independientes	Coeficientes de Regresión					Correlaciones		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.	Orden Cero	Parcial	Semiparcial
3	Neuroticismo	.065	.017	.324	3.728	.000	.420	.330	.303
	Amabilidad	-.064	.025	-.218	-2.525	.013	-.313	-.230	-.205
	Cambio	1.155	.497	.192	2.324	.022	.221	.213	.189

*Nota:* B: Coeficiente de regresión parcial no estandarizado; t: Estadístico t, estadístico de contraste; Sig: significación.

### 9.6.1.3 Análisis de regresión de Realización personal como criterio.

Destacaron como variables predictoras el factor Extraversión, el factor Apertura y Afrontamiento conductual de los problemas (ver Tabla 60). Con efecto directo se presentaron Extraversión (beta: 0.315,  $p = .000$ ), Afrontamiento conductual de los problemas (beta: 0.204,  $p = .014$ ) y Apertura (beta: 0.215,  $p = .015$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en estas variables predictoras aumenta la puntuación en Realización personal. El modelo explicó el 24.2% ( $R^2$  corregida = .242) de la variabilidad o varianza de Realización personal. En función de los valores de la correlación semiparcial, la contribución de Extraversión a la explicación de la variabilidad de Realización personal fue del 8.4%, la contribución de Afrontamiento conductual de los problemas fue del 4.1% y la contribución de Apertura fue del 3.9%. Los valores del diagnóstico de colinealidad indicaron una ausencia de colinealidad entre las variables predictoras (ver Anexo III).

**Tabla 60.**

Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio Realización personal y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento y apoyo social.

Modelo	Variables Independientes	Coeficientes de Regresión					Correlaciones		
		B	Error . típ	Beta	t	Sig.	Orden Cero	Parcial	Semiparcial
3	Extraversión	.162	.045	.315	3.616	.000	.416	.321	.291
	AFRcon	2.598	1.037	.204	2.504	.014	.262	.228	.202
	Apertura	.113	.046	.215	2.461	.015	.358	.225	.198

*Nota:* AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas; B: Coeficiente de regresión parcial no estandarizado; t: Estadístico t, estadístico de contraste; Sig: significación.

### **9.6.2 Análisis de regresión de la calidad de vida profesional**

Se analizaron las relaciones entre las mismas variables predictoras que se usaron en burnout con las dimensiones de calidad de vida profesional, como variables criterio.

#### ***9.6.2.1 Análisis de regresión de Estrés traumático secundario como criterio.***

Destacaron como variables predictoras el factor de Neuroticismo, el tiempo trabajado, el Escape conductual, el Escape cognitivo y la dimensión Cambio (ver Tabla 61). Con efecto directo se presentaron Neuroticismo (beta: 0.320,  $p = .000$ ), tiempo trabajado (beta: 0.214,  $p = .009$ ), Escape cognitivo (beta: 0.187,  $p = .037$ ) y Cambio (beta: 0.155,  $p = .043$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en estas variables predictoras aumenta la puntuación en Estrés traumático secundario. Con efecto inverso presentó Escape conductual (beta: -0.227,  $p = .005$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en Escape conductual disminuye la puntuación en Estrés traumático secundario. El modelo explicó el 37.7% ( $R^2$  corregida = .377) de la variabilidad o varianza de Estrés traumático secundario. En función de los valores de la correlación semiparcial, la contribución de Neuroticismo a la explicación de la variabilidad de Estrés traumático secundario fue del 7%, la contribución del tiempo trabajado fue del 3.7%, la contribución de Escape conductual fue del 4.4%, la contribución de Escape cognitivo fue del 2.3% y la contribución de Cambio fue del 2.2%. Los valores del diagnóstico de colinealidad indicaron una ausencia de colinealidad entre las variables predictoras (ver Anexo III).

**Tabla 61.**

Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio Estrés traumático secundario y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento y apoyo social.

Modelo	Variables Independientes	Coeficientes de Regresión					Correlaciones		
		B	Error tip.	Beta	t	Sig.	Orden Cero	Parcial	Semiparcial
5	Neuroticismo	.012	.003	.320	3.652	.000	.520	.326	.266
	Ttrabajado	.027	.010	.214	2.662	.009	.371	.244	.194
	ESCcon	-.409	.142	-.227	-2.880	.005	-.218	-.263	-.210
	ESCcog	.371	.176	.187	2.109	.037	.370	.195	.154
	Cambio	.180	.088	.155	2.045	.043	.249	.190	.149

*Nota:* ESCcon: Escape conductual; ESCcog: Escape cognitivo; Ttrabajado: Tiempo trabajado; B: Coeficiente de regresión parcial no estandarizado; t: Estadístico t, estadístico de contraste; Sig: significación.

### 9.6.2.2 Análisis de regresión de Satisfacción por ayudar como criterio.

Destacaron como variables predictoras el factor Extraversión, la dimensión Conflicto, la dimensión Implicación y Afrontamiento conductual de los problemas (ver Tabla 62). Con efecto directo se presentaron Extraversión (beta: 0.393,  $p = .000$ ), Implicación (beta: 0.236,  $p = .004$ ) y Afrontamiento conductual de los problemas (beta: 0.166,  $p = .030$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en estas variables predictoras aumenta la puntuación en Satisfacción por ayudar. Con efecto inverso se presentó Conflicto (beta: -0.204,  $p = .008$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en Conflicto disminuye la puntuación en Satisfacción por ayudar. El modelo explicó el 35.9% ( $R^2$  corregida = .359) de la variabilidad o varianza del Satisfacción por ayudar. En función de los valores de la correlación semiparcial, la contribución de Extraversión a la explicación de la variabilidad de Satisfacción por ayudar fue del 13.5%, la contribución de Conflicto fue del 3.9%, la contribución de Implicación fue del 4.8% y la contribución de Afrontamiento conductual de los problemas fue del 2.6%. Los valores del diagnóstico de colinealidad indicaron una ausencia de colinealidad entre las variables predictoras (ver Anexo III).

**Tabla 62.**

Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio Satisfacción por ayudar y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento y apoyo social.

Modelo	Variables Independientes	Coeficientes de Regresión				Correlaciones			
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.	Orden Cero	Parcial	Semiparcial
4	Extraversión	.011	.002	.393	4.964	.000	.484	.423	.368
	Conflicto	-.086	.032	-.204	-2.691	.008	-.247	-.245	-.199
	Implicación	.203	.068	.236	2.978	.004	.406	.270	.220
	AFRcon	.110	.050	.166	2.191	.030	.263	.202	.162

*Nota:* AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas; B: Coeficiente de regresión parcial no estandarizado; t: Estadístico t, estadístico de contraste; Sig: significación.

### 9.6.3 Análisis de regresión de la salud

Se analizó las relaciones entre las variables predictoras sociodemográficas o sociolaborales (tiempo trabajado, número de hijos, nivel de estudios y estado civil), laborales (Cambio y Conflicto), de personalidad (los Cinco Grandes y la personalidad resistente), de afrontamiento (estilos de afrontamiento), de apoyo social (Apoyo social familiar y Apoyo social de amigos), de burnout (Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal) y de calidad de vida profesional (Estrés traumático secundario y Satisfacción por ayudar) con la variable de salud (salud física y salud mental), como variable criterio.

#### 9.6.3.1 Análisis de regresión de la salud física como criterio.

Destacaron como variables predictoras el Estrés traumático secundario, Consumo, Implicación, el factor Neuroticismo y la dimensión Conflicto (ver Tabla 63). Con efecto directo se presentaron Estrés traumático secundario (beta: 0.429,  $p = .000$ ), Consumo (beta: 0.247,  $p = .000$ ), Neuroticismo (beta: 0.201,  $p = .011$ ) y Conflicto (beta: 0.133,  $p = .044$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en estas variables predictoras aumenta la puntuación en salud física, es decir aumentan las quejas somáticas. Con efecto



inverso se presentó Implicación (beta: -0.166,  $p = .012$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en Implicación disminuye la puntuación en salud física. El modelo explicó el 54.1% ( $R^2$  corregida = .541) de la variabilidad o varianza de salud física. En función de los valores de la correlación semiparcial, la contribución de Estrés traumático secundario a la explicación de la variabilidad de salud física fue del 13%, la contribución de Consumo fue del 5.5%, la contribución de Implicación fue del 2.6%, la contribución de Neuroticismo fue del 2.6% y la contribución de Conflicto fue del 1.6%. Los valores del diagnóstico de colinealidad indicaron una ausencia de colinealidad entre las variables predictoras (ver Anexo III).

**Tabla 63.**

Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio salud física y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento, apoyo social, calidad de vida profesional y burnout.

Modelo	Variables Independientes	Coeficientes de Regresión					Correlaciones		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.	Orden Cero	Parcial	Semiparcial
5	ETS	14.820	2.605	.429	5.690	.000	.623	.477	.360
	Consumo	23.276	6.254	.247	3.722	.000	.393	.334	.235
	Implicación	-9.512	3.731	-.166	-2.549	.012	-.281	-.236	-.161
	Neuroticismo	.266	.103	.201	2.582	.011	.555	.239	.163
	Conflicto	3.746	1.841	.133	2.035	.044	.284	.190	.129

*Nota:* ETS: Estrés traumático secundario; B: Coeficiente de regresión parcial no estandarizado; t: Estadístico t, estadístico de contraste; Sig: significación.

**9.6.3.2 Análisis de regresión de la salud mental como criterio.**

Destacaron como variables predictoras el factor de Neuroticismo, el Estrés traumático secundario, el factor Amabilidad, Consumo, Afrontamiento conductual de los problemas, Realización personal, Satisfacción por ayudar y Escape cognitivo (ver Tabla 64). Con efecto directo se presentaron Neuroticismo (beta: 0.245,  $p = .001$ ), Estrés traumático secundario (beta: 0.299,  $p = .000$ ), Consumo (beta: 0.204,  $p = .001$ ), Realización personal (beta:

0.221,  $p = .000$ ) y Escape cognitivo (beta: 0.161,  $p = .033$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en estas variables predictoras aumenta la puntuación en salud mental, y esto supone un empeoramiento del estado de salud mental. Con efecto inverso se presentaron Amabilidad (beta: -0.230,  $p = .000$ ), Afrontamiento conductual de los problemas (beta: -0.238,  $p = .000$ ) y Satisfacción por ayudar (beta: -0.188,  $p = .003$ ), lo que indica que a medida que aumenta la puntuación en estas variables predictoras disminuye la puntuación en salud mental. El modelo explicó el 70.2% ( $R^2$  corregida = .702) de la variabilidad o varianza de salud mental. En función de los valores de la correlación semiparcial, la contribución de Neuroticismo a la explicación de la variabilidad de salud mental fue del 2.7%, la contribución de Estrés traumático secundario fue del 6.1%, la contribución de Amabilidad fue del 4.3%, la contribución de Consumo fue del 2.7%, la contribución de Afrontamiento conductual de los problemas fue del 3.3%, la contribución de Realización Personal fue del 3.5%, la contribución de Satisfacción por ayudar fue del 2.4%, y la contribución de Escape cognitivo fue del 1.2%. Los valores del diagnóstico de colinealidad indicaron una ausencia de colinealidad entre las variables predictoras (ver Anexo III).

**Tabla 64.**

Análisis de regresión lineal múltiple con la variable criterio salud mental y como variables predictoras las variables sociodemográficas, laboral, Cinco Grandes, personalidad resistente, afrontamiento, apoyo social, calidad de vida profesional y burnout.

Modelo	Variables Independientes	Coeficientes de Regresión					Correlaciones		
		B	Error tip.	Beta	t	Sig.	Orden Cero	Parcial	Semiparcial
8	Neuroticismo	.005	.001	.245	3.285	.001	.676	.300	.166
	ETS	.152	.031	.299	4.893	.000	.619	.424	.247
	Amabilidad	-.007	.002	-.230	-4.136	.000	-.456	-.368	-.209
	Consumo	.285	.087	.204	3.278	.001	.398	.300	.165
	AFRcon	-.156	.043	-.238	-3.618	.000	-.220	-.327	-.183
	RP	.011	.003	.221	3.721	.000	-.074	.336	.188
	S_AYU	-.186	.060	-.188	-3.082	.003	-.367	-.283	-.156
	ESCcog	.162	.075	.161	2.162	.033	.499	.203	.109

*Nota:* ETS: Estrés traumático secundario; AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas; RP: Realización personal; S\_AYU: Satisfacción por ayudar; ESCcog: Escape cognitivo; B: Coeficiente de regresión parcial no estandarizado; t: Estadístico t, estadístico de contraste; Sig: significación.

## 9.7 Análisis de la modulación de las variables personales y sociales

El procedimiento del análisis de senderos (path analysis) empleado en este apartado, realizado con el programa R, permitió obtener información más detallada de los mecanismos a través de los cuáles las variables personales (Cinco Grandes, personalidad resistente y estilo de afrontamiento) y sociales (apoyo social) ejercían su influencia sobre las variables criterio evaluadas. Este análisis permitió, además, obtener información sobre la capacidad mediadora y/o moderadora de dichas variables sobre los efectos del ejercicio profesional (burnout, calidad de vida profesional y salud) en los bomberos.

Se siguieron los postulados de los modelos teóricos tomados de referencia, que eran el modelo procesual del estrés (Sandín, 1999, 2008a, 2008b), el modelo de Morett (2005) y el modelo de Morante (2007), con relación al papel modulador de algunas variables entre las variables predictoras y las variables criterio del presente estudio. Entendiendo la modulación como la modificación que determinadas variables o factores, que intervienen en un proceso, pueden generar para obtener distintos resultados, de una forma más específica, para los modelos anteriores las variables personales tienen un efecto moderador, mientras que al apoyo social se le adjudica un papel mediador sobre la salud. En este contexto la moderación se entiende como la capacidad de una variable de alterar la dirección o intensidad entre un predictor y una consecuencia. Mientras que la mediación hace referencia al mecanismo a través del cual una variable influye en otra (Ato & Vallejo, 2007; Calvete, 2008).

Sin embargo, tal y como afirman Etchebarne, O'Connell y Roussos (2008) debido a la confusión de los términos utilizados para identificar la función de mediación y moderación, en muchos estudios se puede observar como se utilizan las mismas variables unas veces como mediadores y otras como moderadores. Por estas razones se analizó el papel de moderador de los Cinco grandes y la personalidad resistente, y además se analizó el papel de moderador y mediador del apoyo social y los estilos de afrontamiento. Los cálculos se realizaron en función de cada una de las siete variables criterio del estudio. Para ello se tuvo en consideración los efectos encontrados en la regresión lineal múltiple que permitieron identificar las variables predictoras que tenían influencia sobre las variables criterios y a partir de este resultado analizar los efectos de modulación, tal y como lo plantea Pérez-Peñaranda (2008). En

el presente estudio estos efectos de moderación vs. mediación se circunscriben a las variables personales y al apoyo social.

### 9.7.1. Análisis de modulación sobre Cansancio emocional

Partiendo de los datos obtenidos por medio de la regresión lineal múltiple sobre Cansancio emocional, se analizó la moderación de Neuroticismo y Apoyo social de la familia entre el tiempo trabajado y la dimensión Conflicto con Cansancio emocional. La Tabla 65 muestra los datos de este análisis. Con los p-valores de Chi-Cuadrado ( $p = 1.000$ ) y del bootstrap Bollen-Stine ( $p = .217$ ), el modelo que mejor ajuste mostró con los datos presentó un único efecto de moderación significativo. Este efecto de moderación fue del apoyo social de la familia entre el tiempo trabajado y Cansancio emocional ( $p = .003$ ). Los datos de esta moderación indicaron que de forma significativa (ver Anexo IV) una baja percepción del Apoyo social de la familia se asocia con una acentuación del incremento de Cansancio emocional con el paso del tiempo trabajado (ver Figura 21).

En relación con los índices de bondad de ajuste del modelo los datos obtenidos fueron: CFI: 1, TLI: 1, NFI: 1, GFI: 1, AGFI: 1 y RMSEA: 0.

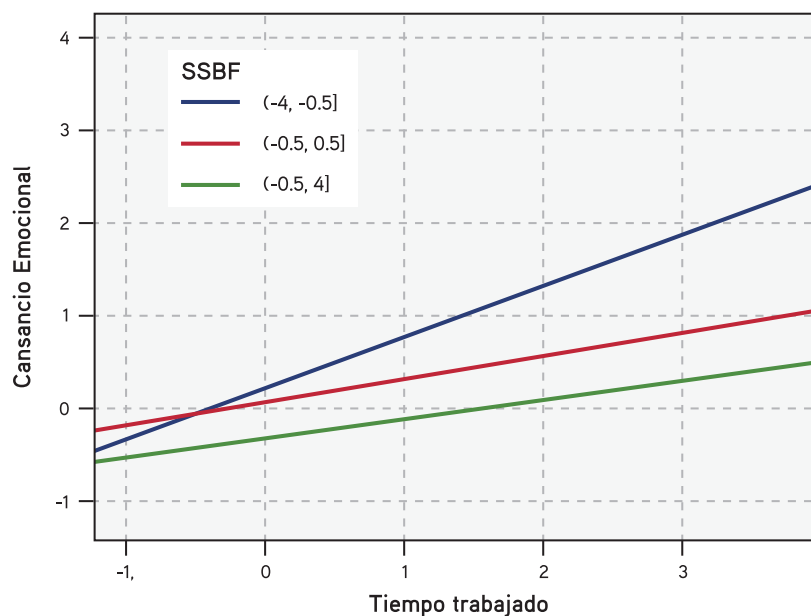


Figura 21. Gráfico de la interacción del Apoyo social de la familia (SSBF) entre el tiempo trabajado y Cansancio emocional.

**Tabla 65.**

Datos del modelo con mejor ajuste sobre Cansancio emocional.

Variable		Valor	Error	Z-valor	P(>z)
Dependiente		Estimado	estándar		
CE	N	0.247	0.090	2.737	0.006
	Conflicto	0.152	0.066	2.290	0.022
	Ttrabaj	0.166	0.101	1.654	0.098
	SSBF	-0.318	0.086	-3.707	0.000
	Ttrabaj. SSBF	-0.338	0.114	-2.967	0.003

*Nota:* CE: Cansancio emocional; N: Neuroticismo; Trabaj: Tiempo trabajado; SSBF: Apoyo social de la familia.

Por su parte, el Apoyo social de la familia se mostró como un mediador parcial entre el tiempo trabajado y Cansancio emocional. Por una parte, el tiempo trabajado mostró un efecto directo significativo (valor estimado = 0.369,  $p = .001$ ) sobre Cansancio emocional, y por otra parte el tiempo trabajado tuvo un efecto indirecto significativo mediado por el Apoyo social de la familia (valor estimado = 0.110,  $p = .013$ ) sobre Cansancio emocional. En el modelo tanto los p-valores de Chi-Cuadrado ( $p = 1.000$ ) como los del bootstrap Bollen-Stine ( $p = .517$ ) indicaron que había un ajuste razonable entre los datos y el modelo. Con relación a los índices de bondad de ajuste del modelo los datos obtenidos fueron: CFI: 1, TLI: 1, NFI: 1, GFI: 1, AGFI: 1 y RMSEA: 0. Sin embargo, no hubo mediación ( $p = .256$ ) del Apoyo social de la familia entre Conflicto y Cansancio emocional.

### 9.7.2. Análisis de modulación sobre Despersonalización.

Con respecto de Despersonalización, los resultados de la regresión lineal múltiple sugirieron analizar el efecto modulador de Neuroticismo y Amabilidad entre las dimensiones Cambio y Despersonalización. El modelo resultante mostró un ajuste razonable entre los datos y el modelo, Chi-Cuadrado ( $p = 1.000$ ) y bootstrap Bollen-Stine ( $p = .209$ ). En este caso, no se encontró efectos de moderación significativos. La Tabla 66 muestra los datos de este análisis.

En relación con los índices de bondad de ajuste del modelo los datos obtenidos fueron: CFI: 1, TLI: 1, NFI: 1, GFI: 1, AGFI: 1, RMR: 0 y RMSEA: 0.

**Tabla 66.**

Datos del modelo con mejor ajuste sobre Despersonalización.

Variable Dependiente		Valor Estimado	Error estándar	Z-valor	P(>z)
DP	CAMBIO	0.207	0.111	1.870	0.062
	N	0.321	0.105	3.069	0.002
	A	-0.208	0.120	-1.728	0.084
	CAMBIO.N	-0.038	0.085	-0.444	0.657
	CAMBIO.A	-0.032	0.146	-0.222	0.825

*Nota:* DP: Despersonalización; N: Neuroticismo; A: Amabilidad.

### 9.7.3. Análisis de modulación sobre Realización personal.

Con respecto de Realización personal, partiendo de los resultados de la regresión lineal múltiple, se analizó el posible efecto modulador de Extraversión, Apertura y Afrontamiento conductual de los problemas sobre Realización personal. La Tabla 67 muestra los datos de este análisis. Con los p-valores de Chi-Cuadrado ( $p = 1.000$ ) y del bootstrap Bollen-Stine ( $p = .151$ ), el modelo que mejor ajuste mostró con los datos presentó varios efectos de moderación significativos. Un efecto de moderación fue de Extraversión entre la dimensión Conflicto y Realización personal ( $p = .049$ ). Los datos de esta moderación indicaron que de forma significativa (ver Anexo IV) una baja puntuación en Extraversión supone que Realización personal acentuó la disminución ante el incremento de los conflictos interpersonales en el lugar de trabajo (ver Figura 22).

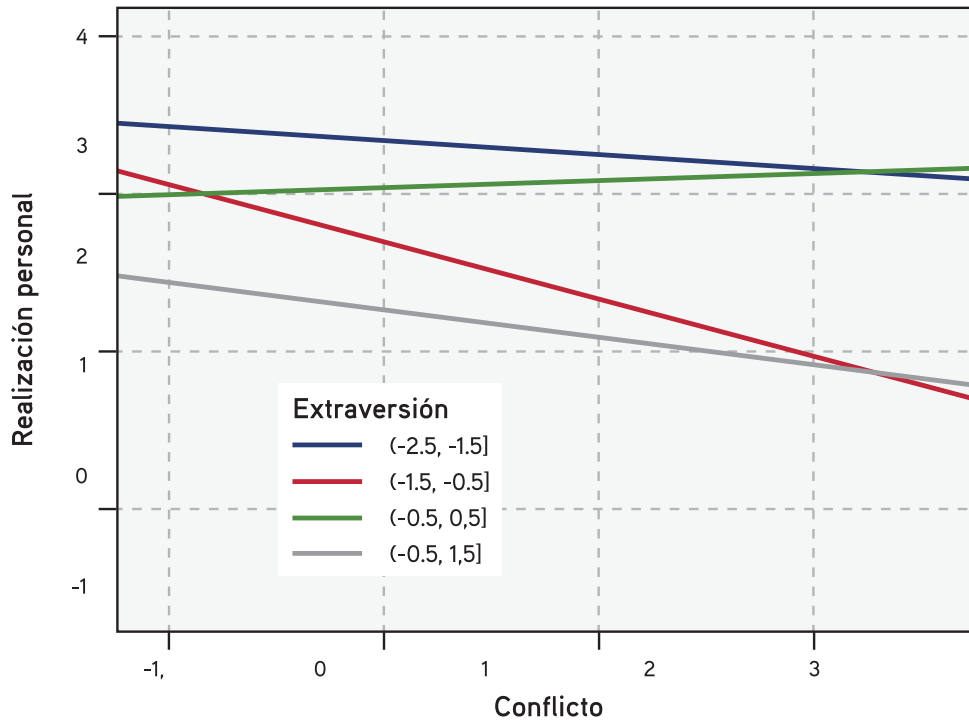


Figura 22. Gráfico de la interacción de Extraversión entre Conflicto y Realización personal.

Otro efecto de moderación se encontró en Apertura entre la dimensión Cambio y Realización personal ( $p = .018$ ). Los datos de esta moderación indicaron que de forma significativa (ver Anexo IV) una puntuación medio-baja en Apertura se asocia con un aumento del incremento en Realización personal al aumentar los cambios en el lugar de trabajo, y además en valores altos de Apertura ocurre lo contrario (ver Figura 23). La Tabla 67 muestra los datos de este análisis.

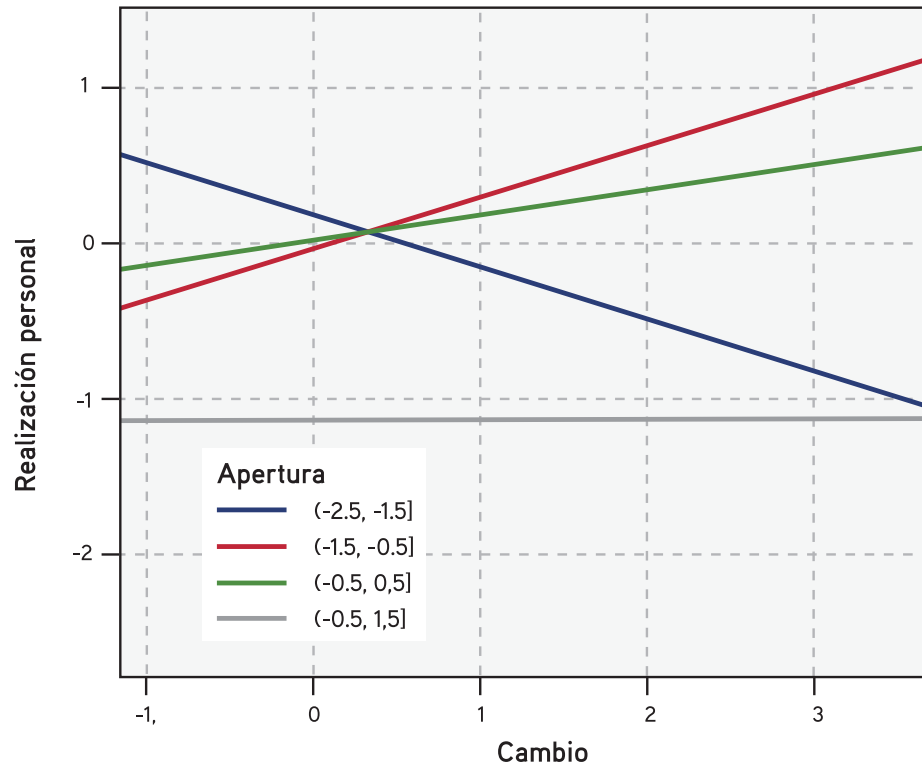


Figura 23. Gráfico de la interacción de Apertura entre Cambio y Realización personal.

También, se encontró que el Afrontamiento conductual de los problemas ejerce un efecto moderador entre la dimensión Cambio y Realización personal ( $p = .002$ ). Los datos de esta moderación indicaron que de forma significativa (ver Anexo IV) una baja puntuación en Afrontamiento conductual de los problemas indicó que en Realización personal se acentuó el incremento con el aumento de cambios en el lugar de trabajo, y con puntuaciones altas ocurre lo contrario (ver Figura 24). La Tabla 67 muestra los datos de este análisis.



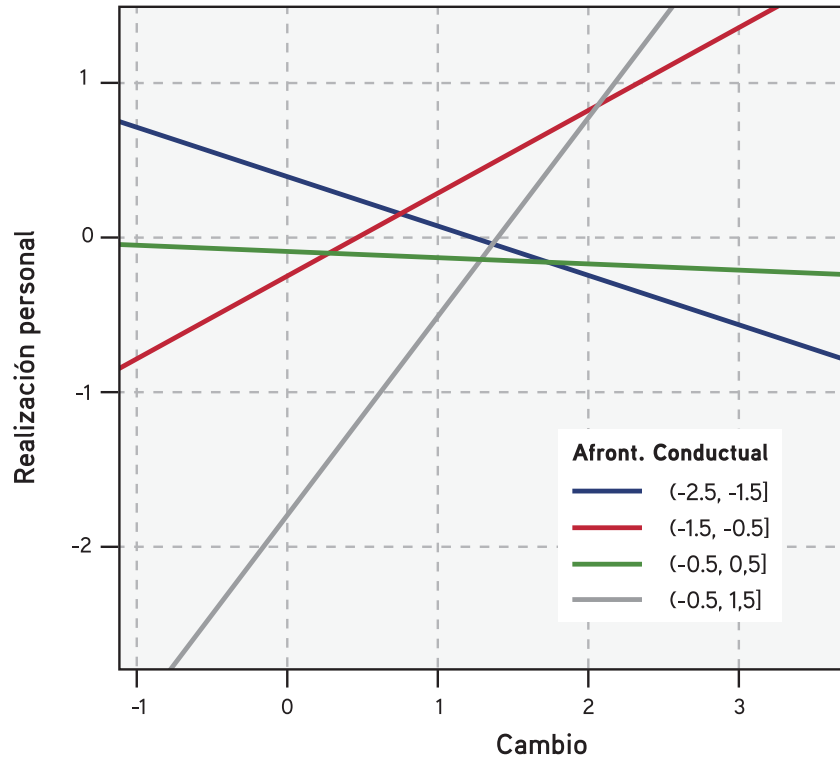


Figura 24. Gráfico de la interacción de Afrontamiento conductual de los problemas entre Cambio y Realización personal.

Por último, se encontró que el Afrontamiento conductual de los problemas actúa también como moderador entre la dimensión Conflicto y Realización personal ( $p = .042$ ). Los datos de esta moderación indicaron que de forma significativa (ver Anexo IV) una puntuación muy baja en Afrontamiento conductual de los problemas muestra que en Realización personal se acentuó la disminución con el incremento de los conflictos interpersonales en el lugar de trabajo, y con puntuaciones algo más elevadas ocurre lo contrario (ver Figura 25). La Tabla 67 muestra los datos de este análisis.

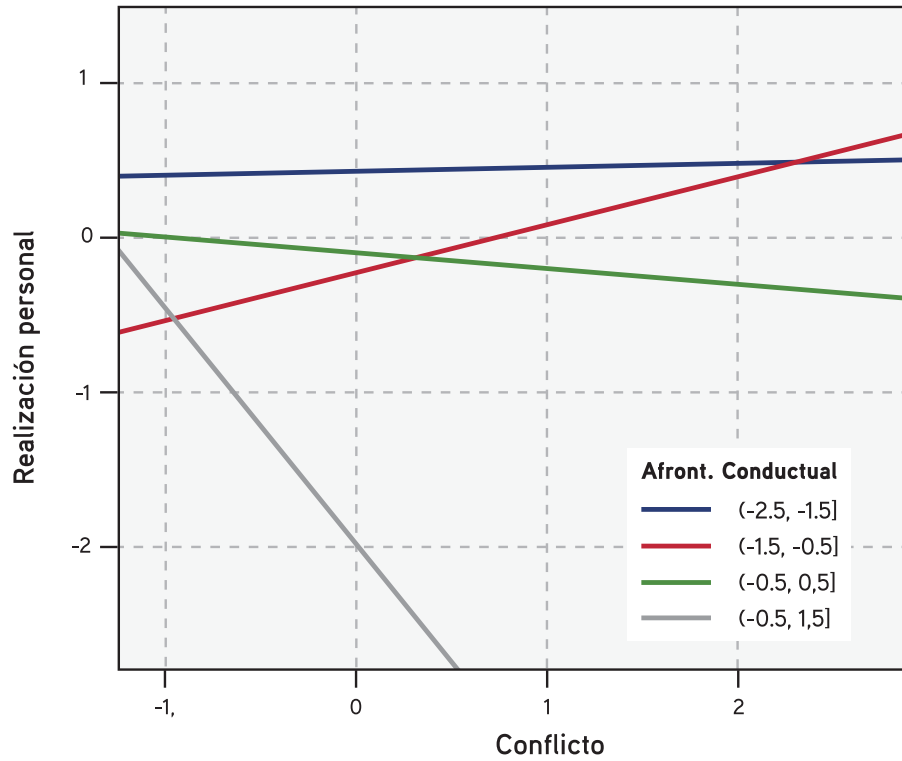


Figura 25. Gráfico de la interacción de Afrontamiento conductual de los problemas entre Conflicto y Realización personal.

En relación con los índices de bondad de ajuste del modelo los datos obtenidos fueron: CFI: 1, TLI: 1, NFI: 1, GFI: 1, AGFI: 1, RMR: 0 y RMSEA: 0.

Tabla 67.

Datos del modelo con mejor ajuste sobre Realización personal.

Variable Dependiente		Valor Estimado	Error estándar	Z-valor	P(>z)
RP	CAMBIO	0.051	0.087	0.589	0.556
	CONFLICTO	-0.009	0.104	-0.085	0.932
	E	0.220	0.076	2.875	0.004
	O	0.187	0.084	2.231	0.026

(continúa)

**Tabla 67.** (continuación)

Datos del modelo con mejor ajuste sobre Realización personal.

Variable	Valor Estimado	Error estándar	Z-valor	P(>z)
<b>Dependiente</b>				
AFRcon	0.247	0.090	2.749	0.006
CAMBIO.O	-0.251	0.106	-2.375	0.018
CAMBIO. AFRcon	-0.280	0.092	-3.034	0.002
CONFLICTO.E	0.157	0.079	1.972	0.049
CONFLICTO.AFRcon	0.255	0.126	2.031	0.042

*Nota:* RP: Realización personal; E: Extraversión; O: Apertura; AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas.

Por su parte, en el análisis de mediación del Afrontamiento conductual de los problemas entre el tiempo trabajado y Realización personal ( $p = .664$ ), y entre Conflicto y Realización personal ( $p = .154$ ) no se mostró efecto de mediación. Sin embargo entre Cambio y Realización personal se dio un efecto de mediación completa del Afrontamiento conductual de los problemas. Por una parte, Cambio no mostró un efecto directo significativo (valor estimado = 0.064,  $p = .466$ ) sobre Realización personal, y por otra parte Cambio tuvo un efecto indirecto significativo mediado por el Afrontamiento conductual de los problemas (valor estimado = -0.074,  $p = .023$ ) sobre Cansancio emocional. En el modelo el p-valor del bootstrap Bollen-Stine ( $p = .261$ ) indicó que había un ajuste razonable entre los datos y el modelo. Además, en cuanto a los índices de bondad de ajuste del modelo los datos obtenidos fueron: CFI: 1, TLI: 1, NFI: 1, GFI: 1, AGFI: 1 y RMSEA: 0.

#### 9.7.4. Análisis de modulación sobre Estrés traumático secundario.

Con relación al Estrés traumático secundario, partiendo de los resultados de la regresión lineal múltiple, se analizó la modulación de Neuroticismo, Escape cognitivo y Escape conductual entre el tiempo trabajado y la dimensión Cambio con Estrés traumático secundario. La Tabla 68 muestra los datos de este análisis. Con los p-valores de Chi-Cuadrado ( $p = 1.000$ ) y del bootstrap Bollen-Stine ( $p = .178$ ), el modelo que mejor ajuste mostró con los datos presentó varios efectos de moderación significativos. Un efecto de moderación

fue de Escape cognitivo entre la dimensión Cambio y Estrés traumático secundario ( $p = .001$ ). Los datos de esta moderación indicaron que de forma significativa (ver Anexo IV) una alta puntuación en Escape cognitivo acentuó el incremento del Estrés traumático secundario con los cambios en el puesto de trabajo, y lo contrario en puntuaciones bajas de Escape cognitivo (ver Figura 26).

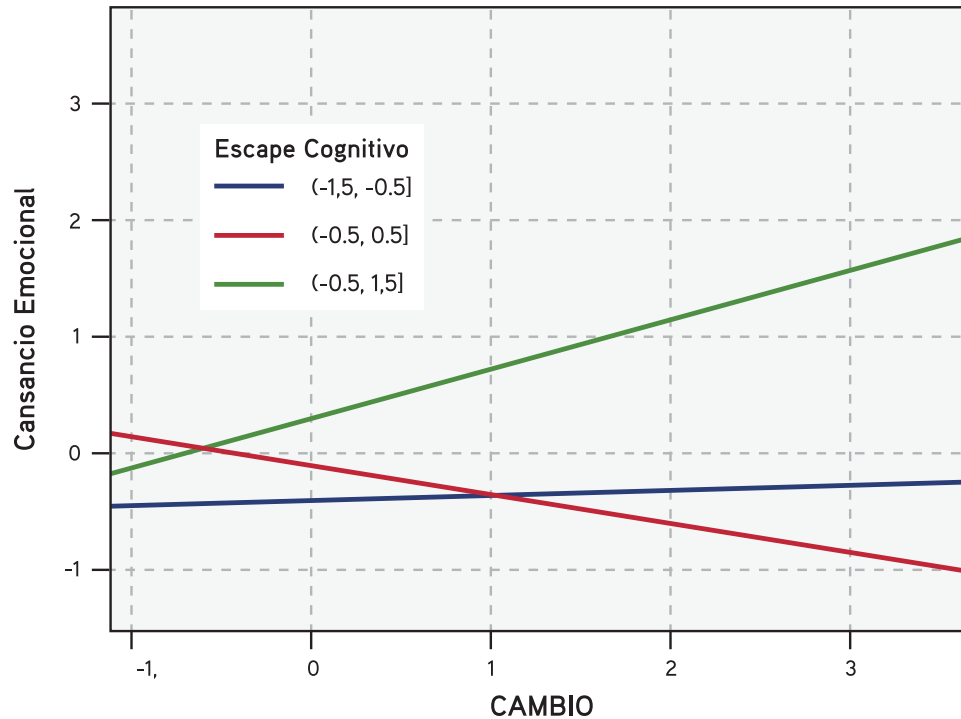


Figura 26. Gráfico de la interacción de Escape cognitivo entre Cambio y Estrés traumático secundario (ETS).

Otro efecto de moderación fue de Escape conductual entre la dimensión Cambio y Estrés traumático secundario ( $p = .001$ ). Los datos de esta moderación indicaron que de forma significativa (ver Anexo IV) una baja puntuación en Escape conductual muestra que en el Estrés traumático secundario se acentuó el incremento con los cambios en el puesto de trabajo, y lo contrario en puntuaciones altas de Escape conductual (ver Figura 27). La Tabla 68 muestra los datos de este análisis.

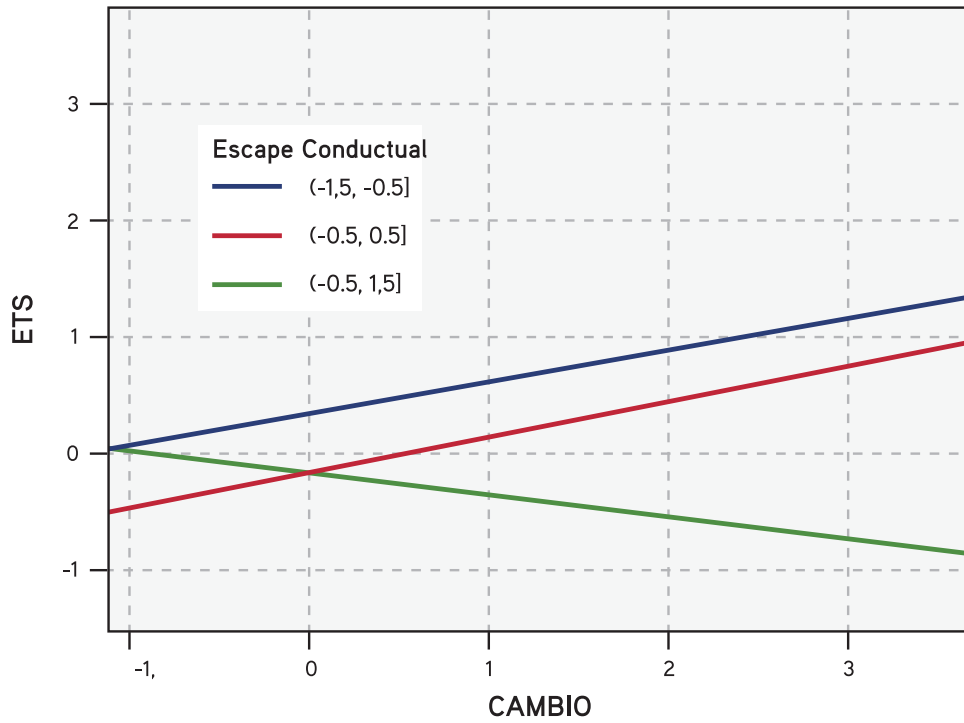


Figura 27. Gráfico de la interacción de Escape conductual entre Cambio y Estrés traumático secundario (ETS).

En relación con los índices de bondad de ajuste del modelo los datos obtenidos fueron: CFI: 1, TLI: 1, NFI: 1, GFI: 1, AGFI: 1, RMR: 0 y RMSEA: 0.

Tabla 68.

Datos del modelo con mejor ajuste sobre Estrés traumático secundario.

Variable Dependiente		Valor Estimado	Error estándar	Z-valor	P(>z)
ETS	CAMBIO	0.061	0.073	0.839	0.401
	Ttrabaj	0.204	0.078	2.613	0.009
	ESCcog	0.196	0.100	1.956	0.051
	ESCcon	-0.217	0.082	-2.634	0.008
	N	0.270	0.082	3.310	0.001

(continúa)

**Tabla 68.** (continuación)

Datos del modelo con mejor ajuste sobre Estrés traumático secundario.

Variable		Valor Estimado	Error estándar	Z-valor	P(>z)
<b>Dependiente</b>					
	CAMBIO.ESCcog	0.275	0.082	3.354	0.001
	CAMBIO.ESCcon	-0.252	0.075	-3.341	0.001
	CAMBIO.N	-0.148	0.085	-1.753	0.080

*Nota:* ETS: Estrés traumático secundario; Ttrabaj: Tiempo trabajado; ESCcog: Escape cognitivo; ESCcon: Escape conductual; N: Neuroticismo.

Por su parte, en el análisis de mediación del Escape cognitivo entre el tiempo trabajado y Estrés traumático secundario ( $p = .073$ ), y entre Cambio y Estrés traumático secundario ( $p = .473$ ) no se mostró efecto de mediación. Tampoco se dio efecto de mediación de Escape conductual entre el tiempo trabajado y Estrés traumático secundario ( $p = .636$ ), ni entre Cambio y Estrés traumático secundario ( $p = .145$ ).

#### 9.7.5. Análisis de modulación sobre Satisfacción por ayudar.

A partir de los resultados de la regresión lineal múltiple sobre Satisfacción por ayudar, se analizó el efecto modulador de Extraversión, Implicación y Afrontamiento conductual de los problemas entre la dimensión Conflicto con Satisfacción por ayudar. Con los p-valores de Chi-Cuadrado ( $p = 1.000$ ) y del bootstrap Bollen-Stine ( $p = .212$ ), el modelo que mejor ajuste mostró con los datos no presentó ningún efecto de moderación significativo. La Tabla 69 muestra los datos de este análisis.

En relación con los índices de bondad de ajuste del modelo los datos obtenidos fueron: CFI: 1, TLI: 1, NFI: 1, GFI: 1, AGFI: 1, RMR: 0 y RMSEA: 0.

**Tabla 69.**

Datos del modelo con mejor ajuste sobre Satisfacción por ayudar.

Variable		Valor Estimado	Error estándar	Z-valor	P(>z)
<b>Dependiente</b>					
S_AYU	CONFLICTO	-0.195	0.070	-2.787	0.005
	E	0.378	0.067	5.665	0.000
	AFRcon	0.162	0.065	2.493	0.013
	CONFLICTO.E	0.019	0.069	0.272	0.786
	CONFLICTO.AFRcon	-0.039	0.070	-0.560	0.576

*Nota:* S\_AYU: Satisfacción por ayudar; E: Extraversión; AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas.

Por su parte, en el análisis de mediación del Afrontamiento conductual de los problemas entre Conflicto y Satisfacción por ayudar tampoco se mostró efecto de mediación ( $p = .099$ )

#### 9.7.6. Análisis de modulación sobre salud física.

Por lo que respecta a la salud física, partiendo de los resultados de la regresión lineal múltiple, se analizó el posible efecto modulador de Neuroticismo, Implicación y Consumo de alcohol o drogas entre la dimensión Conflicto y Estrés Traumático secundario con salud física. La Tabla 70 muestra los datos de este análisis. Con los p-valores de Chi-Cuadrado ( $p = 1.000$ ) y del bootstrap Bollen-Stine ( $p = .210$ ), el modelo que mejor ajuste mostró con los datos presentó varios efectos de moderación significativos. Un efecto de moderación fue de Implicación entre la dimensión Conflicto y salud física ( $p = .007$ ). Los datos de esta moderación indicaron que de forma significativa (ver Anexo IV) con una baja Implicación se acentuó los incrementos de los problemas de salud física al aumentar los niveles de conflicto interpersonal en el puesto de trabajo (ver Figura 28).

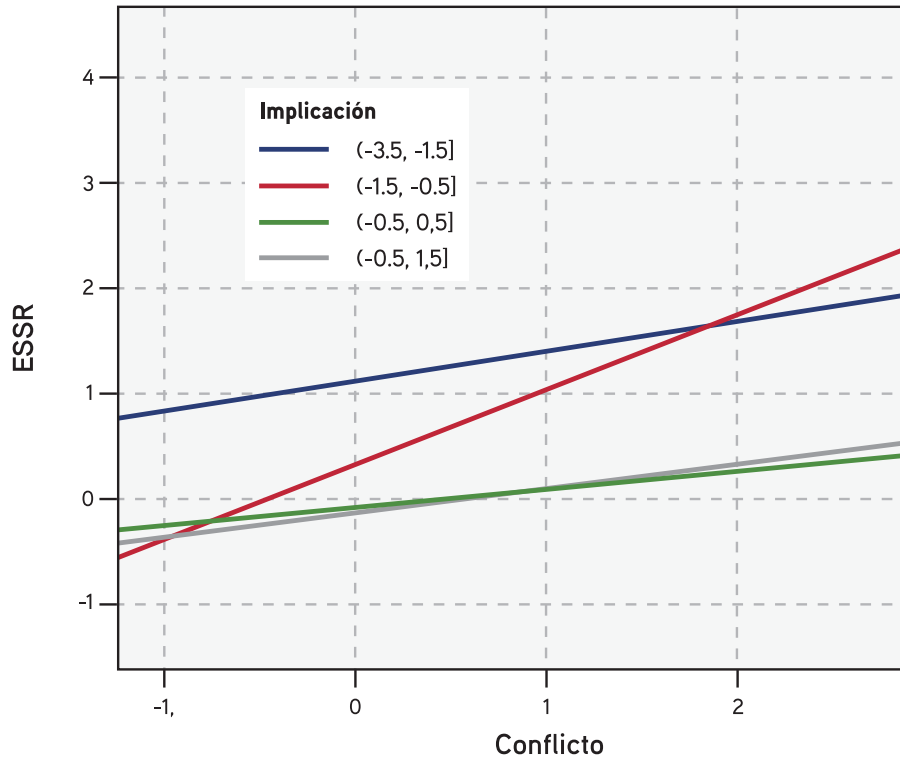


Figura 28. Gráfico de la interacción de Implicación entre Conflicto y salud física (ESSR).

Por otra parte, otro efecto de moderación fue de Implicación entre Estrés traumático secundario y salud física ( $p = .050$ ). Los datos de esta moderación indicaron que de forma significativa (ver Anexo IV) con una alta puntuación en Implicación se acentuó los incrementos de los problemas de salud física al aumentar el Estrés traumático secundario (ver Figura 29). La Tabla 70 muestra los datos de este análisis.



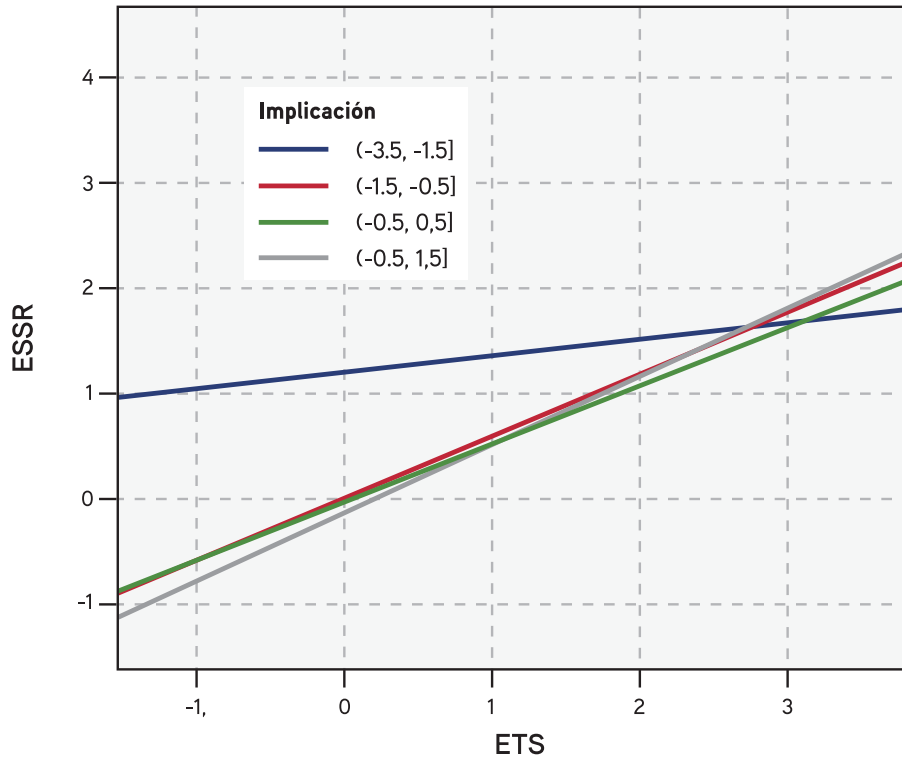


Figura 29. Gráfico de la interacción de Implicación entre Estrés traumático secundario (ETS) y salud física (ESSR).

En relación con los índices de bondad de ajuste del modelo los datos obtenidos fueron: CFI: 1, TLI: 1, NFI: 1, GFI: 1, AGFI: 1, RMR: 0 y RMSEA: 0.

Tabla 70.

Datos del modelo con mejor ajuste sobre salud física.

Variable		Valor Estimado	Error estándar	Z-valor	P(>z)
<b>Dependiente</b>					
ESSR	CONFLICTO	0.127	0.067	1.894	0.058
	ETS	0.384	0.105	3.665	0.000
	N	0.285	0.084	3.392	0.001
	IMPLICACIÓN	-0.151	0.082	-1.839	0.066

(continúa)

**Tabla 70.**(continuación)

Datos del modelo con mejor ajuste sobre salud física.

Variable		Valor Estimado	Error estándar	Z-valor	P(>z)
<b>Dependiente</b>					
	CONFLICTO.IMPLICACIÓN	-0.200	0.074	-2.690	0.007
	ETS. IMPLICACIÓN	0.158	0.081	1.960	0.050

*Nota:* ESSR: Puntuación global de síntomas somáticos; ETS: Estrés traumático secundario; N: Neuroticismo.

Por su parte, en el análisis de mediación del Consumo de alcohol o drogas entre Conflicto y salud física ( $p = .948$ ), y entre Estrés traumático secundario y salud física ( $p = .293$ ) no se mostró efecto de mediación.

#### 9.7.7. Análisis de modulación sobre salud mental.

Por último, a partir de los datos obtenidos con la regresión lineal múltiple sobre salud mental, se analizó el efecto modulador de Neuroticismo, Amabilidad, Afrontamiento conductual de los problemas, Escape cognitivo y Consumo de alcohol o drogas entre Realización personal, Estrés Traumático secundario y Satisfacción por ayudar con salud mental. La Tabla 71 muestra los datos de este análisis. El modelo resultante mostró un ajuste razonable entre los datos y el modelo, Chi-Cuadrado ( $p = 1.000$ ) y bootstrap Bollen-Stine ( $p = .244$ ). En este caso, no se encontró efectos de moderación significativos.

En relación con los índices de bondad de ajuste del modelo los datos obtenidos fueron: CFI: 1, TLI: 1, NFI: 1, GFI: 1, AGFI: 1, RMR: 0 y RMSEA: 0.

**Tabla 71.**

Datos del modelo con mejor ajuste sobre salud mental.

Variable		Valor Estimado	Error estándar	Z-valor	P(>z)
<b>Dependiente</b>					
GSI	RP	0.115	0.055	2.077	0.038
	ETS	0.172	0.058	2.943	0.003

(continúa)

**Tabla 71.** (continuación)

Datos del modelo con mejor ajuste sobre salud mental.

Variable	Valor Estimado	Error estándar	Z-valor	P(>z)
<b>Dependiente</b>				
N	0.308	0.070	4.405	0.000
A	-0.286	0.065	-4.397	0.000
AFRcon	-0.213	0.069	-3.065	0.002
ESCcog	0.179	0.082	2.177	0.029
ETS.N	0.040	0.082	0.487	0.626
ETS.A	-0.036	0.098	-0.365	0.715
ETS.AFRcon	-0.153	0.087	-1.768	0.077
ETS.ESCcog	0.097	0.097	0.997	0.319

*Nota:* GSI: Índice sintomático general; RP: Realización personal; ETS: Estrés traumático secundario; N: Neuroticismo; A: Amabilidad; AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas; ESCcog: Escape cognitivo.

En el análisis de mediación del Consumo de alcohol o drogas entre Estrés traumático secundario y salud mental ( $p = .320$ ), entre Realización personal y salud mental ( $p = .283$ ) y entre Satisfacción por ayudar y salud mental ( $p = .180$ ) no se mostró efecto de mediación. Con respecto del análisis de mediación de Escape cognitivo entre Estrés traumático secundario y salud mental, el Escape cognitivo medió de forma parcial, no obstante, en el modelo tanto los  $p$ -valores de Chi-Cuadrado ( $p = .000$ ) como los del bootstrap Bollen-Stine ( $p = .000$ ) indicaron que no hay un ajuste razonable entre los datos y el modelo. Por su parte, en el análisis de mediación del Escape cognitivo entre Realización personal y salud mental ( $p = .922$ ), y entre Satisfacción por ayudar y salud mental ( $p = .147$ ) tampoco se mostró efecto de mediación. Por último, con relación al análisis de mediación del Afrontamiento conductual de los problemas entre Estrés traumático secundario y salud mental ( $p = .240$ ), entre Realización personal y salud mental ( $p = .064$ ) y entre Satisfacción por ayudar y salud mental ( $p = .219$ ) no se mostró efecto de mediación.



## 10. DISCUSIÓN

### 10.1 Análisis descriptivo de las variables del estudio

Los datos sociodemográficos o sociolaborales de los participantes en este estudio nos indican que estamos ante una muestra de personas jóvenes, con una media de 36 años, en los que destacan con mayor porcentaje los que viven en pareja y con estudios medios preuniversitarios. La media de años trabajados en su profesión de bomberos es de 7.2 años. También destaca que todos son varones. Estos datos se asemejan a los datos sociodemográficos con muestras de bomberos profesionales que presentan otros estudios nacionales (Moreno-Jiménez, Morett et al., 2006; Morett, 2005; Peñacoba, Díaz et al., 2000a, 2000b) e internacionales (J. Brown et al., 2002; Landen & Wang, 2010; Regehr et al., 2001) sobre todo en relación con la escasa o nula presencia de mujeres, a una mayor presencia de profesionales con pareja y con unas medias de edad similares. Más específicamente, tanto en el estudio de Morett (2005) como en el presente estudio el rango de edad de mayor frecuencia es el de 31 a 40 años. También entre ambos estudios coincide una mayor frecuencia para los profesionales con pareja habitual, así como el rango de tiempo trabajado que se establece entre los 0 a 5 años y también una mayor frecuencia para los estudios medios preuniversitarios. Estos datos descriptivos identifican una muestra de profesionales relativamente joven y en los inicios de su actividad profesional.

A nivel laboral, la dimensión Conflicto, de la escala Laboral del CSV, caracterizada por reflejar el estrés asociado a los problemas con los compañeros de trabajo y con sus superiores, presenta unos resultados que indican que la mayoría de las puntuaciones se dan en los valores bajos de la escala de likert con la que se responde a la escala. Estos valores indican menor grado de estrés. Lo que resulta relevante si tenemos en cuenta que en la revisión de estudios sobre burnout en personal de enfermería realizada por Alarcón et al. (2001) y en el trabajo de Farrerons y Calvo (2008) se resalta la importancia de los conflictos interpersonales como uno de los factores que mejor predicen la aparición del burnout. Por su parte, la dimensión Cambio, caracterizada por medir el grado de estrés ante situaciones como quedarse sin trabajo, ascensos, cambios de lugar de trabajo o cambios en el horario o condiciones actuales del trabajo, también muestra una tendencia de respuesta hacia los valores bajos de la escala de likert. En conjunto, los niveles de estrés en ambas dimen-

siones se sitúan en valores medios-bajos, en función de las respuestas dadas a la escala likert con la que se miden las respuestas a la escala Laboral. Estos datos hacen referencia a dos dimensiones específicas de la situación organizativa y laboral que también han sido consideradas por otros autores (Alarcón et al., 2001; Garrosa et al., 2008; Garrosa et al., 2005; Garrosa et al., 2010; Gil-Monte, Carretero & Roldán, 2005; Saijo et al., 2012; Swider & Zimmerman, 2010). No obstante, en otros estudios, dentro de los antecedentes laborales u organizativos, se han incluido diferentes dimensiones como las demandas o sobrecarga en el trabajo, ambigüedad y conflicto de rol, fatiga, presión laboral y otras, que amplían el análisis de la situación laboral (Alarcón et al., 2001; Kokkinos, 2007; Lourel, Abdellaoui, Chevaleyre, Paltrier & Gana, 2008; Schreuder et al., 2012; Townsend & Campbell, 2009).

En cuanto al burnout, en el presente estudio hay una escasa incidencia del síndrome de burnout, sólo para un 1.7% de la muestra analizada. Este resultado es similar a lo que obtienen Bordron, Massoubre, Lang, Grosselin y Billard (2013) en su estudio con bomberos. Por los valores medios que se obtienen en el presente estudio, el síndrome de burnout no está establecido al no cumplirse las premisas de baja Realización personal (caracterizada por una percepción de ineficacia en el trabajo y una atribución de escasa utilidad de lo que se hace), alto Cansancio emocional (caracterizado porque la persona comienza a sentirse sobrepasado por las tareas que tiene que realizar en su trabajo) y alta Despersonalización (caracterizada por el distanciamiento emocional de las personas con las que trata habitualmente en el trabajo) (Alarcón et al., 2001). Además, Morett (2005) identifica a esta última dimensión como una medida de escape para no verse afectado ni por los problemas de la organización ni por los problemas de los usuarios del servicio de bomberos. Se comprueba además que los valores medios obtenidos en Cansancio emocional y Despersonalización en el presente estudio están por debajo de los obtenidos con otras muestras de profesionales españoles (Gil-Monte & Peiró, 2000; Seisdedos, 1997). Con respecto de otros estudios con bomberos, nuestros datos, referidos a Cansancio Emocional y Despersonalización, guardan cierta similitud con bomberos japoneses, pero no en Realización personal (Mitani, Fujita, Nakata & Shirakawa, 2006) mientras que con bomberos franceses las similitudes son mayores sobre todo en Cansancio emocional y Realización personal (Lourel et al., 2008).

Con respecto de la calidad de vida profesional, nuestros datos son similares a los obtenidos con bomberos españoles en el estudio de Morett (2005), en ambos la incidencia del Estrés traumático secundario

es baja. Este autor, indica que la profesión de bombero es eminentemente vocacional, sienten que con las labores que realizan están ayudando a las demás personas, situación que les produce gran motivación por su trabajo y satisfacción por la ayuda prestada. En otros estudios con bomberos o profesionales de las emergencias como personal de enfermería, médicos y técnicos sanitarios, se muestran resultados similares (Cicognani et al., 2009; Circenis & Millere, 2011; Morante, 2007) y también con otros profesionales de la ayuda como psicólogos y trabajadores sociales (Craig & Sprang, 2010). En la medida en que los síntomas de estrés postraumático se mantengan con puntuaciones bajas en el caso de los bomberos aumenta la satisfacción por ayudar (Koniarek & Dudek, 2001). En un estudio con policías, bomberos y técnicos sanitarios de ambulancias, Brough (2004) obtiene que a mayor percepción de satisfacción profesional se da una menor sintomatología de estrés.

Con respecto de la salud, en el presente estudio se registró por un lado los valores en salud física y por otro los valores en salud mental. En salud física hay una tendencia a manifestar pocas quejas, lo que indirectamente podría indicar que se percibe un estado de salud física, en general, normal. Es decir que la salud física de los participantes en el estudio es bien valorada. No obstante, por los resultados obtenidos las quejas sobre los problemas en el aparato locomotor son comparables a los datos mostrados por De Vicente (2005), quien indica que los problemas del aparato locomotor están dentro de los que más destacan como problemas médicos en estos profesionales. Por su parte, en salud mental los datos indicaron que no se dieron valores de riesgo para morbilidad psiquiátrica. Sin embargo, los datos del estudio de S.L. Wagner, McFee y Martin (2010), con bomberos, y de W.H. Holland (2008), con personal sanitario de emergencias extrahospitalarios, presentan unas medias de sintomatología más elevadas que las del presente estudio. En líneas generales, varios estudios obtienen resultados similares a los del presente estudio reflejando un estado de salud física y mental adecuado siempre que no se estudie a los bomberos tras un incidente crítico de naturaleza traumática (Bryant & Harvey, 1996; Chamberlin & Green, 2010; Chang et al., 2003; W.H. Holland, 2008; Oginska-Bulik, 2005).

Con respecto de la variable personalidad, se analizan por una parte los Cinco Grandes y por otra parte la personalidad resistente y sus tres dimensiones. En relación con los Cinco Grandes, mientras que en el estudio de Salters-Pedneault, Ruef y Orr (2010) las puntuaciones obtenidas en los Cinco Grandes en

la muestra de bomberos se situaron en el rango de puntuaciones T de 45 a 55, en el presente estudio dentro de este rango se sitúan, más claramente, Neuroticismo y Extraversión, mientras que el resto de factores están en un rango menor. Los profesionales del presente estudio se caracterizan por un moderado nivel de Neuroticismo y Extraversión, por un moderado a bajo nivel de Apertura y Amabilidad, y por un bajo nivel de Responsabilidad. Así, el perfil medio que resulta de la valoración de los Cinco Grandes, en el presente estudio, identifica a quienes son capaces de enfrentarse a situaciones de estrés pero algunas veces experimentan culpa, ira o tristeza (Neuroticismo). También, a quienes agradecen la compañía de otros pero valoran la soledad (Extraversión). Por otro lado, a quienes son prácticos, con los pies en la tierra, que buscan un equilibrio entre lo nuevo y lo antiguo (Apertura). Además, a quienes son realistas, escépticos, tranquilos, competitivos y a veces expresan enfado sin miramientos (Amabilidad). Y por último, a quienes no prefieren hacer planes (Responsabilidad) (Costa & McCrae, 1999). Ni el estudio de Salters-Pedneault et al. (2010) ni el presente estudio muestran un perfil de personalidad diferencial para estos profesionales con respecto de la población, lo que confirma las conclusiones de S. L. Wagner (2005) y S. L. Wagner, Martin y McFee (2009) al afirmar que actualmente hay poca evidencia para un tipo de personalidad específica (personalidad del rescatador) que se corresponda con los trabajadores de servicios de emergencia como un todo. Sin embargo, en algunos estudios se ha podido ver como determinados rasgos parecen destacar de forma particular. El estudio de Elshaug y Metzger (2001) indica que Extraversión y Amabilidad son los rasgos más distintivos de los bomberos voluntarios e indican que estos rasgos caracterizan una disposición al voluntariado. Cuando se trabaja con bomberos profesionales la Extraversión sigue apareciendo como un rasgo distintivo del rendimiento profesional de los bomberos, pero no se mantiene la evidencia para la dimensión Amabilidad (Fannin & Dabbs, 2003; S. L. Wagner et al., 2009). Por otra parte, en cuanto a la dimensión Apertura a la realidad los datos también parecen contradictorios, para Fannin y Dabbs (2003) una puntuación baja se asocia con altos niveles de rendimiento pero para Dudek (2001) es lo contrario. Por otra parte, en algunos estudios se concluye que las personas con puntuaciones altas en Neuroticismo tienden a estar menos satisfechos con la cantidad de trabajo que se les asignaba, con sus compañeros de trabajo y con su salario. Derivado de estas afirmaciones se puede sugerir que el Neuroticismo es un rasgo no deseable en el puesto de trabajo por su falta de relación con el logro, sin embargo la evidencia parece indicar que la acción de este rasgo se ve



moderada por la acción de la inteligencia y de las estrategias apropiadas de afrontamiento, lo que llevaría a no afectar a los logros de la persona (Furnham, 1995).

En cuanto a la personalidad resistente, tanto la puntuación global como las dimensiones Reto e Implicación obtienen una puntuación media elevada. En estudios en los que se ha analizado la personalidad resistente en bomberos españoles los resultados son similares, solo se diferencia del presente estudio en la valoración de la dimensión Control. Esta dimensión es la que obtiene una puntuación media más baja en el presente estudio comparado con otros (De la Vega, Ruiz, Gómez & Rivera, 2013; Moreno-Jiménez, Morett et al., 2006; Morett, 2005). También en otros estudios en los que se analiza la personalidad resistente en personal de enfermería la dimensión Control sigue siendo la que obtiene menor puntuación (Garrosa et al., 2010; Ríos et al., 2010). Con respecto del perfil que resulta de la valoración de la personalidad resistente, en el presente estudio, se puede indicar que la muestra identifica a quienes poseen una elevada capacidad para soportar las consecuencias del estrés (por la medida global de la personalidad resistente); a quienes perciben el cambio como una oportunidad para aumentar las propias competencias y no como una amenaza, además de tener una adecuada tolerancia a la ambigüedad (Reto); a quienes tienen un alto compromiso con el significado del trabajo y deseos de enfrentarse al estrés de forma exitosa, con alta consideración en su capacidad para tomar decisiones y beneficiándose del sentimiento de poder ayudar a otros (Implicación); y por último, a quienes tienen una moderada convicción de que se puede modificar el curso de los acontecimientos pero con cierto riesgo de no ser persistentes (Control) (Moreno-Jiménez et al, 2000c).

Para Brody y Ehrlichman (2000), las personas con puntuaciones altas en personalidad resistente o dureza se comprometen con lo que están haciendo, sienten que lo que hacen tiene un significado en sus vidas que les hace persistentes incluso bajo presión, creen que sus acciones pueden influir en los resultados de los eventos, ven el cambio como una oportunidad y no como una amenaza. Además, las personas con puntuación alta en dureza informan de menos síntomas de enfermedad que las personas con puntuación baja. Por su parte, las personas con una puntuación baja en dureza están alienados, no encuentran significado a sus actividades, tienden a la pasividad en situaciones adversas, se sienten inútiles porque no creen que puedan influir en lo que les ocurre, ven el cambio como una amenaza. Por otra parte, según Peñacoba y Moreno-Jiménez (1998) la dimensión Implicación caracterizada por la capacidad de implicación o com-

promiso con lo que se hace se propone como una variable moderadora de los efectos del estrés. Es una dimensión que contribuye de forma clara a mitigar la amenaza percibida de cualquier estímulo estresante, sobre todo porque creen que lo que hacen es importante, por ello también tienden a la acción y a la aproximación más que a la evitación. Por su parte la dimensión Reto es la que ayuda a interpretar los cambios más como una oportunidad que como una amenaza, pues considera que lo normal son los cambios y no la estabilidad (Pérez-García, 2011).

Con respecto de la variable afrontamiento, el estilo con una tendencia de respuesta a los valores menores en la escala likert del cuestionario fue Consumo de alcohol o drogas. Por su parte, comparando los resultados del presente estudio con los de otros estudios, se puede observar que los estilos más frecuentemente usados por los participantes del presente estudio son Afrontamiento conductual centrado en el problema y Escape conductual, lo que aparentemente supone una contradicción. Sin embargo, tal y como ya hemos comentado, tanto para Carver y Scheier (1994) como para Pelechano (2000) en el afrontamiento hay tanto un modo habitual y estable de manejarse como una adaptación a las situaciones cambiantes, por lo que la diversidad de situaciones que deben afrontar los bomberos en su actividad profesional puede requerir soluciones dispares tal y como plantean Peñacoba, Díaz et al. (2000b). En una línea similar son los resultados en algunos estudios con bomberos como los de Del Ben (2004), Cicognani et al. (2009), Prati, Palestini y Pietrantonio (2009) y Chamberlin y Green (2010) donde sobresale el uso del Afrontamiento conductual de los problemas y del Afrontamiento cognitivo de los problemas. Así como en estudios con policías como el de Bishop, Tong, Diong, Enkelmann y Why, 2001. También con otros profesionales se obtienen resultados similares para el Afrontamiento conductual de los problemas (Dowdall-Thomae, 2009; Dowdall-Thomae, Gilkey, Larson & Arend-Hicks, 2012; Landen y Wang, 2010; Peñacoba, Díaz et al., 2000a, 2000b). Por el contrario, en una línea algo diferente está el estudio de Nydegger, Nydegger y Basile (2011), en el que las cuatro primeras estrategias de afrontamiento usadas por los bomberos de su estudio son Aceptación, Humor, Evadirse y Religión que corresponden al estilo Afrontamiento cognitivo centrado en el problema y Escape cognitivo. También Chang et al. (2003) encuentran que las estrategias de escape – evitación son las más utilizadas por los bomberos tras haber participado en actividades de rescate tras un terremoto, aunque en este caso la segunda estrategia más utilizada pertenece al estilo Afrontamiento cognitivo centrado en el problema.

Además, Barram (1997) llega a resultados similares, pero indica de forma específica que las estrategias de escape - evitación son las menos utilizadas por los bomberos de su investigación, como también lo indican Prati, Palestini et al. (2009). Por último, cabe destacar que si bien el Consumo de alcohol o drogas es el menos identificado en el presente estudio, así como en el de Prati, Palestini et al. (2009), no ocurre lo mismo en otros estudios con bomberos como el de North et al. (2002) o el de Carey, Al-Zaiti, Dean, Sessanna y Finnell (2011). Cabría plantearse si esta diferencia en el uso de este estilo de afrontamiento responde más bien a cuestiones culturales con respecto de la mayor o menor libertad para declarar el consumo realizado o a la adecuada valoración de lo que es un consumo normal o excesivo. En este sentido el estudio de Haddock et al. (2012) con bomberos pone en evidencia un uso habitual del alcohol entre estos profesionales.

En lo relativo al apoyo social, en el presente estudio hay una mayor percepción de apoyo social de la familia que de apoyo por parte de los amigos. En los estudios en los que se ha analizado el apoyo social en bomberos se ha analizado tanto el apoyo percibido dentro de la organización por los jefes o supervisores y por los compañeros de trabajo, como fuera del trabajo, fundamentalmente por los amigos y la familia (Barram, 1997; Black, 1997; Haslam & Mallon, 2003; Meyer et al., 2012; Regehr, 2009; Regehr, Hill & Glancy, 2000; Regehr, Hill, Knott & Sault, 2003). Más específicamente, en el estudio de Regehr et al. (2000) el apoyo social percibido más destacado de fuentes extralaborales fue el de la familia seguido del apoyo de los amigos, en la línea de lo obtenido en el presente estudio. Por su parte Regehr (2009) destaca la importancia que tiene para los bomberos generar estrategias que mejoren el apoyo social de la familia, como fuente de apoyo extralaboral.

## **10.2 Análisis comparativo de los Cinco Grandes, burnout y salud mental con datos normativos**

Como tres de las pruebas usadas tenían datos normativos en población española, se realizó una comparación de medias entre dichos datos y los obtenidos con la muestra del presente estudio.

Con relación al cuestionario NEO PI R, mientras en el estudio de Salters-Pedneault et al. (2010) las puntuaciones obtenidas en los Cinco Grandes en bomberos fueron similares a las obtenidas en los baremos del cuestionario, en el presente estudio Apertura, Amabilidad y Responsabilidad presentan una medias infe-

riores a las de la muestra del baremo. Solo en este último factor el tamaño del efecto de esa diferencia de medias es medio.

Con respecto del cuestionario MBI, Cansancio emocional y Despersonalización tienen unas medias inferiores a las de la muestra del baremo. Destaca Cansancio emocional con un tamaño de efecto grande. Tanto en los datos de Seisdedos (1997) como en los de Gil-Monte y Peiró (2000) se presentan unos resultados que permiten concluir que en el presente estudio la muestra de bomberos es la que presenta, con respecto a otros profesionales de nuestro país, unos datos medios más bajos tanto en Cansancio emocional como en Despersonalización.

Y por último, en cuanto al cuestionario SCL 90R, tanto el Índice sintomático general como las dimensiones Depresión, Ansiedad y Ansiedad fóbica tienen unas medias inferiores a las de la muestra del baremo. Por lo tanto, los bomberos del presente estudio obtienen unas puntuaciones medias que se sitúan en unos niveles de malestar psicológico general y específico a la ansiedad y depresión por debajo de los valores medios de los datos para la población general no clínica del cuestionario, aunque sin perder de vista que el tamaño de efecto de esas diferencias no va más allá de un efecto medio (González de Rivera et al., 2002).

### **10.3. Análisis de correlación de las variables del estudio**

Del análisis realizado de las diferentes correlaciones entre las variables del presente estudio se encuentran asociaciones entre variables que han sido, también, establecidas en otras investigaciones. Destacamos en esta sección las correlaciones más significativas.

#### **10.3.1 Relación entre las variables sociodemográficas o sociolaborales, laborales, burnout, calidad de vida profesional y estado de salud**

Dentro de las variables sociodemográficas o sociolaborales la que destaca, en el presente estudio, por sus correlaciones significativas con las dimensiones de burnout, calidad de vida profesional y salud es el tiempo trabajado en la profesión o experiencia laboral. De forma más específica, la experiencia laboral se relaciona con el riesgo de padecer el síndrome de burnout. Sin embargo, solo puede destacarse la corre-

lación más significativa y directa con Cansancio emocional. La única, en este caso, con un tamaño del efecto medio. La misma tendencia de la relación entre la experiencia profesional o tiempo trabajado y el burnout, que aparece en el presente estudio, es un hallazgo que se ha podido constatar en estudios con bomberos (Prati, Palestini et al., 2009) y con diferentes muestras de profesionales (Albaladejo et al., 2004; Ballesteros, Lorrio & Rollán, 2012; Durán et al., 2006; García-Carmona & Robles-Ortega, 2011; Gil-Monte & Peiró, 1997; Jenaro-Río, Flores-Robaina & González-Gil, 2007). No obstante, en algún estudio como el de Moreno-Jiménez, Morett et al. (2006), por el contrario, la experiencia laboral se relaciona de forma significativa e inversa con burnout.

Además, en el presente estudio, se ha obtenido una relación significativa y directa (pero con un tamaño del efecto pequeño) entre la experiencia laboral y el riesgo de padecer Estrés traumático secundario. En esta línea, están los resultados de diversos estudios con bomberos y personal de emergencias (Chang et al., 2003; Corneil, Beaton, Murphy, Johnson & Pike; 1999; Dean, Gow & Shakespeare-Finch, 2003; Jonsson, Segesten & Mattsson, 2003; Nydegger et al., 2011; Prati, Palestini et al., 2009; Regehr et al., 2003). Por su parte, en el presente estudio la tendencia de la relación entre la experiencia laboral y la Satisfacción por ayudar es inversa.

Y, por último, nuestros datos relacionan de forma significativa y directa a la experiencia laboral con el riesgo de padecer problemas de salud física (la única, en este caso, con un tamaño del efecto medio como el tamaño más elevado) y de salud mental, lo que también ha sido señalado por Chang et al. (2003) que afirman que los bomberos más jóvenes tenían menos morbilidad en salud mental que los bomberos mayores. Por su parte, Chamberlin y Green (2010) indican que los años de servicio correlacionan con alto distrés, pero no con estrés traumático.

Otras variables sociodemográficas que se han analizado en el presente estudio, en relación tanto con el burnout como con la calidad de vida profesional y la salud han sido la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios y el tener o no hijos. En el presente estudio no se encontró relaciones significativas entre estas variables sociodemográficas y el burnout o la calidad de vida profesional. En esta misma línea están los resultados obtenidos con personal de enfermería (Gil-Monte et al., 1996).

Los conflictos y cambios en el lugar de trabajo son las variables específicas del contexto laboral, elegidas en el presente estudio para relacionarlas con el resto de variables criterio del estudio. Sin

embargo, ninguna correlación llega ni siquiera a un tamaño del efecto medio. La relación de Conflicto es más significativa con Cansancio emocional y con los problemas en salud física y en salud mental. Se trata de una relación directa. Por su parte, la relación de Cambio es más significativa con Despersonalización, Estrés traumático secundario y con los problemas en salud física. También en este caso es una relación directa. La tendencia de la relación que muestra los conflictos interpersonales con la satisfacción por la ayuda prestada es inversa. Lo que indica que un aumento de los conflictos interpersonales en el trabajo disminuye la Satisfacción por ayudar. Esto se vincula al propio concepto con el que Stamm (2002) definió a la Satisfacción por ayudar al relacionarla con la calidad de las interacciones profesionales con los colegas.

Los estudios en los que se han relacionado variables del contexto laboral con variables criterios como las que hemos utilizado en el presente estudio ponen en evidencia que los conflictos interpersonales tienen una importante relación con el burnout y más específicamente con Cansancio emocional (Alarcón et al., 2001; Farrerons & Calvo, 2008; Garrosa et al., 2010; Morán, 2006) tal y como se ha obtenido en el presente estudio. En el estudio de Martinussen, Richardsen y Burke (2007), con policías y de Gil-Monte, Carretero y Roldán (2005) con personal de enfermería se obtiene que el conflicto se relaciona de forma significativa y directa, también como en el presente estudio, con Cansancio emocional y, además, con Despersonalización. En esta línea están los resultados de R. Jenkins y Elliot (2004) que además indican que el conflicto se relaciona de forma significativa e inversa con Realización personal. Aunque los resultados del presente estudio no identifican esta relación, otros estudios han encontrado esta relación significativa e inversa entre las interacciones conflictivas en el lugar de trabajo y Realización personal (Garrosa et al., 2008; Garrosa et al., 2010). Por su parte, Mitani et al. (2006) proponen que se debe desarrollar programas que mejoren las relaciones humanas en el trabajo porque ayudan a mitigar el burnout.

Con respecto del estrés traumático, en el estudio de Saijo et al. (2012) el conflicto interpersonal en el trabajo se relaciona de forma directa con el riesgo de desarrollar estrés traumático. También en esta línea van los resultados de Mealer, Shelton, Berg, Rothbaum y Moss (2007) con personal de enfermería de unidades de cuidados críticos. La tendencia de esta relación encontrada en el presente estudio va en esa dirección.

### **10.3.2. Relación entre las variables personales, burnout, calidad de vida profesional y estado de salud.**

Con respecto de la relación de los Cinco Grandes con el burnout, en el presente estudio se obtiene que Neuroticismo se relaciona de forma significativa y directa con el síndrome de burnout. Lo hace con un tamaño del efecto grande con Cansancio emocional y medio con Despersonalización. Por su parte, Responsabilidad se asocia de forma opuesta a Neuroticismo. En este caso con un tamaño del efecto medio tanto con Cansancio emocional como con Despersonalización. Con respecto a los otros tres factores (Extraversión, Apertura y Amabilidad), los datos del presente estudio muestran unas correlaciones significativas dispares, que en el mejor de los casos llegan a un tamaño del efecto medio. Con Cansancio emocional correlaciona de forma significativa e inversa Extraversión y Amabilidad (con un tamaño del efecto medio para éste último). Además, Amabilidad también correlaciona de forma significativa e inversa con Despersonalización (tamaño del efecto medio). Con Realización personal correlaciona de forma significativa y directa Extraversión y Apertura (tamaño del efecto medio, en ambos).

Entre los estudios en los que se relaciona los Cinco Grandes con el burnout, en la línea del presente estudio, hay resultados que indican una relación significativa y directa de Cansancio emocional con Neuroticismo (Alarcon et al., 2009; Bühler & Land, 2003; Hochwälder, 2009; Morán, 2005b; Norris, 2011; Swider & Zimmerman, 2010; Zellars & Perrewé, 2001); resultados que muestran una relación significativa e inversa con Amabilidad, Extraversión y Responsabilidad, (Alarcon et al., 2009; Morán, 2005b; Norris, 2011; Swider & Zimmerman, 2010); y resultados que revelan una relación significativa y directa de Despersonalización con Neuroticismo (Alarcon et al., 2009; Bühler & Land, 2003; Hochwälder, 2009; Morán, 2005b; Swider & Zimmerman, 2010; Zellars & Perrewé, 2001). Por otra parte, se señala la relación significativa e inversa de Despersonalización con Extraversión, Responsabilidad y Amabilidad (Alarcon et al., 2009; Norris, 2011; Swider & Zimmerman, 2010; Zellars & Perrewé, 2001), para estos dos últimos factores de personalidad en la línea del presente estudio. Por último hay datos que señalan un relación significativa y directa de Realización personal con Extraversión (Bühler & Land, 2003; Norris, 2011), con Responsabilidad (Hochwälder, 2009), con Apertura y también con Amabilidad (Alarcon et al., 2009; Morán, 2005b; Norris, 2011; Swider & Zimmerman, 2010; Zellars & Perrewé, 2001), y de forma significativa e inversa con

Neuroticismo (Morán, 2005b; Zellars & Perrewé, 2001), todo ello en la línea del presente estudio, salvo con Amabilidad con el que no se obtuvo correlaciones significativas.

Si bien, en el presente estudio no se obtuvo correlaciones significativas entre el factor Apertura con Cansancio emocional y Despersonalización, en el estudio de Norris (2011) se muestra una correlación directa de Apertura con Cansancio emocional y con Despersonalización. El autor lo justifica en la propia definición del factor Apertura a la experiencia. Según Costa y McCrae (2008a) las personas con altas puntuaciones en Apertura se caracterizan por prestar gran atención a los sentimientos interiores, además de tener preferencia por la variedad, curiosidad intelectual, independencia de juicio, estar abiertas a nuevas experiencias, ser poco convencionales y tender a cuestionar la autoridad. En determinadas condiciones laborales todas estas características pueden ser un obstáculo más que una ventaja para sobrellevar las tareas convencionales y la rutina.

En cuanto a la relación de los Cinco Grandes con la calidad de vida profesional, Neuroticismo se relaciona de forma significativa y directa con el Estrés traumático secundario (con un tamaño del efecto grande) y de forma significativa e inversa con Satisfacción por ayudar (con un tamaño del efecto medio). También Responsabilidad se relaciona con las dimensiones de la calidad de vida profesional de forma inversa a Neuroticismo. Las correlaciones de Responsabilidad tienen un tamaño del efecto medio. Con respecto a los otros tres factores (Extraversión, Apertura y Amabilidad), no tienen relaciones significativas con Estrés traumático secundario, sin embargo, con Satisfacción por ayudar la correlación más significativa es con Extraversión y Amabilidad, en ambos casos de forma directa. Solo con Extraversión se llega a un tamaño del efecto medio.

Entre los estudios en los que se relaciona los Cinco Grandes con la calidad de vida profesional, en la línea del presente estudio, se muestra una relación significativa y directa entre Neuroticismo y síntomas traumáticos o estrés traumático (Huang et al., 2013; Hui et al., 2001; Jaksic et al., 2012; Marmar, Weiss, Metzler & Delucchi, 1996; Paris, 2000). Además, en el estudio de revisión de Jaksic et al. (2012) indican que Extraversión y Responsabilidad están significativa e inversamente relacionados con los síntomas traumáticos, para este último factor de personalidad en la línea del presente estudio. Planteado desde otra perspectiva diferente, Shakespeare-Finch et al. (2005) indican que Extraversión,



Apertura, Amabilidad y Responsabilidad correlacionan de forma significativa y directa con el crecimiento postraumático.

Por último, en lo referido a la relación de los Cinco Grandes con la salud, Neuroticismo se relaciona de forma significativa y directa con los problemas de salud física y mental (con un tamaño del efecto grande). Mientras que Responsabilidad se relaciona de forma significativa e inversa (con un tamaño del efecto medio). Por lo que se refiere a los otros tres factores, la correlación más significativa con la salud física es la que tiene Amabilidad, de forma inversa y con un tamaño del efecto medio. Mientras que con la salud mental la correlación es significativa e inversa con Extraversión y Amabilidad. Solo con este último factor se llega a un tamaño del efecto medio.

Entre los estudios que relacionan los Cinco Grandes con la salud, en el estudio de meta-análisis de Malouff et al. (2005) se afirma que el modelo típico asociado con síntomas de trastornos mentales es: alto Neuroticismo y baja Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad, en la línea del presente estudio. Por su parte, en la revisión de Carver y Connor-Smith (2010) se obtiene también un vínculo significativo y directo del Neuroticismo con los trastornos y síntomas clínicos mentales, mientras que el vínculo con Extraversión es significativo e inverso. Por su parte, Responsabilidad actúa como un factor de protección del riesgo de problemas en salud mental. Y Amabilidad se asocia con un bajo riesgo para los síntomas clínicos. Con respecto a un buen estado de salud física la relación es significativa e inversa con Neuroticismo, y significativa y directa con Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad. Otros estudios también destacan la relación directa entre Neuroticismo y sintomatología física (Orejudo & Froján, 2005). Todo ello, también, en la línea del presente estudio. En el estudio de Goodwin y Engstrom (2002) Apertura, Extraversión y Responsabilidad se asocian con una percepción de buena salud, mientras que Neuroticismo se asocia con una percepción de mala salud, lo que está en la línea del presente estudio, salvo en Apertura por no haber correlaciones significativas con salud.

También dentro de las variables personales, los datos obtenidos tanto en la puntuación global de personalidad resistente como en las dimensiones Reto e Implicación muestran una asociación más significativa e inversa con Cansancio emocional. Con Despersonalización la asociación más significativa es, de forma inversa, con Implicación. De estas correlaciones, las únicas con un tamaño del efecto medio

son la de Implicación, y muy cerca de ese tamaño del efecto, la de la puntuación global de personalidad resistente con Cansancio emocional. De forma similar, aunque con matices, otros estudios plantean una tendencia de relaciones similares a la del presente estudio (Alarcon et al., 2009; Ben-Zur & Michael, 2007; Ebling & Carlotto, 2012; García-Carmona & Robles-Ortega, 2011; Garrosa et al., 2008; Garrosa et al., 2010; Hsieh, Hsieh, Chen, Hsiao & Lee, 2004; Lo Bue, Taverniers, Mylle & Euwema, 2013; Morett, 2005; Ríos et al., 2011).

Por los datos del presente estudio la alta puntuación media de Implicación y su asociación significativa con los aspectos protectores del burnout (bajo Cansancio emocional y baja Despersonalización) podría indicar que el compromiso de los bomberos por su profesión les protege del burnout. Este destacado papel de esta dimensión ha sido también identificado en otros estudios (García-Carmona & Robles-Ortega, 2011; Ríos et al., 2011).

Además, en el presente estudio, ni la puntuación global en personalidad resistente, ni sus dimensiones, se relacionan de forma significativa con el Estrés traumático secundario, sin embargo si se da una relación significativa y directa con Satisfacción por ayudar, aunque solo con un tamaño del efecto medio (excepto con Control, que muestra un tamaño del efecto pequeño). Este resultado con las dimensiones de calidad de vida profesional es similar a lo obtenido por Morett (2005), incluso en el hecho de que es la dimensión Implicación la que presenta una correlación más alta, lo que indica que la satisfacción por la labor que desarrollan en su profesión es mayor cuanto mayor es el compromiso profesional. Se podría argumentar que al ser una actividad eminentemente vocacional hay una gran identificación con la profesión (Garrosa, 2003; Morett, 2005; Peñacoba & Moreno-Jiménez, 2000). Por el contrario, en el estudio de revisión de Jaksic et al. (2012) y en el de Eschleman et al. (2010) la personalidad resistente está inversamente asociada a los síntomas traumáticos.

Tal y como indica Morett (2005) mientras que el cansancio emocional es un proceso gradual, el Estrés traumático aparece de forma más repentina y casi inevitable. Por ello puede ser que en profesionales con una elevada puntuación en personalidad resistente se pueda valorar los estresores laborales como oportunidades más que como amenazas y sin embargo los riesgos traumáticos del ejercicio de la profesión de bombero no puedan ser valorados como una oportunidad.

Con respecto de la salud física y la salud mental, por los datos obtenidos sobre todo con la dimensión Implicación, con un tamaño del efecto medio, se asocia de forma inversa con los problemas de salud (tanto física como mental). De forma similar son los resultados de otros estudios, tanto para la salud física y la salud mental (Godoy-Izquierdo & Godoy, 2002; Moreno-Jiménez, Morett et al., 2006; M. K. Taylor et al., 2013), como más específicamente para la salud física (Ghorbani et al., 2000; Kardum, Hudek-Knezevic & Krapic, 2012) o la salud mental (Ríos et al., 2010; Ríos et al., 2011).

En lo relativo a los estilos de afrontamiento, en este estudio, el estilo Afrontamiento conductual de los problemas se muestra como un estilo que se asocia de forma inversa con los aspectos negativos del síndrome de burnout. Y además tiene una relación más significativa y directa con Realización personal y Satisfacción por ayudar. Pero, en ningún caso se llega ni al nivel de un tamaño del efecto medio. Con respecto del Estrés traumático secundario y los problemas en salud mental la tendencia de la relación también es inversa. Esta asociación del Afrontamiento conductual de los problemas, como estilo de afrontamiento activo, se muestra también en otros estudios, tanto en relación con el burnout (Anderson, 2000; Austria et al., 2012; Ben-Zur & Michael, 2007; Durán et al. 2006; Hsieh et al., 2004; Sasaki, Kitaoka-Higashiguchi, Morikawa & Nakagawa, 2009; Shin et al., 2014), como en relación con la calidad de vida profesional (Cicognani et al., 2009; Dirkzwager, Bramsen & Van der Ploeg, 2003) y la salud (J. Brown et al., 2002; Carver & Connor-Smith, 2010; Peng et al., 2012; Penley, Tomaka & Wiebe, 2002; Schreuder et al., 2012).

Por su parte, en el presente estudio el Afrontamiento cognitivo centrado en el problema tiene una tendencia de relación directa, sólo, con Realización personal. Esta misma relación se obtiene en otros estudios como el de Jenaro-Río et al. (2007) y Sasaki et al. (2009). Por el contrario otros estudios muestran relaciones de este estilo de afrontamiento diferentes de los resultados obtenidos en el presente estudio. Así Jenaro-Río et al. (2007) y Sasaki et al. (2009) también destacan la relación significativa e inversa que mantiene con Despersonalización. Por su parte, en el estudio de Dudek y Koniarek (2003) una estrategia (Aceptación) propia del estilo Afrontamiento cognitivo de los problemas se asocia de forma significativa e inversa con los síntomas traumáticos. En esta línea, en el estudio de meta-análisis de Prati y Pietrantonio (2009) otra estrategia (Reinterpretación positiva) propia del estilo Afrontamiento cognitivo de los problemas se asocia de forma significativa y directa con el crecimiento postraumático. Mientras que para J.

Brown et al. (2002) estrategias propias del Afrontamiento cognitivo de los problemas se relacionan con una mejor salud mental.

Con respecto del Escape conductual, los datos del presente estudio indican una tendencia de relación inversa con Despersonalización y Estrés traumático secundario. Por el contrario, algunos resultados como los de Oginska-Bulik y Langer (2007) y Cicognani et al. (2009) indican que algunas estrategias propias del estilo Escape conductual incrementan la intensidad de la sintomatología traumática. Por otra parte, el estudio de Jenaro-Río et al. (2007) destacan la relación significativa y directa de Escape conductual con Realización personal.

En relación con el Escape cognitivo, en el presente estudio se muestra como un estilo relacionado de forma más significativa y directa con Despersonalización (con un tamaño del efecto medio), Estrés traumático secundario (con un tamaño del efecto medio) y con los problemas de salud física (con un tamaño del efecto medio) y salud mental (con un tamaño del efecto grande). Además, la tendencia de la relación con Cansancio emocional es también directa. Este estilo de afrontamiento es el más representativo de lo que en otros estudios identifican dentro de los estilos de huida-escape o evitación, que también se han relacionado con el riesgo de burnout (Garrosa et al., 2010; Hernández, Olmedo & Ibáñez, 2004a; Hsieh et al., 2004; Hudek-Knezevic et al., 2006; Moreno-Jiménez, Seminotti et al., 2005), de estrés traumático (Beaton et al., 1999; DiGangi, et al., 2013; W. H. Holland, 2008; Howell, 2007; Huang et al., 2013; Littleton et al., 2007; Losee, 2009; Marmar et al., 1996) y con problemas de salud (J. Brown et al. 2002; Clohessy & Ehlers, 1999; Littleton et al., 2007; Peng et al., 2012; Schreuder et al., 2012).

Con relación al Afrontamiento centrado en las emociones, en el presente estudio no destaca ninguna relación significativa. Sin embargo, Dudek y Koniarek (2003) resaltan que los estilos basados en el afrontamiento centrado en las emociones son los que sobresalen en los profesionales con criterios diagnósticos de estrés traumático con respecto de los que no tienen estos criterios.

Por último, en lo referido al Consumo de alcohol o drogas, en el presente estudio, se relaciona de forma más significativa y directa con Despersonalización y con los problemas en salud física y en salud mental (con un tamaño del efecto medio, en ambos casos). Además, la tendencia de la relación con Cansancio emocional es también directa. La relación del consumo de alcohol con Despersonalización se muestra también

en el estudio de Sterud, Hem, Ekeberg y Lau (2007) con policías y personal de ambulancias. Mientras que la relación del consumo de alcohol con problemas de salud se señala también en el estudio de Haddock et al. (2012) con bomberos. Por otra parte, en el presente estudio, este estilo de afrontamiento muestra una relación significativa e inversa con Satisfacción por ayudar (con un tamaño del efecto medio), por lo que este estilo de afrontamiento se asocia con una disminución de los sentimientos de satisfacción por la ayuda prestada.

De forma general entre los estilos de afrontamiento, las asociaciones más significativas y de mayor fuerza obtenidas son las del Escape cognitivo de forma directa con Despersonalización, Estrés traumático secundario y con los problemas de salud física y salud mental. Así como las de Consumo de alcohol o drogas de forma directa con los problemas de salud física y salud mental, y con baja Satisfacción por ayudar.

Tal y como afirman Littleton et al. (2007) y Cicognani et al. (2009) la disparidad de resultados que muestra las relaciones entre los estilos de afrontamiento y el burnout, estrés traumático y salud, en diferentes estudios con bomberos, son consecuencia de la complejidad de las situaciones a las que se enfrentan estos profesionales. Sin embargo, una generalización parece recibir bastante consenso, se refiere al estilo de afrontamiento evitativo y su relación directa con los problemas de burnout, estrés traumático y salud.

### **10.3.3. Relación entre las variables sociales, burnout, calidad de vida profesional y estado de salud.**

El apoyo social, en el presente estudio, se ha valorado en cuanto a las fuentes, concretamente el que se percibe de la familia y el que se percibe de los amigos. Ambos tienen tendencia a relacionarse con los aspectos positivos del síndrome de burnout y de la salud. Más específicamente, con respecto al burnout, la asociación del Apoyo social de la familia es significativa e inversa con Cansancio emocional (con un tamaño del efecto medio, cercano a grande) y Despersonalización (con un tamaño del efecto pequeño). Y significativa y directa con Realización personal (también con un tamaño del efecto pequeño). Mientras que la asociación del Apoyo social de los amigos es significativa e inversa con Cansancio emocional (con un tamaño del efecto medio). Y significativa y directa con Realización personal (con un tamaño del efecto medio). Varios estudios confirman esta relación inversa del apoyo social con el síndrome de burnout tanto con bomberos como con

otros profesionales (Garrosa et al., 2010; Gil-Monte, Carretero & Roldán, 2005; Hamaideh, 2011; Hudek-Knezevic et al., 2006; R. Jenkins & Elliot, 2004; Kay-Eccles, 2012; Lambert et al., 2010; Martinussen et al., 2007; McCall, 2002; Mitani et al., 2006; Vanheule, Declercq, Meganck & Desmet, 2008). Estos datos se mantienen en el meta-análisis de Halbesleben (2006), aunque a diferencia de lo que indica este autor, los datos del presente estudio presentan una correlación fuerte del apoyo social no proveniente del trabajo con la dimensión Cansancio emocional.

Con respecto a la calidad de vida profesional, por los datos obtenidos el apoyo social tiene una relación que muestra una tendencia (no significativa) inversa con Estrés traumático secundario. Esta relación inversa se da también en el estudio de Hyman (2004) con una muestra de policía científica. Esta tendencia de relacionar el apoyo social de forma inversa con el riesgo de estrés traumático se comprueba en otros tantos estudios (Dirkzwage et al., 2003; González, Miguel-Tobal, Cano & Iruarrizaga, 2004; Huang et al., 2013; MacRitchie & Leibowitz, 2010; Mitani et al., 2006; Paris, 2000; Prati & Pietrantonio, 2010a; Regehr et al., 2001; Regehr et al., 2003; Saijo et al., 2012). Por otra parte, en el presente estudio se destaca la relación significativa y directa que el apoyo social, tanto de la familia como de los amigos, mantiene con la Satisfacción por ayudar (con un tamaño del efecto medio, en ambos casos), lo mismo que obtiene Prati y Pietrantonio (2010a) con personal de rescate, entre los que se incluyen a bomberos.

Por lo que respecta a la salud, por los datos obtenidos la asociación del Apoyo social de la familia es la más significativa e inversa con los problemas de salud física y de salud mental, pero solo en la relación con la salud mental se alcanza un tamaño del efecto medio. También diferentes estudios muestran esta tendencia de la asociación del apoyo social y la salud (Bacharach et al., 2008; Meyer et al., 2012; Oginska-Bulik, 2005; Prati y Pietrantonio, 2010b; Regehr, 2009; Regehr et al., 2000; Regehr et al., 2001; Regehr et al., 2003; Regehr, Goldberg, Glancy & Knott, 2002; Uchino, 2006). De forma particular, en el estudio de Regehr et al. (2003) con bomberos canadienses y en el estudio de Regehr (2009), al igual que en el presente estudio, encuentran una relación significativa e inversa entre los años de experiencia y el apoyo social percibido, es decir que los bomberos con mayor tiempo de servicio presentan niveles más bajos de percepción de apoyo social que los bomberos con menor tiempo de servicio. Por tanto, si los veteranos tienen una menor percepción de apoyo social y éste fuera importante para la salud, se podría concluir que los veteranos pueden tener más riesgos para los

problemas de salud. En el presente estudio la experiencia laboral tiene una relación significativa y directa con los problemas de salud físicos y mentales.

#### **10.3.4. Relación entre burnout, calidad de vida profesional y estado de salud.**

En el presente estudio Cansancio emocional y Despersonalización se relacionan de forma significativa y directa con Estrés traumático secundario (con un tamaño del efecto grande, en ambos casos), con los problemas de salud física (con un tamaño del efecto grande en la relación con Despersonalización y un tamaño medio en la relación con Cansancio emocional) y de salud mental (con un tamaño del efecto medio, en ambos casos); y se relacionan de forma significativa e inversa con Satisfacción por ayudar (con un tamaño del efecto medio, en ambos casos). Mientras que Realización personal se relaciona más significativamente con los problemas de salud mental, de forma inversa y con un tamaño del efecto pequeño; y con Satisfacción por ayudar, de forma directa y con un tamaño del efecto medio. En la relación entre el burnout y la calidad de vida profesional, hay resultados como los de Kadambi y Truscott (2003), Morante (2007) y Cieslak, Shoji, Douglas, Melville y Luszczynsha (2014) que relacionan las medidas de estrés traumático de forma directa con Cansancio emocional y Despersonalización, y de forma inversa con Realización personal. Por otra parte, resultados como los de Pines y Keinan (2005), en su estudio con policías, muestran una relación significativa e inversa entre la satisfacción y el burnout. Todo ello en la línea del presente estudio. También en la misma línea en varios estudios se destaca la relación significativa y directa entre el síndrome de burnout y los problemas de salud (Alarcón et al., 2001; Bühler & Land, 2003; Grau, Suñer & García, 2005; Honkonen et al., 2006; Kim, Ji & Kao, 2011; Martinussen et al., 2007; Moreno-Jiménez, Morett et al., 2006; Morett, 2005; Moriana & Herruzo, 2004; Olmedo et al., 2001; Peterson et al., 2008; Pines & Keinan, 2005)

Por otra parte, los resultados obtenidos indican que el Estrés traumático secundario se relaciona de forma significativa y directa con los problemas de salud física y de salud mental (con un tamaño del efecto grande, en ambos casos). Por su parte, Satisfacción por ayudar se relaciona de forma significativa e inversa con los problemas de salud física y de salud mental (con un tamaño del efecto medio, en ambos casos). Esta asociación de las dimensiones de la calidad de vida profesional con la salud se destaca también en los resul-

tados de estudios donde se confirma una relación significativa y directa entre el Estrés traumático secundario y los problemas de salud (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias & Vargas, 2012; Morett, 2005).

### **10.3.5. Relación de las variables personales entre sí.**

En la relación de los Cinco Grandes con el afrontamiento, Neuroticismo tiene una relación significativa y directa con Escape cognitivo y Consumo (con un tamaño del efecto medio, en ambos casos), y significativa e inversa con Afrontamiento conductual de los problemas (con un tamaño del efecto pequeño). Para Responsabilidad la correlación es, justo, a la inversa de la que mantiene Neuroticismo con los estilos de afrontamiento (en este caso solo con Afrontamiento conductual de los problemas se llega a un tamaño del efecto medio). Amabilidad se relaciona de forma significativa e inversa con Escape cognitivo y con el consumo de alcohol o drogas (aunque en ambos casos con un tamaño del efecto pequeño). En diferentes estudios se aportan relaciones similares a las obtenidas en el presente estudio, sobre todo las de Neuroticismo de forma directa con estilos de afrontamiento evitativo (Bishop et al., 2001; Carver & Connor-Smith, 2010; Chico, 2000; Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Hudek-Knezevic et al., 2006) o de forma inversa con estilos de afrontamiento activos (Grant & Langan-Fox, 2006); o la de Responsabilidad en sentido opuesto al Neuroticismo (Bishop et al., 2001; Burgess et al., 2010; Carver & Connor-Smith, 2010; Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Grant & Langan-Fox, 2006; Peng et al., 2012); y también las de Amabilidad de forma inversa con el afrontamiento evitativo (Carver & Connor-Smith, 2010; Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Hudek-Knezevic et al., 2006). Por el contrario, en estos estudios aparece también relaciones de Extraversión y Apertura de forma directa con Afrontamiento centrado en el problema (Bishop et al., 2001; Burgess et al., 2010; Grant & Langan-Fox, 2006; Hudek-Knezevic et al., 2006) y de forma inversa con el afrontamiento evitativo (Carver & Connor-Smith, 2010; Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Hudek-Knezevic et al., 2006) que en el presente estudio no se obtienen.

Con respecto de la personalidad resistente, en el presente estudio no se obtienen las relaciones que otros estudios han encontrado con el afrontamiento. Así, diferentes estudios ponen de relieve la relación directa de la personalidad resistente con el Afrontamiento activo o centrado en el problema, bien con respecto de la puntuación global (Eschleman et al., 2010; Hsieh et al., 2004; Simoni & Paterson, 1997) o de alguna de sus dimensiones (Ben-Zur & Michael, 2007; Garrosa et al., 2010). Y otros estudios resaltan la relación inversa



de la personalidad resistente y sus dimensiones con el afrontamiento evitativo (Boyle, Grap, Younger & Thornby, 1991; Garrosa et al., 2010). De forma particular, y con personal sanitario, Shamai (1999) encontró que la dimensión Implicación era la más fuertemente relacionada con la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento activas-adaptativas en una situación de gran estrés personal y laboral.

En la relación entre los Cinco Grandes y la personalidad resistente, por un lado, Extraversión se relaciona de forma significativa y directa con la puntuación global de personalidad resistente y sus tres dimensiones (con un tamaño del efecto medio, salvo con Control). Por otro lado, Responsabilidad se relaciona de forma más significativa y directa con la puntuación global e Implicación (con un tamaño del efecto pequeño). También de forma más significativa y directa es la relación de Apertura con la puntuación global y Reto (con un tamaño del efecto pequeño). La tendencia de relación inversa entre Neuroticismo y personalidad resistente y sus dimensiones, y de relación directa con los otros cuatro factores de personalidad se repite en algunos estudios (Eschleman et al., 2010; Kardum & Hudek-Knezevic, 2012; Kardum, Hudek-Knezevic & Krapic, 2012; Maddi et al., 2002; Skomorovsky & Sudom, 2011; Zhang, 2011).

#### **10.3.6. Relación entre las variables personales y sociales.**

En la relación de los Cinco Grandes con el apoyo social, por los datos obtenidos se observa que Neuroticismo tiene una relación significativa e inversa con el Apoyo social de la familia y de los amigos (con un tamaño del efecto medio, en ambos casos) mientras que la relación con Extraversión y Responsabilidad es significativa y directa (también con un tamaño del efecto medio, salvo entre Responsabilidad y Apoyo social de los amigos). Por su parte, Apertura se relaciona de forma significativa y directa con el apoyo social de los amigos (con un tamaño del efecto pequeño). La evidencia mostrada por otros estudios reflejan datos similares a los del presente estudio, tanto en lo referido a la relación inversa de Neuroticismo con el apoyo social como a la relación directa del apoyo social con los otros factores de personalidad (Hudek-Knezevic et al., 2006; Swickert, 2009; Swickert et al., 2010; Tong et al., 2004).

Por otra parte, en el presente estudio, la puntuación global de personalidad resistente se relaciona de forma más significativa y directa con el Apoyo social de la familia (con un tamaño del efecto pequeño aunque cercano a medio). Mientras que Implicación se relaciona de forma significativa y

directa con el Apoyo social de la familia (con un tamaño del efecto medio) y con el Apoyo social de los amigos (con un tamaño del efecto pequeño). Un resultado similar se muestra en los estudios de Godoy-Izquierdo y Godoy (2002) y Eschleman et al. (2010). También, en el estudio de Garrosa et al. (2010) donde el apoyo social correlaciona de forma significativa y directa con Implicación. Por el contrario, en el estudio de Ben-Zur y Michael (2007) la relación significativa y directa se establece entre Reto y Control con el apoyo social.

Por último, los datos obtenidos en referencia a la relación entre los estilos de afrontamiento y el apoyo social, la única relación significativa es la que se da entre el apoyo social de la familia y de los amigos y el consumo de alcohol o drogas, es una relación inversa (pero en ambos casos con un tamaño del efecto pequeño). Por el contrario, otros estudios que evalúan la relación entre el apoyo social y el afrontamiento destacan que la satisfacción con el apoyo social se relaciona con el uso de un afrontamiento más adaptativo, como el afrontamiento centrado en el problema (Ben-Zur & Michael, 2007; DeLongis & Holtzman, 2005). En el estudio de Hudek-Knezevic et al. (2006) encuentran que el apoyo social se relaciona de forma significativa y directa con el Afrontamiento centrado en el problema y solo el apoyo social de los amigos se relaciona de forma significativa y directa con el Afrontamiento centrado en las emociones.

#### **10.4 Análisis del efecto de las variables sociodemográficas o sociolaborales sobre las variables criterio**

Se ha seleccionado alguna de las variables sociodemográficas o sociolaborales que en algunos estudios han resultado significativas en relación con variables criterios como burnout (García-Carmona & Robles-Ortega, 2011; Gil-Monte et al., 1996; Morett, 2005), estrés traumático secundario (Chang et al., 2003; Jonsson et al., 2003; Morett, 2005) y salud (Chamberlin & Green, 2010; Morett, 2005). Con el procedimiento del análisis de varianza de un factor (ANOVA) se pudo detectar ciertas diferencias significativas de interés.

Según los resultados obtenidos aparecen diferencias entre los participantes de 24 a 40 años con los de 51 a 60 años, fundamentalmente en el riesgo de padecer de Estrés traumático secundario donde la diferencia, según el coeficiente Eta, es medio pero cercano a ser grande y además se confirma con los procedi-

mientos de comparaciones múltiples post hoc. Los bomberos con un rango de edad entre los 51 a 60 años tienen más riesgo de padecer de Estrés traumático secundario que los bomberos entre 24 a 40 años. Por otra parte, con respecto del riesgo de padecer de Cansancio emocional, a priori, la diferencia con los mismos rangos de edad es de tamaño medio pero no se confirma con los procedimientos post hoc. Sin embargo, como indican Gil-Monte et al. (1996) algunos estudios en los que se estratifica en intervalos la edad ponen de manifiesto la presencia de una relación curvilínea con Cansancio emocional, de forma que adoptaría una forma de "U" invertida, mientras que en el presente estudio es el mayor rango de edad el que presenta mayor puntuación en Cansancio emocional. En estudios como los de Gil-Monte et al. (1996), utilizando el procedimiento ANOVA no encuentran diferencias significativas entre los intervalos de edad y el burnout.

También se ha dado diferencias significativas entre solteros y divorciados en salud mental. Es una diferencia de tamaño pequeño pero cercano a ser medio. Nuestros datos indican que los divorciados presentan peor salud mental que los solteros, tal y como aparece en otros estudios como el de Artazcoz, Cortés, Borrell, Escribá-Agüir y Cascant (2011) con trabajadores españoles. Aunque este estudio plantea diferentes conclusiones en cuanto a la relación entre el estado civil y la salud mental, se observa un peor resultado en salud mental para los divorciados.

Por último, se obtienen diferencias significativas entre el rango de tiempo trabajado de 0-5 años (lo más jóvenes) con el rango de más de 20 años (lo más veteranos) en cuanto al riesgo de padecer Cansancio emocional (con un tamaño del efecto grande) y al Estrés traumático secundario (con un tamaño del efecto medio elevado). Aunque inicialmente también se presenta una diferencia significativa con los problemas en salud física y en salud mental (con un tamaño del efecto medio, en ambos casos), posteriormente no se confirman con los procedimientos post hoc. Los bomberos con más de 20 años de experiencia laboral son los que más riesgo tienen de padecer de Estrés traumático secundario y Cansancio emocional. Con respecto del burnout estos resultados son diferentes de los que obtiene el estudio de Durán et al. (2006), en una muestra de policías locales, que presentan al intervalo de 6 a 15 años de antigüedad en el servicio como el más afectado por los síntomas de burnout. Sin embargo, en la línea del presente estudio, los resultados de Morett (2005) indican que la experiencia profesional si tiene diferencias significativas con Cansancio emocional, según el autor los bomberos con más años de experiencia laboral presentan valo-

res mayores en Cansancio emocional que el grupo de bomberos que tienen menos años de experiencia laboral. El autor argumenta que con el paso del tiempo se está más expuesto a situaciones de riesgo tanto a nivel de tensión ocupacional como de incidentes críticos traumáticos. En esta misma línea Regehr et al. (2003) indican que hay relación directa entre los años de experiencia laboral y los niveles de tensión traumática y depresión. Así, de forma global, el burnout se ve influenciado por el tiempo de servicio según los datos de Coutinho (2012) con personal sanitario.

## **10.5 Análisis de regresión de las variables del estudio**

Con una intención exploratoria, por medio de la regresión lineal múltiple se pretende averiguar qué variables predictoras influyen en las diferentes variables criterio del estudio, que en este caso son las tres dimensiones del burnout, las dos dimensiones de la calidad de vida profesional y la salud (física y mental), respectivamente.

### **10.5.1 Análisis de regresión del burnout**

Con respecto de las dimensiones del burnout, por los datos obtenidos sobre Cansancio emocional con una mayor puntuación en Neuroticismo, una mayor percepción de conflicto interpersonal en el trabajo, tanto con compañeros como con jefes, y más tiempo de trabajo en la profesión se predice mejor el riesgo de padecer Cansancio emocional. En cuanto a la predicción del tiempo trabajado en otros estudios con bomberos, en la misma línea que el presente estudio, se confirma una relación significativa y directa lo que viene a indicar que cuanto más años de profesión más riesgo de padecer Cansancio emocional (Dean et al. 2003; Morett, 2005; Prati, Palestini et al., 2009). Por el contrario, en el estudio de Olmedo et al., (2001) el tiempo de ejercicio profesional en personal sanitario predice Cansancio emocional, pero de forma inversa. Con respecto de los conflictos interpersonales, en el estudio de Gil-Monte (2004) con policías municipales, de N. Payne (2000), Gil-Monte, Carretero y Roldán (2005) y Garrosa et al. (2008) con enfermeras, y también en el estudio de Alarcón et al. (2001) se indica que las interacciones conflictivas o conflictos interpersonales en el lugar de trabajo predicen (de forma directa) Cansancio emocional, en la línea del presente estudio. Por su parte, con

respecto de Neuroticismo los resultados de diversos estudios confirman, como en el presente estudio, su capacidad predictora directa del Cansancio emocional (Bühler & Land, 2003; Coutinho, 2012; Grundy, 2000; Hudek-Knezevic et al., 2006; Morán, 2005b, 2006; Norris, 2011; Zellars et al., 2000).

Por otra parte, por los datos obtenidos una mejor percepción del apoyo social de la familia predice un menor Cansancio emocional. Esta capacidad predictora del apoyo social de la familia se confirma en otros estudios (Bühler & Land, 2003; Garrosa et al., 2010, Gil-Monte, Carretero & Roldán, 2005; Hudek-Knezevic et al., 2006).

Por los datos obtenidos ni la personalidad resistente y sus dimensiones ni los estilos de afrontamiento predicen Cansancio emocional. Por otra parte, en el análisis de la literatura se comprueba que otros estudios basados en variables similares a las del presente estudio obtienen diferentes predictores de Cansancio emocional. Relacionado con los Cinco grandes, Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad predicen de manera inversa (Morán, 2005b, 2006; Norris, 2011) y Apertura predice de forma directa (Norris, 2011). Relacionado con las dimensiones de la personalidad resistente, las dimensiones Implicación, Control y Reto predicen de forma inversa (Garrosa et al., 2008; Garrosa et al., 2005; Garrosa et al., 2010; Morett, 2005; Regehr et al., 2000). Y en relación con los estilos de afrontamiento, el Afrontamiento de evitación predice de manera directa (Durán et al., 2006; Morán, 2005b, 2006), mientras que el Afrontamiento centrado en los problemas predice de forma inversa (Morán, 2005b, 2006; Yu-ling, 2011).

Sobre Despersonalización, los resultados obtenidos indican que una mayor puntuación en Neuroticismo y mayor percepción de cambios en el trabajo predicen mejor el riesgo de padecer Despersonalización. Por otra parte, una mayor puntuación en Amabilidad predice una menor Despersonalización. En la línea de los resultados obtenidos en el presente estudio, con respecto al Neuroticismo varios estudios identifican su capacidad de predicción (de forma directa) sobre Despersonalización (Coutinho, 2012; Grundy, 2000; Morán, 2005b). Y la capacidad de predicción (de forma inversa) del factor Amabilidad se señala en el estudio de Zellars et al. (2000).

En el presente estudio, ni el tiempo trabajado, ni la personalidad resistente y sus dimensiones ni los estilos de afrontamiento, ni el apoyo social predicen Despersonalización. Con la revisión de otros estudios basados en variables similares a las del presente estudio se obtienen diferentes predictores de

Despersonalización. Con respecto de los Cinco Grandes, el factor Apertura predice de forma directa (Norris, 2011) mientras que Extraversión lo hace de forma inversa (Zellars et al., 2000). En referencia a las dimensiones de la personalidad resistente, Implicación, Control y Reto predicen de manera inversa (Garrosa et al., 2008; Garrosa et al., 2005; Garrosa et al., 2010; Moreno-Jiménez, Morett et al., 2006). Y por lo que respecta a los estilos de afrontamiento, el Afrontamiento de evitación predice de forma directa (Durán et al., 2006; Hudek-Knezevic et al., 2006; N. Payne, 2000) mientras que el Afrontamiento centrado en los problemas predice de manera inversa (Garrosa et al., 2010; Sasaki et al., 2009). También se señala a las interacciones conflictivas o conflictos interpersonales en el lugar de trabajo como predictor directo (Garrosa et al., 2008; Gil-Monte, Carretero & Roldán, 2005; N. Payne, 2000) y a la experiencia laboral, también, como predictor directo del síndrome de burnout (Moreno-Jiménez, Morett et al., 2006). Por último, en el estudio de Gil-Monte, Carretero y Roldán (2005) se indica que el apoyo social es predictor inverso de Despersonalización.

Sobre Realización personal, una mayor puntuación en Extraversión y Apertura y una mayor tendencia a afrontar los problemas de forma conductual predicen una mayor Realización personal. Con respecto de Extraversión, su valoración como predictor directo de Realización personal es también indicada por otros estudios (Bühler & Land, 2003; Norris, 2011; Zellars et al., 2000), como también lo es la capacidad de predicción directa de Apertura (Coutinho, 2012; Zellars et al., 2000). En cuanto al Afrontamiento activo o centrado en los problemas, también se valora como un predictor directo (Garrosa et al., 2005; Garrosa et al., 2010; Sasaki et al., 2009). Por su parte, en el meta-análisis que realiza Alarcon et al. (2009) encuentran que los Cinco Grandes predicen las tres dimensiones del burnout.

Por lo tanto, por los datos obtenidos ni el tiempo trabajado, ni la variable laboral, ni la personalidad resistente, ni el apoyo social predicen Realización personal. Al revisar otros estudios basados en variables similares a las del presente estudio se obtienen diferentes predictores de Realización personal. Relacionado con los Cinco grandes, Extraversión y Responsabilidad predicen de forma directa (Coutinho, 2012; Morán, 2005b), Amabilidad predice de forma directa según Hudek-Knezevic et al. (2006) y Coutinho (2012) o de forma inversa según Norris (2011). También de forma inversa predice Neuroticismo (Morán, 2005b). En referencia a las dimensiones de la personalidad resistente, Implicación, Control y Reto predicen de manera directa (Garrosa et al., 2008; Garrosa et al., 2005; Garrosa et al., 2010). Por lo que respecta a los estilos de

afrontamiento, el Afrontamiento de evitación se presenta como un predictor inverso (Durán et al., 2006; Morán, 2005b; N. Payne, 2000) mientras que el Afrontamiento activo o centrado en los problemas se presenta como un predictor directo (Morán, 2005b). También se señala a las interacciones conflictivas o conflictos interpersonales en el lugar de trabajo como predictor inverso (Garrosa et al., 2005; Gil-Monte, Carretero & Roldán, 2005). Por último, algunos estudios indican que el apoyo social es predictor directo de Realización personal (Garrosa et al., 2010; Gil-Monte, Carretero & Roldán, 2005; Hudek-Knezevic et al., 2006).

### **10.5.2 Análisis de regresión de la calidad de vida profesional**

En relación con la calidad de vida profesional, por los datos obtenidos sobre Estrés traumático una mayor puntuación en Neuroticismo, un mayor tiempo trabajado en la profesión, una mayor percepción de cambios en el puesto de trabajo y un uso de estilos de afrontamiento basados en el escape cognitivo predicen un mayor riesgo de puntuar alto en Estrés traumático secundario. Por el contrario, un uso del Escape conductual predice una menor puntuación en Estrés traumático secundario. Algunos autores llegan a conclusiones similares a las del presente estudio. En relación con el Neuroticismo se mantiene su predicción (de forma directa) del estrés traumático (LaFauci & Marotta, 2011; Huang et al., 2013; S. L. Wagner et al, 2010). Por su parte, la capacidad de predicción directa del tiempo trabajado o años de experiencia profesional sobre el Estrés traumático secundario se presenta también en otros estudios como el de D. Wagner, Heinrichs y Ehler (1998), Chang et al. (2003), Regehr et al. (2003) y Morett (2005), este autor lo relaciona con el mayor riesgo que tienen los veteranos de participar en incidentes críticos con riesgo de generar estrés traumático. Por último, con respecto del estilo de afrontamiento Escape cognitivo y en general con los afrontamientos evitativos se mantiene la predicción directa del estrés traumático (Beaton et al., 1999; J. Brown et al., 2002; Chang et al., 2003; Del Ben, 2004; W. H. Holland, 2008; Huang et al., 2013; Marmar et al., 1996; Prati, Palestini et al., 2009).

Por los datos obtenidos, ni la personalidad resistente, ni el apoyo social predicen Estrés traumático secundario en el presente estudio. Con la revisión de otros estudios basados en variables similares a las del presente estudio se obtienen diferentes predictores de Realización personal. Así, Marmar et al. (2006) en su estudio con policías indican que el Afrontamiento centrado en los problemas así como un bajo apoyo social

predicen de manera directa Estrés traumático, los propios autores indican que resulta contraintuitiva esta forma de predicción del afrontamiento activo pero lo relacionan con el posible incremento de la demanda de afrontamiento para hacer frente a los síntomas persistentes por la continua exposición a incidentes críticos. Para Regehr et al. (2003) el apoyo social predice de forma inversa Estrés traumático secundario y salud. También Armstrong, Shakespeare-Finch y Shochet (2014) indican que el afrontamiento cognitivo es un predictor directo del estrés traumático, según los autores por recurrir a la reevaluación y ello propiciar la rumiación de los pensamientos, que se vincula con la preocupación. Indican, además, que en su estudio con bomberos el apoyo social es un predictor inverso del estrés traumático pero deja de ser significativo cuando se introduce el análisis del afrontamiento en el modelo final de regresión.

Sobre Satisfacción por ayudar, por los resultados obtenidos una mayor puntuación en Extraversión, Implicación y un afrontamiento conductual dirigido a los problemas predicen una mayor puntuación en Satisfacción por ayudar. Por el contrario, la percepción de conflictos en el lugar de trabajo predice una puntuación menor en Satisfacción por ayudar. En el estudio de Morett (2005) también Implicación o compromiso con la profesión predice de forma directa la Satisfacción por ayudar. Otros estudios muestran también que el Afrontamiento centrado en el problema predice de manera directa la Satisfacción por ayudar (Prati, Palestini et al., 2009).

En el presente estudio, ni el tiempo trabajado, ni el apoyo social predicen Satisfacción por ayudar. Al revisar otros estudios basados en variables similares a las del presente estudio se obtienen diferentes predictores de Satisfacción por ayudar. Así, en el estudio de Craig y Sprang (2010) con psicólogos y trabajadores sociales obtienen que los años de experiencia clínica son un predictor significativo y directo de Satisfacción por ayudar.

### **10.5.3 Análisis de regresión de la salud**

Por último, con respecto de la salud física, por los resultados obtenidos con puntuaciones elevadas en Neuroticismo y Estrés traumático secundario, y cuando se destaca el uso de un estilo de afrontamiento basado en el consumo de alcohol o drogas y se tiene una elevada percepción de conflictos interpersonales en el puesto de trabajo se predice mayores problemas de salud física. En sentido opuesto, con altas puntuaciones



en Implicación se predice un mejor estado de salud física. En comparación con el estudio de Morett (2005) el Estrés traumático secundario es también un predictor de la salud física, en la línea del presente estudio, pero además este autor lo constata también como predictor del Cansancio emocional y Despersonalización. Por otra parte, mientras que en el presente estudio, sobre salud física, se obtiene como variable predictora a la dimensión Implicación, en el de Morett (2005) aparece como predictor la dimensión Control. Para Orejudo y Froján (2005) el Neuroticismo es un predictor de sintomatología física, en la línea del presente estudio, por el contrario también para Orejudo y Froján (2005) los estilos de afrontamiento evitativos aparecen como predictores de síntomas físicos. En esta línea, Grant y Langan-Fox (2006) indican que bajo Neuroticismo y alta Extraversión y Responsabilidad predicen un mejor estado de salud física, por el contrario alto Neuroticismo y baja Responsabilidad predicen un peor estado de salud física.

Por los resultados obtenidos ni el tiempo trabajado, ni el apoyo social, ni el burnout predicen la salud física.

Con respecto de la salud mental, en el presente estudio con puntuaciones elevadas en Neuroticismo, Estrés traumático secundario y cuando se destaca en el uso de un estilo de afrontamiento basado en el consumo de alcohol o drogas y en escape cognitivo, se predice mayores problemas de salud mental. De forma inesperada, también Realización personal predice de forma directa los problemas de salud mental. Se podría indicar que los ítems que identifican a esta dimensión del burnout parecen estar muy cercanos al concepto de empatía, lo que puede explicar que los esfuerzos por empatizar con las personas a las que se atienden puede tener como contrapartida un mayor riesgo para el equilibrio emocional propio (Meda et al., 2012). Por otra parte, en sentido opuesto, por los resultados obtenidos con altas puntuaciones en Amabilidad, Satisfacción por ayudar y cuando se destaca en el uso de un estilo de afrontamiento conductual centrado en los problemas se predice un mejor estado de salud mental. En este caso al comparar estos resultados con el estudio de Morett (2005) se coincide en la predicción directa del Estrés traumático secundario pero no en la de las dimensiones de burnout, que para este autor sigue siendo Cansancio emocional y Despersonalización. En el estudio de Korotkov y Hannah (2004), S. L. Wagner et al. (2010) y S. L. Wagner y O'Neil (2012) el Neuroticismo es un predictor directo de salud (tanto física como mental), en la línea del presente estudio. Por el contrario, para Chang et al. (2003) el tiempo trabajado en la profesión y el afrontamiento activo son pre-

dictores de la morbilidad en salud mental, ambos como factores de riesgo. Esta relación del afrontamiento activo como factor de riesgo de morbilidad psiquiátrica va en sentido contrario al que hemos obtenido en el presente estudio, pero se puede entender mejor si advertimos que específicamente hace alusión a un afrontamiento centrado en los esfuerzos agresivos por alterar la situación, lo que denota cierto grado de enfado, hostilidad e ira. Por su parte, para Sirrat (2001) las tres dimensiones del burnout sirven como predictores del distrés psicológico.

En el presente estudio, ni el tiempo trabajado, ni la variable laboral, ni la personalidad resistente, ni el apoyo social predicen la salud mental.

## 10.6 Análisis de la modulación de las variables personales y sociales

Partiendo de las propuestas de los modelos de referencia y considerando las dificultades en la delimitación conceptual y empírica del papel de determinadas variables como mediadoras o moderadoras se analiza el papel de modulación de los Cinco Grandes, personalidad resistente, estilos de afrontamiento y apoyo social.

Varios son los estudios en los que las variables analizadas han jugado o bien un papel de mediador o de moderador. De forma general, para Rodríguez-Carvajal y Rivas (2011) entre las principales variables moduladoras que median el efecto de los distintos estresores en la respuesta de estrés laboral y de sintomatología de burnout se encuentra las estrategias de afrontamiento activo y de apoyo social, y la personalidad resistente.

De forma más específica, con respecto de las variables de personalidad los factores de personalidad han sido valorados tradicionalmente como variables moderadoras al indicarse que pueden servir para atenuar o exacerbar la conexión entre el estrés y sus consecuencias (Pérez-García, 2011), en este sentido Navarro y Arévalo (2000) confirman su postura a favor de considerar los rasgos de personalidad como variable moderadora. Por su parte Morett (2005) identifica un papel moderador de la personalidad resistente en la calidad de vida profesional y Peñacoba y Moreno-Jiménez (1998) proponen a la dimensión Implicación como una variable moderadora de los efectos del estrés. También Morante (2007) identifica a las variables de personalidad como moderadoras entre los antecedentes laborales y el estrés traumático secundario.

En el presente estudio se analizó el papel moderador del Neuroticismo, Extraversión, Amabilidad y Apertura que son los factores de personalidad que se identificaron como predictores en el análisis de regresión. Así, Extraversión modera entre Conflicto y Realización personal. Se podría especular que las facetas de la Extraversión denominadas cordialidad, gregarismo y asertividad pueden ser herramientas útiles en el manejo de los conflictos interpersonales en el lugar de trabajo (Costa & McCrae, 1999). Así, con moderadas puntuaciones en Extraversión se consigue una mejora en la Realización personal. Por su parte, Apertura modera entre Cambio y Realización personal, en este caso el equilibrio entre el interés por el mundo exterior y el deseo de considerar lo nuevo con cierto convencionalismo y preferencia por lo familiar (Costa & McCrae, 1999) puede ayudar a los bomberos de la muestra a manejar de forma constructiva los cambios en el lugar de trabajo. Por eso, con moderadas a bajas puntuaciones en Apertura se consigue una mejora en la Realización personal.

En cuanto a la personalidad resistente, en el presente estudio solo la dimensión Implicación presenta efectos de moderación entre Conflicto y salud física, y entre Estrés traumático secundario y salud física. Con la implicación se genera un conjunto de creencias que reducen la amenaza percibida ante cualquier suceso vital estresante, además poseen las habilidades y el deseo de enfrentarse exitosamente a las situaciones de estrés (Godoy-Izquierdo & Godoy, 2002; Morett, 2005; Peñacoba & Moreno-Jiménez, 1998). Estas mismas características explican que con una mayor Implicación se consiga reducir los problemas en salud física ante los conflictos interpersonales en el lugar de trabajo, y por el contrario la presencia de una muy baja Implicación ayudará mejor a evitar problemas en salud física ante la presencia de Estrés traumático secundario, recordando que este estrés es el coste por ayudar a otros que han sufrido un trauma y se caracteriza por problemas a nivel cognitivo, emocional, motor y somático (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa et al., 2004; Sabin-Farell & Turpin, 2003).

En el caso del afrontamiento, se ha valorado bien como moderador o como mediador. Por un lado, las perspectivas transaccionales existentes en el estudio del estrés profesional han considerado el afrontamiento como una variable mediadora, que actúa en situaciones estresantes y que afecta a las consecuencias de su exposición. Por otro lado, en el análisis de investigaciones empíricas se puede comprobar que no siempre son explícitas las explicaciones del efecto de las estrategias o estilos de afrontamiento o son considerados indis-

tintamente como moderadores o mediadores (Guarino, 2013), acabando generalmente por considerarlos como moderadores en la relación entre estrés y salud (Marques-Pinto, Lima & Lopes Da Silva, 2005) sobre todo si como indica Buceta et al. (2001) el afrontamiento es visto como una disposición estable (cercana al rasgo). Sin embargo, otros autores proponen que tanto los estilos como las estrategias de afrontamiento funcionan como mediadores (Ângelo & Chambel, 2014; De Miguel & Hernández, 2004). La clave está en superar las deficiencias metodológicas que indica Lazarus (2000) con respecto a la evaluación del afrontamiento como estilo.

En el presente estudio se analizó el papel moderador de los estilos de afrontamiento que se identificaron como predictores en el análisis de regresión. Así, el Afrontamiento conductual de los problemas modera entre la dimensión Cambio con Realización personal y entre la dimensión Conflicto con Realización personal, el mismo estilo de afrontamiento modera de diferente manera según sea la dimensión laboral. Con los cambios en el lugar de trabajo, la Realización personal se ve favorecida con un menor uso de este estilo de afrontamiento, como si esforzarse por eliminar o paliar lo que esos cambios puedan suponer no ayudara a mejorar los sentimientos de competencia personal sobre todo porque son cambios impuestos de forma externa al trabajador. Por el contrario, con los conflictos interpersonales en el lugar de trabajo, la Realización personal se ve favorecida con un moderado uso de este estilo de afrontamiento, probablemente los conflictos interpersonales requieren un abordaje directo y activo. Además, el Escape cognitivo modera entre Cambio y Estrés traumático secundario. Con los cambios en el lugar de trabajo, el Estrés traumático secundario no se aumenta si se hace un menor uso de este estilo de afrontamiento. La desconexión mental no parece efectiva en este caso. Por último, el Escape conductual modera entre la dimensión Cambio y Estrés traumático secundario. En este caso es un mayor uso de este estilo de afrontamiento lo que ayuda a evitar incrementos del Estrés traumático secundario ante los cambios. Así, se observa que aunque ambos estilos se refieren al escape funcionan de forma diferente según su naturaleza (cognitiva vs. conductual).

Por otra parte, en cuanto al efecto de mediación el Afrontamiento conductual de los problemas media de forma completa entre Cambio y Realización personal. Así, el mismo estilo de afrontamiento modula esta relación moderando y mediando de forma completa. Es decir, los cambios en el lugar de trabajo inciden en Realización personal de forma indirecta a través de este estilo de afrontamiento y además, ante los cambios en el lugar de trabajo, la Realización personal se ve más favorecida por un uso menor de dicho estilo de afrontamiento.

Con respecto del apoyo social, Regehr (2009) identifica un efecto de mediación del apoyo social ante el distrés psicológico en bomberos. En esta línea de valorar el apoyo social como mediador están otros estudios (Topa-Cantisano & Morales-Domínguez, 2007). Pero tal y como afirma Pérez-García (2011) si bien el apoyo social se conceptualiza de forma tradicional como una característica propia del entorno social, la percepción de dicho apoyo se puede considerar como una característica de la persona, con un carácter estable en el tiempo y consistente entre las situaciones, lo que le caracterizaría como un moderador. Así, Sandín (2008a) presenta al apoyo social como moderador (sobre el afrontamiento) y como mediador (sobre la salud), sin embargo Mallinckrodt (2000) presenta al apoyo social como moderador de la relación entre estresores y los síntomas de distrés. También Huynh, Xanthopoulou y Winefield (2013) indican que el apoyo social de la familia y los amigos modera la relación entre conflictos y Cansancio emocional.

En el presente estudio la percepción de apoyo social de la familia modera entre el tiempo trabajado y Cansancio emocional. Una baja percepción del apoyo social de la familia se asocia con un incremento del Cansancio emocional con el paso del tiempo trabajado. Lo que confirma la importancia que el apoyo social tiene en ayudar a mitigar uno de los aspectos negativos más destacados del burnout.

Por otra parte, en cuanto al efecto de mediación este apoyo social de la familia media de forma parcial entre el tiempo trabajado y Cansancio emocional. Es decir, el tiempo trabajado incide en Cansancio emocional de forma directa pero también de forma indirecta a través de este apoyo social. Estos resultados por los que el Apoyo social modera y media ante el Cansancio emocional pone de manifiesto la importancia de la percepción del apoyo social para modificar el riesgo de sufrir Cansancio emocional en los bomberos profesionales más veteranos.



## 11. CONCLUSIONES

La European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA, 2011) indica, entre otras recomendaciones, que es necesario planificar medidas de prevención primaria de los problemas de salud mental. Se entiende que la prevención primaria se centra en la preparación psicológica potenciando las capacidades de afrontamiento, ciertas características psicológicas como la personalidad resistente o el apoyo social. En este contexto, con la presente investigación se ha explorado la relación entre ciertas variables personales (como la personalidad y el estilo de afrontamiento), y variables sociales (como el apoyo social) con el burnout (en sus dimensiones de Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal), la calidad de vida profesional (en sus dimensiones de Estrés traumático secundario y Satisfacción por ayudar) y la salud (tanto física como mental) en una muestra de bomberos de Gran Canaria. Se presenta a continuación las principales conclusiones derivadas de los resultados obtenidos en el estudio:

1. En líneas generales, la puesta en marcha de medidas de prevención primaria del burnout, del estrés traumático y de los problemas de salud física y salud mental, en esta muestra de bomberos puede ser muy eficiente por los bajos niveles mostrados en la prevalencia de estos problemas.
2. Las medidas de prevención primaria a poner en marcha deben tener en cuenta que los más veteranos, así como la presencia de problemas concomitantes en el ámbito laboral como conflictos interpersonales o cambios en el lugar de trabajo deben ser tenidos en cuenta por su asociación con el burnout, la disminución de la calidad de vida profesional y el deterioro de la salud.
3. En esta línea de una prevención primaria específica para los bomberos profesionales y por las asociaciones encontradas en este trabajo se debería potenciar el uso de estilos de afrontamiento activos como el Afrontamiento conductual de los problemas así como el Apoyo social de la familia por su relación inversa con el síndrome de burnout, Estrés traumático secundario y problemas de salud.

Por el contrario, se deberían minimizar el uso del Escape cognitivo por su asociación directa con las anteriores variables criterio.

4. También, en la misma línea, otra medida a adoptar es la de promover la dimensión de Implicación (personalidad resistente) por su asociación inversa con el síndrome de burnout y con los problemas en salud física y en salud mental, además de asociarse de forma directa con la Satisfacción por ayudar. Esta dimensión se asocia además de forma directa con el Apoyo social de la familia y de los amigos.
5. Dentro de las recomendaciones de prevención a desarrollar, según la European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA, 2011), también incluyen la necesidad de planificar medidas de prevención secundaria de los problemas de salud mental. La prevención secundaria se centraliza en la puesta en marcha de programas de intervención psicológica. Para este fin, aunque también para la prevención primaria, puede ser útil conocer la capacidad de predicción sobre las variables criterio y el comportamiento de modulación de las variables predictoras, también, sobre las variables criterio. El presente estudio destaca que:

**5.1** Neuroticismo, el tiempo trabajado y Conflicto, de forma directa, y Apoyo social de la familia, de forma inversa, predicen el 41.8% de la variabilidad o varianza de Cansancio emocional. Además, el Apoyo social de la familia, por una parte moderada y por otra parte media (de forma parcial) en la relación entre el tiempo trabajado y Cansancio emocional. Más concretamente, una baja percepción del apoyo social de la familia se asocia con un incremento del Cansancio emocional con el paso del tiempo trabajado. Lo que confirma la importancia que el apoyo social tiene en ayudar a mitigar uno de los aspectos negativos más destacados del burnout.

**5.2** Neuroticismo y Cambio, de forma directa, y Amabilidad, de forma inversa, predicen el 22.7% de la variabilidad o varianza de Despersonalización. Por ello, potenciar ciertas facetas de la



Amabilidad como Confianza, Altruismo, Actitud conciliadora o Sensibilidad a los demás podría mitigar esta dimensión del burnout.

**5.3** Extraversión, Apertura y Afrontamiento conductual de los problemas, de forma directa, predicen el 24.2% de la variabilidad o varianza de Realización personal. Además, las tres variables predictoras actúan como moderadoras. Extraversión y Afrontamiento conductual de los problemas moderan la relación entre Conflicto y Realización personal. Mientras que Apertura y Afrontamiento conductual de los problemas moderan la relación entre Cambio y Realización personal. También se da un efecto de mediación completa del Afrontamiento conductual de los problemas en la relación entre Cambio y Realización personal. Lo que apoya la importancia de promover el uso del Afrontamiento conductual de los problemas para potenciar, sobre todo, la Realización personal ante los conflictos interpersonales en el lugar de trabajo.

**5.4** Neuroticismo, el tiempo trabajado, Cambio y Escape cognitivo, de forma directa, y Escape conductual, de forma inversa, predicen el 37.7% de la variabilidad o varianza de Estrés traumático secundario. Además, tanto el Escape Cognitivo como el Escape conductual moderan la relación entre Cambio y Estrés traumático secundario. En este caso, la naturaleza cognitiva vs. conductual del afrontamiento de escape actúa de forma diferente sobre el Estrés traumático secundario, sin embargo se mantiene la importancia de minimizar el uso del Escape cognitivo.

**5.5** Extraversión, Implicación y Afrontamiento conductual de los problemas, de forma directa, y Conflicto, de forma inversa, predicen el 35.9% de la variabilidad o varianza de Satisfacción por ayudar. También por estos resultados se confirma la importancia de promover tanto el Afrontamiento conductual de los problemas como la Implicación para mejorar la satisfacción de los profesionales por la ayuda prestada.

**5.6** Neuroticismo, Estrés traumático secundario, Consumo de alcohol o drogas y Conflicto, de forma directa, e Implicación, de forma inversa, predicen el 54.1% de la variabilidad o varianza de salud física. Además, la dimensión Implicación modera por una parte la relación entre Conflicto y salud física, y por otra parte la relación entre Estrés traumático secundario y salud física. Así, por una parte, se precisa seguir manteniendo y potenciando las medidas de prevención del consumo de alcohol o drogas por su clara vinculación con los problemas de salud física y por otra parte, aun cuando la promoción de la dimensión Implicación se vincula con una mejor salud física, se debe ser cauto en los casos en los que se esté en riesgo de sufrir Estrés traumático secundario. Ya que en este caso la Implicación podría contribuir a aumentar los problemas en salud física.

**5.7** Neuroticismo, Realización personal, Estrés traumático secundario, Consumo de alcohol o drogas y Escape cognitivo, de forma directa, y Amabilidad, Satisfacción por ayudar y Afrontamiento conductual de los problemas, de forma inversa, predicen el 70.2% de la variabilidad o varianza de salud mental. También en relación con la salud mental el consumo de alcohol o drogas debe ser prevenido por sus nocivas consecuencias. Y además, también en esta ocasión, promover el Afrontamiento conductual de los problemas y minimizar el uso del Escape cognitivo ayudará a conservar un mejor equilibrio en salud mental.

## 12. LIMITACIONES Y LÍNEAS DE TRABAJO FUTURAS

### 12.1 Limitaciones

A pesar de que el presente estudio ha seguido algunas de las directrices de otros estudios similares, es necesario tener en cuenta que existen ciertas limitaciones que deben ser consideradas.

En primer lugar, el diseño transversal y retrospectivo del estudio no permite poner a prueba hipótesis causales, lo que obliga a realizar, en un futuro, investigaciones longitudinales o prospectivas que puedan dar fundamento a este tipo de hipótesis sobre todo al analizar mejor no solo la asociación entre las variables sino también sus cambios a lo largo del tiempo. Según Gascón, Olmedo, Bermúdez, García-Campayo y Ciccotelli, (2003) esto es especialmente válido en el análisis de determinadas variables como el afrontamiento y la salud, pero que en nuestro caso podría ampliarse a la personalidad, personalidad resistente y apoyo social por la dinámica de mediación y/o moderación que han demostrado alguna de estas variables.

En segundo lugar, por las dificultades propias de la naturaleza del estudio de campo fue necesario disponer de una muestra de profesionales seleccionada de forma no aleatoria que han participado en el estudio de forma voluntaria, lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de la generalización de los resultados.

En tercer lugar, el limitado tamaño de la muestra y el amplio número de variables que han sido analizadas obliga a usar con cautela los datos y conclusiones de ellos obtenidas, aún cuando el análisis estadístico aplicado permite cuando menos haber generado una aproximación a las relaciones entre las variables personales y sociales con el burnout, calidad de vida profesional y salud de forma significativa. Un avance en esta línea sería aumentar la muestra del estudio para comprobar, como así esperamos, que los datos se confirmen. En esta línea, el aumento de la muestra permitiría además poner a prueba el modelo teórico planteado, en conjunto, y no sólo una evaluación parcial que es lo que se ha podido realizar en función del número de variables y tamaño de la muestra.

En cuarto lugar, en este estudio solo han participado profesionales varones. Aún cuando los varones son mayoría en esta profesión la posibilidad de generalizar estos resultados podría estar limitada para las profesionales femeninas.

En quinto lugar, el propio uso de autoinformes como instrumentos de recogida de datos plantea siempre el riesgo del sesgo del método común (Martínez, 2010; Salkind, 1998). Aunque se podría haber empleado algún otro método para la recogida de información, como el uso de entrevistas individuales o registros externos a los participantes, el gran número de variables estudiadas y la falta de recursos hacía que fuera prácticamente imposible efectuarlo de otra manera.

En sexto lugar, por el gran número de variables independientes utilizadas se corre el peligro de alcanzar un resultado falsamente positivo (error tipo I), es decir, que una o más de ellas pueden resultar significativas sólo por azar (Pardo & Ruiz, 2002). De ahí que se haya realizado los cálculos estadísticos de regresión lineal múltiple y el path analysis bajo esta premisa.

## 12.2 Líneas de trabajo futuras

En futuras líneas de investigación es necesario enfatizar la necesidad de contar con datos longitudinales que confirmen los resultados aquí obtenidos, con lo cual se podría contribuir a diseñar intervenciones para mejorar los aspectos negativos vinculados a los aspectos psicológicos del ejercicio de la profesión de bomberos.

Por otra parte, a pesar de las limitaciones anteriormente comentadas en el presente estudio, creemos que ante la falta de investigaciones similares en nuestro país, y a pesar de las dificultades que conlleva el hacer conclusiones definitivas en este aspecto, por la muestra tan limitada, consideramos necesario continuar nuestras investigaciones en este campo, con el fin de articular políticas gubernamentales y corporativas para la reducción de los riesgos psicosociales, al igual que se está realizando en algunos países europeos (Cartwright & Cooper, 1999; Schaufeli, 1999). Un ejemplo de la necesidad de cambios se puede observar en los programas formativos que se establecen por el Instituto Nacional de las Cualificaciones Profesionales (INCUAL) para cubrir las competencias en materia de prevención de incendios. Entre los contenidos de esta formación están los relativos a principios psicológicos y técnicas de comunicación en situaciones de emergencia con el doble objetivo de preparar para dar apoyo psicológico a las víctimas y conocer formas de control del propio estrés (INCUAL, 2014). Esta formación bien podría cubrir las necesidades que Bryant y Harvey

(1996), en su estudio sobre estrés traumático en bomberos, ya habían detectado y que identificaban al afirmar que muchos bomberos informaban de eventos en los que su seguridad física no estaba amenazada pero ellos se sintieron amenazados por su incapacidad para manejar el trauma físico o emocional que estaban sufriendo las víctimas. Aumentar y mejorar los datos de los riesgos psicológicos de la actividad profesional de los trabajadores de la seguridad y las emergencias redundará en un beneficio para los propios profesionales y para los ciudadanos, siempre que esos datos se conviertan en acciones que sean apoyadas por las instituciones u organismos responsables.

También sería interesante para próximos trabajos, llevar a cabo investigaciones similares a la presente, pero controlando otras variables relacionadas con la propia organización del trabajo así como con otro tipo de variables personales, ya que la evidencia empírica parece indicar que muchas medidas difieren en función de estas variables.

Todos los estudios e investigaciones analizados en este trabajo (junto con el presente estudio) deben animarnos a seguir escrutando el entorno laboral de los profesionales de las emergencias, con la intención de comprobar en qué medida las características de ese entorno afectan al trabajador e identificar las características personales y sociales que mejor definen el nivel de eficiencia de estos profesionales. Esperamos con éste y sucesivos trabajos, poder contribuir al cuerpo de conocimiento sobre el comportamiento humano en el ámbito laboral de las emergencias, sobre todo con la intención de generar aplicabilidad práctica que pueda ayudar a mejorar las condiciones del ejercicio profesional en este área. Como es el caso del trabajo de Linares-Ortiz, Robles-Ortega y Peralta-Ramírez (2014) por el que plantean una modificación de variables de personalidad a través de la aplicación de un programa de afrontamiento del estrés. O también el trabajo de Ângelo y Chambel (2013) en el que obtienen un efecto significativo y directo a través del apoyo social ofrecido por los propios compañeros de trabajo, entre bomberos, como una fuente que retrasa la aparición de agotamiento, todo ello dentro del marco de una intervención para mejorar la salud en el trabajo. Ambos pueden ser un buen ejemplo de prevención primaria tal y como lo postula la European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA, 2011). Por otra parte, tal y como afirman Gil-Monte y Peiró (2000) los resultados empíricos de muchos estudios hacen pensar que el proceso de quemarse por el trabajo no se desarrolla de igual manera en todos los colectivos profesionales y, por tanto, el diseño de

intervenciones debe ser específico para cada profesión, de ahí la necesidad de conocer más sobre este proceso en los profesionales de la seguridad y las emergencias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, R.E., Boscarino, J.A. & Figley, C.R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (1), 103–108.
- Adams, R.E., Figley, C.R. & Boscarino, J.A. (2008). The Compassion Fatigue Scale: Its use with social workers following urban disaster. *Research on Social Work Practice*, 18 (3), 238-250.
- Aguado, D., Lucia, B., Ponte, G. & Arranz, V. (2008). Análisis inicial de las propiedades psicométricas del cuestionario BFCP-internet para la evaluación de Big Five. *Revista electrónica de Metodología Aplicada*, 13 (2), 15-30. Recuperado de <http://www.psico.uniovi.es/rema/v13n2/a2/>
- Aiken, L.R. (2003). *Tests psicológicos y evaluación* (11a ed.). México: Pearson Educación.
- Alarcon, G., Eschelman, K.J. & Bowling, N.A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work and Stress*, 23 (3), 244-263.
- Alarcón, J., Vaz, F.J. & Guisado, J.A. (2001). Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (I). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29 (1), 8-17.
- Alarcón, J., Vaz, F.J. & Guisado, J.A. (2002). Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 28 (6), 358-381.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78 (4), 505-516.
- Aldwin, C. (1994). *Stress, coping and development*. London: The Guilford Press.
- Aldwin, C. & Revenson, T. (1987). Does coping help? A re-examination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (2), 337-348.
- Alemán, I. (2014). *Desarrollo y validación del cuestionario de apoyo social V.I.D.A. (Vínculos Interpersonales de Apoyo)* (tesis doctoral no publicada). Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

- Aluja, A., Blanch, A., Solé, D., Dolcet, J.M. & Gallart, S. (2008). Validez convergente y estructural del NEO PI R. Baremos orientativos. *Boletín de Psicología*, 92, 7-25.
- Álvarez, E. & Fernández, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 257-265.
- American Psychiatric Association - APA (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association - APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association - APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Test revision). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association - APA (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (5), 1066-1074.
- Amirkhan, J.H., Risinger, R.T. & Swickert, R.J. (1995). Extraversion: A hidden personality factor in coping? *Journal of Personality*, 63 (2), 189-212.
- Anderson, D.G. (2000). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 24 (6), 839-848.
- Andrews, G., Singh, M. & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-256.
- Ângelo, R.P. & Chambel, M<sup>a</sup>.J. (2013). An intervention with firefighters to promote psychological occupational health according to the Job Demands-Resources Model. *Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology*, 28 (2), 197-210.
- Ângelo, R.P. & Chambel, M<sup>a</sup>.J. (2014). The role of proactive coping in the Job Demands-Resources Model: A cross-section study with firefighters. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23 (2), 203-216.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.



- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36 (6), 725-733.
- Antonucci, T.C. & Jonson, E.H. (1994). Conceptualization and methods in social support theory and research as related to cardiovascular disease. En S.A. Shumaker & S.M. Czajkowsky (Eds.), *Social support and cardiovascular disease* (pp. 21-39). New York: Plenum Press.
- Appels, A. (1998). Estrés laboral, agotamiento y enfermedad. En J. Buendía (Ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 119-128). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Appels, A. & Pazo-Álvarez, P. (2001). Agotamiento y síndromes coronarios agudos. En J. Buendía & F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 85-92). Madrid: Pirámide.
- Armstrong, D., Shakespeare-Finch, J. & Shochet, I. (2014). Predicting post-traumatic growth and post-traumatic stress in firefighters. *Australian Journal of Psychology*, 66, 38-46.
- Artazcoz, L., Cortés, I., Borrell, C., Escribá-Agüir, V. & Cascant, L. (2011). Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Social Science & Medicine*, 72, 600-607.
- Arvay, M.J. (2001). Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 23 (4), 283-293.
- Ashton, M.C. & Lee, K. (2007). Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and Social Psychology Review*, 11, 150-166.
- Atance, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71 (3), 293-303.
- Ato, M. & Vallejo, G. (2007). *Diseños experimentales en psicología*. Madrid: Pirámide.
- Austria, F., Cruz, B., Herrera, L. & Salas, J. (2012). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*, 11 (1), 197-206.
- Aveni, M. & Albani, F. (1992). The burnout syndrome in the helping professions: A study of socio-sanitary staff working with the elder persons in different geriatric services in Lombardy area. En J. Via & E. Portella, *La sociedad ante el envejecimiento y la minusvalía*. Vol. 1. Barcelona: S.G. Editores.

- Avero, P., Corace, K.M., Endler, N.S., & Calvo, M. (2003). Coping styles and threat processing. *Personality and Individual Differences*, 35 (4), 843-861.
- Avia, M.D. & Sánchez, M.L. (1995). *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Pirámide.
- Ávila-Espada, A. & Jiménez-Gómez, F. (1999). *Manual MMPI-2. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bacharach, S.B., Bamberger, P.A. & Doveh, E. (2008). Firefighters, critical incidents, and drinking to cope: The adequacy of unit-level performance resources as a source of vulnerability and protection. *Journal of Applied Psychology*, 93 (1), 155-169.
- Badger, K. (2006, April). *Catastrophe in the workplace: Impact of indirect trauma on hospital social workers*. Documento presentado en el 18th National Symposium on Doctoral Research in Social Work. Ohio State University. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1811/25142>
- Baird, K. & Kracen, A.C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19 (2), 181-188.
- Bakker, A.B., Van der Zee, K.I., Lewig, K.A. & Dollard, M.F. (2006). The relationship between the Big Five personality factors and burnout: A study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology*, 146 (1), 31-50.
- Ballesteros, S., Lorrio, S. & Rollán, J. (2012). Professional burnout among basic life support caregivers in the Basque country. *Emergencias*, 24, 13-18.
- Barbaranelli, C., Caprara, G.V., & Rabasca, A. (1998). *Manuale del BFQC. Big Five Questionnaire Children*. Firenze: O.S. Organizacion Speciali.
- Barbaranelli, C., Caprara, G.V., Rabasca, A. & Pastorelli, C. (2003). A questionnaire for measuring the Big Five in late childhood. *Personality and Individual Differences*, 34 (4), 645-664.
- Barram, R.A. (1997). Coping style and perceived support among firefighters. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences and Engineering*, 59 (9-B), 5145.
- Barrera, M. (1980). A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections*, 3, 8-13.

- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents. En B.H. Gotlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 69-96). California: Sage Publications.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14 (4), 413-445.
- Barrera, M. (1988). Models of social support and life stress: Beyond the buffering hypothesis. En L.H. Cohen (Ed.), *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues* (pp. 211-236). California: Sage Publications.
- Barrera, M., Sandler, I.N. & Ramsay, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9 (4), 435-447.
- Barrick, M.R. & Mount, M.K. (1991). The Big Five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44, 1-26.
- Barrick, M.R., Mount, M.K. & Judge, T. (2001). Personality and performance at the beginning of the new millennium: What do we know and where do we go next?. *International Journal of Selection and Assessment*, 9 (1-2), 9-30.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13 (1), 17-23.
- Beaton, R. & Murphy, S. (1995). Working with people in crisis: Research implications. En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 51-81). New York: Brunner / Mazel.
- Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C. Pike, K. & Corneil, W. (1999). Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire service personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (2), 293-308.
- Beck, C.T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nurse*, 25 (1), 1-10.
- Beckham, E. & Adams, R. (1984). Coping behavior in depression: Report on a new scale. *Behavior Research and Therapy*, 22, 71-75.
- Ben-Porath, Y.S. & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF. Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 Restructured Form*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Ben-Zur, H. (2002). Monitoring/Blunting and social support: Associations with coping and affect. *International Journal of Stress Management*, 9 (4), 357-373.
- Ben-Zur, H., Duvdevany, I. & Lury, L. (2005). Associations of social support and hardiness with mental health among mothers of adult children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (1), 54-62.
- Ben-Zur, H. & Michael, K. (2007). Burnout, social support and coping at work among social workers, psychologists and nurses. *Social Work in Health Care*, 45 (4), 63-82.
- Ben-Zur, H. & Yagil, D. (2005). The relationship between empowerment, aggressive behaviours of customers, coping and burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14 (1), 81-99.
- Benavides, A.M., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. & González, J.L. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: el "inventario de burnout de psicólogos". *Clínica y Salud*, 13, 257-283.
- Benet-Martínez, V., & John, O.P. (1998). The Big Five across cultures and ethnic groups: Multitrait multimeethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (3), 729-750.
- Benet-Martínez, V. & Waller, N.G. (1995). The Big Seven factor model of personality description: Evidence for its cross-culture generality in a Spanish sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 701-718.
- Benet-Martínez, V. & Waller, N.G. (1997). Further evidence for the cross-cultural generality of the Big Seven factor model: Indigenous and imported Spanish personality constructs. *Journal of Personality*, 65 (3), 567-598.
- Berkman, L. (1985). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. En S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 241-262). Orlando, FL: Academic Press.
- Berkman, L. & Syme, S. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine year follow up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Berkman, L. & Syme, S. (1994). Social networks, host resistance and mortality: A nine year follow-up study of Alameda County residents. En A. Steptoe & J. Wardle (Eds.), *Psychosocial processes and health* (pp. 43-67). Cambridge: Cambridge University Press.

- Bermúdez, J. (1996). Afrontamiento: aspectos generales. En A. Fierro (Ed.), *Manual de psicología de la personalidad* (pp. 177-209). Barcelona: Paidós.
- Bermúdez, J. (2003). Personalidad, procesos psicológicos y conducta de salud. En J. Bermúdez, A.M<sup>a</sup>. Pérez & P. Sanjuán (Eds.), *Psicología de la personalidad: teoría e investigación* (Vol. 2, pp. 401-439). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Billings, A.G. & Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (2), 139-157.
- Billings, A.G. & Moos, R.H. (1984). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 877-891.
- Bishop, G.D., Tong, E.M., Diong, S.M., Enkelmann, H.C. & Why, Y.P. (2001). The relationship between coping and personality among police officers in Singapore. *Journal of Research in Personality*, 35, 353-374.
- Black, L.K. (1997). How do firefighters cope? An investigation of coping strategies and symptoms of distress within the context of daily stressors. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences and Engineering*, 57 (9-B), 5907.
- Blanch, A., Aluja, A. & Biscarri, J. (2002). Síndrome de quemarse en el trabajo (burnout) y estrategias de afrontamiento: un modelo de relaciones estructurales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 18 (1), 57-74.
- Bober, T. & Regehr, C.D. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work?. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6 (1), 1-9.
- Boer, D.P., Hodgetts, S. & Hodgetts, A. (2008). The California Psychological Inventory – 434 – and 260 item editions. En G.J. Boyle, G. Matthews & D.H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment* (Vol. 2, pp 97- 112). London: Sage Publications.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (6), 525-537.
- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R.C. & Welthington, E. (1989). The contagion of stress across multiple roles. *Journal of Marriage and the Family*, 5 (1), 175-183.

- Bolger, N. & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (5), 890-902.
- Bollen, K.A. & Stine, R.A. (1993). Bootstrapping goodness-of-fit measures in structural equation modeling. En K.A. Bollen & J.S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 111-135). London: Sage Publications.
- Bordron, A., Massoubre, C., Lang, F. Grosselin, A. & Billard, S. (2013). Mental health assessment of a sample of firefighters: A cross-sectional descriptive study. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 74 (3), 289-293.
- Borgatta, E.F. (1964). The structure of personality characteristics. *Behavioral Science*, 9 (1), 8-17.
- Botwin, M.D. & Buss, D.M. (1989). Structure of act-report data: Is the Five-Factor model of personality recaptured. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (6), 988-1001.
- Bowling, N.A., Beehr, T.A. & Swader, W.M. (2005). Giving and receiving social support at work: The roles of personality and reciprocity. *Journal of Vocational Behavior*, 67 (3), 476-489.
- Boyle A., Grap, M.J., Younger, J. & Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 850-857.
- Brebner, J. (2001). Personality and stress coping. *Personality and Individual Differences*, 31, 317-327.
- Breva, A. (2002). Apoyo social y estrés. En E.G. Fernández-Abascal & M<sup>a</sup>.P. Jiménez (Eds.), *Control del Estrés* (pp. 117-132). Madrid: UNED.
- Bride, B.E. (2001). Psychometric properties of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences and Engineering*, 62 (9-A), 3186.
- Bride, B.E. (2004). The impact of providing psychosocial services to traumatized populations. *Stress, Trauma, and Crisis*, 7 (1), 29-46.
- Bride, B.E., Radey, M. & Figley, C. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35 (3), 155-163.
- Bride, B.E., Robinson, M.M., Yegidis, B.L. & Figley, C.R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14 (1), 27-35.

- Brissette, I., Cohen, S. & Seeman, T.E. (2000). Measuring social integration and social networks. En S. Cohen, L.G. Underwood & B.H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention* (pp. 53-85). New York: Oxford University Press.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., DeGruy, F.V. & Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26 (7), 709-723.
- Brody, N. & Ehrlichman, H. (2000). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Prentice Hall.
- Bronsberg, B. & Vestlund, N. (1997). *No te quemes*. Barcelona: Cúmulus.
- Brough, P. (2004). Comparing the influence of traumatic and organizational stressors on the psychological health of police, fire, and ambulance officers. *International Journal of Stress Management*, 11 (3), 227-244.
- Brown, G. W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z. & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16, 813-831.
- Brown, J., Mulhern, G. & Joseph, S. (2002). Incident-Related stressors, locus of control, coping, and psychological distress among firefighters in Northern Ireland. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (2), 161-168.
- Bruhn, J.G. & Philips, B.U. (1984). Measuring social support: A synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (2), 151-169.
- Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (1996). Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (1), 51-62.
- Buceta, J.M<sup>a</sup>, Bueno, A.M<sup>a</sup>. & Mas, B. (2001). *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson.
- Buendía, J. (Ed.) (1998). *Estrés Laboral y Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Buendía, J. & Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Bugen, L.A. & Hawkins, R.C. (1981, agosto). *The coping assessment battery: Theoretical and empirical foundations*. Comunicación presentada en el 89th Annual Convention of the American Psychological Association, Los Angeles, California.
- Bühler, K.E. & Land, T. (2003). Burnout and personality in intensive care: An empirical study. *Hospital Topics*, 81 (4), 5-12.

- Burgess, L., Irvine, F. & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 15 (3), 129-140.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. & Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., William, C.L., Graham, J.R., Archer, R.P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S. & Kaemmer, B. (1992). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory Adolescent Manual*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butler, R.W., Damarin, F.L., Beaulieu, C., Schwebel, A.I. & Thorn, B.E. (1989). Assessing cognitive coping strategies for acute postsurgical pain. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1 (1), 41-45.
- Buunk, B.P. & Schaufeli, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53-69). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Byrne, B.M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd Ed.). New York: Taylor & Francis.
- Byrne, D. (1961). The repression-sensitization scale: Rationale, reliability and validity. *Journal of Personality*, 29, 334-349.
- Byrne, D. (1964): The repression-sensitization as a dimension of personality. En B.A. Maher (Ed.) *Progress in experimental personality research* (Vol. 1, pp. 169-220). New York: Academic Press.
- Byrne, M.K., Lerias, D, & Sullivan, N.L. (2006). Predicting vicarious traumatization in those indirectly exposed to bushfires. *Stress and Health*, 22 (3), 167-177.
- Cáceres, G.G. (2006). *Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar* (tesis doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid.
- Cáceres, V., Otero-López, J.M., Pardiñas, M<sup>a</sup>.C., Castro, C. & Santiago, M<sup>a</sup>.J. (2000). *Evaluación del estrés laboral en los profesionales sanitarios de la provincia de A Coruña*. A Coruña: Diputación Provincial da Coruña.



- Calvete, E. (2008). Una introducción al análisis de moderación y mediación: aplicaciones en el ámbito del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 14 (2-3), 159-173.
- Calvo, F. & Alemán, I. (2006). Validación del cuestionario de apoyo social (CAS) estudio preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 12 (1), 63-74.
- Calvo, F. & Díaz, M<sup>a</sup>.D. (2004). Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*, 16 (4), 570-575.
- Cano, F.J., Rodríguez, L. & García, J. (2007). Spanish version of the Coping Strategies Inventory. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (1), 29-39.
- Cano-Vindel, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2 (1), 71-80.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J.J. (1992). *Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA)*. (no publicado). Universidad Complutense de Madrid.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. & Pérez, G. (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 0, 101-112.
- Cañadas, G.A. (2012). *Medida e identificación de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de burnout en personal de enfermería* (tesis doctoral no publicada). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J. & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 781-794.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.
- Caplan, G. (1979). Social support, person-environment fit and coping. En L.A. Ferman & J.P. Gordus (Eds.), *Mental health and the economy* (pp. 89-137). Kalamazo, Michigan: Upjohn, Institute for Employment Research.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C. & Borgogni, L. (2007). BFQ, *Cuestionario "Big Five"*. Manual (4a ed.). Madrid: TEA Ediciones
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L. & Perugini, M. (1993). The "Big Five Questionnaire": A new questionnaire to assess the Five Factor model. *Personality and Individual Differences*, 15 (3), 281-288.

- Carey, M.G., Al-Zaiti, S.S., Dean, G.E., Sessanna, L. & Finnell, D.S. (2011). Sleep problems, depression, substance use, social bonding, and quality of life in professional firefighters. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53 (8), 928-933.
- Carmona, C., Buunk, A., Peiró, J.M<sup>a</sup>., Rodríguez, I. & Bravo, M.J. (2006). Do social comparison and coping styles play a role in the development of burnout? Cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79, 85-99.
- Carrasco, M.A., Holgado, F.P. & Del Barrio, M<sup>a</sup>.V. (2005). Dimensionalidad del cuestionario de los cinco grandes (BFQ-N) en población infantil española. *Psicothema*, 17 (2), 286-291.
- Carrobes, J.A. (1996). Estrés y trastornos psicofisiológicos. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal & J.A. Carrobes (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Vol. 2, pp. 407-450). Madrid: Siglo XXI.
- Carrobes, J.A., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15 (3), 420-426.
- Carson, R.C., Butcher, J.N. & Mineka, S. (1998). *Abnormal psychology and modern life* (10th ed.). New York: Addison-Nesley Education Publishers.
- Cartwright, S. & Cooper, C.L. (1999). Una estrategia organizacional integrada para reducir el estrés en el puesto de trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15 (2), 199-208.
- Carver, C.S. & Connor-Smith, J.K. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1985). Self-consciousness, expectancies and the coping process. En T. Field, P.M. McCabe & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and Coping* (pp. 305-330). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (1), 184-195.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1997). *Las teorías de la personalidad*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104 (2), 107-123.

- Cattell, H.E.P & Mead, A.D. (2008).The Sixteen Factor Questionnaire (16PF). En G. J. Boyle, G. Matthews & D.H. Saklofske (Ed.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment* (Vol. 2, pp 135- 159). London: Sage Publications.
- Cattell, R.B. & Cattell, M.D. (1997).*Cuestionario de personalidad para adolescentes (12-18 años) (HSPQ)* (6a ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Cattell, R.B., Cattell, A.K.S. & Cattell, H.E.P (1993).*Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)*. (5th ed.) Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing.
- Cebriá, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M. & Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia.*Atención Primaria*, 27 (7), 459-468.
- Cerney, M.S. (1995). Treating the "Heroic Treaters".En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 131-149 ). New York: Brunner / Mazel.
- Chamberlin, M.J. & Green, H.J. (2010).Stress and coping strategies among firefighters and recruits.*Journal of Loss and Trauma*, 15, 548-560.
- Chang, C., Lee, L., Connor, K., Davidson, J., Jeffries, K. & Lai, T. (2003). Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (6), 391-398.
- Cherniss, C. (1980a). *Professional burnout human service organizations*. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1980b). *Staff burnout.Job stress in the human services*. London: Sage Publications.
- Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout.En W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Cheung, M. & Harding, C. (2009).Investigating burnout and psychological well-being of staff working with people with intellectual disabilities and challenging behaviour: The role of personality.*Journal of Applied Research Intellectual Disabilities*, 22 (6), 549-560.
- Chico, E. (2000). Variables de personalidad como predictoras de estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (109), 719-738.

- Chorot P. & Sandín B. (1987). *Escala de Estrategias de Coping (EEC)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Cicognani, E., Pietrantonio, L., Palestini, L. & Prati, G. (2009). Emergency worker's quality of life: The protective role of sense of community, efficacy beliefs and coping strategies. *Social Indicators Research*, 94, 449-463.
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E. & Luszczynska, A. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 11 (1), 75-86.
- Circenis, K. & Millere, I. (2011). Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 2042-2046.
- Clark-Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en Psicología. Del diseño experimental al reporte de investigación*. México: Oxford University Press.
- Clohessy, S. & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal Psychological Society*, 38, 251-265.
- Coan, R.W. & Cattell, R.B. (1990). *Cuestionario de personalidad para niños (6 - 8 años) (ESPQ)* (5a ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-315.
- Cohen, F. (1987). Measurement of coping. En S.V. Kasl & C.L. Cooper (Eds.), *Stress and Health: Issues in research methodology* (pp. 283-305). New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, F. & Lazarus, R.S. (1973). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35 (4), 375-389.
- Cohen, F. & Lazarus, R.S. (1983). Coping and adaptation in health and illness. En E. D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health, health care, and the health professions* (pp. 608-635). New York: The Free Press.
- Cohen, F., Reese, L.B., Kaplan, G.A., & Riggio, R.E. (1986). Coping with the stresses of arthritis. En R.W. Moskowitz & M.R. Haug (Eds.), *Arthritis and the elderly* (pp. 47-56). New York: Springer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7* (3), 269-297.
- Cohen, S. (1991). Social supports and physical health: Symptoms, health behaviors, and infectious disease. En E.M. Cummings, A.L. Greene, & K.H. Karraker (Eds.), *Life-Span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp. 213-234). Hillsdale, NJ, England: Erlbaum Associates.
- Cohen, S. (1992). Stress, social support and disorder. En H.O.F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 109-124). New York: Hemisphere Press.
- Cohen, S., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S. & Gwaltney, J.M. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association, 277* (24), 1940-1944.
- Cohen, S. & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology, 13* (2), 99-125.
- Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En A. Baum, S.E. Taylor & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 253-267). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. & Hoberman, H. (1985). Measuring the functional components of social support. En I.G. Sarason & B.R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research, and application* (pp. 73-94). The Hague, Holland: Martinus Nijhoff.
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985). Issues in the study and application of social support. En S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 3-22). Orlando, FL: Academic Press.
- Collins, S. & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers. A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10* (4), 417-424.
- Colom, B.R. (1998). *Psicología de las diferencias individuales: teoría y práctica*. Madrid: Pirámide.
- Conde, V. & Franch, J.L. (1984). *Escalas de autoevaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjhon Farmaquímica.
- Connor-Smith, J.K. & Flachsbarth, C. (2007). Relations between Personality and Coping: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 93* (6), 1080-1107.

- Cooper, C.L. & Payne, R. (1991). *Personality and stress: Individual differences in the stress process*. Baffins Lane, Chichester: John Wiley & Sons.
- Corneil, W., Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C. & Pike, K. (1999). Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4 (2), 131-141.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory: Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). *NEO PI R: Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1999). *NEO PI R, inventario de personalidad NEO revisado. NEO-FFI, inventario NEO reducido de Cinco Factores*. Madrid: TEA Ediciones.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (2008a). *Inventario de personalidad NEO revisado (NEO PI R). Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Manual. (3a ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (2008b). The revised NEO personality inventory (NEO PI R). En G.J. Boyle, G. Matthews & D.H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment* (Vol. 2, pp 179- 198). London: Sage Publications.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. & Martin, T.A. (2008). Incipient adult personality: The NEO PI-3 in middle-school-aged children. *British Journal of Developmental Psychology*, 26 (1), 71-89.
- Costa, P.T., Somerfield, M.R. & McCrae, R.R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. En M. Zeidner & N.M. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 44-61). New York: John Wiley & Sons.
- Coutinho, A. (2012). *Personalidad (modelo Big Five): y su influencia en el burnout profesional* (tesis doctoral no publicada). Universidad de Extremadura
- Cox, T. (1987). Stress, coping and problem solving. *Work and Stress*, 1 (1), 5-14.
- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193). Washington, DC: Taylor & Francis.

- Craig, C.D. & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 23 (3) 319-339.
- Creamer, T.L. & Liddle, B.J. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (1), 89-96.
- Crespo, M<sup>a</sup>. & Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (92), 797-830.
- Crespo, M<sup>a</sup>. & Labrador, F.J. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.
- Cruz, C. & Vargas, L. (2000). *Estrés. Entenderlo es manejarlo* (2a ed.). Chile: Universidad Católica de Chile.
- Cukrowicz, K.C., Franzese, A.T., Thorp, S.R., Cheavens, J.S. & Lynch, T.R. (2008). Personality traits and perceived social support among depressed older adults. *Aging, and Mental Health*, 12 (5), 662-669.
- Cutrona, C.E. & Russell, D.W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Cutrona, C.E. & Russell, D.W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. En B.R. Saranson, I.G. Sarason & G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 319-366). New York: John Wiley & Sons.
- Dafos-Rodrigo, W. (2005). *Conceptual dimensions of compassion fatigue and vicarious trauma*. Burnaby, British Columbia: Simon Fraser University.
- Dean, P.G., Gow, K.M. & Shakespeare-Finch, J. (2003). Counting the cost: psychological distress in career and auxiliary firefighters. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1. Recuperado de <http://trauma.massey.ac.nz/issues/2003-1/dean.htm>
- Del Barrio, M.V., Carrasco, M.A., & Holgado, F.P. (2006). *BFQ-NA Cuestionario de los Cinco Grandes para niños y adolescentes* (adaptación a la población española). Madrid: TEA Ediciones.
- Del Ben, K.S. (2004). *Posttraumatic stress disorder in firefighters: A proposed model of mediators and moderators* (Doctoral dissertation). Virginia: West Virginia University.
- De la Vega, R., Ruiz, R., Gómez, J. & Rivera, O. (2013). Hardiness in professional Spanish firefighters. *Perceptual & Motor Skill: Physical Development & Measurement*, 117 (2), 608-614.

- Dell'Erba, G., Venturi, P., Rizzo, F., Porcú, S. & Pancheri, P. (1994). Burnout and health status in Italian air traffic controllers. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 65 (4), 315-322.
- DeLongis, A. & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support and personality in coping. *Journal of Personality*, 73 (6), 1633-1656.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499-512.
- Demerouti, E., Bakker, A., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 296-307.
- De Miguel, A & Hernández, L. (2004, noviembre). *Afrontamiento y personalidad en estudiantes universitarios*. Documento presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Fes-Iztacala, Méjico.
- Derogatis, L.R. (1977). SCL 90-R. *Administration, scoring and procedures. Manual I for the revised versión of the SCL 90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Devereux, J.M., Hastings, R.P., Noone, S.J., Firth, A. & Totsika, V. (2009). Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in Developmental Disabilities*, 30 (2), 367-377.
- De Vicente, M<sup>a</sup>.A. (2005). *Análisis bibliográfico de la profesión de bombero*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Devilly, G.J., Wright, R. & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout?. Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43 (4), 373-385.
- Díaz-Hernández, M., Santana, A. & Calvo, F. (2009, octubre). *Factores del cuestionario de calidad de vida profesional en una muestra de bomberos de Gran Canaria*. Póster presentado en las II Jornadas de Emociones y Bienestar, XVI reunión anual de la SEAS, Madrid, España.
- Díaz-Hernández, M., Santana, A. & Calvo, F. (2010, septiembre). *Análisis factorial confirmatorio del ProQOL-III en una muestra de bomberos*. Póster presentado en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología, Oviedo, España.



- Díaz-Veiga, P. (1985). *Evaluación del apoyo social y comportamiento afectivo en ancianos* (memoria de licenciatura). Universidad Autónoma de Madrid.
- Díaz-Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernández-Ballesteros (Ed), *El Ambiente. Análisis Psicológico* (pp. 125-149). Madrid: Pirámide.
- DiGangi, J.A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L.A., Keys, C.B. & Koenen, K.C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33, 728-744.
- Digman, J.M. (1963). Principal dimensions of child personality as inferred from teacher's judgements. *Child Development*, 34, 43-60.
- Digman, J.M. (1965). Further evidence for a multiple-factor model of child personality. *Educational and Psychological Measurement*, 25 (3), 787-799.
- Digman, J.M. (1989). Five robust trait dimensions: Development, stability and utility. *Journal of Personality*, 57 (2), 195-214.
- Digman, J.M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Digman, J.M. & Takemoto-Chock, N.K. (1981). Factors in natural language of personality: Re-analysis, comparison, and interpretation of six major studies. *Multivariate Behavioral Research*, 16, 149-170.
- Dirkzwager, A., Bramsen, I. & Van der Ploeg, H. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 34, 1545-1559.
- Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (1981). Life stress and psychopathology. En D.A. Regier & G. Allen (Eds.), *Risk factor research in the major mental disorders: Proceedings of a conference*, April 3-4, (pp. 131-141). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Domínguez, J.M. (2006). *Apoyo social, integración y calidad de vida de la mujer inmigrante en Málaga* (tesis doctoral no publicada). Universidad de Málaga.
- Dowdall-Tomae, C.L. (2009). *Outcome coping efficacy of firefighters* (Doctoral dissertation). Disponible en ProQuest Dissertations and Theses database (UMI No. 3386965).

- Dowdall-Thomae, C.L., Gilkey, J., Larson, W. & Arend-Hicks, R. (2012). Elite firefighter/first responder mind-sets and outcome coping efficacy. *International Journal of Emergency Mental Health*, 14 (4), 269-281.
- Dudek, B. (2001). Application of the Big Five model for the purpose of selection in fire services. *Przeegląd Psychologiczny*, 44 (4), 495-508.
- Dudek, B. & Koniarek, J. (2003). Coping style and the development of posttraumatic stress disorder symptoms. *Polish Psychological Bulletin*, 34 (2), 59-65.
- Durá, E. (1994). El sistema afectivo-motivacional: el modelo de los Cinco Factores. En J. Sánchez & M<sup>a</sup>.P. Sánchez-López (Eds.), *Psicología Diferencial: diversidad e individualidad humanas* (pp. 245-276). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Durá, E. & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6 (2), 257-271.
- Durán, M<sup>a</sup>.A. (2001). *El síndrome de burnout en organizaciones policiales: una aproximación secuencial* (tesis doctoral no publicada). Universidad de Málaga.
- Durán, M<sup>a</sup>.A., Montalbán, F.M. & Stangeland, P. (2006). El síndrome de estar quemado en la policía: perfil de incidencia e influencia de factores sociodemográficos. *Revista de Psicología Social*, 21 (1), 95-107.
- Dutton, M.A. & Rubinstein, F.L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 83-100). New York: Brunner / Mazel.
- Ebling, M. & Carlotto, M.S. (2012). Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends Psychiatry Psychotherapy*, 34 (2), 93-100.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
- Edo, S, Moya, J., Lores, J., Luelmo, V., Ibáñez, M.I. & Ortet, G. (2003). Estudio psicométrico de la versión española del cuestionario de los cinco grandes para niños (BFQ-N). *Fórum de Recerca*, 8. Recuperado de <http://www.uji.es/publ/edicions/jfi8/>
- Ellis, A. & Abrams, M. (2009). *Personality theories. Critical perspectives*. London: Sage Publications.

- Elshaug, C. & Metzger, J. (2001). Personality attributes of volunteers and paid workers engaged in similar occupational tasks. *The Journal of Social Psychology, 141* (6), 752-763.
- Elwood, L.S., Mott, J., Lohr, J.M. & Galovski, T.E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review, 31* (1), 25-36.
- Emener, W. & Luck, R. (1980). *Emener-Luck Burnout Scale*. New York: ELBOS.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1990): Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58* (5), 844-854.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1993). Multidimensional assessment of coping: Concepts, issues and measurement. En G.L. Van Heck, P. Bonaiuto, Y.J. Deary & W. Nowack (Eds.), *Personality psychology in Europe* (Vol. 4, pp. 309-319). Tilburg (NDL): Tilburg University Press.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment, 6* (1), 50-60.
- Ennis, L. & Home, S. (2003). Predicting psychological distress in sex offender therapists. Sexual Abuse. *Journal of Research and Treatment, 15* (2), 149-157.
- Ensel, W. & Lin, N. (1991). The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of Health and Social Behaviour, 32* (4), 321-341.
- Epstein, S. & Fenz, W.D. (1967). The detection of areas of emotional stress through variations in perceptual threshold and physiological arousal. *Journal of Experimental Research and Personality, 2* (3), 191-199.
- Eriksson, C., Bjorck, J., Larson, L., Walling, S., Trice, G., Fawcett, J. & Foy, D. (2009). Social support, organisational support and religious support in relation to burnout in expatriate humanitarian aid workers. *Mental Health, Religion y Culture, 12* (7), 671-686.
- Eriksson, C., Van de Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S. & Foy, D. (2001). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal of Traumatic Stress, 14* (1), 205-212.
- Eschleman, K.J., Bowling, N.A. & Alarcon, G.M. (2010). A meta-analytic examination of hardiness. *International Journal of Stress Management, 17* (4), 277-307.

- Esteve, R. (1997). Estilos de conducta y estrés: evaluación. En M<sup>a</sup>.I. Hombrados (Comp.), *Estrés y salud* (pp. 145-169). Valencia: Promolibro.
- Etchebarne, I, O'Connell, M. & Roussos, A. (2008). Estudio de mediadores y moderadores en la investigación en psicoterapia. *Revista de Investigaciones en Psicología*, 13 (1), 33-56.
- Etxeberría, J. (2007). *Regresión múltiple*. Madrid: La Muralla.
- Etzion, D. & Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals. A social psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17 (2), 191-209.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA, 2011). Emergency Services: A literature review on occupational safety and health risks. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado de [https://osha.europa.eu/en/publications/literature\\_reviews/emergency\\_services\\_occupational\\_safety\\_and\\_health\\_risks](https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/emergency_services_occupational_safety_and_health_risks)
- Everly, G.S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.
- Eysenck, H.J. (1981). General features of the model. En H.J. Eysenck (Ed.), *A model for personality* (pp. 1-37). Berlín: Springer-Verlag.
- Eysenck, H.J. (1995). Un modelo de personalidad: rasgos generales. En M<sup>a</sup>.D. Avia & M<sup>a</sup>.L. Sánchez (Eds.), *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales* (pp. 229-267). Madrid: Pirámide.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior & Adult)*. London: Hodder and Stoughton.
- Fannin, N. & Dabbs, M. (2003). Testosterone and the work of firefighters: Fighting fires and delivering medical care. *Journal of Research in Personality*, 37, 107-115.
- Farber, B.A. (1983). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon.
- Farber, B.A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*, 77 (6), 325-331.
- Farrerons, L. & Calvo, F. (2008). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y estrés*, 14 (1), 101-113.
- Feifel, H. & Strack, S. (1989). Coping with conflict situations: Middle-aged and elderly men. *Psychology and Aging*, 4 (1), 26-33.

- Fernández, G. (2000). Burnout y trastornos psicósomáticos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 229-235.
- Fernández, J. & Blasco, T. (2003). Instrumentos para la valoración del estrés. En T. Gutiérrez, R.M<sup>a</sup>. Raich, D. Sánchez & J. Deus (Coords.), *Instrumentos de evaluación de Psicología de la Salud* (pp. 95-116). Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz & F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 189-206). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Abascal, E.G. & Jiménez, M<sup>a</sup>.P. (2002). *Control del estrés*. Madrid: UNED.
- Ferrán, M. (2001). *SPSS para Windows. Análisis estadístico*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ferrando, P.J. & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 18-33.
- Ferrer, R. (2002). Burn out o síndrome de desgaste profesional. *Medicina Clínica*, 119 (13), 495-496.
- Feuerstein, M., Labbé, E. & Kuczmierczyk, A. (1986). *Health psychology: A psychobiological perspective*. New York: Plenum Press.
- Fidalgo, M. (2011). NTP 705 - *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/70la750/ntp\\_705.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/70la750/ntp_705.pdf)
- Fierro, A. (1996). *Manual de Psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Figley, C.R. (1993). Compassion stress and the family therapist. *Family Therapy News*, 3, 1-8.
- Figley, C.R. (1995). *Compassion Fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1997). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. New York: CRC Press.
- Figley, C.R. (2002). Introduction. En C.R. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue*(pp.1-14). New York: Brunner-Routledge.

- Figley, C.R. & Stamm, B.H. (1996). Psychometric review of the compassion fatigue self test. En B.H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma and Adaptation* (pp. 127-130). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Finch, J.F. & Graziano, W.G. (2001). Predicting depression from temperament, personality, and patterns of social relations. *Journal of Personality*, 69 (1), 27-55.
- Fiske, D.W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality rating from different sources. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 44, 329-344.
- Flaherty, J.A., Gaviria, F.M. & Pathak, D.S. (1983). The measurement of social support: The Social Support Network Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 521-529.
- Flannery, R.B. (1990). Social support and psychological trauma: A methodological review. *Journal of Traumatic Stress*, 3(4), 593-610.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3), 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, D., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, health status, encounter outcomes. *Personality and Social Psychology*, 50 (6), 571-579.
- Follete, V.M., Polusny, M.M. & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms and impact of providing services to child sexual abuse. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25 (3), 275-282.
- Fondacaro, M.R. & Moos, R.H. (1987) Social support and coping: A longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*, 15 (5), 653-673.
- Forbes, A. & Roger, D. (1999). Stress, social support and fear of disclosure. *British Journal of Health Psychology*, 4, 165-179.

- Ford, D.L., Murphy, C.J. & Edward, K.L. (1983). Exploratory development and validation of a Perceptual Job Burnout Inventory. *Psychological Reports*, 52, 995-1006.
- Freire, J.B. (2009). *La personalidad y sus teorías*. Navarra: Eunat.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Frías-Navarro, D. & Pascual, M. (2012). Prácticas del análisis factorial exploratorio (AFE) en la investigación sobre conducta del consumidor y marketing. *Suma Psicológica*, 19 (1), 47-58.
- Friedman, I.A. (1995). Student behaviour patterns contributing to teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 88, 281-289.
- Funch, D.P., Marshall, J.R. & Gebhardt, J.P. (1986). Assessment of a short scale to measure social support. *Social Science and Medicine*, 23 (3), 337-344.
- Funk, S.C. (1992). Hardiness: A review of theory and research. *Health Psychology*, 11(5), 335-345.
- Furnham, A. (1995). *Personalidad y diferencias individuales en el trabajo*. Madrid: Pirámide.
- Furnham, A. (2001). *Psicología organizacional*. México: Oxford University Press.
- García, E. (2009). Apoyo social: estructura, función y repercusión en el espectro esquizofrénico. *Psiquiatría.com*, 13 (3). Recuperado de <http://www.psiquiatría.com/articulos/psicosis/esquizofrenia/44480/>
- García, J.M<sup>a</sup>. & Herrero, S. (2010). Revisión teórica del síndrome de burnout y su investigación en el contexto penitenciario. *Apuntes de Psicología*, 28 (1), 83-106.
- García, J.M<sup>a</sup>., Herrero, S. & León, J.L. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25 (2), 157-174.
- García-Carmona, R.M<sup>a</sup>. & Robles-Ortega, H. (2011). Personalidad resistente y sentido de coherencia como predictores del burnout en personal sanitario de cuidados intensivos. *Ansiedad y Estrés*, 17 (2-3), 99-112.
- García-Izquierdo, A.L., Ramos-Villagrasa, P.J. & García-Izquierdo, M. (2009). Los Big Five y el efecto moderador de la resistencia en el agotamiento emocional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 25 (2), 135-147.

- García-Izquierdo, M. (1990, septiembre). *Una escala para la evaluación del burnout profesional en las organizaciones*. Comunicación presentada al III Congreso Nacional de Psicología Social, Santiago de Compostela, España.
- García-Izquierdo, M. (1995). Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés* 1, 219-29.
- García-Izquierdo, M., Llor, B. & Sáez, C. (1994). Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Anales de Psiquiatría*, 10, 180-184.
- García-Izquierdo, M. & Velandrino, A. (1992). EPB: una escala para la evaluación del burnout profesional de las organizaciones. *Anales de Psicología*, 8 (1-2), 131-138.
- Garden, A. (1987). Depersonalization: A valid dimension of burnout?. *Human Relations*, 40 (9), 545-560.
- Gardner, R.W., Holzman, P.S., Klein, G.S., Linton, H.B. & Spence, T. (1959). Cognitive control: A study of individual consistencies in cognitive behavior. *Psychological Issues*, 1 (4): Monographic.
- Garrosa, E. (2003). *Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional* (tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y. & González, J.L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (3), 418-427.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R. & Morante, M<sup>a</sup>.E. (2005). Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 199 (1), 5-13.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B. & Monteiro, M<sup>a</sup>.J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (2), 205-215.
- Gascón, S., Olmedo, M., Bermúdez, J., García-Campayo, J. & Ciccotelli, H. (2003). Estrés por desempleo y salud. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Medicina de Enlace*, 66, 9-18.
- Gentry, J.E., Baranowsky, A.B., & Dunning, K. (2002). ARP: The Accelerated Recovery Program (ARP) for compassion fatigue. En C.R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 123-137). New York: Brunner-Rutledge.



- Ghorbani, N., Watson, P.J. & Morris, R.J. (2000). Personality, stress and mental health: Evidence of relationships in a sample of Iranian managers. *Personality and Individual Differences*, 28, 647-657.
- Gil-Monte, P.R. (1994). *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería* (tesis doctoral no publicada). Universidad de La Laguna, Tenerife.
- Gil-Monte, P.R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory- General Survey. *Salud Pública de México*, 44 (1), 33-40.
- Gil-Monte, P.R. (2004). Influència de la qualitat de les relacions interpersonals en el context laboral sobre la "Síndrome d'esgotament professional o del cremat" (Burnout). *Anuari de Psicologia de la Societat Valenciana de Psicologia*, 10 (2), 25-40.
- Gil-Monte, P.R. (2005a). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. (2005b). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39 (1), 1-8.
- Gil-Monte, P.R. (2011). *CESSQT. Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gil-Monte, P.R., Carretero, N. & Roldán, M<sup>a</sup>.D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11 (2-3), 281-290.
- Gil-Monte, P.R., Carretero, N., Roldán, M<sup>a</sup>.D. & Núñez-Román, E.M<sup>a</sup>. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21 (1-2), 107-123.
- Gil-Monte, P.R. & Figueiredo-Ferraz, H. (2013). Psychometric properties of the "Spanish Burnout Inventory" among employees working with people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (10), 959-968.
- Gil-Monte, P.R., Figueiredo-Ferraz, H. & Valdez-Bonilla, H. (2013). Factor analysis of the Spanish Burnout Inventory among Mexican prison employees. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 45 (2), 96-104.
- Gil-Monte, P.R. & Moreno-Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.

- Gil-Monte, P.R. & Noyola, V.S. (2011). Estructura factorial del cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo en maestros mexicanos de educación primaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (1), 75-84.
- Gil-Monte, P.R. & Olivares, V.E. (2011). Psychometric properties of the "Spanish Burnout Inventory" in Chilean professionals working to physical disabled people. *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (1), 441-451.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M<sup>a</sup>.(1997). *Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M<sup>a</sup>. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 4 (1), 165-179.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M<sup>a</sup>. (1999a). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M<sup>a</sup>. (1999b). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11 (3), 679-689.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M<sup>a</sup>. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el M.B.I.-HSS en España. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 135-149.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M<sup>a</sup>.& Valcárcel, P. (1995, Abril). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models*. Documento presentado en el VII European Congress on Work and Organizational Psychology, Győr, Hungría.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M<sup>a</sup>. & Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables sociodemográficas sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6 (2), 43-63.
- Gil-Monte, P.R. & Zúñiga-Caballero, L.C. (2010). Validez factorial del cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Revista Universitas Psicológica*, 9 (1), 169-178.
- Gil-Roales, J. (2004). *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

- Gil-Roales, J. & López, F. (2004). Estrés y salud. En J. Gil-Roales (Dir.), *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 351-390). Madrid: Pirámide.
- Gillespie, D. (1980). Correlates for active and pasives burnout types of burnout. *Journal of Social Service Research, 4* (2), 1-16.
- Gillespie, D. & Numeroff, R.E. (1984). *The Gillespie-Numeroff inventory: Technical manual*. St. Louis: Washington University.
- Girdano, D. & Everly, G.S. (1986). *Controlling stress and tension* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gleser, G.C. & Ihilevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33* (1), 51-60.
- Godoy-Izquierdo, D. & Godoy, J.F. (2002). La personalidad resistente: una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud, 13* (2), 135-162.
- Godoy-Izquierdo, D. & Godoy, J.F. (2004). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala para la evaluación de la dureza "Personal Views Survey" (P.V.S.). *Psicología Conductual, 1*, 34 -77.
- Goldberg, L.R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. En L. Wheeler (Ed.), *Review of personality and social psychology* (Vol. 2, pp. 141-165). California: Sage Publications.
- Goldberg, L.R. (1992). The development of markers for the Big-Five Factor structure. *Psychological Assessment, 4* (1), 26-42.
- Goldberg, L.R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist, 48* (1), 26-34.
- Goldberg, L.R. (1999). A broad-bandwidth, public domain, personality inventory measuring the lower level facets of several five-factor models. En I. Merivielde, I. Deary, F. De Fruyt & F. Ostendorf (Eds.), *Personality psychology in Europe*, (Vol. 7, pp. 7-28). Tilburg, NL: Tilburg University Press.
- Goldberg, L.R., (2001). The comparative validity of adult personality inventories: Applications of a consumer-testing framework. En S.R. Briggs, J.M. Cheek & E.M. Donahue (Eds.), *Handbook of adult personality inventories* (pp. 165-178). New York: Plenum Publishing Corp.

- Goldberg, L.R., Johnson, J.A., Eber, H.W., Hogan, R., Ashton, M.C., Cloninger, C.R. & Gough, H.G. (2006). The International Personality Item Pool and the future of public-domain personality measures. *Journal of Research in Personality*, 40, 84-96.
- Goldstein, M.J. (1959). The relationship between coping and avoidance behavior and response to fear-arousing propaganda. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58 (2), 247-252.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19 (4), 461-481.
- Gómez, L., Pérez, M. & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología Conductual*, 9 (1), 5-38.
- González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C, Rodríguez, M. & Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- González, H., Miguel-Tobal, J.J., Cano, A. & Iruarrizaga, I. (2004). Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 207-217.
- Goodwin, R. & Engstrom, G. (2002). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*, 32 (2), 325-332.
- Gough, H.G. (2000). The California Psychological Inventory. En C.E. Watkins & V.L. Campbell (Eds.), *Testing and assessment in counselling practice* (2nd ed., pp. 45-72). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gough, H.G., & Bradley, P. (1996). *CPI manual*. Third edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Gow, A.J., Whiteman, M.C., Pattie, A. & Deary, I.J. (2005). Goldberg's 'IPIP' Big-Five markers: internal consistency and concurrent validation in Scotland. *Personality and Individual Differences*, 39, 317-329.
- Gracia, E. & Musitu, G. (1990). Integración y participación en la comunidad: una conceptualización empírica del apoyo social comunitario. En G. Musitu, E. Berjano & J.R. Bueno (Eds.), *Psicología Comunitaria* (pp. 121-136). Valencia: Nau Llibres.
- Grainge, M.J., Brugha, T.S. & Spiers, N. (2000). Social support, personality, and depressive symptoms over 7 years: The health and lifestyle cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (8), 366-374.

- Grant, S. & Langan-Fox, J. (2006). Occupational stress, coping and strain: The combined / interactive effect of the Big Five traits. *Personality and Individual Differences*, 41, 719-732.
- Grau, A., Suñer, R. & García, M<sup>a</sup>.M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19 (6), 463-470.
- Greenglass, E. (1998). The Proactive Coping Inventory (PCI). En R. Schwarzer (Ed.), *Advances in health psychology research* (Vols. CD-ROM). Berlin: Free University of Berlin.
- Greenglass, E., Burke, R. & Konarski, R. (1997). The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model. *Work and Stress*, 11 (3), 267-278.
- Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L. & Taubert, S. (1999, julio). *The Proactive Coping Inventory (PCI): A multidimensional research instrument*. Comunicación presentada a la 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society, Cracow, Poland. Recuperado de <http://www.psych.yorku.ca/greenglass/pci.php>
- Grundy, S.E. (2000). Perceived work-related stressors, personality, and degree of burnout in firefighters. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences and Engineering*, 61 (3-B), 1685.
- Guarino, L. (2013). Mediación moderada, sensibilidad emocional y afrontamiento en el contexto del estrés. *Pensamiento Psicológico*, 11 (1), 141-159.
- Guarino, L. & Sojo, V. (2009). Adaptación y validación del ITQ (Interpersonal Trust Questionnaire). Una nueva medida de apoyo social. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27 (1), 192-206.
- Gueritault-Chalvin, V., Kalichman, S.C., Demi, A. & Peterson, J.L. (2000). Work-related stress and occupational burnout in AIDS caregivers: Test of a coping model with nurses providing AIDS care. *Aids Care*, 12 (2), 149-161.
- Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*, 19 (1), 145-158.
- Guerrero, E. & Vicente, F. (2001). *Síndrome de "burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Cáceres: Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura.
- Gutiérrez-Doña, B., Greenglass, E. & Schwarzer, R. (2002). *Proactive Coping Inventory - Spanish version*. Recuperado de [http://userpage.fu-berlin.de/~health/pci\\_span.htm](http://userpage.fu-berlin.de/~health/pci_span.htm)

- Hackett, T.P. & Cassem, N.H. (1974). Development of a quantitative rating scale to assess denial. *Journal of Psychosomatic Research*, 18 (2), 93-100.
- Haddock, C.K., Jahnke, S.A., Poston, W.S., Jitnarin, N., Kaipust, C.M., Tuley, B. & Hyder, M.L. (2012). Alcohol use among firefighters in the Central United States. *Occupational Medicine*, 62 (8), 661-664.
- Halbesleben, J.R.B. (2006). Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*, 91 (5), 1134-1145.
- Halbesleben, J.R.B. (2011). Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model: Correction. *Journal of Applied Psychology*, 96 (1), 182.
- Hamaideh, S.H. (2011). Burnout, social support, and job satisfaction among Jordanian mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 234-242.
- Hammer, A.L., & Marting, M.S. (1988). *Manual for the Coping Resources Inventory: Research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press Heppner.
- Harrison, W.D. (1983). A social competence model of burnout. En A. Faber (Coord.), *Stress and burnout in the human services professions*(pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Haslam, C. & Mallon, K. (2003). A preliminary investigation of post-traumatic stress symptoms among firefighters. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 17 (3), 277-285.
- Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, D.G. & Scott, R. (1980). Measuring social relationships. The Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine*, 10 (4), 723-734.
- Hendrix, W.H. & Cantrell, R.S. (1988). Effect of social support on the stress-burnout relationship. *Journal of Business and Psychology*, 3 (1), 67-73.
- Heppner, P.P., Cook, S.W., Wright, D.M. & Johnson, W.C. (1995). Progress in resolving problems: A problem-focused style of coping. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (3), 279-293.
- Hernández, G.L. & Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome de estar quemado (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, 22 (1), 121-136.
- Hernández, G.L., Olmedo, E. & Ibáñez, I. (2004a). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 323-336.

- Hernández, G.L., Olmedo, E. & Ibáñez, I. (2004b). Un estudio exploratorio acerca de la relación entre el síndrome de estar quemado (burnout) y la depresión. *Ciencia Psicológica*, 9, 13-29.
- Himle, D., Jayaratne, S. & Thyness, P. (1991). Buffering effects of four social support types on burnout among social workers. *Social Work Research and Abstracts*, 27(1), 22-27.
- Hirsch, B.J. (1979). Psychological dimensions of social networks: A multimethod analysis. *American Journal of Community Psychology*, 7, 263-277.
- Hobfoll, S.E. & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Hobfoll, S.E. & Stokes, J.P. (1988). The processes and mechanics of social support. En S. Duck (Ed.), *Personal relationships: Theory, research and intervention* (pp. 497-517). London: John Wiley & Sons.
- Hobfoll, S.E. & Vaux, A. (1993). Social support: Social resources and social context. En L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 685-705). New York: Free Press.
- Hochwälder, J. (2009). Burnout among Torgersen's eight personality types. *Social Behavior and Personality*, 37(4), 467-480.
- Hock, R. (1988). Professional burnout among public school teachers. *Public Personnel Management*, 17(2), 167-189.
- Hodgkinson, P.E. & Shepherd, M.A. (1994). The impact of disaster support work. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 587-600.
- Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1987). Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(1), 3-13.
- Holahan, C.J., Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1996). Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. En M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, research, applications* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Holland, P. & Michael, W. (1993). The concurrent validity of the Holland Burnout Assessment Survey for a sample of middle school teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 53, 1067-1077.

- Holland, W.H. (2008). *Fire / emergency medical services and coping methods: mitigating traumatic stress symptomatology in emergency services professionals* (Doctoral dissertation). Lynchburg, Virginia: Liberty University. Recuperado de <http://digitalcommons.liberty.edu/doctoral/90/>
- Holzman, P.S. & Gardner, R.W. (1959). Leveling and repression. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59 (2), 151-155.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E. ... Lönnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population-results from the Finish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 59-66.
- Hooper, D., Coughlan, J. & Mullen, M.R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6 (1), 53-60.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. New York: Addison-Wesley.
- House, J.S., Robbins C. & Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116 (1), 123-140.
- House, J.S., Umberson, D. & Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.
- Howell, P.M. (2007). Once more into the breach: Effective leadership, coping skills, and self-efficacy as mediators between traumatic experiences and the development of PTSD in firefighters. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences and Engineering*, 68 (2-B), 1308.
- Hsieh, C.J., Hsieh, H.Y., Chen, P.H., Hsiao, Y.L. & Lee, S. (2004). The relationship between hardiness, coping strategies and burnout in psychiatric nurses. *Hu li za zhi (The Journal of Nursing)*, 15 (3), 24-33.
- Huang, J., Liu, Q., Li, J., Li, X., You, J., Zhang, L. ... Luan, R. (2013). Post-traumatic stress disorder status in a rescue group after the Wenchuan earthquake relief. *Neural Regeneration Research*, 8 (20), 1898-1906.
- Hudek-Knezevic, J., Krapic, N. & Kardum, I. (2006). Burnout in dispositional context: The role of personality traits, social support and coping styles. *Review of Psychology*, 13 (2), 65-73.



- Hui, W., Shi, W., Xu, D., Wang, J., Wu, W., & Men, K. (2001). Influencing factors of posttraumatic stress disorder in the shipwreck related military rescuers in Yantai. *Chinese Mental Health Journal*, 15 (3), 148-149.
- Hurtz, G.M. & Donovan, J.J. (2000). Personality and job performance: The Big Five revisited. *Journal of Applied Psychology*, 85 (6), 869-879.
- Huynh, J.Y., Xanthopoulou, D. & Winefield, A.H. (2013). Social support moderates the impact of demands on burnout and organizational connectedness: A two-wave study of volunteer firefighters. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18 (81), 9-15.
- Hyman, O. (2004). Perceived social support and secondary traumatic stress symptoms in emergency responders. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (2), 149-156.
- Ingledeu, D., Hardy, L., Cooper, C.L. & Jemal, H. (1996). Health behaviours reported as coping strategies: A factor analytical study. *British Journal of Health Psychology*, 1 (3), 263-281.
- Instituto Nacional de las Cualificaciones Profesionales (INCUAL, 2014). *Catálogo nacional de cualificaciones profesionales*. Recuperado de <https://www.educacion.gob.es/iceextranet/bdqCualificacionesAction.do#>
- International Association of Fire Fighters (IAFF, 2000). *Death and Injury Survey*. Washington DC. Recuperado de <https://www.iaff.org/hs/PDF/2000%20D&I.pdf>
- Jackson, D.N., Ashton, M.C. & Tomes, J.L. (1996). The Six Factor model of personality: Facets from the Big Five. *Personality and Individual Differences*, 21 (3), 391- 402.
- Jackson, D.N., Paunonen, S.V. & Tremblay, P.F. (2000). *Six Factor Personality Questionnaire manual*. Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems.
- Jaksic, N., Brajkovic, L., Ivezic, E., Topic, R. & Jakovljevic, M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatria Danubiana*, 24 (3), 256-266.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumption: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jenaro-Río, C., Flores-Robaina, N & González-Gil, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 107-121.

- Jenkins, R. & Elliot, P. (2004). Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (6), 622-631.
- Jenkins, S. & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Trauma Stress*, 15 (5), 423-432.
- Jiménez-Gómez, F. & Ávila-Espada, A. (2003). MMPI-A. *Cuestionario Multifásico de Personalidad de Minnesota para adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Joffe, P.E. & Naditch, M.P. (1977). Paper and pencil measures of coping and defense processes. En N. Haan (Ed.), *Coping and defending: Processes of self-environment organization* (pp. 280-297). New York: Academic Press.
- John, O.P. (1989). Towards a taxonomy of personality descriptors. En D.M. Buss & N. Cantor (Eds.), *Personality psychology: Recent trends and emerging directions* (pp. 261-271). New York: Springer-Verlag.
- John, O.P. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and questionnaires. En L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 66-100). New York: Guilford Press.
- John, O.P., Donahue, E.M. & Kentle, R.L. (1991). *The Big Five Inventory-Versions 44 and 54*. Technical report, Institute of Personality and Social Research. Berkeley: University of California.
- John, O.P., Naumann, L.P., & Soto, C.J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. En O.P. John, R.W. Robins & L.A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 114-158). New York: Guilford Press.
- John, O.P. & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. En L.A. Pervin & O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 102-139). New York: Guilford Press.
- Johnson, J.H. & Sarason, I.G. (1979). Moderator variables in life stress research. En I.G. Sarason & C.D. Spielberger (Eds.), *Stress and Anxiety* (Vol. 6, pp. 151-167). Washington, DC: Hemisphere Publishing.

- Jones, J.W. (1980). *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, Illinois: London House.
- Jonsson, A., Segesten, K. & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20, 79-84.
- Joseph, S., Andrews, B., Williams, R. & Yule, W. (1992). Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise ship disaster. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 63-73.
- Judge, T.A., Martocchio, J.J. & Thoresen, C.J. (1997). Five-factor model of personality and employee absence. *Journal of Applied Psychology*, 82 (5), 745-755.
- Jurisch, F., Kolassa, I.T. & Elbert, T. (2009). Traumatized therapists?. A review of secondary traumatic stress. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38 (4), 250-261.
- Kadambi, M.A. & Truscott, D. (2003). Vicarious traumatization and burnout among therapists working with sex offenders. *Traumatology*, 9(4), 216-230.
- Kahn, J.H. (2006). Factor analysis in counseling psychology research, training and practice. *The Counseling Psychologist*, 34, 1-36.
- Kahn, J.H., Schneider, K.T., Jenkins-Henkelman, T.M. & Moyle, L.L. (2006). Emotional social support and job burnout among high-school teachers: is it all due to dispositional affectivity?. *Journal of Organizational Behaviour*, 27, 793-807.
- Kaplan, G.A., Salonen, J.T., Cohen, R.D., Brand, R.J. Syme, S.L., & Puska, P. (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: Prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128, 307-380.
- Kaplan, R.B. & Saccuzzo, D.P. (2006). *Pruebas psicológicas: principios, aplicaciones y temas* (6a ed.). México: Thomson.
- Kardum, I. & Hudek-Knezevic, J. (2012). Relationships between five-factor personality traits and specific health-related personality dimensions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12 (3), 373-387.
- Kardum, I., Hudek-Knezevic, J. & Krapic, N. (2012). The structure of hardiness, its measurement invariance across gender and relationships with personality traits and mental health outcomes. *Psychological Topics*, 21 (3), 487-507.

- Kay-Eccles, R. (2012). Meta-analysis of the relationship between coworker social support and burnout using a two-level hierarchical linear model. *Western Journal of Nursing Research*, 34 (8), 1062-1064.
- Kim, H., Ji, J. & Kao, D. (2011). Burnout and physical health among social workers: a three-year longitudinal study. *Social Work*, 56 (3), 258-268.
- Kitaoka-Higashiguchi, K., Nakagawa, H., Morikawa, Y., Ishizaki, M., Miura, K., Naruse, Y., ... Sukigara, M. (2003). Social support and individual styles of coping in the Japanese workplace: An occupational stress model by structural equation analysis. *Stress and Health*, 19, 37-43.
- Kline, R.B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Kobasa, S.C. (1979a). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, 7 (4), 413-423.
- Kobasa, S.C. (1979b). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (1), 1-11.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. & Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 22 (4), 368-378.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (1), 168-177.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. & Puccetti, M.C. (1982). Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. *Journal of Behavioral Medicine*, 5 (4), 391-404.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Puccetti, M.C. & Zola, M.A. (1994). Effectiveness of hardiness, exercise, and social support as resources against illness. En A. Steptoe & J. Wardle (Eds.), *Psychosocial processes and health: A reader* (pp. 247-260). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kobasa, S.C. & Puccetti, M. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (4), 839-850.
- Kohlmann, C.W. (1993). Development of the repression-sensitization construct: With special reference to the discrepancy between subjective and physiological stress reactions. En H. Hentshel, G. Smith, W. Ehlers & G. Draguns (Eds.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology* (pp. 184-204). New York: Springer Verlag.

- Kohn, P.M. & O'Brien, C. (1997). The situational response inventory: A measure of adaptive coping. *Personality and Individual Differences*, 22 (1), 85-92.
- Kokkinos, C.M. (2007). Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 77, 229-243.
- Kompier, M. & Levi, L. (1995). *Estrés en el trabajo: causas, efectos y prevención*. Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Dublin, Irlanda.
- Koniarek, J. & Dudek, B. (1996). Social support as a buffer in the stress-burnout relationship. *International Journal of Stress Management*, 3 (2), 99-106.
- Koniarek, J. & Dudek, B. (2001). Post-traumatic stress disorder and firefighters' attitude to their job. *Medycyna Pracy*, 52 (3), 177-183.
- Korotkov, D. & Hannah, T.E. (2004). The Five Factor model of personality: Strengths and limitations in predicting health status, sick-role and illness behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 187-199.
- Kremer, L. & Hofman, J. (1985). Teacher's professional identity and burn-out. *Research in Education*, 34, 89-95.
- Kristensen, T.S., Borrits, M., Villadsen, E. & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress* 19 (3), 192-207.
- Krohne, H.W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. En H.W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance. Strategies in coping with aversiveness*(pp. 19-50). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Krohne, H.W. (1996). Individual differences in coping. En M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*(pp. 381-409). New York: John Wiley & Sons.
- Krohne, H.W. (2002). *Stress and coping theories*. Recuperado de [http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/fohlen/Krohne\\_Stress.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/fohlen/Krohne_Stress.pdf)
- Krohne, H.W. & Egloff, B. (1994, septiembre). *Coping with stress as a personality construct: Concepts, operationalizations, correlates*. Comunicación presentada en el 39th Congress of the Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Hamburgo, Germany.
- Krohne, H.W., Egloff, B., Varner, L.J., Burns, L.R., Weidner, G. & Ellis, H.C. (2000). The assessment of dispositional vigilance and cognitive avoidance: Factorial structure, psychometric properties, and validity of the Mainz Coping Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 297-311.

- Krohne, H.W. & Rogner, J. (1982). Repression-sensitization as a central construct in coping research. En H.W. Krohne & L. Laux (Eds.), *Achievement, stress and anxiety* (pp. 167-193). Washington, D.C: Hemisphere.
- Labrador, F.J. (1992). *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy.
- Labrador, F.J. & Crespo, M<sup>a</sup>. (1993). *Estrés y trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- LaFauci, J.M. & Marotta, S.A. (2011). Personal and environmental predictors of posttraumatic stress in emergency management professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3 (1), 8-15.
- Lahey, B. & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. En S. Cohen, L.G. Underwood & B.H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention* (pp. 29-52). New York: Oxford University Press.
- Lambert, E.C., Altheimer, I. & Hogan, N.L. (2010). Exploring the relationship between social support and job burnout among correctional staff. *Criminal Justice and Behavior*, 37 (1), 1217-1236.
- Landen, S.M. & Wang, C. (2010). Adult attachment, work cohesion, coping, and psychological well-being of firefighters. *Counselling Psychology Quarterly*, 23 (2), 143-162.
- Landeta, O. (1999). *Efecto modulador del apoyo social en la respuesta de estrés* (tesis doctoral no publicada). Universidad de Deusto, Bilbao.
- Landeta, O. & Breva, A. (2000). Evolución histórica en el estudio del apoyo social. *Revista de Historia de la Psicología*, 21 (2-3), 589-596.
- Landeta, O. & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8 (2-3), 173-182.
- LaRocco, J.M., House, J.S. & French, J.R.P. (1980). Social support, occupational stress and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3), 202-218.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 237-247.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. En W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford Press.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Leal, I., Villoria, B., Martín, L.M., Paso, J.I. & Bulbena, A. (2008). Apoyo psicológico desde los bomberos a las víctimas y para los bomberos evitando que sean víctimas. *Cuaderno de Crisis*, 7 (1), 16-22. Recuperado de <http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2008/Num7Vol12008.pdf>
- Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1993a). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behaviour*, 14 (1), 3-20.
- Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1993b). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behaviour and Human Decision Process*, 54 (3), 369-398.
- Leiter, M.P. (1989). Conceptual implications of two models of Burnout: A response to Golembiewski. *Group and Organization Studies*, 14 (1), 15-22.
- Leiter, M.P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12 (2), 123-144.
- Leiter, M.P. (1993). Burnout as a development process: Consideration of models. En W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237-250). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (1988).The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment.*Journal of Organizational Behavior*, 9 (4), 297-308.
- Lerias, D. & Byrne, M.K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19 (3), 129-138.
- Levine, M. & Spivack, G. (1964).*The Rorschach index of repressive style*.Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lévy-Mangin, J.P, Martín, M<sup>a</sup>.T. & Román, M<sup>a</sup>.V. (2006).Optimización según estructuras de covarianzas. En J.P. Lévy-Mangin (Dir.), *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales. Temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales* (pp. 11-30). A Coruña: Netbiblo.
- Ley 31/ 1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. BOE, nº 269, de 10 de noviembre.
- Liakopoulou, M., Panaretaki, I., Papadakis, V., Katsika, A., Sarafidou, J., Laskari, Haidas, S. (2008). Burnout, staff support and coping in pediatric oncology. *Support Care Cancer*, 16 (2), 143-150.

- Lin, N. (1986). Modeling the effects of social support. En N. Lin, A. Dean & W. Ensel (Eds.), *Social Support, life-events and depression* (pp.173-212). New York: Academic Press.
- Lin, N., Dean, A. & Ensel, W. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.
- Lin, N., Ye, X. & Ensel, W. (1999). Social support and depressed mood: A structural analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 40 (4), 344-359.
- Linares-Ortiz, J., Robles-Ortega, H. & Peralta-Ramírez, M<sup>a</sup>.I. (2014). Modificación de la personalidad mediante una terapia cognitivo-conductual de afrontamiento de estrés. *Anales de Psicología*, 30 (1), 114-122.
- Lindzey, G., Hall, C.S. & Manosevitz, M. (1992). *Teorías de la personalidad*. México: Limusa.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S. & Nelson, D. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 977-988.
- Lizasoain, L. & Joaristi, L. (2003). *Gestión y análisis de datos con SPSS*. Versión 11. Madrid: Paraninfo.
- Lo Bue, S., Taverniers, J., Mylle, J. & Euwema, M. (2013). Hardiness promotes work engagement, prevents burnout, and moderates their relationship. *Military Psychology*, 25 (2), 105-115.
- Löckenhoff, C.E., Terracciano, A. & Patriciu, N.S. (2009). Self-reported extremely adverse life events and longitudinal changes in Five-Factor model personality traits in an urban sample. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (1), 53-59.
- López, A. & Elosua, P. (2004). Estimaciones bootstrap para el coeficiente de determinación: un estudio de simulación. *Revista electrónica de Metodología Aplicada*, 9 (2), 1-14.
- Lorenzo-Seva, U. & Ferrando, P.J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods Instruments & Computers*, 38 (1), 88-91.
- Losee, J. (2009). *Psychological distress and coping styles of firefighter personnel following multiple traumatic event* (Doctoral dissertation). Disponible en ProQuest Dissertations and Theses database (UMI No. 3368129).
- Lourel, M., Abdellaoui, S., Chevaleyre, S., Paltrier, M. & Gana, K. (2008). Relationships between psychological demands, job control and burnout among firefighters. *North American Journal of Psychology*, 10 (3), 489-496.



- Luszczynska, A. & Cieslak, R. (2005). Protective, promotive and buffering effects of perceived social support in managerial stress: The moderating role of personality. *Anxiety, Stress and Coping*, 18 (3), 227-244.
- Lyne, K. & Roger, D. (2000). A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29, 321-335.
- MacCallum, R.C. & Austin, J.T. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual Review of Psychology*, 51, 201-226.
- MacRitchie, V. & Leibowitz, S. (2010). Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers. *South African Journal of Psychology*, 40 (2), 149-158.
- Maddi, S.R. (1999). The personality construct of hardiness: Effects on experiencing, coping and strain. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51 (2), 83-94.
- Maddi, S.R. (2004). Hardiness: An operationalization of existential courage. *Journal of Humanistic Psychology*, 44 (3), 279-298.
- Maddi, S.R. & Kobasa, S.C. (1984). *The hardy executive: Health under stress* (2nd ed.). Homewood: Dow Jones-Irwin.
- Maddi, S.R., Khoshaba, D.M., Persico, M., Lu, J., Harvey, R. & Blecker, F. (2002). The personality construct of hardiness. Relationships with comprehensive tests of personality and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 36, 72-85.
- Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda* (2a ed.). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy research*, 10 (3), 239 – 266.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B. & Schutte, N.S. (2005). The relationship between the Five-Factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27 (2), 101-114.
- Manzano, G. (1998). *Estrés en personal de enfermería* (tesis doctoral no publicada). Universidad de Deusto, Bilbao.
- Manzano, G. & Ramos, F. (1999). Estrés diario, variables de personalidad y síndrome de burnout: relaciones de causalidad. En F. Ramos (Ed.), *El síndrome de burnout* (pp. 27-89). Madrid: UNED-FUE.
- Marmar, C.R., McCaslin, S.E., Metzler, T.J., Best S., Weiss, D.S., Fagan, J. ... Neylan, T. (2006). Predictors of post-traumatic stress in police and other first responders. *Annals New York Academy of Sciences*, 1071, 1-18.

- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J. & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *The American Journal of Psychiatry*, 153 (7), 94-102.
- Marqués-Pinto, A., Lima, M<sup>a</sup>.L. & Lopes Da Silva, A. (2005). Fuentes de estrés, burnout y estrategias de coping en profesores portugueses. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21 (1-2), 125-143.
- Márquez, S. (2006). Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2), 359-378.
- Martín, M<sup>a</sup>.D., Jiménez, M<sup>a</sup>.P. & Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E3A). *Revista electrónica de motivación y emoción*, 3 (4). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Martínez-García, J.A. & Martínez-Caro, L. (2008). Determinación de la máxima varianza para el cálculo del factor de imprecisión sobre la escala de medida, y extensión a diferentes tipos de muestreo. *Psicothema*, 20 (2), 311-316.
- Martinussen, M., Richardsen, A.M. & Burke, R.J. (2007). Jobs demands, job resources, and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 35, 239-249.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 0 (9), 16-22.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1979). Burned-out cops and their families. *Psychology Today*, 12 (12), 59-62.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981a). The measurement of experience burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2 (2), 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981b). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual. Research edition*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. & Schwab, R. (1986). *Educators survey*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C. & Pines, A. (1977). The burnout syndrome in day care setting. *Child Care Quarterly*, 6 (2), 100-113.
- Maslach, C. & Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matheny, K.B., Aycock, D.W., Pugh, J.L., Curlette, W.L. & Silva-Cannella, K.A. (1986). Stress coping: A qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *Counseling Psychologist*, 14 (4), 499-549.
- Matheny, K.B., Gfroerer, C.A. & Harris, K. (2000). Work stress, burnout and coping at the turn of the century: An individual psychology perspective. *The Journal of Individual Psychology*, 56 (1), 74-87.
- Matteson, M.T. & Ivancevich, J.M. (1989). *Estrés y Trabajo. Una perspectiva gerencial* (2a ed.). México: Trillas.
- Matthews, D.B. (1990). A comparison of burnout in selected occupational fields. *The Career Development Quarterly*, 38 (3), 211-216.
- Matthews, G. (1995). The psychological impact of repeated indirect exposure to trauma: An investigation of the role of perceived social support and hardiness as moderators of disruption in cognitive schemata among a sample of paramedics. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences and Engineering*, 56 (5-B), 2863.
- Matud, M.P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de la mujer en Canarias. Informe final del proyecto financiado por el Instituto Canario de la Mujer*. Tenerife: Universidad de La Laguna.
- Matud, M.P. & Bethencourt, J.M. (2000). Ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos en una muestra de amas de casa. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (1), 91-106.
- Matud, M.P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25 (2), 32-37.
- McCall, J.P. (2002). A correlational study of firefighter personality traits and emotional exhaustion. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 63 (1-B), 539.
- McCammon, S., Durham, T., Allison, E. & Williamson, J. (1988). Emergency worker's cognitive appraisal and coping with traumatic events. *Journal of Traumatic Stress*, 1 (3), 353-372.

- McCann, I.L. & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3* (1), 131-149.
- McCull, M.A., Lei, H. & Skinner, H. (1995). Structural relationships between social support and coping. *Social Science and Medicine, 41* (3), 395-407.
- McCrae, R.R. (1982). Age differences in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology, 37* (5), 454-460.
- McCrae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology, 46* (4), 919-928.
- McCrae, R.R. (2009). The Five-Factor model of personality traits: Consensus and controversy. En P.J. Corr & G. Matthews, *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 148-161). New York: Cambridge University Press.
- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (1985). Updating Norman's adequate taxonomy: Intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. *Journal of Personality and Social Psychology, 49* (3), 710-721.
- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality, 54* (4), 385-405.
- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (1987). Validation of the Five-Factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology, 52* (1), 81-90.
- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (2003). *Personality in adulthood* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences, 36* (3), 587-596.
- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (2007). Brief versions of the NEO PI-3. *Journal of Individual Differences, 28* (3), 116-128.
- McCrae, R.R., Costa, P.T. & Martin, T.A. (2005). The NEO PI-3: A more readable revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment, 84* (3), 261-270.
- McFarlane, A.H. (1988a). The aetiology of PTSDs following a natural disaster. *The British Journal of Psychiatry, 152*, 116-121.
- McFarlane, A.H. (1988b). The longitudinal course of post-traumatic morbidity. The range of outcomes and their predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176* (1), 30-39.

- McFarlene, A.H., Neale, K.A., Norman, G.R., Roy, R.G. & Streiner, D.L. (1981). Methodological issues in developing a scale to measure social support. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 90-100.
- Mealer, M.L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B. & Moss, M. (2007). Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175, 693-697.
- Mechanic, D. (1974). Social structure and personal adaptation: Some neglected dimensions. En G. Coelho, D. Hamburg & J. Adams (Eds.), *Coping and adaptation* (pp. 32-44). New York: Basic Books.
- Meda, R.M., Moreno-Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E.D. & Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 31-41.
- Meda, R.M., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Arias, E.D. & Palomera, A. (2011). Validación mexicana de la escala de estrés traumático secundario. *Psicología y Salud*, 21 (1), 5-15.
- Meier, S. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57 (3), 211-220.
- Melamed, S., Kushnir, T. & Shirom, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular disease. *Behavioral Medicine*, 18, 53-61.
- Menaghan, E.G. (1983). Individual coping efforts: Moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes. En H.B. Kaplan (Dir.), *Psychosocial stress: Trends in the theory and research* (pp. 157-191). New York: Academic Press.
- Mercado, A. & Gil-Monte, P. (2012). Características psicométricas del cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo en maestros mexicanos. *Revista de Educación*, 359, 260-273.
- Mestre, V., Frías, R & Moreno, C. (1993). Análisis psicométrico y factorial de la Escala de Apoyo Social (escolar, familiar y social) para adolescentes. *Psicológica*, 14, 193-208.
- Meyer, E.C., Zimering, R., Daly, E., Knight, J., Kamholz, B.W. & Gulliver, S.B. (2012). Predictors of posttraumatic stress disorder and other psychological symptoms in trauma-exposed firefighters. *Psychological Services*, 9 (1), 1-15.
- Miguel-Tobal, J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H. & Galea, S. (2004). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud*, 15 (3), 293-304.

- Mikulincer, M. & Florian, V. (1996). Coping and adaptation to trauma and loss. En M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, research, applications* (pp. 554-572). New York: John Wiley & Sons.
- Miller, S.M. (1980). When is a little information a dangerous thing?. Coping with stressful events by monitoring versus blunting. En S. Levine & H. Ursin (Eds.), *Coping and health* (pp. 145-170). New York: Plenum Press.
- Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (2), 345-353.
- Miller, S.M. (1996). Monitoring and blunting of threatening information: Cognitive interference and facilitation in the coping process. En I.G. Sarason, G.R. Pierce & B.R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods and findings* (pp. 175-190). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Millon, T., Green, C.J. & Meagher, R.B. (1979). The MBHI: A new inventory for the psychodiagnostician in medical settings. *Professional Psychology*, 10 (6), 529-539.
- Mingote, J.C., Moreno-Jiménez, B. & Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123 (7), 265-270.
- Mingote, J.C. & Pérez, S. (2003). *Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador*. Madrid: Díaz de Santos.
- Miró, J. (1997). Translation, validation and adaptation of an instrument to assess the information-seeking style of coping with stress: the Spanish version of the Miller Behavioral Style Scale. *Personality and Individual Differences*, 23 (5), 909-912.
- Mitani, S., Fujita, M., Nakata, K. & Shirakawa, T. (2006). Impact of post-traumatic stress disorder and job-related stress on burnout: A study of fire service workers. *The Journal of Emergency Medicine*, 31 (1), 7-11.
- Mitchell, J. (1985). *Helping to helper. Proceedings from a workshop: Role stressors and supports for emergency workers* (pp. 105-118). Rockville: National Institute of Mental Health.
- Mitroi, A.M. (2011). Primary trauma versus vicarious trauma. Analysis in the context of assistance programmes developed for persons with a history of recurrent sexual abuse. *Journal of Experiential Psychotherapy*, 14 (2), 30-40.

- Mokkinos, C.M. (2007). Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 77 (1), 229-243.
- Moos, R.H. (1993): *Coping Response Inventory - Adult form manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Moos, R.H. & Billings, A.G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. En L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). New York: Free Press.
- Moos, R.H., Cronkite, R.C., Billings, A.G. & Finney, J.W. (1982). *Health and daily living form manual*. Stanford: Stanford University School of Medicine.
- Morales, P. (2012). Tamaño necesario de la muestra: ¿cuántos sujetos necesitamos?. En *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales*. Recuperado de <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oMuestra.pdf>
- Moran, C. (1998). Cognitive behaviour therapy for emotional disorders: The role of humour. *Australian Journal of Comedy*, 4, 89-102.
- Moran, C. (1999). Differential influences of coping humour and humour bias on mood. *Behavioural Medicine*, 25 (1), 36-42.
- Moran, C. (2002). Humor as a moderator of compassion fatigue. En C.R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 139-154). New York: Brunner Routledge.
- Morán, C. (2004). Factores de personalidad que influyen en la satisfacción en el trabajo. *Capital humano*, 175, 84-90.
- Morán, C. (2005a). *Estrés, burnout y mobbing. Recursos y estrategias de afrontamiento*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Morán, C. (2005b). Personalidad, afrontamiento y burnout en profesionales de atención a personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 36 (1), 30-39.
- Morán, C. (2005c). *Relación entre variables de personalidad y estrategias de afrontamiento del estrés laboral*. León: Universidad de León.
- Morán, C. (2006). El cansancio emocional en servicios humanos: asociación con acoso psicológico, personalidad y afrontamiento. *Revista de Psicología el Trabajo y de las Organizaciones*, 22 (2), 227-239.

- Morante, M. E. (2007). *Estrés traumático secundario en los servicios de urgencia médica de la Comunidad de Madrid* (tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid.
- Moreno-Jiménez, B., Arcenillas, M<sup>a</sup>.V., Morante, M<sup>a</sup>.E. & Garrosa, E. (2005). Burnout en profesores de primaria: personalidad y sintomatología. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21 (1-2), 71-87.
- Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, & Miralles T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 13 (2), 185-207.
- Moreno-Jiménez, B., Gálvez, M., Garrosa, E. & Mingote, J.C. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención Primaria*, 38 (10), 544-549.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., & González, J.L. (2000a). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 3 (1), 18-28.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., & González, J.L. (2000b). La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 151-171.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. & González, J.L. (2000c). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Morante, M<sup>a</sup>.E., Rodríguez, R. & Losada, M<sup>a</sup>.M. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica*, 22 (1), 69-76.
- Moreno-Jiménez, B., González, J.L. & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía & F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M<sup>a</sup>.E., Garrosa, E. & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12 (2), 215-231.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M<sup>a</sup>.E., Rodríguez-Carvajal, R. & Rodríguez-Muñoz, A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*, 20 (1), 124-130.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M<sup>a</sup>.E., Rodríguez-Muñoz, A. & Garrosa, E. (2004). Secondary traumatic stress as psychosocial emergent risk. *Psychology and Health*, 19 (suppl. 1), 117-118.



- Moreno-Jiménez, B., Morante, M<sup>a</sup>.E., Rodríguez-Muñoz, A. & Rodríguez-Carvajal, R. (2006). La influencia de las variables de personalidad en el estrés traumático secundario. *Psicología Conductual*, 14 (2), 201-214.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M<sup>a</sup>.E., Stamm, B.H. & Sanz, A.I. (2007). Estrés traumático secundario: personalidad y sacudida de creencias. *Psicología Conductual*, 15 (3), 427-439.
- Moreno-Jiménez, B., Morett, N.I., Rodríguez-Muñoz, A. & Morante, M<sup>a</sup>.E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18 (3), 413-418.
- Moreno-Jiménez, B., Oliver, C. & Aragoneses, A. (1993). *Configuración específica del estrés laboral asistencial en el profesorado de Educación Media*. Centro Nacional de Investigación Educativa (CIDE). Manuscrito no publicado.
- Moreno-Jiménez, B. & Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M.A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 739-761). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa, E., Rodríguez-Carvajal, R. & Morante, M.E. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, 11 (1), 181- 187.
- Morett, N.I. (2005). *El desgaste profesional y el estrés traumático secundario en una muestra de bomberos* (tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid.
- Morey, L.C. (1991). *Personality Assessment Inventory (PAI)*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L.C. (1996). *An integrative guide to the Personality Assessment Inventory*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L.C. (2007). *Personality Assessment Inventory (PAI). Professional manual* (2nd. ed.). Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Moriana, J.A. & Herruzo, J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (3), 597-621.
- Morillas, A. (2014). Muestreo en poblaciones finitas. *En Apuntes: Muestreo*. Universidad de Málaga. Recuperado de <http://webpersonal.uma.es/~morillas/muestreo.pdf>
- Motta, R.W., Kefer, J.M., Hertz, M.D. & Hafeez, S. (1999). Initial evaluation of the secondary trauma questionnaire. *Psychological Reports*, 85, 997-1002.

- Moulden, H.M. & Firestone, P. (2007). Vicarious traumatization: The impact on therapists who work with sexual offenders. *Trauma, Violence and Abuse, 8* (1), 67-83.
- Muñoz, M. (1988). *Características de enfrentamiento: Aspectos perceptivos y motores* (tesis doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid.
- Muris, P., van Zuuren, F.J., De Jong, P.J. & De Beurs, E. (1994). Monitoring and blunting coping styles: The Miller Behavioural Style Scale and its correlates, and the development of an alternative questionnaire. *Personality and Individual Differences, 17* (1), 9-19.
- Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nakamae, T. & Fukui, K. (2008). Relationships among burnout, coping style and personality: Study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62* (2), 174-176.
- Navarro, R. & Arévalo, M<sup>a</sup>.V. (2000). Aspectos cognitivos del estrés. En L.A. Oblitas & E. Becoña (Ed.), *Psicología de la Salud* (pp. 159-178). México: Plaza y Valdés.
- Newell, J.M. & MacNeil, G.A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health, 6* (2), 57-68.
- Norbeck, J.S., Lindsey, A.M. & Carrieri, V.L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research, 30*, 264-269.
- Norman, W.T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66* (6), 574-583.
- Norman, W.T. (1967). *2800 personality trait descriptors: Normative operating characteristics of a university population*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan.
- Norris, S.A. (2011). *Examining the Big Five personality factors as predictors of burnout among counselors* (Master's thesis). Valdosta, Georgia: Valdosta State University.
- Recuperado de <http://vtext.valdosta.edu:8080/xmlui/handle/10428/1044?show=full>
- North, C.S., Tivis, L., McMillen, C., Pfefferbaum, B., Cox, J., Spitznagel, E.L. ... Smith, E.M. (2002). Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing. *Journal of Traumatic Stress, 15* (3), 171-175.

- Nydegger, R., Nydegger, L. & Basile, F. (2011). Post-traumatic stress disorder and coping among career professional firefighters. *American Journal of Health Sciences*, 2 (1), 11-19.
- O'Driscoll, M.P. & Cooper, C.L. (1994). Coping with work-related stress: A critique of existing measures and proposal for an alternative methodology. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67 (4), 343-354.
- Oginska-Bulik, N. (2005). The role of personal and social resources in preventing adverse health outcomes in employees of uniformed professions. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18 (3), 233-240.
- Oginska-Bulik, N. & Langer, I. (2007). Type D personality, coping with stress and intensity of PTSD symptoms in firefighters. *Medycyna Pracy*, 58 (4), 307-316.
- Ogrocki, P.K., Stephens, M.A.P. & Kinney, J. (1990). Assessing caregiver coping: State vs. trait approach. *The Gerontologist*, 30, (135A), 1-62.
- Olivares V.E & Gil-Monte, P. (2007). Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en profesionales chilenos. *Ansiedad y Estrés*, 13 (2-3), 229-240.
- Olmedo, M., Santed, M.A., Jiménez, R. & Gómez M.D. (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psique*, 22 (3), 117-129.
- Orejudo, S. & Froján, M<sup>a</sup>.X. (2005). Síntomas somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de Psicología*, 21 (2), 276-285.
- Ortega, C. & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.
- Ortega, M<sup>a</sup>.E., Ortiz, G.R. & Coronel, P.G. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17 (001), 5-16.
- Ortet, G., Escrivá, P., Ibáñez, M.I., Moya, J., Villa, H., Mezquita, L. & Ruipérez, M<sup>a</sup>.A. (2010). Versión corta de la adaptación española para adolescentes del NEO PI R (JS NEO-S). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (2), 327-344.
- Ortet, G., Ibáñez, M.I., Ruipérez, M<sup>a</sup>.A., Villa, H., Moya, J. & Escrivá, P. (2007). Adaptación para adolescentes de la versión española del NEO PI R (JS NEO). *Psicothema*, 19 (2), 263-268.

- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, M., Cardenal, P. & Sánchez, P. (2011). *Adaptación española del inventario de evaluación de la personalidad (PAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ortlepp, K. & Friedman, M. (2001). The relationship between sense of coherence and indicators of secondary traumatic stress in non-professional trauma counselors. *South African Journal of Psychology*, 31(2), 38-45.
- Ortlepp, K. & Friedman, M. (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counsellors. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (3), 213-222.
- Otero-López, J.M., Santiago, M<sup>a</sup>.J. & Castro, C. (2008). An integrating approach to the study of burnout in university professors. *Psicothema*, 20 (4), 766-772.
- Ottlinger, J.M. (1998). Stress and firefighters: An exploratory study. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences and Engineering*, 58 (8-B), 4503.
- Overholser, J.C. (1992). Sense of humour when coping with life stress. *Personality and Individual Differences*, 13, 799-804.
- Pardo, A. & Ruiz, M.A. (2002). *SPSS 11: Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGraw Hill.
- Paris, J. (2000). Predispositions, personality traits, and posttraumatic stress disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 8 (4), 175-183.
- Parkes, K.R. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En J. Buendía (Ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 79-109). Madrid: Biblioteca nueva.
- Párraga, J.M. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. (tesis doctoral no publicada). Universidad de Extremadura.
- Patterson, G.T. (2003). Examining the effects of coping and social support on work and life stress among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 31 (3), 215-226.
- Payne, N. (2000). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3), 396-405.
- Payne, R.L. & Jones, J.G. (1987). Measurement and methodological issues in social support. En S.V. Kasl & C.C. Cooper (Dirs.), *Stress and health: Issues in research methodology* (pp. 167-205). Chichester: John Wiley & Sons.

- Peabody, D. (1967). Trait inferences: Evaluative and descriptive aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7 (4), 1-18.
- Peabody, D. & Goldberg, L.R. (1989). Some determinants of factor structures from personality trait descriptors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (3), 552-567.
- Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G. & Mullan, J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19 (1), 2-21.
- Pearlman, L.A. (1996). Psychometric review of TSI Belief Scale, revision L. En B.H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 415-417). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Pearlman, L.A. (1999). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. En B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-Care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed., pp. 51-64). Lutherville, Maryland: Sidran Press.
- Pearlman, L.A. (2003). *Trauma and attachment belief scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Pearlman, L.A. & Mac Ian, P.S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26 (6), 558-565.
- Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Pearson, R.E. (1986). *The Personal Support System Survey*. New York: Syracuse University.
- Pearson, R.E. (1990). *Counseling and social support*. Newbury Park: Sage Publications.
- Pedersen, S.S., Middel, B. & Larsen, M.L. (2002). The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (6), 1171-1175.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18 (58), 167-201.
- Pelechano, V. (1997). Personalidad y el binomio salud-enfermedad: una revisión conceptual selectiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (92), 751-795.

- Pelechano, V. (1999). *Psicología de la personalidad. Teoría* (Vol. 1). Barcelona: Ariel.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Pelechano, V., Matud, P. & De Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19 (63), 91-149.
- Pelechano, V., Matud, P. & De Miguel, A. (1994). Estrés no sexista, salud y personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20 (71-72), 311-611.
- Peng, A.C., Riolli, L.T., Schaubroeck, J. & Spain, E.S.P. (2012). A moderated mediation test of personality, coping, and health among deployed soldiers. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 512-530.
- Pengilly, J.W. & Dowd, E.T. (2000). Hardiness and social support as moderators of stress. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (6), 813-820.
- Penley, J. & Tomaka, J. (2002). Associations among the Big Five, emotional responses and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32 (7), 1215-1228.
- Penley, J., Tomaka, J. & Wiebe, J. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25 (6), 551-603.
- Peñacoba, C., Díaz, L., Goiri, E. & Vega, R. (2000a). Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés: un análisis comparativo entre bomberos con y sin experiencia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (3), 341-356.
- Peñacoba, C., Díaz, L., Goiri, E. & Vega, R. (2000b). Valoración de las estrategias del afrontamiento empleadas por el colectivo de bomberos en situaciones de emergencia. *Archivos de prevención y riesgos laborales*, 3 (3), 100-108.
- Peñacoba, C. & Moreno-Jiménez, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. *Boletín de Psicología* 58, 61-96.
- Peñacoba, C. & Moreno-Jiménez, B. (2000). Evaluación de la personalidad resistente y su influencia en la salud. *Boletín de Psicología*, 67, 45-64.
- Pérez-García, A.M<sup>a</sup>. (2011). Personalidad y enfermedad. En J. Bermúdez, A.M<sup>a</sup>. Pérez-García & P. Sanjuán, *Psicología de la personalidad: teoría e investigación* (Vol. 1, pp. 635-700). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

- Pérez-García, A.M<sup>a</sup>. & Bermúdez, J. (2003a). Concepto y ámbito de estudio. En J. Bermúdez, A.M<sup>a</sup>. Pérez & P. Sanjuán, *Psicología de la personalidad: teoría e investigación* (Vol. 1, pp. 25-59). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pérez-García, A.M<sup>a</sup>. & Bermúdez, J. (2003b). Modelos teóricos en Psicología de la personalidad. En J. Bermúdez, A.M<sup>a</sup>. Pérez-García & P. Sanjuán, *Psicología de la personalidad: teoría e investigación* (Vol. 1, pp. 61-91). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pérez-García, A.M<sup>a</sup>. & Bermúdez, J. (2011). Introducción al estudio de la personalidad: unidades de análisis. En J. Bermúdez, A.M<sup>a</sup>. Pérez-García, J.A. Ruiz, P. Sanjuán & B. Rueda, *Psicología de la personalidad: teoría e investigación* (pp. 25-68). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pérez-García, A.M<sup>a</sup>. & Sanjuán, P. (2003). Personalidad y enfermedad. En J. Bermúdez, A.M<sup>a</sup>. Pérez-García & P. Sanjuán (Eds.), *Psicología de la personalidad: teoría e investigación* (Vol. 2, pp. 343-400). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pérez-Peñaranda, A. (2008). *Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento* (tesis doctoral no publicada). Universidad de Salamanca.
- Perles, F. & Martimortugues, C. (1997). Apoyo social y estrés en pacientes crónicos. En I. Hombrados (Comp.), *Estrés y Salud* (pp. 447-472). Valencia: Promolibro.
- Perlman, B. & Hartman, E.A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human relations*, 35 (4), 283-305.
- Perrez, M. & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping and health. A situation-behavior approach. Theory, methods and applications*. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- Pervin, L.A. & John, O.P. (1999). *Personalidad: teoría e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M. & Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 84-95.
- Piedmont, R.L. (1993). A longitudinal analysis of burnout in the health care settings: The role of personal dispositions. *Journal of Personality Assessment*, 61 (3), 457-473.
- Pierce, C.M. & Molloy, G.N. (1992). A modified regressive coping checklist: Some Australian data. *Psychological Reports*, 70 (3), 1007-1009.

- Pierce, G.R., Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1996). Coping and social support. En M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp. 434-451). New York: John Wiley & Sons.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. En W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33-51). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Pines, A. & Aronson, E. (1988). *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press.
- Pines, A., Aronson, E. & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: The Free Press.
- Pines, A., Ben-Ari, A., Utasi, A. & Larson, D. (2002). A cross-cultural investigation of social support and burnout. *European Psychologist*, 7 (4), 256-264.
- Pines, A. & Kafry, D.P. (1982). Coping with burnout. En R.J.W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp. 139-150). Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Pines, A. & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39, 625-635.
- Porter, R.B. & Cattell, R.B. (1999). *Cuestionario de personalidad para niños (8-12 años)* (CPQ). (6a ed.) Madrid: TEA Ediciones.
- Power, M.J., Champion, L.A. & Aris, S.J. (1988). The development of a measure of social support. The Significant Others Scale (SOS). *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 349-358.
- Pozo-Muñoz, C., Salvador-Ferrer, C., Alonso-Morillejo, E. & Martos-Méndez, M<sup>a</sup>.J. (2008). Social support, burnout and well-being in teaching professionals contrast of a direct and buffer effect model. *Ansiedad y Estrés*, 14 (2-3), 127-141.
- Prati, G., Palestini, L. & Pietrantonio, L. (2009). Coping strategies and professional quality of life among emergency workers. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1. Recuperado de <http://trauma.massey.ac.nz/issues/2009-1/prati.htm>
- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14 (4), 364-388.



- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2010a). An application of the social support deterioration deterrence model to rescue workers. *Journal of Community Psychology*, 38 (7), 901-917.
- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2010b). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38 (3), 403-417.
- Prenda, K.M. & Lachman, M.E. (2001). Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 16 (2), 206-216.
- Price, D.M. & Murphy, P.A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47-58.
- Procidano, M.E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11 (1), 1-24.
- Quiceno, J.M. & Alpi, S.V. (2007). Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SGT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 117-125.
- Quiles, Y., Terol, M<sup>a</sup>.C. & Quiles, M<sup>a</sup>.J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (2), 313-333.
- R Development Core Team (2013). *R Studio integrated development environment (IDE)*. R Foundation for Statistical Computing. Boston, US. Recuperado de <http://www.rstudio.com/>
- Radey, M. & Figley, C.R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35 (3), 207-214.
- Ramírez, C., Esteve, R. & López, A.E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17 (1), 129-137.
- Rammstedt, B. & John, O.P. (2007). Measuring personality in one minute or less: a 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 203-212.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED-FUE.
- Ramos, F. & Buendía, J. (2001). El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En J. Buendía & F. Ramos (Coor.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 33-57). Madrid: Pirámide.
- Ramos, R., García, A. & Parada, E. (2006). *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes*. Melilla: UNED-Melilla.
- Regehr, C. (2009). Social support as a mediator of psychological distress in firefighters. *The Irish Journal of Psychology*, 30 (1-2), 87-98.

- Regehr, C., Goldberg, G., Glancy, G.D. & Knott, T. (2002). Posttraumatic symptoms and disability in paramedics. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 953-958.
- Regehr, C., Hemsworth, D. & Hill, J. (2001). Individual predictors of posttraumatic distress: A structural equation model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46 (2), 156-161.
- Regehr, C., Hemsworth, D., Leslie, B., Howe, P. & Chau, S. (2004). Predictors of posttraumatic distress in child welfare workers: A linear structural model equation. *Children and Youth Services Review*, 26 (4), 331-346.
- Regehr, C., Hill, J. & Glancy, G.D. (2000). Individual predictors of traumatic reactions in firefighters. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (6), 333-339.
- Regehr, C., Hill, J., Knott, T. & Sault, B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health*, 19, 189-193.
- Reicherts, M. & Perrez, M. (1994). The stress and coping process questionnaire. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 42 (3), 230-240.
- Revenson, T.A., Schiaffino, K.M., Majerovitz, S.D. & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine*, 33, 807-813.
- Rice, P.L. (1998). El afrontamiento del estrés: estrategias cognitivo-conductuales. En V. Caballo (Dir), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2, pp. 323-358). Madrid: Siglo XXI.
- Ríos, M<sup>a</sup>.I., Godoy, C. & Sánchez-Meca, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología*, 27 (1), 71-79.
- Ríos, M<sup>a</sup>.I., Sánchez-Meca, J. & Godoy, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22 (4), 600-605.
- Rivera, A., Montero-López, M<sup>a</sup>. & Sandoval, R. (2011). Cualidades psicométricas de la escala de soporte social de salud en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Psicología y Salud*, 21 (2), 173-183.
- Rodríguez-Carvajal, R. & Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 57 (supl. 1), 72-88.

- Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S. & Pastor, M<sup>a</sup>.A. (1989). Estrés por hospitalización y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psicología de la Salud*, 1 (1), 81-104.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M<sup>a</sup>.A. & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5 (supl.), 349-372.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, C., López-Roig, S. & Pastor, M<sup>a</sup>.A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: Propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4 (2), 59-84.
- Roger, D., Jarvis, G. & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15 (6), 619-626.
- Rosenstiel, A.K. & Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17 (1), 33-44.
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48 (2), 1-36. Recuperado de <http://www.jstatsoft.org/v48/i02/>
- Rosseel, Y. (2013). *Package lavaan. Versión 0.5-15*. Recuperado de <http://cran.r-project.org/web/packages/lavaan/lavaan.pdf>
- Rotger, D. (1994). El estrés de los bomberos. *Mapfre Seguridad*, 35, 11-21.
- Rotger, D. (1997). Mejorando la toma de decisiones en situaciones de emergencia. El entrenamiento de los bomberos. *Mapfre Seguridad*, 67: 25-31.
- Rothman, S. & Coetzer, E.P. (2003). The Big Five personality dimensions and job performance. *Journal of Industrial Psychology*, 9 (1), 68-74.
- Roysamb, E. (2006). Personality and well-being. En M.E. Vollrath (Ed.), *Handbook of Personality and Health* (pp. 115-134). The Atrium, Southern Gate, Chichester: John Wiley & Sons.
- Rubio, J.C. (2003). *Fuentes de estrés, síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de instituto de enseñanza secundaria* (tesis doctoral no publicada). Universidad de Extremadura.
- Rueda, M<sup>a</sup>.B. & Aguado, A.L. (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

- Ruiz, R. (2008). Aportaciones del análisis subdimensional del cuestionario de personalidad BFQ para la predicción del rendimiento de judokas jóvenes de competición. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8 (1), 5-29.
- Russell, M.T. & Karol, D.L. (1994). *The 16PF fifth edition administrator's manual*. Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing.
- Russell, M.T. & Karol, D.L. (2005). *16PF-5. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sabin-Farrell, R. & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers?. *Clinical Psychology Review*, 23 (3), 449-480.
- Sabo, B.M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work?. *International Journal of Nursing Practice*, 12 (3), 136-142.
- Saijo, Y., Ueno, T. & Hashimoto, Y. (2012). Post-traumatic stress disorder and job stress among firefighters of urban Japan. *Prehospital and Disaster Medicine*, 27 (1), 59-63.
- Salanova, M. & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 59-67.
- Salgado, J.F. (1997). The Five-Factor model of personality and job performance in the European Community. *Journal of Applied Psychology*, 82 (1), 30-43.
- Salgado, J.F. (2002). The Big Five personality dimensions and counterproductive behaviors. *Journal of Selection and Assessment*, 10 (1-2), 117-125.
- Salgado, J.F. (2005). Personalidad y deseabilidad social en contextos organizacionales: implicaciones para la práctica de la psicología del trabajo y las organizaciones. *Papeles del Psicólogo*, 26, 115-128.
- Salkind, N.J. (1998). *Métodos de Investigación*. México: Prentice Hall.
- Salters-Pedneault, K., Ruef, A.M. & Orr, S.P. (2010). Personality and psychophysiological profiles of police officer and firefighter recruits. *Personality and Individual Differences*, 49, 210-215.
- Sánchez, M<sup>a</sup>.L. (1995). Las cinco dimensiones básicas de la personalidad. En M<sup>a</sup>.D. Avia & M<sup>a</sup>.L. Sánchez (Eds.), *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales* (pp. 269-285). Madrid: Pirámide.
- Sánchez-Cánovas, J. (1991). Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En G. Buena-Casal & V. Caballo (Comps.), *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 247-270). Madrid: Siglo XXI.

- Sand, G. & Miyazaki, A.D. (2000). The impact of social support on salesperson burnout and burnout components. *Psychology and Marketing*, 17 (1), 13-26.
- Sandi, C. & Calés, J.M<sup>a</sup>. (2000). *Estrés: consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas*. Madrid: Sanz y Torres.
- Sandín, B. (1999). El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: UNED-FUE.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 141-157.
- Sandín, B. (2008a). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 3-42). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (2008b). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Sandín B. & Chorot P. (1987). *Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Sandín B. & Chorot P. (1990). *Escala de apoyo social (SSB) de Vaux, Riedel y Stewart*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). *Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R)*. Madrid: Universidad Nacional a Distancia.
- Sandín, B. & Chorot, P. (1999). Evaluación de los sucesos vitales. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 61-79). Madrid: Universidad Nacional a Distancia.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 39-54.
- Sandín, B., Valiente, R.M. & Chorot, P. (1999). Evaluación del estrés psicosocial. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 245-316). Madrid: Universidad Nacional a Distancia.
- Sandín, B., Valiente, R.M. & Chorot, P. (2008). Instrumentos para la evaluación del estrés psicosocial. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 275-358). Madrid: Klinik.
- Santamaría, P. (2009). *Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2 reestructurado (MMPI-2-RF)* (Adaptación española). Madrid: TEA Ediciones.

- Sanz, J. & García-Vera, M<sup>a</sup>.P. (2009). Nuevos baremos para la adaptación española del inventario de personalidad NEO revisado (NEO PI R): fiabilidad y datos normativos en voluntarios de la población general. *Cínica y Salud*, 20 (2), 131-144.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G. & Pierce, G.R. (1990). *Social support: An interactional view*. New York: John Wiley & Sons.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Bashman, R.B. & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Sasaki, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y. & Nakagawa, H. (2009). Relationship between coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 17, 359-365.
- Schauben, L.J. & Frazier, P.A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19 (1), 49-64.
- Schaufeli, W. (1999). Evaluación de riesgos psicosociales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15, 2, 147-171.
- Schaufeli, W., Leiter, M.P., Maslach, C. & Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory-General Survey. En C. Maslach, S.E. Jackson & M.P. Leiter, *The Maslach Burnout Inventory*. Test Manual (3rd. ed). (pp. 19-26). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A.B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1988). A model of behavioral self-regulation: translating intention into action. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 303-346). New York: Academic Press.
- Schonfeld, I.S. (1990). Coping with job-related stress: The case of teachers. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 141-149.
- Schreuder, J.A.H., Roelen, C.A.M., Groothoff, J.W., Van der Kink, J.J.L., Mageroy, N., Pallesen, S. ..., Moen, B.E. (2012). Coping styles relate to health and work environment of Norwegian and Dutch hospital nurses: A comparative study. *Nursing Outlook*, 60, 37-43.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G.V., Tellegen, G. & Brosschot, J.F. (1987). *The Utrechtse Coping Lijst: UCL*. Lisse: Swets and Zeitlinger

- Schuerger, J.M. (2001). *16 PF Adolescent Personality Questionnaire*. Champaign, Florida: IPAT, Institute for Personality and Ability Testing.
- Schuerger, J.M. (2008). *16 PF Cuestionario de personalidad para adolescentes (2a ed.)* Madrid: TEA Ediciones.
- Schultz, D.P & Schultz, S.E. (2002). *Teorías de la personalidad (7a ed.)*. Madrid: Thomson.
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2003). Social support in coping with illness: The Berlin Social Support Scales (BSSS). *Diagnostica*, 49, 73-82.
- Schwarzer R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping processes: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42 (4), 243-252.
- Schwarzer R. & Knoll, N. (2010). Social Support. En D. French, K. Vedhara, A. Kaptein & J. Weinman (Eds.), *Health Psychology (2nd ed., pp. 283-303)*. Chichester, England: Blackwell.
- Schwarzer R., Knoll, N. & Rieckmann, N. (2004). Social Support. En A. Kaptein & J. Weinman (Eds.), *Health psychology (pp. 158-181)*. Oxford, England: Blackwell.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8 (1), 99-127.
- Schwarzer R. & Rieckmann, N. (2002). *Social support, cardiovascular disease and mortality*. Course Materials for Health Psychology. Recuperado de <http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/>
- Schwarzer, R & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. En M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, research, applications (pp. 107-132)*. New York: John Wiley & Sons.
- Seidman, S. & Zager, J. (1986). The Teacher Burnout scale. *Educational Research Quarterly*, 11 (1), 26-33.
- Seisdedos, N. (1992). *Adaptación española del CPI*. Inventario Psicológico de California. Madrid: TEA Ediciones.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: manual*. Madrid: TEA.
- Seisdedos, N. & Cordero, A. (1995). *Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ-A y J)*. (7a ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Semmer, N.K. (2006). Personality, stress and coping. En M.E. Vollrath (Ed.), *Handbook of Personality and Health (pp. 73-113)*. The Atrium, Southern Gate, Chichester: John Wiley & Sons.

- Shakespeare-Finch, J., Gow, K. & Smith, S. (2005). Personality, coping and posttraumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*, 11 (4), 325-343.
- Shamai, M. (1999). Experiencing and coping with stress of political uncertainty: Gender differences among mental health professionals. *Families in Society*, 80 (1), 41-50.
- Shaw, R.E., Cohen, F., Doyle, B. & Palesky, J. (1985). The impact of denial and repressive style on information gain and rehabilitation outcomes in myocardial infarction patients. *Psychosomatic Medicine*, 47 (3), 262-273.
- Shen, B.J., McCreary, C.P. & Myers, H.F. (2004). Independent and mediated contributions of personality, coping, social support and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 27 (1), 39-62.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-714.
- Shimizutani, M., Odagiri, Y., Ohya, Y., Shimomitsu, T., Kristensen, T.S., Maruta, T. & Imori, M. (2008). Relationship of nurse burnout with personality characteristics and coping behaviours. *Industrial Health*, 46 (4), 326-335.
- Shin, H., Park, Y.M., Ying, J.Y., Kim, B., Noh, H. & Lee, S.M. (2014). Relationship between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45 (1), 44-56.
- Shirom, A. & Oliver, A. (1986, junio). *Does stress lead to affective strain or vice versa?*. Comunicación presentada al 21st Congress of the International Association of Applied Psychology, Jerusalem, Israel.
- Shumaker, S. & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40 (4), 11-36.
- Simon, C.E., Pryce, J.G., Roff, L.L. & Klemmack, D. (2006). Secondary traumatic stress and oncology social work. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23 (4), 1-14.
- Simoni, P.S. & Paterson, J.J. (1997). Hardiness, coping, and burnout in the nursing workplace. *Journal of Professional Nursing*, 13 (3), 178-185.
- Sirrat, D.K. (2001). The relationship of occupational stressors and burnout on PTSD symptoms of emergency personnel. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences and Engineering*, 62 (6-B), 2965.



- Skomorovsky, A. & Sudom, K.A. (2011). Psychological well-being of Canadian Forces officer candidates: The unique roles of hardiness and personality. *Military Medicine*, 176 (4), 389-396.
- Slattery, S.M. & Goodman, L.A. (2009). Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: Workplace risk and protective factors. *Violence Against Women*, 15 (11), 1358-1379.
- Smith, G.M. (1967). Usefulness of peer ratings of personality in educational research. *Educational and Psychological Measurement*, 27 (4), 967-984.
- Snyder, C.R. (1999). *Coping. The psychology of what works*. New York: Oxford University Press.
- Stamm, B.H. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators*. Lutherville, Maryland: Sidran Press.
- Stamm, B.H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8 (2), 1-6.
- Stamm, B.H. (1999). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators* (2nd ed.). Lutherville, Maryland: Sidran Press.
- Stamm, B.H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. En C.R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp 107-119). New York: Brunner-Routledge.
- Stamm, B.H. (2005). *The ProQOL Manual. The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue/secondary trauma scales*. Baltimore, MD: Sidran Press
- Stamm, B.H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd. ed.). Pocatello, ID: ProQOL.org. Recuperado de [http://www.proqol.org/ProQOL\\_Test\\_Manuals.html](http://www.proqol.org/ProQOL_Test_Manuals.html)
- Stamm B.H. & Pearce F.W. (1995). Creating virtual community: Telemedicine applications for self-care. En B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators* (pp. 179-210). Lutherville, Maryland: Sidran Press.
- Statistical Package for the Social Sciences 20 (SPSS 20, 2011). IBM.SPSS.Statistics. Versión 20.
- Stephens, A. (1991). Psychological coping, individual differences and physiological stress responses. En C.L. Cooper & R. Payne (Eds.), *Personality and stress: individual differences in the stress process* (pp. 205-233). Baffins Lane, Chichester: John Wiley & Sons.

- Sterud, T., Hem, E., Ekeberg, O. & Lau, B. (2007). Occupational stress and alcohol use: A study on two nationwide samples of operational police and ambulance personnel in Norway. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68 (6), 896-904.
- Stone, A.A., Helder, L. & Schneider, M.S. (1988). Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. En L.H. Cohen (Ed.), *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues* (pp. 182-210). California: Sage Publications.
- Storm, K. & Rothman, S. (2003). The relationship between burnout, personality traits and coping strategies in a corporate pharmaceutical group. *Journal of Industrial Psychology*, 29 (4), 35-42.
- Sundin, L., Hochwalder, J., Bildt, C. & Lisspers, J. (2007). The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (5), 758-769.
- Suurmeijer, T.P., Doeglas, D.M., Briancon, S., Krijnen, W.P., Krol, B., Sanderman, R. ... Van Den Heuvel, W.J. (1995). The measurement of social support in the European research on incapacitating diseases and social support: The development of the Social Support Questionnaire for Transactions (SSQT). *Social Science and Medicine*, 40, 1221-1229.
- Swickert, R. (2009). Personality and social support processes. En P.J. Corr & G. Matthews (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 524-540), Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Swickert, R., Hittner, J.B. & Foster, A. (2010). Big Five traits interact to predict perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 48, 736-741.
- Swider, B.W. & Zimmerman, R.D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76 (3), 487-506.
- Tabachnick, B & Fidell, L. (2001). *Using multivariate statistics (4th ed.)*. New York: Allyn & Bacon.
- Tardy, C.H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13 (2), 187-202.
- Taylor, A.J. (1987). A taxonomy of disasters and their victims. *Journal of Psychosomatic Research*, 31 (5), 536-544.
- Taylor, A.J. (1996). Disaster and victim classification. En D. Paton & N. Long (Dir.), *Psychological aspects of disasters* (pp. 26-39). Palmerston North, New Zealand: Dunmore Press.

- Taylor, A.J. (1999). Towards the classification of disasters and victims. *Traumatology*, 5 (2), 12-25.
- Taylor, M.K., Pietrobon, R., Taverniers, J., Leon, M.R. & Fern, B.J. (2013). Relationships of hardiness to physical and mental health status in military men: a test of mediated effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 36 (1), 1-9.
- Taylor, S.E. & Stanton, A.L. (2007). Coping resources, coping processes and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
- Tellegen, A., Grove, W.M. & Waller, N.G. (1991). *Inventory of Personal Characteristics #7 (IPC- 7)*. Unpublished materials, University of Minnesota.
- Terol, M<sup>a</sup>.C., López-Roig, S., Martín-Aragón, M., Pastor, M<sup>a</sup>.A., Leyda, J.L, Neipp, M<sup>a</sup>.C. & Rodríguez-Marín, J. (2000). Evaluación de las dimensiones de apoyo social en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 10 (2), 63-79.
- Terol, M<sup>a</sup>.C., López-Roig, S., Neipp, M<sup>a</sup>.C., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M<sup>a</sup>.A. & Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35 (1), 23-45.
- Thalheimer, W. & Cook, S. (2002). *How to calculate effect sizes from Publisher research: A simplified methodology*. Work-Learning Research Publication. Recuperado de [http://education.gsu.edu/coshima/EPRS8530/Effect\\_Sizes\\_pdf4.pdf](http://education.gsu.edu/coshima/EPRS8530/Effect_Sizes_pdf4.pdf)
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23 (2), 145-149.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 416-423.
- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53-79.
- Thompson, M., Page, S. & Cooper, G. (1993). A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress and Medicine*, 9(4), 221-235.
- Tobin, D.L. (1982). *The assessment of coping: Psychometric development of the coping strategies inventory*. Ohio: Ohio University.

- Tobin, D.L., Holroyd, K. & Reynolds, R. (1982, diciembre). *The assessment of coping: Psychometric development of the coping strategies inventory*. Comunicación presentada en el 16th Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Los Angeles, California.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V. & Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13 (4), 343-361.
- Tong, E.M.W., Bishop, G.D., Diong, S.M., Enkelmann, H.C., Why, Y.P., Ang, J., & Khader, M. (2004). Social support and personality among male police officers in Singapore. *Personality and Individual Differences*, 36 (1), 109-123.
- Topa-Cantisano, G. & Morales-Domínguez, J.F. (2007). Burnout e identificación con el grupo: el papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 337-348.
- Törestad, B., Magnusson, D. & Oláh, A. (1990). Coping, control and experience of anxiety: An interactional perspective. *Anxiety Research*, 3, 1-16.
- Townsend, S.M. & Campbell, R. (2009). Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurse examiners. *Journal of Forensic Nursing*, 5 (2), 97-106.
- Tupes, E.C. & Christal, R.E. (1961). *Recurrent personality factors based on trait rating. Technical report ASD-TR-61-97*. Lackland Air Force Base, Texas.
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 377-387.
- Uriel, E. (2006). Multicolinealidad. Recuperado de <http://www.uv.es/uriel/docencia.html>
- Valent, P. (1995). Survival strategies: A framework for understanding secondary traumatic stress and coping in helpers. En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 21-50). New York: Brunner / Mazel.
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W.B. & Buunk, B.P. (2001). Toward a process model of burnout: Results from a secondary analysis. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (1), 41-52.
- Vanheule, S., Declercq, F., Meganck, R. & Desmet, M. (2008). Burnout, critical incidents and social support in security guards. *Stress and Health*, 24, 137-141.

- Van Minnen, A. & Keijsers, P. (2000). A controlled study into the (cognitive) effects of exposure treatment on trauma therapists. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 31 (3-4), 189-200.
- Vaux, A. (1982). *Measures of three levels of social support: Resources, behaviors, and feelings* (manuscrito no publicado).
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and intervention*. New York: Praeger.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D. & Stewart, D. (1986). The Social Support Appraisals scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14 (2), 195-219.
- Vaux A, Riedel S & Stewart D. (1987). Modes of social support: The Social Support Behaviors, (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15 (2), 209-237.
- Vázquez, C., Crespo, M. & Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, G. Berrios & Fernández de Larrinoa, P. (Eds.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 425-446). Barcelona: Masson.
- Veiel, H.O.F. (1990). The Mannheim Interview on Social Support. Reliability and validity data from three samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 250-259
- Vitaliano, P.P., Katon, W., Russo, J., Maiuro, R.D., Anderson, K. & Jones, M. (1987). Coping as an index of illness behavior in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (2), 78-84.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20 (1), 3-26.
- Vollrath, M. & Torgersen, S. (2000). Personality types and coping. *Personality and Individual Differences*, 29, 367-378.
- Vollrath, M. & Torgersen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences*, 32 (7), 1185-1197.
- Wagner, D., Heinrichs, M. & Ehlert, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 1727-1732.
- Wagner, S.L. (2005). The rescue personality: fact or fiction?. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2. Recuperado de <http://trauma.massey.ac.nz/issues/2005-2/wagner.htm>
- Wagner, S.L., Martin, C.A. & McFee, J.A. (2009). Investigating the rescue personality. *Traumatology*, 15 (3), 5-12.
- Wagner, S.L., McFee, J.A. & Martin, C.A. (2010). Mental health implications of fire service membership. *Traumatology*, 16 (2), 26-32.

- Wagner, S.L. & O'Neil, M. (2012). Mental health implications of volunteer fire service membership. *Disaster Prevention and Management*, 21 (3), 310-319.
- Wallace, K.A., Bisconti, T.L. & Bergeman, C.S. (2001). The mediational effect of hardiness on social support and optimal outcomes in later life. *Basic and Applied Social Psychology*, 23 (4), 267-279.
- Waller, N.G. (1999). Evaluating the structure of personality. En C.R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology* (pp. 155-197). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Watson, D., Clark, L.A. & Harkness, A.R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 18-31.
- Watson, D., David, J.P. & Suls, J. (1999). Personality, affectivity and coping. En C.R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology what works* (pp. 119-140). New York: Oxford University Press.
- Watson, D. & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor model. *Journal of Personality*, 64 (8), 737-774.
- Weinberger, D.A., Schwartz, G.E. & Davidson, R.J. (1979). Low-anxious, high anxious, and repressive coping styles: Psychosomatic patterns and behavioural and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 88 (4), 369-380.
- Weiss, M.J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism and children with mental retardation. *Autism*, 6 (1), 115-130.
- Welin, L., Larsson, B., Svärdsudd, K., Tibblin, B. & Tibblin, G. (1992). Social network and activities in relation to mortality from cardiovascular diseases, cancer and other causes: a 12 year follow up of the study of men born in 1913 and 1923. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, 127-132.
- Wheaton, B. (1983). Stress, personal coping resources and psychiatric symptoms: An investigation of interactive models. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (3), 208-229.
- Wiebe, D.J. & Fortenberry, K.T. (2006). Mechanisms relating personality and health. En M.E. Vollrath (Ed.), *Handbook of Personality and Health* (pp. 137-156). The Atrium, Southern Gate, Chichester: John Wiley & Sons.
- Williams, P.G. (2006). Personality and illness behaviour. En M.E. Vollrath (Ed.), *Handbook of Personality and Health* (pp. 157-173). The Atrium, Southern Gate, Chichester: John Wiley & Sons.

- Wills, T.A. & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. En S. Cohen, L.G. Underwood & B.H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention* (pp. 86-135). New York: Oxford University Press.
- Winnubst, J.A. (1993). Organizational structure, social support and burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Yassen, J. (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 179-207). New York: Brunner / Mazel.
- Yildirim, I. (2008). Relationships between burnout, sources of social support and sociodemographic variables. *Social Behavior and Personality*, 36 (5), 603-616.
- Yu-ling, G. (2011). Relationships among work stress, coping styles and job burnout of the grass-root officers in an armed police force. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 19 (4), 548-550.
- Zambrano, R. (2011). Revisión sistemática del inventario de personalidad NEO (NEO PI). *Psicología desde el Caribe*, 27 (1), 179-198.
- Zellars, K.L. & Perrewé, P.L. (2001). Affective personality and the content of emotional social support: Coping in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 459-467.
- Zellars, K.L., Perrewé, P.L. & Hochwarter, W.A. (2000). Burnout in health care: The role of the Five Factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 30 (8), 1570-1598.
- Zellars K.L., Perrewé P.L., Hochwarter W.A. & Anderson K.S. (2006). The interactive effects of positive affect and conscientiousness on strain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11 (3), 281-289.
- Zhang, L. (2011). Hardiness and the Big Five personality traits among Chinese university students. *Learning and Individual Differences*, 21, 109-113.
- Zheng, L., Goldberg, L.R., Zheng, Y., Zhao, Y., Tang, Y. & Liu, L. (2008). Reliability and concurrent validation of the IPIP Big-Five Factor markers in China: Consistencies in factor structure between internet-obtained heterosexual and homosexual samples. *Personality and Individual Differences*, 45, 649-654.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.C. & Farley, G.K. (1988).The Multidimensional Scale of Perceived Social Support.*Journal of Personality Assessment*, 52 (1), 30-41.





# ANEXOS

## ANEXO I. Instrumentos de Evaluación.

### CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Por favor, indique su respuesta con una cruz sobre la opción elegida o bien describa su respuesta sobre la línea de puntos.

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  Varón  Mujer

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Otro: \_\_\_\_\_

Si está casado: ¿cuántos años lleva casado con su actual pareja?: \_\_\_\_\_

Si vive en pareja: ¿cuántos años lleva conviviendo con su actual pareja? \_\_\_\_\_

Tiene hijos:  Si  No

En caso afirmativo: ¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

Nivel de estudios alcanzado:

Primarios  Bachillerato  Formación Profesional

Diplomatura Universitaria  Licenciatura Universitaria

Otros: \_\_\_\_\_

Profesión Actual: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Situación actual:  Trabajador Fijo  Contratado

Turno horario: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva en su trabajo actual? Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva en la profesión? Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

## CSV

**INSTRUCCIONES:** A continuación encontrará una lista de sucesos vitales que suelen ocurrir a la gente. No todas las personas experimentan los mismos sucesos; cada persona vivencia los sucesos particulares que le ocurren. Lea detenidamente la lista de sucesos. Cuando se encuentre con sucesos que a usted NO le han ocurrido en los últimos años (aproximadamente en los dos últimos años) no señale nada. Sin embargo, cuando se encuentre ante sucesos que SI le han ocurrido en los últimos años, párese en cada uno y conteste a los tres apartados que se piden rodeando con un círculo el lugar apropiado de acuerdo con su experiencia personal. Estos tres apartados son:

1. Grado de estrés o tensión producido por el suceso

Rodee con un círculo el número que mejor se ajuste al grado de estrés o tensión psíquica que le ha producido o está produciendo el suceso en cuestión. teniendo en cuenta que:

1	2	3	4
Nada / Muy Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

2. Cómo evaluó el suceso (positivo o negativo)

Rodee la P si cree que para usted fue algo positivo

Rodee la N si lo evaluó como algo negativo

3. Hasta qué punto sabía que iba a ocurrir el suceso

Rodee la E si se trata de un suceso que usted esperaba

Rodee la I si se trata de un suceso inesperado

		<b>GRADO DE ESTRÉS</b>	<b>EVALUACIÓN: POSITIVO (P) – NEGATIVO (N)</b>	<b>ESPERABLE: - ESPERADO ( E ) INESPERADO (I)</b>
1	Quedarse sin trabajo	1 2 3 4	P N	E I
2	Enfermedad prolongada que requiere tratamiento	1 2 3 4	P N	E I
3	Problemas con colegas o compañeros de trabajo	1 2 3 4	P N	E I
4	Retiro laboral	1 2 3 4	P N	E I
5	Matrimonio	1 2 3 4	P N	E I
6	Dificultades en la educación de los hijos	1 2 3 4	P N	E I
7	Nacimiento de un hijo	1 2 3 4	P N	E I
8	Divorcio o separación	1 2 3 4	P N	E I
9	Problema legal grave que puede terminar en prisión	1 2 3 4	P N	E I
10	Exámenes importantes	1 2 3 4	P N	E I
11	Reducción sustancial en los ingresos	1 2 3 4	P N	E I
12	Reformas en la casa	1 2 3 4	P N	E I
13	Muerte del cónyuge	1 2 3 4	P N	E I
14	Problemas relacionados con el alcohol o drogas	1 2 3 4	P N	E I
15	Ascenso en el trabajo	1 2 3 4	P N	E I
16	Dificultades sexuales	1 2 3 4	P N	E I
17	Un miembro de la familia deja la casa familiar	1 2 3 4	P N	E I
18	Comprar una casa	1 2 3 4	P N	E I
19	Cambio de lugar de trabajo	1 2 3 4	P N	E I
20	Ruptura de noviazgo o relación similar	1 2 3 4	P N	E I
21	Muerte de un amigo íntimo	1 2 3 4	P N	E I
22	Muerte de un hijo	1 2 3 4	P N	E I
23	Relaciones sexuales fuera del matrimonio	1 2 3 4	P N	E I
24	Hijos lejos del hogar	1 2 3 4	P N	E I
25	Complicación legal en una pelea	1 2 3 4	P N	E I
26	Problema legal menor (multa, etc)	1 2 3 4	P N	E I
27	Cambio de casa	1 2 3 4	P N	E I
28	Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa familiar	1 2 3 4	P N	E I
29	Abortar	1 2 3 4	P N	E I
30	Aborto de su mujer o pareja	1 2 3 4	P N	E I
31	Nuevo empleo laboral	1 2 3 4	P N	E I
	(continúa)			

	(continuación)	GRADO DE ESTRÉS	EVALUACIÓN: POSITIVO (P) – NEGATIVO (N)	ESPERABLE: - ESPERADO ( E ) INESPERADO (I)
32	Muerte de algún familiar cercano (padre, hermano, etc)	1 2 3 4	P N	E I
33	Período de fiestas	1 2 3 4	P N	E I
34	Préstamo o hipoteca de más de seis mil euros (un millón de pesetas)	1 2 3 4	P N	E I
35	Sufrir robo	1 2 3 4	P N	E I
36	Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, etc)	1 2 3 4	P N	E I
37	Enfermedad o accidente que requiere guardar cama	1 2 3 4	P N	E I
38	Finalización de estudios	1 2 3 4	P N	E I
39	Accidente de tráfico	1 2 3 4	P N	E I
40	Repentino y serio deterioro de audición o visión	1 2 3 4	P N	E I
41	Lesión física importante	1 2 3 4	P N	E I
42	Problemas académicos	1 2 3 4	P N	E I
43	Quedarse embarazada	1 2 3 4	P N	E I
44	Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	1 2 3 4	P N	E I
45	Embarazo de su mujer o pareja	1 2 3 4	P N	E I
46	Realizar el servicio militar	1 2 3 4	P N	E I
47	Enfermedad de un miembro de la familia	1 2 3 4	P N	E I
48	Ruptura de las relaciones sexuales fuera del matrimonio	1 2 3 4	P N	E I
49	El cónyuge deja de trabajar fuera de casa	1 2 3 4	P N	E I
50	Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	1 2 3 4	P N	E I
51	Período de alejamiento del hogar	1 2 3 4	P N	E I
52	Reconciliación matrimonial o de pareja	1 2 3 4	P N	E I
53	Separación de los padres	1 2 3 4	P N	E I
54	Fracaso en algún negocio importante	1 2 3 4	P N	E I
55	Hospitalización de algún miembro de la familia	1 2 3 4	P N	E I
56	Sufrir asalto o situación de violencia física	1 2 3 4	P N	E I
57	Pérdidas económicas importantes no relacionadas con el trabajo	1 2 3 4	P N	E I
	(continúa)			

	(continuación)	GRADO DE ESTRÉS	EVALUACIÓN: POSITIVO (P) – NEGATIVO (N)	ESPERABLE: - ESPERADO ( E ) INESPERADO (I)
58	Cambio de centro de estudios	1 2 3 4	P N	E I
59	Problemas con superiores en el trabajo	1 2 3 4	P N	E I
60	Éxito personal importante	1 2 3 4	P N	E I
61	Cambio en el ritmo de sueño	1 2 3 4	P N	E I
62	El cónyuge comienza a trabajar fuera de casa	1 2 3 4	P N	E I
63	Discusión especialmente grave con su cónyuge o pareja	1 2 3 4	P N	E I
64	Realización de algún largo viaje	1 2 3 4	P N	E I
65	Alquilar una vivienda	1 2 3 4	P N	E I
66	Indicar otros sucesos importantes no señalados:			
	a. -----	1 2 3 4	P N	E I
	b. -----	1 2 3 4	P N	E I

## MBI

El propósito de esta encuesta es conocer cómo consideran distintos profesionales pertenecientes a los Servicios Humanos su trabajo y a las personas a quienes dan servicio.

Se usa el término persona para señalar a los sujetos a los que se proporciona el servicio. cuidado o atención. Aunque en su labor usted utilice otro término (como paciente, alumno, cliente, usuario, víctima, etc). cuando responda a esta encuesta piense en los que reciben el servicio que usted da.

A continuación aparecen 22 frases relacionadas con los sentimientos que usted experimenta en su trabajo. Lea cada frase y responda anotando la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento (colocando una cruz en la casilla elegida), de acuerdo con la escala siguiente:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
  
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
  
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
  
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
  
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
  
8. Me siento "quemado" por mi trabajo ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

(continúa)



(continuación)

9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
12. Me siento muy activo. .... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
13. Me siento frustrado en mi trabajo ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
14. Creo que estoy trabajando demasiado ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés. .... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
20. Me siento acabado. .... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---
22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas ..... 

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

### ProQOL – R III

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional de la emergencia. Considere cada una de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días. Por favor, anote en la casilla en blanco, al lado de cada frase el número que represente mejor su opinión.

0	1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algunas veces	Con alguna frecuencia	Casi siempre	Siempre

1. Soy feliz .....
2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo .....
3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente .....
4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo .....
5. Me sobresaltan los sonidos inesperados .....
6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado .....
7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional .....
8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado .....
9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos  
a quienes he ayudado .....
10. Me siento "atrapado" por mi trabajo .....
11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas .....
12. Me gusta trabajar ayudando a la gente .....
13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo .....

- 14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado. . . . .
- 15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional. . . . .
- 16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica . . . . .
- 17. Soy la persona que siempre he querido ser . . . . .
- 18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho . . . . .
- 19. Por causa de mi trabajo me siento agotado . . . . .
- 20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles . . . . .
- 21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar . . . . .
- 22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo. . . . .
- 23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado . . . . .
- 24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años . . . . .
- 25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos e indeseados. . . . .
- 26. Me siento "estancado" (sin saber qué hacer) por como funciona el sistema sanitario. . . . .
- 27. Considero que soy un buen profesional . . . . .
- 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionados con víctimas muy traumáticas. . . . .
- 29. Soy una persona demasiado sensible . . . . .
- 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo . . . . .

## ESS-R

A continuación se indica una lista de manifestaciones somáticas que suelen ser más o menos frecuentes en la gente. Por favor rodee con un círculo el número que mejor refleje la frecuencia con que usted ha tenido cada síntoma de la lista durante los últimos doce meses (un año). No deje ningún enunciado de la lista sin contestar.

0	1	2	3	4
Nunca durante el último año	Raras veces (no más de una vez al año)	Algunas veces durante el año	Frecuentemente (aproximadamente una vez al mes)	Más de una vez al mes

1. Catarros o resfriados comunes. . . . .
2. Palpitaciones (percepción elevada del latido cardíaco) . . . . .
3. Respiración dificultosa o molesta. . . . .
4. Molestias o sensación de malestar en el estómago . . . . .
5. Mareos . . . . .
6. Dolores de cabeza con sensación de tirantez o tensión . . . . .
7. Picores en la nariz de tipo alérgico. . . . .
8. Dificultades para orinar . . . . .
9. Fiebre . . . . .
10. Taquicardias . . . . .
11. Dificultades para respirar durante el esfuerzo. . . . .
12. Dolores abdominales (por ejemplo, "dolor de tripa") . . . . .
13. Sensaciones de oleadas de frío y calor . . . . .
14. Dolores de espalda . . . . .
15. Sudoración excesiva (por ejemplo, en las palmas de las manos). . . . .
16. Necesidad de orinar con frecuencia . . . . .
17. Ulceraciones o llagas . . . . .

- 18. Sensaciones de opresión o molestias en el pecho ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 19. Sensaciones de ahogo o falta de respiración ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 20. Colitis ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 21. Visión borrosa (manchas, destellos, etc.) ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 22. Dolores en la nuca o zona cervical ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 23. Erupciones en la piel (enrojecimiento, sarpullidos, ronchas, etc.) ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 24. Molestias al orinar ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 25. Herpes (por ejemplo, erupciones en los labios) ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 26. Ligero dolor en el pecho al iniciar algún esfuerzo físico ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 27. Tos repetitiva ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 28. Náuseas o sensación de vómitos ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 29. Vértigos ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 30. Temblor muscular ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 31. Síntomas de conjuntivitis alérgica ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 32. Necesidad de orinar con urgencia ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 33. Gripe ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 34. Dolor en el pecho acompañado de fatiga y respiración dificultosa ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 35. Sensación de ahogo o respiración difícil tras emociones fuertes ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 36. Acidez de estómago ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 37. Molestias en los oídos (dolor, zumbidos, etc.) ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 38. Calambres o dolor en las piernas ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 39. Estornudos repetitivos ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 40. Molestias o dolor de riñones (no debidas al ejercicio) ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 41. Bulto o verruga nuevos o que reaparecen ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 42. Síncope (desmayo, desfallecimiento, lipotimia, etc.) ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 43. Respiración dificultosa acompañada de tos ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 44. Estreñimiento o dificultades para defecar ("hacer de vientre") ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

45. Sensaciones de adormecimiento en brazos o piernas .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
46. Contracciones o sacudidas musculares .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
47. Constipado o congestión de tipo alérgico .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
48. Dolor en zonas genitales .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
49. Fibroma o tumor nuevos o que reaparecen .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
50. Necesidad de tomar medicinas para reducir la tensión arterial .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
51. Dolor de garganta .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
52. Vómitos .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
53. Visión doble o deformada .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
54. Dolor en las articulaciones (en manos, piernas, etc.) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
55. Eccema o problemas semejantes de la piel .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
56. Molestias en zonas genitales .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
57. Sensación general de debilidad .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
58. Dolor en el pecho .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
59. Sensación de falta de aire .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
60. Diarrea .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
61. Dificultades de coordinación (de movimientos) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
62. Dolores musculares .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
63. Sensaciones de picor o escozor en la piel .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
64. Sangre en la orina .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
65. Cansancio o fatiga sin causa aparente .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
66. Necesidad de hacer dieta para reducir la tensión arterial .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
67. Respiración dificultosa acompañada de ruidos (por ejemplo, silbidos) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
68. Gastritis .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
69. Sensaciones de hormigueo en algunas partes del cuerpo .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
70. Torpeza en las manos .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
71. Picores en los ojos, de tipo alérgico .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

- 72. Escozor o malestar al orinar o después de orinar. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
  
- 73. Estado general de baja energía. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
  
- 74. Tensión arterial ligeramente alta. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
  
- 75. Tos acompañada de flemas. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
  
- 76. Dolor de estómago. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
  
- 77. Sensación de inestabilidad en la marcha. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
  
- 78. Inflamación de las articulaciones. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
  
- 79. Granos en la piel nuevos o que reaparecen. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
  
- 80. Sensaciones de picor en zona genital, que incitan a rascarse. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

## SCL-90R

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Rodee con un círculo la alternativa de respuesta que mejor describa su experiencia en relación con el problema o molestia (0,1, 2, 3, 4). Tenga en cuenta que:

0	1	2	3	4
No ha tenido esa molestia en absoluto	Un poco presente	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

1. Dolores de cabeza .....
2. Nerviosismo o agitación interior .....
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente .....
4. Sensaciones de desmayo o mareo.....
5. Pérdida de deseo o placer sexual .....
6. El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente.....
7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.....
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.....
9. La dificultad para recordar las cosas .....
10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.....
11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado .....
12. Dolores en el corazón o en el pecho .....
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle .....
14. Sentirse bajo de energías o decaído .....
15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida .....
16. Oír voces que otras personas no oyen.....



17. Temblores ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
18. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
19. Falta de apetito ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
20. Llorar fácilmente. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
23. Tener miedo de repente y sin razón ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
25. Miedo a salir de casa solo ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
27. Dolores en la parte baja de la espalda ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
28. Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
29. Sentirse solo ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
30. Sentirse triste ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
31. Preocuparse demasiado por las cosas ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
32. No sentir interés por las cosas. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
33. Sentirse temeroso ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso. .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta ... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien .... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
39. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
40. Náuseas o malestar en el estómago ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
41. Sentirse inferior a los demás ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
42. Dolores musculares ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
43. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

44. Dificultad para conciliar el sueño. . . . .
45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace . . . . .
46. Encontrar difícil el tomar decisiones . . . . .
47. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metro o trenes. . . . .
48. Dificultad para respirar . . . . .
49. Sentir calor o frío de repente . . . . .
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo. . . . .
51. Que se le quede la mente en blanco . . . . .
52. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo. . . . .
53. Sentir un nudo en la garganta . . . . .
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro . . . . .
55. Tener dificultades para concentrarse . . . . .
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo. . . . .
57. Sentirse tenso o agitado. . . . .
58. Pesadez en los brazos o en las piernas . . . . .
59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir . . . . .
60. El comer demasiado. . . . .
61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted. . . . .
62. Tener pensamientos que no son suyos . . . . .
63. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien . . . . .
64. Despertarse de madrugada. . . . .
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, lavar, contar, etc. . . . .
66. Sueño inquieto o perturbado . . . . .
67. Tener ganas de romper algo . . . . .
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten . . . . .
69. Sentirse muy cohibido entre otras personas . . . . .
70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo, en el cine, tiendas, etc. . . . .

- 71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 72. Ataques de terror o pánico ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 74. Tener discusiones frecuentes ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 75. Sentirse nervioso cuando se queda solo ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 77. Sentirse solo aunque esté con la gente ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 79. La sensación de ser inútil o no valer nada ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 80. Presentimientos de que va a pasar algo malo ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 81. Gritar o tirar cosas ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 82. Tener miedo a desmayarse en público ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 84. Tener pensamiento sobre el sexo que le inquietan bastante ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 88. No sentirse cercano o íntimo con nadie ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 89. Sentimientos de culpabilidad ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---
- 90. La idea de que algo anda mal en su mente ..... 

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

## NEO PI-R

Por favor, antes de comenzar, lea cuidadosamente estas instrucciones.

Este inventario consta de 240 frases. Lea cada frase con atención y marque con una X la alternativa que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con lo que dice la frase. Sabiendo que:

A	Si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella
B	Si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella
C	Si la frase es tan cierta como falsa, si no puede decidirse o si usted considera neutral en relación con lo que se dice en ella
D	Si la frase es frecuentemente cierta, si usted está de acuerdo con ella
E	Si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella

No hay respuestas correctas ni incorrectas y no se necesita ser un experto para contestar a este cuestionario. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. Dé una respuesta a todas las frases.

1. No soy una persona que se preocupe mucho ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
2. La mayoría de la gente que conozco me cae muy simpática..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
3. Tengo una imaginación muy activa ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
4. Tiendo a ser cínico y escéptico respecto a las intenciones de los demás ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
5. Se me conoce por mi prudencia y sentido común ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
6. Con frecuencia me irrita la forma en que me trata la gente..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
7. Huyo de las multitudes..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
8. Los aspectos estéticos y artísticos no son muy importantes para mí ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

9. No soy astuto ni disimulador ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
10. Prefiero dejar abiertas posibilidades más que planificarme todo de antemano ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
11. Rara vez me siento solo o triste ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
12. Soy dominante, enérgico y defiendo mis opiniones. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
13. Sin emociones fuertes la vida carecería de interés para mí. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
14. Algunas personas creen que soy egoísta y egocéntrico ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
15. Trato de realizar concienzudamente todas las cosas que se me encomiendan ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
16. Al tratar con los demás siempre temo hacer una patochada. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
17. Tanto en el trabajo como en la diversión tengo un estilo pausado. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
18. Tengo unas costumbres y opiniones bastante arraigadas ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
19. Preferiría cooperar con los demás a competir con ellos. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
20. No me enfado por nada, soy un poco pasota ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
21. Rara vez me excedo en algo ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
22. A menudo anhelo tener experiencias emocionantes ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
23. Con frecuencia disfruto jugando con teorías o ideas abstractas ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
24. No me importa hacer alarde de mis talentos y logros ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
25. Soy bastante bueno en organizarme para terminar las cosas a tiempo. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
26. Con frecuencia me siento indefenso y quiero que otro resuelva mis problemas ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
27. Literalmente, nunca he saltado de alegría. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
28. Considero que dejar que los jóvenes oigan a personas cuyas opiniones son polémicas  
sólo puede confundirles o equivocarles. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
29. Los líderes políticos deberían ser más conscientes del lado humano  
de sus programas. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
30. He hecho bastantes tonterías a lo largo de mi vida ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
31. Me asusto con facilidad ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

32. No me gusta mucho charlar con la gente. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
33. Intento que todos mis pensamientos sean realistas y no dejar que  
vuele la imaginación . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
34. Creo que la mayoría de la gente tiene en general buena intención. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
35. No me tomo muy en serio mis deberes cívicos, como ir a votar . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
36. Soy una persona apacible. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
37. Me gusta tener mucha gente alrededor . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
38. A veces me quedo totalmente absorto en la música que escucho . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
39. Si es necesario, estoy dispuesto a manipular a la gente para conseguir lo que quiero . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
40. Tengo mis cosas bien cuidadas y limpias . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
41. A veces me parece que no valgo absolutamente nada . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
42. A veces no soy capaz de defender mis opiniones todo lo que debiera . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
43. Rara vez experimento emociones fuertes . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
44. Trato de ser cortés con todo el que conozco. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
45. A veces no soy tan formal ni fiable como debiera . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
46. Rara vez me siento cohibido cuando estoy con gente . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
47. Cuando hago cosas, las hago con energía . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
48. Creo que es interesante aprender y desarrollar nuevas aficiones. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
49. Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
50. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
51. Me cuesta resistirme a mis deseos . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
52. No me gustaría pasar las vacaciones en los centros de juego de Las Vegas . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
53. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
54. Prefiero no hablar de mis éxitos. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
55. Pierdo mucho tiempo hasta que me pongo a hablar . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

56. Creo que soy capaz de enfrentarme a la mayoría de mis problemas..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
57. A veces he experimentado una intensa alegría o arrebato..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
58. Considero que las leyes y normas sociales deberían cambiar para reflejar  
las necesidades de un mundo cambiante..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
59. Soy duro y poco sentimental en mis actitudes..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
60. Pienso muy bien las cosas antes de tomar una decisión..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
61. Rara vez me siento con miedo o ansioso..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
62. Se me conoce como una persona cálida y cordial..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
63. Tengo mucha fantasía..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
64. Creo que la mayoría de la gente se aprovecharía de uno si se la dejara..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
65. Me mantengo informado y por lo general tomo decisiones inteligentes..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
66. Me consideran colérico y de genio vivo..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
67. En general prefiero hacer las cosas solo..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
68. Me aburre ver ballet clásico o danza moderna..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
69. Aunque quisiera, no podría engañar a nadie..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
70. No soy una persona muy metódica..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
71. Rara vez estoy triste o deprimido..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
72. A menudo he sido un líder en los grupos en que he estado..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
73. Cómo siento sobre las cosas es algo importante para mí..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
74. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
75. Pago mis deudas puntualmente y en su totalidad..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
76. En ocasiones he estado tan avergonzado que he querido esconderme..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
77. Probablemente mi trabajo sea lento pero constante..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
78. Cuando encuentro la manera de hacer algo, me aferro a ella..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
79. Me resulta difícil expresar rabia, aunque lleve razón..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

80. Cuando empiezo un programa para mejorar algo mío, lo habitual es que lo abandone a los pocos días. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
81. Me cuesta poco resistir a una tentación . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
82. A veces he hecho cosas por mera excitación, buscando emociones . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
83. Disfruto resolviendo problemas o rompecabezas. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
84. Soy mejor que la mayoría de la gente y estoy seguro de ello . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
85. Soy una persona productiva que siempre termina su trabajo. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
86. Cuando estoy bajo un fuerte estrés a veces siento que me voy a desmoronar . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
87. No soy un alegre optimista. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
88. Considero que deberíamos contar con las autoridades religiosas para tomar decisiones sobre cuestiones morales. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
89. Hagamos lo que hagamos por los pobres y los ancianos nunca será demasiado. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
90. En ocasiones primero actúo y luego pienso . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
91. A menudo me siento tenso e inquieto . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
92. Mucha gente cree que soy algo frío y distante . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
93. No me gusta perder el tiempo soñando despierto . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
94. Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
95. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
96. No se me considera una persona quisquillosa o de mal genio. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
97. Si estoy solo mucho tiempo, siento mucha necesidad de la gente. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
98. Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
99. Ser absolutamente honrado no es bueno para hacer negocios . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
100. Me gusta tener cada cosa en su sitio, de forma que sepa exactamente dónde está . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
101. A veces he sentido una sensación profunda de culpa o pecado . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
102. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---



103. Rara vez pongo mucha atención en mis sentimientos del momento ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
104. Por lo general trato de pensar en los demás y ser considerado. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
105. A veces hago trampas cuando me entretengo con juegos solitarios ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
106. No me avergüenzo mucho si la gente se ríe de mí y me toma el pelo ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
107. A menudo siento como si estuviera explotando de energía. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
108. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
109. Si alguien no me cae simpático se lo digo ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
110. Trabajo mucho para conseguir mis metas ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
111. Cuando como las comidas que más me gustan, tiendo a comer demasiado ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
112. Tiendo a evitar las películas demasiado violentas y terroríficas ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
113. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
114. Trato de ser humilde. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
115. Me cuesta forzarme a hacer lo que tengo que hacer. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
116. En situaciones de emergencia mantengo la cabeza fría ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
117. A veces rebose felicidad. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
118. En mi opinión, las distintas ideas sobre lo que está bien y lo que está mal que tienen otras sociedades pueden ser válidas para ellas ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
119. Los mendigos no me inspiran simpatía ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
120. Antes de emprender una acción siempre considero sus consecuencias ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
121. Rara vez me inquieta el futuro ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
122. Disfruto mucho hablando con la gente ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
123. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar toda sus posibilidades ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
124. Cuando alguien es agradable conmigo, me entran recelos ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

125. Estoy orgulloso de mi sensatez. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
126. Con frecuencia acabo sintiéndome a disgusto con las personas con las que  
tengo que tratar . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
127. Prefiero los trabajos que me permiten trabajar solo, sin que me molesten los demás . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
128. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
129. Detestaría que alguien pensara de mí que soy un hipócrita . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
130. Parece que nunca soy capaz de organizarme. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
131. Cuando algo va mal, tiendo a culpabilizarme. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
132. Con frecuencia, los demás cuentan conmigo para tomar decisiones . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
133. Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
134. No se me conoce por mi generosidad . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
135. Cuando me comprometo a algo, siempre se puede contar conmigo para  
llevarlo a término . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
136. A menudo me siento inferior a los demás . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
137. No soy tan vivo ni tan animado como otras personas. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
138. Prefiero pasar el tiempo en ambientes conocidos . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
139. Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
140. No me siento impulsado a conseguir el éxito. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
141. Rara vez cedo a mis impulsos momentáneos . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
142. Me gusta estar donde está la acción . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
143. Me gusta hacer rompecabezas de los que te cuesta bastante resolverlos . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
144. Tengo una opinión muy alta de mí . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
145. Cuando empiezo un proyecto, casi siempre lo termino . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
146. Con frecuencia me resulta difícil decidirme . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
147. No me considero especialmente alegre . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

148. Considero que la fidelidad a los propios ideales y principios es más importante que tener una mentalidad abierta . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
149. Las necesidades humanas deberían estar siempre por delante de consideraciones económicas . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
150. A menudo hago cosas siguiendo el impulso del momento . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
151. Me preocupo con frecuencia por cosas que podrían salir mal . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
152. Me resulta fácil sonreír y ser abierto con desconocidos. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
153. Si noto que mi mente comienza a divagar y a soñar, generalmente me ocupo en algo y empiezo a concentrarme en una tarea o actividad alternativa . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
154. Mi primera reacción es confiar en la gente. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
155. No parece que haya tenido éxito completo en algo. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
156. Es difícil que yo pierda los estribos . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
157. Preferiría pasar las vacaciones en una playa muy frecuentada que en una cabaña aislada en el bosque. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
158. Ciertos tipos de música me producen una fascinación sin límites . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
159. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
- 160- Tiendo a ser algo quisquilloso en el orden . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
161. Tengo una baja opinión de mí mismo . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
162. Preferiría ir a mi aire a ser el líder de otros . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
163. Rara vez me doy cuenta del humor o de las emociones que existen en cada ambiente. 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
164. A la mayoría de las personas que conozco les caigo simpático. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
165. Me atengo de forma estricta a mis principios éticos . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
166. Me siento a gusto en presencia de mis jefes u otras figuras de autoridad. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
167. Habitualmente me parece tener prisa . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
168. A veces hago cambios en la casa sólo para probar algo diferente. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

169. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
170. Me esfuerzo por conseguir aquello para lo que estoy capacitado . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
171. A veces como tanto que me pongo malo. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
172. Adoro la excitación de las montañas rusas en los parques de atracciones. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
173. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o  
de la condición humana . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
174. Pienso que no soy mejor que los demás, independientemente de cuál  
sea su condición . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
175. Cuando un proyecto se pone demasiado difícil, me siento inclinado  
a empezar uno nuevo . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
176. Puedo comportarme bastante bien en una crisis . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
177. Soy una persona alegre y animosa . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
178. Me considero de mentalidad abierta y tolerante con los estilos de vida de los demás . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
179. Creo que todos los seres humanos merecen respeto. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
180. Casi nunca tomo decisiones precipitadas . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
181. Tengo menos miedos que la mayoría de la gente . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
182. Tengo unos fuertes lazos emocionales con mis amigos . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
183. De niño rara vez me divertía jugando a ser otra persona  
(policía, padre, profesor, etc.). . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
184. Tiendo a pensar lo mejor de la gente. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
185. Soy una persona muy competente. . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
186. A veces me he sentido amargado y resentido . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
187. Las reuniones sociales normalmente me resultan aburridas . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
188. A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda  
emoción o excitación . . . . . 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

189. A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
190. No soy compulsivo sobre la limpieza. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
191. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanzas. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
192. En las conversaciones tiendo a ser el que más habla. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
193. Me parece fácil simpatizar, sentir yo lo que sienten los demás ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
194. Me considero una persona caritativa ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
195. Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
196. Si he dicho o hecho algo mal a una persona, me cuesta mucho poder enfrentarme  
a ella de nuevo ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
197. Mi vida lleva un ritmo rápido ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
198. En vacaciones prefiero volver a un sitio conocido y fiable. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
199. Soy cabezota y testarudo ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
200. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
201. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
202. Me atraen los colores llamativos y los estilos ostentosos. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
203. Tengo mucha curiosidad por los temas intelectuales. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
204. Preferiría elogiar a otros que ser elogiado ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
205. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no  
atender a ninguna ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
206. Cuando parece que todo va mal, todavía puedo tomar buenas decisiones ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
207. Rara vez uso palabras como fantástico o sensacional para describir  
mis experiencias ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
208. Creo que si una persona no tiene claras sus creencias a los 25 años  
algo no le va bien ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
209. Me inspiran simpatía los que son menos afortunados que yo. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

210. Cuando voy de viaje, lo planifico cuidadosamente con antelación ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
211. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
212. Me tomo un interés personal por la gente con la que trabajo ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
213. Tendría dificultad para dejar que mi pensamiento vague sin control o dirección .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
214. Tengo mucha fe en la naturaleza humana ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
215. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
216. Hasta las mínimas molestias me pueden resultar frustrantes ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
217. Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
218. Disfruto leyendo poesías que se centran más en sentimientos e imágenes  
que en acontecimientos ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
219. Estoy orgulloso de mi astucia para tratar con la gente. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
220. Gasto un montón de tiempo buscando cosas que he perdido ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
221. Con demasiada frecuencia cuando las cosas van mal me siento desanimado  
y a punto de tirar la toalla ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
222. No me parece fácil asumir el control de una situación ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
223. Cosas raras o singulares (como ciertos olores o los nombres de lugares lejanos)  
pueden evocarme fuertes estados de ánimo. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
224. Me aparto de mi camino por ayudar a los demás, si puedo. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
225. Tendría que estar realmente enfermo para perder un día de trabajo ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
226. Cuando alguien que conozco hace tonterías, siento vergüenza ajena ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
227. Soy una persona muy activa. .... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
228. Cuando voy a alguna parte sigo siempre el mismo camino ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
229. Con frecuencia me enzarzo en discusiones con mi familia y mis compañeros ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
230. Soy un poco adicto al trabajo ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
231. Siempre soy capaz de mantener mis sentimientos bajo control ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

232. Me gusta ser parte del público en los acontecimientos deportivos..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
233. Tengo una gran variedad de intereses intelectuales ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
234. Soy una persona superior ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
235. Tengo mucha auto-disciplina ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
236. Soy bastante estable emocionalmente..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
237. Me río con facilidad ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
238. Considero que la nueva moralidad sobre lo que está permitido no es de  
ninguna manera una moralidad ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
239. Antes prefería se conocido como una persona misericordiosa que como  
una persona recta ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---
240. Antes de contestar una pregunta, me lo pienso dos veces ..... 

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

## CPR

Expresar el nivel de acuerdo o desacuerdo que tiene con las siguientes expresiones. Por favor, rodee con un círculo el número que mejor indique su opinión:

1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Me implico seriamente en lo que hago, pues es la mejor manera para alcanzar mis propias metas. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
2. Aún cuando suponga mayor esfuerzo, opto por los trabajos que suponen para mí una experiencia nueva . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
3. Hago todo lo que puedo para asegurarme el control de los resultados en mi trabajo. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
4. Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa todos mis esfuerzos. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
5. En mi trabajo me atraen preferentemente las innovaciones y novedades en los procedimientos . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
6. Las cosas sólo se consiguen a base del esfuerzo personal. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
7. Realmente me preocupo y me identifico con mi trabajo . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
8. En mi trabajo profesional me atraen aquellas tareas y situaciones que implican un desafío personal. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
9. El control de las situaciones es lo único que garantiza el éxito . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
10. Mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
11. En la medida que puedo, trato de tener nuevas experiencias en mi trabajo cotidiano. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
12. Las cosas salen bien cuando las preparas a conciencia . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
13. Me gusta comprometerme personalmente en los objetivos del grupo o de la colectividad. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
  
14. Dentro de lo posible busco situaciones nuevas y diferentes en mi ambiente de trabajo . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---



15. Si me lo propongo puedo vencer y controlar las antipatías que algunos sienten por mí . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
16. La mejor manera que tengo de alcanzar mis propias metas es implicándome a fondo . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
17. Tengo una gran curiosidad por lo novedoso tanto a nivel personal como profesional . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
18. Cuando se trabaja seriamente y a fondo se controlan los resultados . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
19. Mis propias ilusiones son las que hacen que siga adelante con la realización  
de mi actividad . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
20. Me gusta que haya una gran variedad en mi trabajo. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
21. Si te lo propones puedes asegurar lo que a a pasar mañana controlando  
lo que ocurre hoy . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---

## COPE

¿Has pasado por alguna situación que te haya producido estrés?:    Si     No

Ahora contesta las siguientes preguntas en relación con lo que haces habitualmente ante las situaciones de estrés. Considera cada pregunta por separado. No hay preguntas correctas o incorrectas. Indica lo que tú has hecho realmente, no lo que la gente suele hacer o lo que deberías haber hecho. Señala el número que mejor indica la frecuencia con la que has hecho cada cosa, siguiendo el siguiente código:

1	2	3	4
En Absoluto	Un poco	Bastante	Mucho

Por favor, no deje ninguna pregunta sin responder:

1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia. ....
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades  
sustitutivas para apartar cosas de mi mente .....
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren .....
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer .....
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello .....
6. Me digo a mí mismo "esto no es real" .....
7. Confío en Dios .....
8. Me río de la situación .....
9. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo .....
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente .....
11. Hablo de mis sentimientos con alguien .....
12. Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor .....

13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
14. Hablo con alguien para saber más de la situación . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
16. Sueño despierto con cosas diferentes de esto . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
17. Me altero y soy realmente consciente de ello. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
18. Busco la ayuda de Dios . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
19. Elaboro un plan de acción. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
20. Hago bromas sobre ello . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
21. Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos y familiares . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
24. Simplemente, dejo de intentar alcanzar mi objetivo. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
26. Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumo drogas . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
27. Me niego a creer que ha sucedido . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
28. Dejo aflorar mis sentimientos. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
29. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
30. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
31. Duermo más de lo habitual . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
32. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
33. Me centro en hacer frente a este problema y si es necesario dejo otras cosas  
un poco de lado. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
34. Consigo el apoyo y comprensión de alguien . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
36. Bromeo sobre ello. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
37. Renuncio a conseguir lo que quiero. . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo . . . . . 

1	2	3	4
---	---	---	---

39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema .....
40. Finjo que no ha sucedido realmente .....
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente .....
42. Intento firmemente que otras cosas interfieran con mis esfuerzos  
por hacer frente a esto .....
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello .....
44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido .....
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron. ....
46. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar .....
47. Llevo a cabo alguna acción directa en torno al problema .....
48. Intento encontrar alivio en la religión. ....
49. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo. ....
50. Hago bromas de la situación. ....
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema .....
52. Hablo con alguien de cómo me siento .....
53. Utilizo el alcohol o drogas para intentar superarlo. ....
54. Aprendo a vivir con ello .....
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto .....
56. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar .....
57. Actúo como si nunca hubiera sucedido .....
58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso .....
59. Aprendo algo de la experiencia .....
60. Rezo más de lo habitual .....

*Por favor compruebe que ha contestado a todas las preguntas.*

*Gracias por su colaboración.*

## SS-B

**INSTRUCCIONES:** La gente suele ayudarse entre sí de formas muy diversas. Suponiendo que usted tuviera algún tipo de problema (por ejemplo, estar en mal estado, necesitar ayuda para algún problema práctico, encontrarse "sin blanca" o necesitar algún consejo o guía), ¿con qué probabilidad sus familiares y amigos le ayudarían a través de las formas específicas que se indican a continuación?. Trate de basar las contestaciones en su experiencia pasada con sus familiares y amigos. Rodee con un círculo, en cada ítem, el número que mejor describa la ayuda que, a su juicio, le aportarían sus familiares y amigos respectivamente, de acuerdo con su experiencia personal. Utilice el siguiente criterio para seleccionar los números de cada ítem:

0	1	2	3	4
Nadie haría esto por mí	Alguien podría hacer esto por mí	Algún familiar o amigo probablemente haría esto	Algún familiar o amigo ciertamente haría esto	La mayoría de mis familiares o amigos harían esto

- |  | <b>FAMILIARES</b> | <b>AMIGOS</b> |
|--|-------------------|---------------|
| 1. Me sugerirían hacer algo, como que me olvidase de mis problemas ..... | 0 1 2 3 4         | 0 1 2 3 4     |
| 2. Me visitarían o tendrían atenciones conmigo .....                     | 0 1 2 3 4         | 0 1 2 3 4     |
| 3. Me consolarían si estuviera preocupado .....                          | 0 1 2 3 4         | 0 1 2 3 4     |
| 4. Me llevarían a dar un paseo si lo necesitase .....                    | 0 1 2 3 4         | 0 1 2 3 4     |
| 5. Comerían o cenarían conmigo .....                                     | 0 1 2 3 4         | 0 1 2 3 4     |
| 6. Cuidarían durante un momento de mis pertenencias personales ..        | 0 1 2 3 4         | 0 1 2 3 4     |
| 7. Me prestarían un coche si necesitara uno .....                        | 0 1 2 3 4         | 0 1 2 3 4     |
| 8. Bromearían o sugerirían hacer algo para animarme .....                | 0 1 2 3 4         | 0 1 2 3 4     |
| 9. Me acompañarían a ver alguna película o concierto .....               | 0 1 2 3 4         | 0 1 2 3 4     |

	<b>FAMILIARES</b>	<b>AMIGOS</b>
10. Me sugerirían cómo averiguar más acerca del problema . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. Me ayudarían con alguna gestión o tarea de envergadura . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
12. Me escucharían si necesitara hablar de mis sentimientos . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
13. Lo pasarían bien conmigo . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
14. Pagarían mi almuerzo (comida) si estuviera "sin blanca" . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
15. Me sugerirían cómo poder hacer algo . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
16. Me infundirían ánimos para hacer algo difícil. . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
17. Me darían consejos sobre qué hacer . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
18. Charlarían conmigo . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
19. Me ayudarían a comprender lo que debía hacer. . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
20. Me demostrarían que comprendían la forma de sentirme . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
21. Me comprarían bebida si estuviera escaso de dinero. . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
22. Me ayudarían a decidir qué hacer . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
23. Me darían un abrazo o me mostrarían de alguna otra forma su interés por mí . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
24. Me llamarían para ver cómo me va . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
25. Me ayudarían a comprender cuál era el "tejemaneje" . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
26. Me ayudarían en alguna compra necesaria . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
27. No emitirían juicios críticos sobre mí. . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
28. Me indicarían con quien hablar para ayudarme. . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
29. Me prestarían dinero durante un período indefinido. . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
30. Estarían simpáticos conmigo si me encontrase preocupado o en mal estado . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
31. No me fallarían (me serían fieles) en un momento decisivo . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
32. Me comprarían ropa si estuviera escaso de dinero . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

	<b>FAMILIARES</b>	<b>AMIGOS</b>
33. Me hablarían acerca de las posibilidades y opciones disponibles . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
34. Si lo necesitase, me prestarían herramientas, equipos o aparatos . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
35. Me darían razones sobre lo que debería o no debería hacer . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
36. Me mostrarían afecto . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
37. Me indicarían cómo hacer algo que yo no supiese hacer . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
38. Me traerían pequeños presentes o cosas que necesitase . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
39. Me dirían cuál es la mejor forma de conseguir hacer algo . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
40. Hablarían con otras personas para arreglar algo para mí . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
41. Me prestarían dinero y querrían que "me olvidara de ello" . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
42. Me dirían qué hacer . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
43. Me ofrecerían un sitio en el que estar durante un rato . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
44. Me ayudarían a pensar sobre el problema . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
45. Me prestarían una notable suma de dinero (como la equivalente a una mensualidad o a una hipoteca) . . . . .	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4





## ANEXO II. Resultados del ANOVA de las variables sociodemográficas.

Tabla 72.

Resultados del análisis ANOVA entre las variables sociodemográficas y las variables criterio del estudio.

	F	gl 1	gl 2	p-valor	MC
Rango de edad					
CE	3.481	3	113	.018	2.096
DP	2.348	3	113	.76	48.769
RP	1.198	3	113	.314	88.296
ETS	5.880	3	113	.001	3.802
S_AYU	1.550	3	113	.206	0.435
ESSR	2.490	3	113	.064	1.326
GSI	2.651	3	113	.052	2.980
Estado civil					
CE	2.543	2	116	.083	1.574
DP	1.032	2	116	.360	22.075
RP	0.843	2	116	.433	62.222
ETS	0.532	2	116	.589	0.390
S_AYU	0.848	2	116	.431	0.242
ESSR	0.577	2	116	.563	0.319
GSI	3.440	2	116	.035	0.633
Nivel de estudios					
CE	1.295	3	115	.280	0.816
DP	0.726	3	115	.539	15.646
RP	1.147	3	115	.333	84.106
ETS	0.065	3	115	.978	0.048
S_AYU	0.210	3	115	.890	0.061
ESSR	0.429	3	115	.733	398.362
GSI	0.810	3	115	.491	0.156
Rango de tiempo trabajado					
CE	4.613	4	114	.002	2.605
DP	2.455	4	114	.052	1.916
RP	1.014	4	114	.403	74.618
ETS	3.955	4	114	.005	2.616
S_AYU	3.008	4	114	.190	0.802
ESSR	2.846	4	114	.027	1.468
GSI	3.026	4	114	.021	3.261

*Nota:* F: prueba F o de razón F; gl: grados de libertad; MC: Media Cuadrática; CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal; ETS: Estrés traumático secundario; S\_AYU: Satisfacción por ayudar; ESSR: Puntuación global en salud física; GSI: Índice sintomático general (salud mental).

**Tabla 73.**

Resultados de las comparaciones múltiples con Scheffé entre las variables sociodemográficas y las variables criterio del estudio.

<b>Comparaciones múltiples: Scheffé</b>							
<b>Variable criterio</b>	<b>(I) Rango Edad</b>	<b>(J) Rango Edad</b>	<b>Diferencia de medias (I-J)</b>	<b>Error típico</b>	<b>Sig.</b>	<b>Intervalo de confianza al 95%</b>	
						<b>Límite inferior</b>	<b>Límite superior</b>
ETS	de 24 a 30	de 31 a 40	.18999	.19549	.815	-.3648	.7448
		de 41 a 50	-.41295	.22817	.356	-1.0605	.2346
		de 51 a 60	-1.23188	.49361	.107	-2.6328	.1690
	de 31 a 40	de 24 a 30	-.18999	.19549	.815	-.7448	.3648
		de 41 a 50	-.60294*	.18453	.017	-1.1267	-.0792
		de 51 a 60	-1.42188*	.47502	.034	-2.7700	-.0737
	de 41 a 50	de 24 a 30	.41295	.22817	.356	-.2346	1.0605
		de 31 a 40	.60294*	.18453	.017	.0792	1.1267
		de 51 a 60	-.81893	.48937	.427	-2.2078	.5700
	de 51 a 60	de 24 a 30	1.23188	.49361	.107	-.1690	2.6328
		de 31 a 40	1.42188*	.47502	.034	.0737	2.7700
		de 41 a 50	.81893	.48937	.427	-.5700	2.2078
<b>Variable criterio</b>	<b>(I) Estado civil</b>	<b>(J) Estado civil</b>	<b>Diferencia de medias (I-J)</b>	<b>Error típico</b>	<b>Sig.</b>	<b>Límite inferior</b>	<b>Límite superior</b>
GSI	soltero	con pareja	-.10097	.08972	.533	-.3235	.1215
		divorciado	-.46806*	.17898	.036	-.9119	-.0242
	con pareja	soltero	.10097	.08972	.533	-.1215	.3235
		divorciado	-.36708	.16907	.099	-.7863	.0522

(continúa)

**Tabla 73.** (continuación)

Resultados de las comparaciones múltiples con Scheffé entre las variables sociodemográficas y las variables criterio del estudio.

<b>Comparaciones múltiples: Scheffé</b>							
<b>Variable criterio</b>	<b>(I) Estado civil</b>	<b>(J) Estado civil</b>	<b>Diferencia de medias (I-J)</b>	<b>Error típico</b>	<b>Sig.</b>	<b>Intervalo de confianza al 95%</b>	
						<b>Límite inferior</b>	<b>Límite superior</b>
	divorciado	soltero	.46806*	.17898	.036	.0242	.9119
		con pareja	.36708	.16907	.099	-.0522	.7863
<b>Variable criterio</b>	<b>(I) Rango Tiempo Trabajado</b>	<b>(J) Rango Tiempo Trabajado</b>	<b>Diferencia de medias (I-J)</b>	<b>Error típico</b>	<b>Sig.</b>	<b>Límite inferior</b>	<b>Límite superior</b>
CE	0 a 5 años	Más de 5 a 10 años	-.49741	.22453	.303	-1.2007	.2059
		Más de 10 a 15 años	-.23813	.31796	.967	-1.2341	.7578
		Más de 15 a 20 años	-.83593	.38492	.324	-2.0416	.3697
		Más de 20 años	-.78426*	.22453	.020	-1.4875	-.0810
	5 a 10 años	0 a 5 años	.49741	.22453	.303	-.2059	1.2007
		Más de 10 a 15 años	.25928	.37090	.974	-.9025	1.4210
		Más de 15 a 20 años	-.33852	.42969	.960	-1.6844	1.0074
		Más de 20 años	-.28685	.29476	.917	-1.2101	.6364

(continúa)

**Tabla 73.** (continuación)

Resultados de las comparaciones múltiples con Scheffé entre las variables sociodemográficas y las variables criterio del estudio.

<b>Comparaciones múltiples: Scheffé</b>							
Variable criterio	(I) Rango Tiempo Trabajado	(J) Rango Tiempo Trabajado	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
	Más de 10 a 15 años	0 a 5 años	.23813	.31796	.967	-.7578	1.2341
		Más de 5 a 10 años	-.25928	.37090	.974	-1.4210	.9025
		Más de 15 a 20 años	-.59781	.48509	.823	-2.1172	.9216
		Más de 20 años	-.54613	.37090	.705	-1.7079	.6156
	Más de 15 a 20 años	0 a 5 años	.83593	.38492	.324	-.3697	2.0416
		Más de 5 a 10 años	.33852	.42969	.960	-1.0074	1.6844
		Más de 10 a 15 años	.59781	.48509	.823	-.9216	2.1172
		Más de 20 años	.05168	.42969	1.000	-1.2942	1.3976
	Más de 20 años	0 a 5 años	.78426*	.22453	.020	.0810	1.4875
		Más de 5 a 10 años	.28685	.29476	.917	-.6364	1.2101
		Más de 10 a 15 años	.54613	.37090	.705	-.6156	1.7079
		Más de 15 a 20 años	-.05168	.42969	1.000	-1.3976	1.2942

(continúa)

**Tabla 73.** (continuación)

Resultados de las comparaciones múltiples con Scheffé entre las variables sociodemográficas y las variables criterio del estudio.

<b>Comparaciones múltiples: Scheffé</b>								
Variable criterio	(I) Rango Tiempo Trabajado	(J) Rango Tiempo Trabajado	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
ETS	0 a 5 años	Más de 5 a 10 años	-.14242	.24258	.987	-.9020	.6172	
		Más de 10 a 15 años	-.18942	.34381	.989	-1.2660	.8871	
		Más de 15 a 20 años	-.93942	.41632	.285	-2.2430	.3642	
		Más de 20 años	-.83472*	.24258	.023	-1.5943	-.0751	
		Más de 5 a 10 años	0 a 5 años	.14242	.24258	.987	-.6172	.9020
	5 a 10 años	Más de 10 a 15 años	-.04701	.40139	1.000	-1.3039	1.2099	
		Más de 15 a 20 años	-.79701	.46501	.570	-2.2531	.6591	
		Más de 20 años	-.69231	.31899	.324	-1.6912	.3066	
		Más de 10 a 15 años	0 a 5 años	.18942	.34381	.989	-.8871	1.2660
		Más de 5 a 10 años	Más de 15 a 20 años	.04701	.40139	1.000	-1.2099	1.3039
	10 a 15 años	Más de 15 a 20 años	-.75000	.52496	.728	-2.3938	.8938	

(continúa)

**Tabla 73.** (continuación)

Resultados de las comparaciones múltiples con Scheffé entre las variables sociodemográficas y las variables criterio del estudio.

Comparaciones múltiples: Scheffé							
Variable criterio	(I) Rango Tiempo Trabajado	(J) Rango Tiempo Trabajado	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
		Más de 20 años	-.64530	.40139	.631	-1.9022	.6116
	Más de 15 a 20 años	0 a 5 años	.93942	.41632	.285	-.3642	2.2430
		Más de 5 a 10 años	.79701	.46501	.570	-.6591	2.2531
		Más de 10 a 15 años	.75000	.52496	.728	-.8938	2.3938
		Más de 20 años	.10470	.46501	1.000	-1.3514	1.5608
	Más de 20 años	0 a 5 años	.83472*	.24258	.023	.0751	1.5943
		Más de 5 a 10 años	.69231	.31899	.324	-.3066	1.6912
		Más de 10 a 15 años	.64530	.40139	.631	-.6116	1.9022
		Más de 15 a 20 años	-.10470	.46501	1.000	-1.5608	1.3514

\*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

*Nota:* CE: Cansancio emocional; ETS: Estrés traumático secundario; GSI: Índice sintomático general (salud mental).

### ANEXO III. Datos de colinealidad de la Regresión Lineal Múltiple calculada.

Tabla 74.

Diagnósticos de colinealidad de los análisis de regresión lineal múltiple realizados.

Variable Criterio	Variable Predictora	Coeficientes de Colinealidad	
		Tolerancia Inflación	Factor de de la Varianza (FIV)
Cansancio emocional	Neuroticismo	.775	1.290
	Apoyo social de la familia	.842	1.188
	Tiempo trabajado	.848	1.180
	Conflicto	.971	1.030
Despersonalización	Neuroticismo	.873	1.146
	Amabilidad	.885	1.130
	Cambio	.973	1.028
Realización personal	Extraversión	.856	1.169
	AFRcon	.981	1.019
	Apertura	.851	1.174
Estrés traumático secundario	Neuroticismo	.693	1.443
	Tiempo trabajado	.821	1.219
	Escape conductual	.860	1.163
	Escape cognitivo	.674	1.483
	Cambio	.923	1.084
Satisfacción por ayudar	Extraversión	.873	1.146
	Conflicto	.951	1.051
	Implicación	.870	1.149
	AFRcon	.955	1.047
Salud física	ETS	.703	1.422
	Consumo	.905	1.105
	Implicación	.942	1.062
	Neuroticismo	.657	1.523
	Conflicto	.933	1.072
Salud mental	Neuroticismo	.456	2.191
	ETS	.682	1.467
	Amabilidad	.823	1.216
	Consumo	.657	1.522
Salud mental	AFRcon	.587	1.703
	Realización personal	.723	1.383
	S_AYU	.683	1.464
	Escape cognitivo	.460	2.175

*Nota:* AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas; ETS: Estrés traumático secundario; S\_AYU: Satisfacción por ayudar





## ANEXO IV. Resultados del análisis de la pendiente de interacción entre la variable predictora y la variable moderadora.

**Tabla 75.**

Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Apoyo social de la familia entre el tiempo trabajado y Cansancio emocional.

SSBF	Pendiente	SE	Wald	p-valor
-1	0.5047	0.08299	6.081	1.194e-09
0	0.1663	0.07668	2.169	3.006e-02
+1	-0.1720	0.13355	-1.288	1.978e-01

*Nota:* SSBF: Apoyo social de la familia; SE: Error estándar; Wald: test de Wald.

**Tabla 76.**

Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Extraversión entre Conflicto y Realización personal.

Extraversión	Pendiente	SE	Wald	p-valor
-3	-0.479208	0.23495	-2.0396	0.04139
-2	-0.322447	0.16675	-1.9337	0.05314
-1	-0.165687	0.10708	-1.5473	0.12180
0	-0.008927	0.07865	-0.1135	0.90964
1	0.147834	0.10937	1.3517	0.17648
2	0.304594	0.16969	1.7950	0.07266
3	0.461354	0.23809	1.9378	0.05265

*Nota:* SE: Error estándar; Wald: test de Wald.

**Tabla 77.**

Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Apertura entre Cambio y Realización personal.

<b>Apertura</b>	<b>Pendiente</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>p-valor</b>
-3	0.80389	0.30476	2.638	0.008345
-2	0.55299	0.21544	2.567	0.010265
-1	0.30208	0.13295	2.272	0.023078
0	0.05118	0.08162	0.627	0.530633
1	-0.19973	0.11564	-1.727	0.084133
2	-0.45063	0.19444	-2.318	0.020472
3	-0.70154	0.28279	-2.481	0.013108

*Nota:* SE: Error estándar; Wald: test de Wald.

**Tabla 78.**

Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Afrontamiento conductual de los problemas entre la dimensión Cambio y Realización personal.

<b>AFRcon</b>	<b>Pendiente</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>p-valor</b>
- 3	0.89116	0.26696	3.338	0.0008435
-2	0.61116	0.18584	3.289	0.0010066
- 1	0.33117	0.11402	2.905	0.0036774
0	0.05118	0.08162	0.627	0.5306332
1	-0.22882	0.12458	-1.837	0.0662614
2	-0.50881	0.19894	-2.558	0.0105408
3	-0.78880	0.28077	-2.809	0.0049634

*Nota:* AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas; SE: Error estándar; Wald: test de Wald.

**Tabla 79.**

Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Afrontamiento conductual de los problemas entre la dimensión Conflicto y Realización personal.

<b>AFRcon</b>	<b>Pendiente</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>p-valor</b>
- 3	-0.775338	0.25679	-3.0193	0.002534
-2	-0.519867	0.17976	-2.8921	0.003827
- 1	-0.264397	0.11133	-2.3750	0.017549
0	-0.008927	0.07865	-0.1135	0.909635
1	0.246544	0.11700	2.1072	0.035104
2	0.502014	0.18683	2.6870	0.007209
3	0.757484	0.26426	2.8665	0.004151

*Nota:* AFRcon: Afrontamiento conductual de los problemas; SE: Error estándar; Wald: test de Wald.

**Tabla 80.**

Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Escape cognitivo entre la dimensión Cambio y Estrés traumático secundario.

<b>ESCcog</b>	<b>Pendiente</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>p-valor</b>
-3	-0.76385	0.26017	-2.9360	0.0033247
-2	-0.48885	0.18559	-2.6340	0.0084385
-1	-0.21385	0.11788	-1.8141	0.0696571
0	0.06116	0.07771	0.7869	0.4313168
1	0.33616	0.10429	3.2232	0.0012678
2	0.61116	0.16855	3.6260	0.0002878
3	0.88616	0.24214	3.6597	0.0002525

*Nota:* ESCcog: Escape cognitivo; SE: Error estándar; Wald: test de Wald

**Tabla 81.**

Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Escape conductual entre la dimensión Cambio y Estrés traumático secundario.

<b>ESCcon</b>	<b>Pendiente</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>p-valor</b>
-3	0.81703	0.20765	3.9346	8.334e-05
-2	0.56507	0.14474	3.9041	9.458e-05
-1	0.31311	0.09268	3.3786	7.287e-04
0	0.06116	0.07771	0.7869	4.313e-01
1	-0.19080	0.11533	-1.6544	9.805e-02
2	-0.44276	0.17428	-2.5405	1.107e-02
3	-0.69471	0.23928	-2.9033	3.692e-03

*Nota:* ESCcon: Escape conductual; SE: Error estándar; Wald: test de Wald

**Tabla 82.**

Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Implicación entre la dimensión Conflicto y la salud física.

<b>IMPLICACIÓN</b>	<b>Pendiente</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>p-valor</b>
-3	0.72592	0.25685	2.8262	0.004710
-2	0.52612	0.17701	2.9722	0.002957
-1	0.32631	0.10368	3.1472	0.001649
0	0.12651	0.06501	1.9461	0.051638
1	-0.07329	0.10844	-0.6759	0.499101
2	-0.27310	0.18262	-1.4955	0.134796
3	-0.47290	0.26267	-1.8003	0.071809

*Nota:* SE: Error estándar; Wald: test de Wald

**Tabla 83.**

Resultados del análisis de la pendiente de interacción de Implicación entre Estrés traumático secundario y la salud física.

<b>IMPLICACIÓN</b>	<b>Pendiente</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>p-valor</b>
-3	-0.09056	0.27242	-0.3324	7.396e-01
-2	0.06764	0.19179	0.3527	7.243e-01
-1	0.22584	0.11805	1.9131	5.574e-02
0	0.38404	0.07535	5.0970	3.451e-07
1	0.54224	0.10956	4.9493	7.447e-07
2	0.70044	0.18142	3.8608	1.130e-04
3	0.85864	0.26156	3.2828	1.028e-03

*Nota:* SE: Error estándar; Wald: test de Wald

