

SENTIDO DE COHERENCIA, RESILIENCIA Y SALUD MENTAL POSITIVA EN LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS

Susana Mantas Jiménez

Per citar o enllaçar aquest document:

Para citar o enlazar este documento:

Use this url to cite or link to this publication:

<http://hdl.handle.net/10803/406045>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



TESIS DOCTORAL

**Sentido de Coherencia, Resiliencia y Salud
Mental Positiva en los profesionales del
Sistema de Emergencias Médicas**

Susana Mantas Jiménez

2017



TESIS DOCTORAL

**Sentido de Coherencia, Resiliencia y Salud
Mental Positiva en los profesionales del
Sistema de Emergencias Médicas**

Susana Mantas Jiménez

**Programa de doctorado en Biología Molecular, Biomedicina y Salud
Línea de investigación Salud y Atención Sanitaria**

Dirigida por:

Dra. Dolors Juvinyà i Canal i Dra. M^a Teresa Lluch i Canut

Tutora:

Dra. Dolors Juvinyà i Canal

2017

Memoria presentada para optar al título de doctora por la Universitat de Girona



La Dra. Dolors Juvinyà Canal y la Dra. M^a Teresa Lluch Canut, profesoras de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona y de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona respectivament,

DECLARAN:

Que este trabajo, titulado **“Sentido de coherencia, Resiliencia y Salud Mental Positiva en los profesionales del Sistema de Emergencias Médicas”**, que presenta Susana Mantas Jiménez para la obtención del título de doctora, se ha realizado bajo su dirección.

Y, para que así conste, y a los efectos oportunos, firman este documento

Dra. Dolors Juvinyà i Canal

Dra. M^a Teresa Lluch i Canut

Girona, a 08 de Mayo de 2017.

*Para mi padre,
por ser un referente en mi vida. Siempre me acompañará.*

*Para mi madre,
por haberme dejado tanto en tan poco tiempo.*

*Para mis hermanos, José M^a, Maribel, Fali y Ángela,
ellos son mi sentido de coherencia y mi salud mental positiva.*

*Para Albert, Xavier, Ángel y Daniel,
los verdaderos tesoros de esta familia.*

*Para Susana Puigmartí,
por entender mi trabajo y acompañarme en este camino.*

A todos, gracias.

La gente crea y vive la salud en el interior de los sitios de su vida cotidiana; donde aprende, trabaja, juega y ama. La salud se crea con el cuidado de sí mismo y de los otros... Cuidado, integración y ecología son asuntos esenciales en el desarrollo de estrategias para la salud...

(Ottawa, 1986:4).

AGRADECIMIENTOS

Las palabras escritas de agradecimiento casi siempre distan de lo que verdaderamente nuestros sentimientos querrían decir, porque siempre es mucho más... Aun así, no voy a dejar de intentarlo.

Dra. Dolors Juvinyà i Dra. M^aTeresa Lluch, directoras de esta tesis, gracias por entenderme y acompañarme siempre, por la paciencia brindada en los momentos más “obtusos”, por vuestro compromiso y también por la confianza depositada desde el primer día. Gracias por vuestro tiempo y por haberme enseñado lo más importante.

Dr. David Ballester, director del Departament d’Infermeria de la Universitat de Girona y Dra. Carme Bertran, decana de la Facultat d’Infermeria de Girona, por seguir de cerca este trabajo, por haberme ofrecido la oportunidad de iniciar el camino de la docencia y, en definitiva, por habernos encontrado. Gracias.

A los compañeros/-as de departamento de la Universitat de Girona que de una manera u otra se han interesado a lo largo de este trabajo, compartiendo dudas, conocimiento y otras vicisitudes: Sra. Judith Guix, Sra. Miriam Ferrer y Dr. Bernat Serdà, por vuestras palabras de aliento y por saber distraer mi mente cuando lo necesitaba. Dra. Josefina Patiño, gracias por transmitir el esfuerzo y la dedicación que merece el trabajo bien hecho, por tu respeto y confianza en nuestra profesión. Dra. Alícia Baltasar, gracias por compartir conversaciones de las que siempre aprendo, por estar siempre tan cerca y por nuestros abrazos, en cualquier momento. Mi sincero agradecimiento a todos/-as los profesores así como el personal de administración y servicio del departamento de enfermería, por su cercanía y ayuda en todo momento.

A los compañeros/-as del “*Working Group*”, por ser una fuente de optimismo y alegría compartida, por sumar esfuerzos en los momentos difíciles, por nuestros deseos de estar siempre juntos, porque desde diferentes perspectivas habéis compartido y estudiado el insondable mundo de la salud mental positiva: no quiero nombraros por no dejarme ni a uno solo. Gracias a todos/-as.

Dr. Juan Roldán, por su inestimable ayuda, por sus consejos y por su apoyo en todo momento. Gracias, siempre.

Dra. Assumpta Rigol, por sus sabios consejos y por su cercanía. Gracias.

A todos/-as los compañeros/-as de la Unidad de Desintoxicación y Patología Dual (UDPD) y Hospitalización de Agudos del Hospital Sta. Caterina de Salt, Girona, por el apoyo incondicional que he recibido aún quizás sin ellos saberlo y por aumentar mis dosis de “humor” cuando éste empezaba a decaer. Gracias por entender mis ilusiones.

Dra. Anna Fontquerni y Sr. Albert Obiols, Cap y Sots-Cap Territorial del SEM de Girona y Catalunya Central, por apoyar este trabajo desde el inicio y por facilitarme los recursos necesarios en todo momento para que este estudio saliera adelante.

Dr. Jaume Heredia y Sra. Anna Pérez, por su ayuda desde el inicio de esta tesis, por su sensibilidad y por seguir de cerca este trabajo. Gracias.

A los compañeros de Junta Rectora del Colegio Oficial de Psicólogos de Girona: Paco, Pilar, Neus, Ari, Pilar S., Angus y Sergio, por entender mis ausencias y animarme en este proyecto. Con mucho cariño, gracias.

A todos los profesionales (médicos, enfermeros/-as, técnicos y psicólogos/-as) del SEM de Girona por vuestra participación desinteresada en este estudio. Sin vuestra colaboración esta investigación no hubiera sido posible. Gracias por vuestra ayuda, vuestro trabajo y valiosa colaboración. Siempre estaremos cerca.

Por último, agradecer a mí enorme familia todo lo que han hecho y hacen por mí, pues a ellos les debo gran parte de lo que soy. También a Fredy, Susana y Rosa M., por la felicidad compartida de ver acabada esta tesis. Gracias por estar tan presentes en mi vida.

NOTA:

Este trabajo ha recibido la financiación del proyecto presentado en la *Escola Universitària d'Infermeria. Universitat de Barcelona* (EUI-UB)/PREUI14/05.

LISTA DE ABREVIATURAS

BRCS	Brief Resilient Coping Scale
CD-RISC	Connor-Davidson Resilience Scale
CSM+	Cuestionario de Salud Mental Positiva
DRS	Dispositional Resilience Scale
ENWHP	European Network for Health Promotion
EpS	Educación para la Salud
EUROPREV	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
GRRs	Recursos Generales de Resistencia
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
LOT	Life Orientation Test
MIDUS	Midlife in the United States
OLQ	Orientation to Life Questionnaire
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PS	Promoción de la Salud
PST	Promoción de la Salud en el Trabajo
SEM	Sistema de Emergencias Médicas
SOC	Sentido de Coherencia
SM	Salud Mental
SM+	Salud Mental Positiva
TEPT	Trastorno por Estrés Postraumático
UIPES	Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud
WEMWBS	The Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale
WHO	World Health Organization

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Estructura de la escala SOC con un factor general de tres dimensiones	51
Figura 2	Distribución territorial de los recursos del SEM (2016)	86
Figura 3	El SEM y el territorio en Girona	97
Figura 4	Correlación entre CSM+ total y SOC total	122
Figura 5	Correlación entre CSM+ total y Resiliencia	124
Figura 6	Correlación entre SOC total y Resiliencia	126
Figura 7	Histograma de frecuencias de la puntuación total CSM+	127
Figura 8	Histograma de frecuencias de la puntuación total SOC	137
Figura 9	Histograma de frecuencias de la puntuación total CD-RISC	142

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Áreas para la participación activa en la PS propuestas en la Carta de Ottawa	33
Tabla 2	Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud de la OMS	36
Tabla 3	Algunos puntos de vista sobre el concepto de salud mental positiva	54
Tabla 4	Modelo Multifactorial de SM+ según Lluch	61
Tabla 5	Configuración del CSM+	68
Tabla 6	Relación de estudios realizados con el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)	68
Tabla 7	Descripción de los ítems de la escala CD-RISC	81
Tabla 8	Distribución por factores de los ítems del CSM+ y valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global	103
Tabla 9	Distribución por factores de los Ítems del SOC y valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global	105
Tabla 10	Características sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud del SEM	112
Tabla 11	Estadísticos descriptivos de los Cuestionarios SOC, CSM+ y la escala CD-RISC	113
Tabla 12	Relación entre características sociodemográficas y laborales con el cuestionario CSM+	116
Tabla 13	Relación entre características sociodemográficas y laborales con el cuestionario SOC	118
Tabla 14	Relación de características sociodemográficas y laborales con la escala CD-RISC	121
Tabla 15	Correlaciones entre CSM+ y SOC	123

Tabla 16	Correlaciones CSM+ y Resiliencia	125
Tabla 17	Correlaciones SOC y Resiliencia	126
Tabla 18	Estadísticos descriptivos de los ítems del Factor 1 del CSM+: media, desviación estándar, mediana, curtosis, asimetría, porcentaje techo y porcentaje suelo	128
Tabla 19	Estadísticos descriptivos de los ítems del Factor 2 del CSM+: media, desviación estándar, mediana, curtosis, asimetría, porcentaje techo y porcentaje suelo	129
Tabla 20	Estadísticos descriptivos de los ítems del Factor 3 del CSM+: media, desviación estándar, mediana, curtosis, asimetría, porcentaje techo y porcentaje suelo	129
Tabla 21	Estadísticos descriptivos de los ítems del Factor 4 del CSM+: media, desviación estándar, mediana, curtosis, asimetría, porcentaje techo y porcentaje suelo	130
Tabla 22	Estadísticos descriptivos de los ítems del Factor 5 del CSM+: media, desviación estándar, mediana, curtosis, asimetría, porcentaje techo y porcentaje suelo	131
Tabla 23	Estadísticos descriptivos de los ítems del Factor 6 del CSM+: media, desviación estándar, mediana, curtosis, asimetría, porcentaje techo y porcentaje suelo	132
Tabla 24	Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) del CSM+	134
Tabla 25	Correlación ítem total del CSM+	135
Tabla 26	Correlaciones CSM+ subescalas y CSM+ total	136
Tabla 27	Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario SOC: media, desviación estándar, porcentaje techo y porcentaje suelo	138
Tabla 28	Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) del SOC	140
Tabla 29	Correlación ítem total del SOC	141

Tabla 30	Estadísticos descriptivos de los ítems del CD-RISC: media, desviación estándar, porcentaje techo y porcentaje suelo	143
Tabla 31	Correlación ítem total del CD-RISC	144

ÍNDICE

Abreviaturas	I
Índice de figuras	II
Índice de tablas	III
Resumen	21
Resum	23
Abstract	25
1. INTRODUCCIÓN	27
1.1. La Promoción de la Salud: orígenes y evolución	
1.1.1. Evolución del concepto de Promoción	30
1.1.2. Promoción de la Salud Mental en los contextos laborales	41
2.1. Modelo Salutogénico	
2.1.1. Concepto y evolución del modelo salutogénico	44
2.1.2. Evaluación del Sentido de Coherencia : cuestionario SOC	50
3.1. Salud Mental Positiva	
3.1.1. Concepto y evolución de la Salud Mental Positiva	52
3.1.2. La salud mental positiva: implicaciones para el individuo y la comunidad	55
3.1.3 Modelos explicativos de Salud Mental Positiva	59
3.1.4. Evaluación de la Salud Mental Positiva: aproximación a los instrumentos de medida	62
3.1.5. Cuestionario de Salud Mental Positiva: estructura y aplicabilidad	67
4. 1. Resiliencia y Salud Mental	
4.1.1. Planteamientos conceptuales y evolución de la resiliencia	71
4.1.1.1. Resiliencia	
4.1.1.2. Recursos facilitadores para la resiliencia	76
4.1.2. Medición de la resiliencia	78
4.1.3.El cuestionario CD-RISC de Connor y Davidson	80
5. El Sistema de Emergencias Médicas en Catalunya	83
2. OBJETIVOS	87

2.1. General	89
2.2. Específicos	89
3. HIPÓTESIS	91
4. METODOLOGÍA	95
4.1 Diseño del estudio	97
4.2. Ámbito de estudio	97
4.3. Población de estudio	98
4.4. Variables del estudio	99
4.5. Instrumentos de medida	101
4.6. Procedimiento de la recogida de datos	105
4.7. Análisis estadístico	106
4.8. Aspectos éticos	107
5. RESULTADOS	109
5.1 Características sociodemográficas y laborales de la muestra de estudio	111
5.2 Niveles de Salud Mental Positiva, Sentido de Coherencia y Resiliencia	113
5.3 Relación entre el nivel de Salud Mental Positiva, el Sentido de Coherencia y la Resiliencia y las variables sociodemográficas y laborales	114
5.4 Relación entre Sentido de Coherencia, Resiliencia y Salud Mental Positiva en la muestra de estudio	122
5.5 Análisis psicométrico de los cuestionarios Sentido de Coherencia, Resiliencia y Salud Mental Positiva en los profesionales que trabajan en en ámbito de las emergencias	127
6. DISCUSIÓN	145
7. CONCLUSIONES	163
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
9. ANEXOS	193

RESUMEN

El estudio de la salud de los profesionales sanitarios en los contextos laborales suscita gran interés dado que constituyen un activo fundamental del sistema de salud y son la clave para proporcionar cuidados de calidad. A partir del enfoque de la promoción de la salud centrado en los aspectos saludables y en los espacios de salud laboral, se han planteado los principios conceptuales y métricos de la perspectiva positiva de la salud mental: el Modelo Salutogénico, el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva y la Resiliencia.

Objetivos: Evaluar la percepción de salud mental en los contextos laborales de los profesionales de la salud del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) de Girona. Los objetivos específicos fueron: relacionar las variables laborales de los profesionales con el sentido de coherencia, la resiliencia y la salud mental positiva, explorar la relación entre los tres constructos y examinar la fiabilidad del SOC, CD-RISC y CSM+.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, correlacional y psicométrico. Los participantes desarrollaban su trabajo en la región sanitaria de Girona. Se han estudiado variables socio demográficas y laborales; variables relacionadas con el sentido de coherencia (SOC-13), la resiliencia (CD-RISC) y la salud mental positiva (CSM+). Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables. El análisis de la consistencia interna se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados: Del total de profesionales de la salud del SEM que desarrollan su actividad asistencial en las comarcas de Girona (n=493), han participado 406 (tasa de respuesta de 82,35%). La media de edad fue de 38,2 años (DE 7,5), siendo la mayoría hombres (66,3%). Un 88,4% de los profesionales tenían un contrato fijo en el momento del estudio y el 46,8% de la población manifestaron estar muy satisfechos respecto al grado de satisfacción laboral global. En cuanto a la relación entre las variables socio demográficas y el CSM+, las mujeres del estudio obtuvieron niveles de autonomía más altos que los hombres así como mayor capacidad de resolución de problemas y autoactualización. En general, los profesionales de la salud del SEM indicaron mayor grado de satisfacción laboral en relación a la satisfacción con la vida

personal y perspectiva optimista de futuro (F1), actitud de ayuda hacia los demás (F2), capacidad de afrontamiento delante de situaciones de estrés y/o conflictivas (F3), seguridad personal, capacidad de adaptarse a los cambios (F4) así como capacidad para establecer relaciones interpersonales (F6), siendo los técnicos los que mostraron mayor seguridad personal y confianza en sí mismos (F4). Al analizar el SOC total en relación al grado de satisfacción laboral global, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el sentido de que a mayor satisfacción laboral global mayor SOC. Presentaron mayor resiliencia los que tenían un contrato fijo en relación a los eventuales ($p=0,035$), los que trabajaban por turnos en relación a los que trabajaban 24h ($p=0,029$) y los técnicos ($p=0,004$).

Conclusiones: En general, los profesionales del SEM presentaron puntuaciones elevadas en los cuestionarios SOC, CD-RISC y CSM+. El CSM+total correlacionó significativamente con el grado de satisfacción laboral global de los profesionales: a mayor satisfacción laboral global mayor perspectiva optimista de futuro y satisfacción con la vida personal, mayor actitud positiva de ayuda a los demás, mayor resiliencia, mayor seguridad personal y mayor capacidad de adaptación a los cambios así como mayor capacidad para las relaciones interpersonales y viceversa. La colaboración de los profesionales del SEM con profesionales de otras instituciones correlacionó positivamente con la satisfacción personal, con la actitud de ayuda hacia los demás y con una mayor capacidad para establecer relaciones interpersonales. A mayor puntuación en CSM+ mayor puntuación en SOC y en CD-RISC y a mayor puntuación en SOC, mayor puntuación en CD-RISC. Las correlaciones positivas entre los tres cuestionarios (de moderada a buena) nos conduce a pensar que los tres constructos comparten aspectos comunes, pero que, en gran parte evalúan cuestiones diferentes y complementarias de la perspectiva positiva de la salud mental. SOC, CD-RISC y CSM+ han mostrado buenos niveles de fiabilidad a nivel de consistencia interna en la muestra estudiada.

Palabras Clave: Profesionales de las emergencias; Salutogénesis; Sentido de coherencia; Resiliencia; Salud Mental Positiva; Promoción de la salud laboral.

RESUM

L'estudi de la salut dels professionals assistencials en els contextos laborals suscita gran interès atès que constitueixen un actiu fonamental del sistema de salut i són la clau per a proporcionar cures de qualitat. A partir de l'enfoc de la promoció de la salut, centrat en els aspectes saludables i en els espais de salut laboral, s'han plantejat els principis conceptuals i mètrics de la perspectiva positiva de la salut mental: el Model salutogènic, el Model Multifactorial de Salut mental Positiva i la Resiliència.

Objetius: Avaluar la percepció de salut mental en els contextos laborals dels professionals de la salut del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) de Girona. Els objectius específics van ser: relacionar les variables laborals dels professionals amb el sentit de coherència, la resiliència i la salut mental positiva, explorar la relació entre els tres constructes i examinar la fiabilitat del SOC, CD-RISC i CSM +.

Metodologia: Estudi descriptiu, transversal, correlacional i psicomètric. Els participants desenvolupaven el seu treball a la regió sanitària de Girona. S'han estudiat variables sociodemogràfiques i laborals; variables relacionades amb el sentit de coherència (SOC-13), la resiliència (CD-RISC) i la salut mental positiva (CSM+). Es va realitzar una anàlisi descriptiu i inferencial de les variables. L'anàlisi de la consistència interna es va calcular mitjançant el coeficient alfa de Cronbach.

Resultats: Del total de professionals de la salut del SEM que desenvolupen la seva activitat assistencial a les comarques de Girona (n=493) han participat 406 (taxa de resposta de 82,35%). La mitjana d'edat va ser de 38,2 anys (DE 7,5), sent la majoria homes (66,3%). Un 88,4% dels professionals tenien un contracte fix en el moment de l'estudi i el 46,8% de la població van manifestar estar molt satisfets pel que fa al grau de satisfacció laboral global. Pel que fa a la relació entre les variables sociodemogràfiques i el CSM +, les dones de l'estudi van obtenir nivells d'autonomia més alts que els homes així com més capacitat de resolució de problemes i autoactualització. En general, els professionals de la salut del SEM han indicat major grau de satisfacció laboral en relació a la satisfacció amb la vida personal i perspectiva optimista de futur (F1), actitud d'ajuda cap als altres (F2), capacitat d'afrontament davant de

situacions d'estrès i/o conflictives (F3), seguretat personal, capacitat d'adaptar-se als canvis (F4) així com capacitat per a establir relacions interpersonals (F6), sent els tècnics els que varen mostrar major seguretat personal i confiança en si mateixos (F4). De l'anàlisi del SOC total en relació al grau de satisfacció laboral global, es varen trobar diferències estadísticament significatives en el sentit que a major satisfacció laboral global major SOC. Van presentar major resiliència els que tenien un contracte fix en relació als eventuals ($p = 0,035$), els que treballaven per torns en relació als que treballaven 24h ($p = 0,029$) i els tècnics ($p = 0,004$).

Conclusions: En general, els professionals del SEM varen presentar puntuacions elevades en els qüestionaris SOC, CD-RISC i CSM+. El CSM+total va correlacionar significativament amb el grau de satisfacció laboral global dels professionals: a major satisfacció laboral global més perspectiva optimista de futur i satisfacció amb la vida personal, major actitud positiva d'ajuda als altres, major resiliència, més seguretat personal i major capacitat d'adaptació als canvis així com més capacitat per a les relacions interpersonals i viceversa. La col·laboració dels professionals del SEM amb professionals d'altres institucions va correlacionar positivament amb la satisfacció personal, amb l'actitud d'ajuda cap als altres i amb una major capacitat per establir relacions interpersonals. A major puntuació en CSM + major puntuació en SOC i en CD-RISC i a major puntuació en SOC, major puntuació en CD-RISC. Les correlacions positives entre els tres qüestionaris (de moderada a bona) ens fa pensar que els tres constructes comparteixen aspectes comuns, però que, en gran mesura avaluen qüestions diferents i complementàries de la perspectiva positiva de la salut mental. SOC, CD-RISC i CSM+ han mostrat bons nivells de fiabilitat a nivell de consistència interna.

Paraules Clau : Professionals de les emergències; Salutogènesi; Sentit de coherència; Resiliència; Salut Mental Positiva; Promoció de la salut laboral.

ABSTRACT

The study of the sanitary professional's health in the work contexts sparks off great interest since they constitute some basic assets of the health system and are the key to provide quality cares. From the approach of the health's promotion, centered in the healthy aspects and in the work health spaces, they have considered the conceptual and metric principles of the positive perspective of the mental health: the Salutogenic Model, the Multivariate Model of Positive Mental Health and Resilience.

Objectives: To evaluate the perception of mental health in the workplaces of the health professionals from the Girona's "Sistema Emergencias Médicas" (SEM). The specific objectives were: to relate the work variables of the professionals to the sense of coherence, the resilience and the positive mental health, to explore the relation between the three constructors and to examine the reliability of the SOC, CD-RISC and CSM+.

Methodology: Descriptive, cross-sectional, correlational and psychometric study. The participants developed their work in the sanitary network of Girona. We have studied socio-demographic and work variables; related variables with the sense of coherence (SOC-13), the resilience (CD-RISC) and positive mental health (CSM+). The analysis of the internal consistency has been calculated through the alpha coefficient of Cronbach.

Results: From the total of professionals of the health of the SEM who develop their welfare activity at the Girona regions (n=493), 406 have participated (answer rate of 82.35%). The average of age was of 38.2 years (OF 7.5), being the majority men (66.3%). A 88.4% of the professionals had a fixed contract at the moment of the study and 46.8% of the population declared to be very satisfied with regard to the degree of global work satisfaction. As far as the relation between the demographic variables partner and the CSM+, the women of the study have obtained autonomy levels higher than the men as well as greater capacity of problem solving and selfupdate. In general, the professionals of the health of the SEM indicated greater degree of work

satisfaction in relation to the satisfaction with the personal life and their optimistic perspective of future (F1), help attitude towards the others (F2), capacity of facing conflicting situations of stress and/or (F3), personal security, capacity to adapt to the changes (F4) as well as capacity to settle down interpersonal relations (F6), being the technicians those that showed to greater personal security and confidence in themselves (F4). When analyzing the total SOC in relation to the global satisfaction degree at workplace, there are statistically significant differences, for instance the greater global workplace satisfaction greater the SOC. Those who displayed greater resilience had a fixed contract versus the non-fixed contract ($p= 0.035$), those that worked in turns also had a greater resilience versus the 24hrs schedule professionals ($p=0,029$) and last the technicians ($p= 0.004$).

Conclusions: In general, the sanitary professional's health in the work contexts presented elevated scores in questionnaires SOC, CD-RISC and CSM+. The CSM+total connected significantly with the degree of global workplace satisfaction of the professionals: to greater global workplace satisfaction, greater optimistic perspective of future and satisfaction with the personal life, greater positive attitude of aid to the others, greater resilience, greater personal security and greater capacity of adaptation to the changes as well as greater capacity for the interpersonal relations and vice versa. The collaboration of the SEM professionals with other institutions professionals correlated positively with the personal satisfaction, the attitude of aid towards the others and with a greater capacity to establish interpersonal relations. To greater score in CSM+ greater score in SOC and CD-RISC and to greater score in SOC, greater score in CD-RISC. The positive relationships between three questionnaires (of moderate to good) lead to us to think that the three constructors share common aspects, but that, to a great extent they evaluate questions different and complementary of the positive perspective of the mental health. SOC, CD-RISC and CSM+ have shown good levels of reliability level of internal consistency.

Keywords: Emergency care; Salutogenesis; Sense of coherence; Resilience; Positive mental health; Workplace health promotion.

1.INTRODUCCIÓN GENERAL

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

El presente trabajo de investigación realizado con profesionales de la salud del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) se plantea, por un lado a partir del enfoque de la Promoción de la Salud (PS) centrado en los aspectos saludables y en los espacios de salud y por otro lado, atendiendo a las directrices del Pla de Salut de Catalunya 2016-2020, donde se formula la propuesta relacionada con los profesionales de la salud como un activo fundamental del sistema de salud.

Así, el marco conceptual de este estudio se fundamenta en el modelo salutogénico planteado por Antonovsky cuyo constructo principal es el sentido de coherencia, el modelo multifactorial de salud mental positiva conceptualizado por Lluich y la resiliencia, estudiada desde la perspectiva positiva de la salud.

Junto a los tres planteamientos conceptuales descritos, se presentan también los instrumentos de medición que permiten operativizar los constructos y que facilitan la evaluación y la medición de los mismos. En este sentido, los planteamientos del Modelo Salutogénico quedan recogidos en el cuestionario SOC. El Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva ha sido operativizado a partir del Cuestionario de Salud Mental Positiva y, por último, la resiliencia ha sido evaluada por medio de la escala CD-RISC.

En los tres planteamientos formulados existe una base conceptual y métrica científicamente validada. Igualmente, existe evidencia científica que sustenta la aplicación práctica de los constructos de Sentido de Coherencia, Salud Mental Positiva y Resiliencia en diferentes enfoques del estudio de la salud del ser humano. Asimismo, los tres constructos tienen una línea común ubicada en el ámbito de la PS y el Fomento del Bienestar y, sin duda, comparten las similitudes teóricas con las intenciones descritas en 1986 en la Carta de Otawa.

1.1. La Promoción de la Salud

1.1.1. Evolución del concepto de Promoción de la Salud

El origen de la Promoción de la Salud (PS) se puede situar en la Europa del siglo XIX, vinculando la PS con la identificación de la etiología de las enfermedades, las necesidades de la industria, el nacimiento y el desarrollo del pensamiento del socialismo (Engels, 1844) o el humanismo científico (Virchow, 1841), en el pensamiento de la modernidad, la promulgación de la Carta de los Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948), la constitución de la OMS (1946), los trabajos de Levell y Clark (1958) o los de Henry Sigerist (1941). Henry Sigerist fue el primer autor que utilizó la terminología de la PS para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria y en las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida de la población: *“ la salud se promueve utilizando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y ocio”*. Así, el interés por mejorar el estado de salud de la población no es un fenómeno reciente, existen indicios desde el siglo XX (Terris, 1992). En esta época, los avances científicos en el campo de la medicina clínica, la microbiología, la patología, la fisiología y la medicina preventiva fueron muy destacados y todos ellos contribuyeron de alguna manera a la gestación de la PS y la prevención de la enfermedad, sobre todo en lo que se refiere a la relación de la salud y las condiciones de vida como determinantes de la enfermedad (Restrepo y Málaga, 2001).

La identificación del inicio de la PS como movimiento se reconoce en Alma-Ata (OMS, 1978), en el informe Lalonde (1983), el Informe del Cirujano General de Estados Unidos (Richmond, 1979), en los trabajos preparatorios de la Conferencia de Otawa (Grupo de trabajo sobre conceptos y principios en la promoción de la salud, 1984) o en la conferencia misma.

En este contexto, la PS es un concepto que va unido a la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1946, según la cual la salud se concibe como el estado de completo bienestar físico, mental y social de las personas y no solamente la ausencia de enfermedad (OMS, 1946). Esta manera de entender la salud implica conocer no solamente

los determinantes biológicos de la salud de los individuos sino también los determinantes sociales.

En el Informe Lalonde (1974) la PS se presentaba como una estrategia de salud, la cual tiene la finalidad de informar, influir y asesorar a las personas y organizaciones para que estas acepten más responsabilidad y se constituyan de manera activa hacia los problemas que afectan a su salud mental y física. Tannahill (1985) considera la PS como un proceso multifactorial que actúa sobre las personas y comunidades a través de la educación, la prevención y las medidas de protección. Según Nutbeam (1986), la PS es una forma de capacitar a las personas para que puedan aumentar el control sobre los determinantes de la salud y mejorarla. En este mismo año 1986, tiene lugar la celebración de la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, organizada por la OMS y realizada en Ottawa (Canadá). En esta conferencia se elaboró la llamada “Carta de Ottawa”, donde se definía el concepto de Promoción de la Salud, vigente en nuestros días:

...” es el proceso que permite a las personas y a las comunidades ejercer el control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla..” (OMS,1986, pp 2).

O’Donnel (1989) define la PS como la ciencia y el arte de ayudar a las personas a elegir los estilos de vida congruentes para alcanzar un estado de salud óptimo. Green y Kreuter (1991) enfatizan en la planificación con soporte normativo, organizado, político y educativo de las acciones y condiciones de vida. Labonté y Litte (1992) describen la PS como una actividad o programa para mejorar las condiciones de vida sociales y ambientales de manera que puedan aumentar la percepción de bienestar de las personas. La OMS (1998) definió la PS como acción y abogacía para abordar el rango completo de los determinantes de la salud que son potencialmente modificables.

Algunos determinantes son controlados por el propio individuo, tales como las conductas orientadas a proteger la salud, el uso de los servicios sanitarios y aquellas conductas encaminadas a mantener y robustecer las propias fortalezas. Otras, en cambio, están relacionadas con las condiciones sociales, económicas y las propias del entorno (Colomer y Álvarez-Dardet, 2000). En

consecuencia, los elementos clave de la PS son aquellas acciones que ofrecen soporte a las personas para poder adoptar y mantener estilos de vida saludables y también aquellas que garantizan entornos saludables (Nutbeam, 2000).

Por otra parte, La Asociación Norteamericana de Educación para la Salud (2000) coincide con Green y Kreuter (1998) en que la Educación para la Salud (EpS) es la planificación combinada de mecanismos educativos, políticos, ambientales, reguladores y organizativos que tienen como objetivo ofrecer soporte a las acciones y condiciones de vida que sean favorables para la salud de las personas, los grupos y las comunidades.

Downie, Tannahill y Tannahill (2000) interrelacionan la educación para la salud, la prevención de la enfermedad y la protección de la salud, estableciendo que la PS incluye los esfuerzos para aumentar la salud mental positiva (calidad de vida, bienestar general) y reducir los riesgos de la enfermedad.

Por lo tanto, el objetivo de este proceso consiste en reforzar las capacidades y las habilidades de las personas con la finalidad de emprender acciones, y asimismo que los grupos y las comunidades puedan actuar colectivamente en favor de la salud y sus determinantes. Con el propósito de conseguir estos objetivos, en la primera Conferencia Internacional sobre la PS reunida en Otawa el 21 de noviembre de 1986 se establecieron cinco áreas susceptibles de mejorar el control sobre los determinantes de la salud (Tabla 1).

Tabla 1. Áreas para la participación activa en la PS propuestas en la Carta d'Otawa.

1. Desarrollar estrategias públicas saludables basadas en el fomento y la coordinación de políticas del sector público de forma que todas cooperen hacia el objetivo de una salud universal.
2. La creación de entornos saludables que contribuyan a la salud.
3. Reforzar la acción comunitaria a través de la participación de la población y el soporte en las acciones colectivas.
4. Desarrollar habilidades personales para el autocuidado de la salud y fomentar la ayuda mutua.
5. Reorientar los servicios de salud hacia la comunidad.

Fuente: OMS, 1986.

En consecuencia, la PS en un sentido global y por medio de políticas públicas saludables busca centrarse en el cambio colectivo, por medio de las intervenciones dirigidas al conjunto de la comunidad, sea a través de estrategias políticas o de los medios de comunicación (Celentano, 1996; Villalbí, 2001).

Por otra parte, la PS se concibe como un proceso que busca influir en las condiciones sociales, ambientales y económicas de la población, con el objetivo de disminuir el efecto que estos factores puedan tener tanto en el ámbito público como en el individual, en términos de salud. De esta manera, la PS requiere del soporte de procesos políticos, tales como la asignación de recursos, la legislación y regulación pertinente, así como el desarrollo de acciones de carácter intersectorial capaces de articular esfuerzos de manera conjunta con las iniciativas públicas y privadas, orientadas a alcanzar el bienestar de la población.

Tal y como se señala en el informe del gobierno de Canadá, la acción intersectorial permite unir las fuerzas, los conocimientos y los medios necesarios para comprender y resolver problemas complejos cuyas soluciones van más allá de la capacidad y de la responsabilidad de un solo sector (Public Health Agency of Canada, 2007).

En esta línea, promover la salud requiere de los condicionantes que

trascienden los servicios de salud y los profesionales, puesto que la PS solicita la participación y colaboración intersectorial de toda la población y de todas las organizaciones (Colomer y Dardet, 2000). La promoción se dirige a la salud, a crear condiciones para que ésta se desarrolle, amplíe o se consolide y no sólo a evitar la enfermedad (González, 2008). La PS se orienta a ayudar a los individuos, familias y comunidades a alcanzar su pleno potencial de salud, a incrementar el nivel de bienestar y la autorrealización, de un individuo o grupo determinado mediante la adopción de comportamientos saludables. La PS se centra en los esfuerzos para acercarse o moverse hacia un estado de alto nivel positivo y de bienestar (Pender, 2011). En esta dirección, seguir un estilo de vida saludable de manera responsable contribuye a mantener el bienestar para una mayor calidad de vida, una mayor longevidad, más satisfacción de necesidades y mayor desarrollo humano.

Asimismo, en la I Conferencia Mundial sobre la PS celebrada en Ottawa en 1986, se identificó de manera explícita como uno de los cinco componentes primordiales para la PS se fundamentaba en el desarrollo de habilidades personales que permitieran la toma de decisiones saludables. También se reivindicó que se centrará la atención sobre el ambiente, afirmando que “la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, trabajo y recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud” (OMS, 1986).

A esta conferencia siguieron otras que fueron examinando los temas más destacados tratados en la Carta de Ottawa. En 1988 tuvo lugar la II Conferencia Mundial sobre una política saludable, celebrada en Adelaide. La III Conferencia Mundial sobre PS en el año 1991, se resaltó la importancia de los ambientes o entornos saludables y promotores de salud y la IV Conferencia Mundial sobre PS en el año 1997, donde se remarcó el empoderamiento como una de las prioridades para la PS en el siglo XXI.

Siguieron las conferencias celebradas en México en el año 2000 (V Conferencia Mundial de PS, 2000), donde la educación para la salud (EpS) y la participación de la comunidad se identificaron como primordiales para el logro de los objetivos de la promoción. Posteriormente, la VI Conferencia Mundial en PS (Carta de Bangkok para la PS en un mundo globalizado, 2005), donde el tema destacado fue “Salud para todos” y la VII Conferencia Mundial en PS en el año 2009, donde se hizo un reclamo a la acción por parte de todos los estados miembros. Finalmente, les han seguido la VIII Conferencia Mundial de PS que se celebró en Finlandia en el año 2013 y que estuvo centrada en el enfoque: Salud en Todas las Políticas. Por último, la IX Conferencia Mundial de PS celebrada recientemente en la ciudad de Shanghai en noviembre del 2016, con la mirada puesta en la PS y en los objetivos de desarrollo sostenible. Teniendo en cuenta que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario, una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales, aquellas relacionadas con el medio ambiente, con la educación y la investigación, es decir, desde la intersectorialidad.

Dichas conferencias han constituido una gran aportación para la comprensión de las estrategias de PS y para su aplicación práctica. A continuación, en la tabla 2, se presentan los aspectos más significativos tratados en dichas conferencias.

Tabla 2. Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud de la OMS

Conferencia	Temas tratados más destacados
1986: I Conferencia Mundial OTTAWA (Canadá).	Creación de entornos saludables y el desarrollo de habilidades personales
1988: II Conferencia Mundial ADELAIDA (Australia).	Política Sana. Estrategias de acción.
1991: III Conferencia Mundial SUNDSVALL (Suecia).	Entornos saludables y promotores de salud. Desarrollo sostenible.
1997: IV Conferencia Mundial YAKARTA (Indonesia).	Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos: PS hacia el siglo XXI.
2000: V Conferencia Mundial Ciudad de México.	La educación para la salud y la participación de la comunidad. Reducir desigualdades.
2005: VI Conferencia Mundial BANGKOK (Tailandia).	“Salud para Todos”.
2009: VII Conferencia Mundial NAIROBI (Kenia).	Reclamo a la acción de todos los Estados miembros.
2013: VIII Conferencia Mundial HELSINKI (Finlandia).	Nuevos enfoques y capacidades de apoyo a la estrategia en Salud Todas las Políticas.
2016: IX Conferencia Mundial SHANGHAI (Xina).	La PS en los objetivos de desarrollo sostenible.

Fuente: Elaboración propia.

Al mismo tiempo, el 12 de septiembre de 2012 la Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobó una política sostenible para proteger y promover la salud de todos los europeos, especialmente de los grupos más vulnerables. Esta nueva estrategia de política sanitaria global, denominada Salud 2020 (Health 2020), tiene en cuenta los principales desafíos que afectan actualmente al territorio de la Unión Europea, tales como el aumento de las desigualdades en la atención sanitaria entre los diferentes países, la reducción considerable de los servicios públicos debido a la no estabilización de la crisis económica y el aumento significativo de la prevalencia de dolencias crónicas no contagiosas, entre las que se encuentran los trastornos o enfermedades relacionadas con la salud mental de los individuos.

Se trata del primer documento a escala europea que sitúa la PS y la prevención como estrategias de actuación esenciales (al mismo nivel que el tratamiento y la rehabilitación) para combatir la incidencia de enfermedades en la población. La Estrategia “Health 2020” (WHO,2012) presenta como objetivos estratégicos, mejorar la salud de todos, el liderazgo y la gobernanza participativa para la

salud y las identifica como áreas prioritarias. Para ello, deposita sus esfuerzos en seguir invirtiendo en salud a lo largo del curso de la vida y el empoderamiento de la población. Se trata del primer documento a escala europea que sitúa la PS y la prevención como estrategias de actuación esenciales para mantener y mejorar la salud de la población.

Es por ello que la PS es una herramienta fundamental para modificar los estilos de vida de las personas y el medio ambiente, dirigiéndolos hacia un equilibrio sostenible y saludable. La Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) reconoce la importancia de la PS y la prevención de la enfermedad como el medio más eficaz de abordar las enfermedades no transmisibles (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). En la actualidad, se entiende que promover la salud no es solo un derecho deseable para los ciudadanos, sino también un freno a la enfermedad física y mental (Seligman, 2008).

En este sentido y en el actual contexto socioeconómico, se acentúa la necesidad de potenciar de manera prioritaria la PS, la cual contribuirá a un doble logro: por un lado a aumentar el bienestar y la cohesión social de la población y por otro lado contribuirá a la sostenibilidad del sistema socio sanitario a medio y largo plazo.

En el presente, uno de los marcos explicativos que sirve de referencia en el ámbito de la PS es el modelo salutogénico definido por Antonovsky (Antonovsky, 1996). Este modelo deriva del conocimiento desarrollado desde las ciencias sociales y de la salud pública. En su teoría, Antonovsky proclamó la necesidad de reconocer que la enfermedad no es el polo opuesto a la normalidad o ausencia de enfermedad sino a la salud positiva. Por lo tanto, según este autor, a la investigación sobre los factores patógenos causantes de la enfermedad hay que añadir la investigación sobre los factores *salutogénicos*, que causan o mantienen la salud positiva. Se centra en dar valor a lo que se ha denominado *activos para la salud*.

Ésta nueva óptica, pone énfasis en aquello que genera salud y no en lo que genera enfermedad, de ahí el nombre que se emplea para caracterizar a las variables como salutogénicas, utilizando el término salud (del lat. *salus*) y

origen (del lat. *génesis*) el cual tiene por finalidad promover el bienestar (Locker, 2006) . El modelo salutogénico se presenta como paradigma para la investigación y la práctica y se centra en la resolución de problemas, la identificación de los recursos para una salud positiva y la capacidad de las personas para orientar sus vidas (Lindström y Eriksson, 2011).

Las intervenciones en el ámbito de la PS mental deben ir dirigidas a potenciar las capacidades positivas del ser humano (Winett, Riley, King y Altman, 1993). Uno de los instrumentos que puede utilizarse para la promoción es la educación para la salud positiva: transmitir conocimientos razonados, que permitan a las personas adoptar comportamientos y actitudes saludables por propio convencimiento y entrenar habilidades personales específicas como, por ejemplo, habilidades sociales o resolución de problemas (Costa y López, 1986, 1996; Del Rey, 1998; Fortuny y Molina, 1998; García García, 1998; Page, 1982). La educación ha de ir dirigida fundamentalmente a potenciar actitudes que favorezcan la autodirección, la competencia y la autoconfianza. En este sentido, es necesario focalizar la atención en un modelo de promoción que fomente la salud mental positiva y el bienestar (Norton, 1998). Como indica Sánchez (1998, pág. 3): “lo positivo, refuerza lo positivo” .

Por otro lado, muchos autores (Fernández-Ríos y Cornes, 1997; Geddes y Van der Horst, 1998; Norton, 1998; Segura, 1993; Stuijbergen y Rogers, 1997) vinculan los conceptos de promoción y calidad de vida. Asimismo, otra estrategia que se está utilizando en los últimos tiempos, en algunos programas de promoción, es el *empoderamiento*: sentimiento positivo de control de la propia salud que contribuye a mejorar el bienestar personal y fomenta la capacidad de decidir y actuar de forma autónoma (Angoyard y Renaud, 1998; Marquet, 1998). El *empoderamiento* de las personas y de las comunidades puede considerarse como un indicador importante para evaluar el resultado de las medidas que se adoptan para promocionar la salud (Nutbeam, 1998). Esto implica un alto grado de participación comunitaria. En este sentido, la premio Nobel de la Paz, Rigoberta Menchú (1998), en la página 125, señala que:

“La participación ciudadana ... puede posibilitar que las comunidades se conviertan en gestadoras de sus propios proyectos y en impulsoras directas

de las políticas para resolver sus problemas”.

Es necesario crear entornos favorables que faciliten conductas de salud (Jha, 1998) y, por tanto, hay que tener en cuenta los factores políticos, económicos, sociales y culturales al diseñar los programas de promoción (Turabian, 1995). En este sentido, la conferencia de Sundsvall en Suecia, realizada en la década de los 90, generó el concepto de “ambientes de apoyo para la salud” (Sáinz, 1997). Este concepto se refleja en algunos proyectos europeos. Por ejemplo, el programa “Ciudades Saludables”, auspiciado por la Oficina Regional Europea de la OMS, que considera las ciudades como elementos clave para desarrollar políticas basadas en la PS. Este proyecto tiene en cuenta los aspectos culturales, urbanísticos, ocupacionales, de diversión y de movilidad. Propone crear un medio ambiente favorable para el desarrollo del ser humano y, además, fomentar aptitudes personales que permitan adoptar estilos de vida saludables. La Red Europea de Ciudades Saludables está formada por 34 ciudades y se estructura en redes nacionales y regionales. La Xarxa Catalana de Ciutats Saludables se creó en 1990 y agrupa un total de 40 municipios que trabajan en el desarrollo de programas para potenciar la salud y mejorar el medio ambiente (Federació de Municipis de Catalunya, 1995).

Los principios planteados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos guardan una estrecha relación con la salud, tanto a nivel físico como mental (García, 1998; Jiménez, 1998), en tanto que la salud se contempla como un derecho reconocido de las personas, donde el objetivo es alcanzar el máximo bienestar posible de todos los ciudadanos. La Organización Mundial de la Salud defiende, especialmente desde la Conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata en 1978, el concepto de promoción (Alvarez, 1998; Del Rey 1998; Deschamps, 1998; Leger, 1997; OMS, 1978; Sáinz, 1997; Valtueña, 1998). En este sentido, en la Asamblea Mundial celebrada en 1998, se aprobó la resolución sobre PS formulada en la IV Conferencia Internacional de PS, en Yakarta en 1997 (O’Byrne, 1998). Igualmente se aprobó el nuevo documento político, Salud para Todos en el siglo XXI, en el que se define que la salud para todos es una visión que reconoce a una única humanidad y de ahí la necesidad de promover la salud y de aliviar los males y el sufrimiento de manera universal en un espíritu de solidaridad (O’Byrne, 1998).

Otra organización importante en este ámbito, muy vinculada a la OMS, es la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES); la única Organización No Gubernamental (ONG) a nivel mundial dedicada a la PS y a la educación para la salud (Hagard, 1998; Nyamwaya, 1998). La UIPES, ya en la XVI Conferencia Mundial, celebrada en 1998 en Puerto Rico, indicaba que el estado de salud mundial continua determinado por fuerzas sociales de orden político-económico y que las previsiones de futuro apuntan hacia un incremento de los problemas de salud mental. Por tanto, enfatizaba en la necesidad de que existiera una implicación multidisciplinar en la PS (Arroyo, 1998). Asimismo, defiende la importancia de invertir más en promoción para conseguir cambios positivos en la salud de las personas, comunidades y poblaciones.

En definitiva, la filosofía de la promoción está inmersa en la sociedad actual y se está trabajando en diversos “macro programas internacionales” que recogen las recomendaciones de la OMS y de la UIPES. Por ejemplo, el programa “Ciudades Saludables”, la “Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud”, el “Programa europeo de prevención del estrés en profesores de secundaria” o el “Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-EUROPREV”. Asimismo, existen iniciativas de carácter más local y puntual como, por ejemplo, la “Red de pacientes con recursos de salud positiva” (realizado en un centro de atención primaria de Toledo) o el programa de “Técnicas d’autocontrol i d’actuació interpersonal” que se aplica en la Escola de Policia de Catalunya (Ciurana,1998;García García,1998; González, Espasa, Artazcoz y Moncada,1999).

Por tanto, se hace necesario continuar potenciando la investigación “básica”, promover el diseño de programas, mejorar la formación de los equipos asistenciales así como de las organizaciones, realizar estudios con rigor metodológico para evaluar la eficacia de las intervenciones y, en definitiva, como indica la UIPES, invertir mucho más en la vertiente positiva de la salud.

..." ¿Qué hace que las personas sean saludables?"

(Kickbusch 2003, p.386).

1.1.2. Promoción de la Salud Mental en los contextos laborales

La salud mental es un componente integral de la salud, al mencionar el término salud estamos ineludiblemente refiriéndonos a la salud física y mental y, en estos últimos años, se está uniendo el componente espiritual, como parte esencial de la propia salud. La propia definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), considera la salud mental como algo más que la mera ausencia de enfermedad ; es un estado de bienestar en el que la persona se realiza y es capaz de hacer frente a las situaciones de estrés de la vida, de trabajar de forma productiva y plena y de contribuir a su comunidad (Herman, Saxena y Moodie, 2005). En la línea de esta definición, la Conferencia Europea de Salud Mental (WHO,2007), incorpora lo que hace la vida agradable, productiva y plena, además de contribuir al capital social. Estas definiciones sobre la salud mental, se centran en la base del bienestar y en el funcionamiento del individuo y de la sociedad y conectando con la promoción del bienestar mental y la prevención de trastornos así como el tratamiento y rehabilitación de las personas (Hernán, 2011). Sin embargo, durante años la denominación de "servicios de salud mental", ha transmitido la idea de que "salud mental" es sinónimo de "enfermedad mental", alejándose de la concepción impulsada por la OMS.

La promoción de la salud mental supone también la adopción de un enfoque, basado en una perspectiva positiva, que busca el equilibrio entre acciones preventivas y aquellas que potencian la salud de las personas y comunidades, considerando relevantes los activos para la salud (Morgan y Ziglio, 2007; Hernán & Lineros, 2010): aptitudes, recursos, talento y oportunidades.

El objetivo final de las acciones en PS es potenciar en las comunidades, las personas y más concretamente, en los profesionales de la salud, la capacidad para identificar, controlar y utilizar los recursos necesarios para la mejora de la calidad de vida. Según Antonovsky (1987) y posteriormente Eriksson y

Lindström (2008), el desarrollo de la vida se puede asemejar con las “corrientes de un río”, dónde se puede enseñar a nadar a las personas y además enseñarles a nadar correctamente, de acuerdo a las corrientes del río en cada momento, objetivo este último de la PS (Rivera, Ramos, Moreno & Hernán, 2011). De esta manera, integrar la PS en el conjunto de acciones de la salud mental así como integrar la salud mental en el conjunto de acciones de PS son dos objetivos que diversos estudios han explorado. Por un lado unos han analizado el uso de las habilidades mentales para potenciar la capacidad del individuo, del grupo y del entorno para promover el bienestar y el desarrollo óptimo (Power, 2010); por otro lado, se desarrollan trabajos centrados en las acciones para que la persona conozca sus propias aptitudes y aprenda a afrontar las presiones diarias y se desarrolle trabajando o contribuyendo a su comunidad (Herrman, Saxena y Moodie, 2005; Jané-Llopis y Braddick, 2008).

En este sentido, la evidencia científica sostiene que un alto nivel de bienestar está asociado con un funcionamiento positivo (Foresight Programme, 2008; Power, 2010) que incluye pensamiento creativo, buenas relaciones interpersonales y capacidad de afrontamiento ante la adversidad, en definitiva una visión positiva de la salud. Asimismo, desde este enfoque se pretende cambiar el paradigma de comprensión de la enfermedad por un enfoque centrado en identificar y utilizar los recursos necesarios para mejorar y promover la salud de las personas y en consecuencia la calidad de vida de las mismas. Esta línea, que estaría en plena concordancia con la aproximación salutogénica, se centra en los recursos para la salud y en los procesos generadores de salud. (Antonovsky, 1996). Antonovsky exploraba sistemáticamente la salud en términos de desarrollo hacia el extremo de la salud en el continuum bienestar-enfermedad (Antonovsky 1979, 1987).

Sin embargo, todo el potencial de la teoría salutogénica no ha sido explorado tanto como se esperaba a pesar de las similitudes teóricas con las declaraciones de la Carta de Otawa y la PS. (Lindström y Eriksson, 2011). La investigación de la PS se basa principalmente en teorías de comportamiento organizativo, sociología, psicología social, antropología, educación, economía y ciencias políticas. Mucha de la investigación ha quedado limitada a riesgos y comportamientos relacionados con la salud (Dean 1996). La falta de estudios

ha sido un problema para muchos líderes en la investigación de la PS (Kickbusch 2006; Morgan y Ziglio 2007; Eriksson y Lindström 2008; Morgan, Davies et al. 2010).

La PS concibe a la población como un todo en el contexto de su vida diaria y se dirige hacia la acción sobre los determinantes o causas de salud; los profesionales de la salud juegan un papel importante en incorporar la PS en los ámbitos de trabajo (Gregg y O-Hara, 2007). Los cambios producidos en los últimos años en los entornos de trabajo cada vez más globalizados, han generado un impacto en la salud general y en el bienestar en los lugares de trabajo. Numerosos estudios hacen hincapié en el “impacto positivo del trabajo” (Köhler K ö, 2004, p.60) y el aumento de “Conocimiento de la salud”(Brinkmann, 1993, p.34) en las organizaciones. Las disciplinas implicadas en el campo de la PS y la seguridad de las organizaciones tienen el objetivo común de crear organizaciones saludables. Wilson, DeJoy, Vandenberg, Richardson y McGrath (2004) afirman que “una organización saludable es aquella que se caracteriza por sus esfuerzos intencionales, sistemáticos y participativos para maximizar el bienestar de los empleados y la productividad, proporcionando empleos significativos, un ambiente social y organizacional de apoyo y oportunidades accesibles y equitativas para el desarrollo de la carrera y mejoras de la calidad de vida laboral”. La gestión de la salud ocupacional es la optimización de las estructuras y procesos organizacionales que tienen un impacto directo o indirecto sobre la salud de los trabajadores y que a su vez influyen en los resultados organizacionales. La comunicación entre todas las unidades de la organización es fundamental en la gestión de la salud y la seguridad organizacional y potencia la capacidad de ser una organización saludable y que aprende (Bauer y Jenny, 2007).

En este sentido, desde 1996, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT) del Gobierno de España, mediante la creación de un Portal de PS en el trabajo y en colaboración con la *European Network for Health Promotion* (ENWHP), tiene como principales objetivos mejorar el conocimiento, las habilidades y la confianza en el desarrollo de intervenciones de Promoción de la Salud en el Trabajo (PST). El proyecto de PST pretende favorecer el intercambio de formación y conocimiento a nivel nacional y europeo y

desarrollar una comunidad virtual cuyo propósito sea conseguir la mejor salud posible en la población trabajadora. Según la ENWHP, la PST se puede conseguir combinando actividades dirigidas a mejorar la organización y las condiciones de trabajo, promover la participación activa y fomentar el desarrollo individual.

*" el proceso del movimiento que va hacia el extremo de la
salud en un continuo de bienestar-enfermedad"
(Antonovsky 1993a).*

2. 1. Modelo Salutogénico

2.1.1. Concepto y evolución del modelo salutogénico.

En la línea de conceptualización de salud trazada por la OMS en el año 1948, con la mirada puesta en conseguir que todos los pueblos alcanzasen un nivel óptimo de salud, surge una de las teorías más influyentes hasta el momento actual: el modelo salutogénico, creado por Antonovsky (1979-1987).

Antonovsky fue un médico-sociólogo israelí que sirvió en las tropas de Estados Unidos durante la II Guerra Mundial. En 1960 emigra a Israel para empezar a trabajar en el Departamento de Medicina Social en la Universidad Hebrea de Jerusalén. Diez años más tarde, en los años 70 comenzó a desarrollar el modelo salutogénico. A partir de los resultados obtenidos en una investigación empírica con mujeres, algunas de las cuales habían estado recluidas en campos de concentración, Antonovsky se preguntó por qué un 29% de las mujeres prisioneras manifestaron tener una buena salud mental, a pesar de las experiencias traumáticas de sus vidas en los campos de concentración del Holocausto (Antonovsky, Maoz, Dowty & Wijseenbeck, 1971).

Es a partir de esta investigación, que el modelo salutogénico comienza a vislumbrarse (Antonovsky, 1987). El concepto Salutogénesis proviene del latín

“Salus” (= salud) y de la palabra griega “Génesis” (= principio o origen de una cosa). Así, si traducimos literalmente, nos estaríamos refiriendo a la Salutogénesis como aquello que designa el principio u origen de la salud.

Antonovsky se propuso redefinir el paradigma biomédico vigente, basado en la Patogénesis o enfermedad, considerando el concepto de salud como un *continuum* hacia el bienestar y la calidad de vida.

La salutogénesis es un modelo conceptual de respuesta humana al estrés que considera el contexto sociocultural y su influencia en la salud de las personas (Hosrburg, 2000; Lindström y Ericksson, 2005). Fue desarrollado a partir de los datos empíricos obtenidos en la investigación mencionada anteriormente. Este estudio propició, sin duda, un cambio en la mirada del concepto de salud y su conceptualización desde una mirada positiva. En este sentido, la proyección de la vida de las personas hacia la salud, ha de conducir hacia un estado de bienestar a pesar de las contrariedades/enfermedades que pueden devenir en cualquier momento. Por ello, el modelo propone, analizar prospectivamente de qué forma se genera, aumenta y mejora el bienestar físico, psicológico, espiritual y social de las personas para conseguir una mejor calidad de vida y mayor bienestar (Antonovsky, 1979, 1988, 1986), en contraposición al modelo patogénico, basado en el origen de la enfermedad y en la prevención de la patología para conseguir una buena salud (Williamson y Pearse, 1966).

La salutogénesis se centra en identificar, definir y describir cómo se consigue una buena salud, es decir, se centra en los factores protectores y el desarrollo personal para completar el conocimiento sobre cómo prevenir, tratar y manejar la enfermedad (Garrosa, Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez, González, Fraca y Meniz, 2014).

De acuerdo con esta línea, Lindström y Eriksson, 2011, afirmaron que la salutogénesis es un modelo conceptual que permite abarcar múltiples teorías sobre distintos constructos, causas y factores que generan salud. Los elementos conceptuales que desarrolla el modelo son el estrés, la gestión del estrés, el *continuum* bienestar-enfermedad como se ha citado anteriormente, los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) y el Sentido de Coherencia (SOC) (Hosburg, 2000; Lindström y Ericksson, 2005).

Los GRRs son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Son Recursos Generales de Resistencia el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida, entre otros. Si una persona tiene este tipo de recursos a su disposición o en su entorno inmediato tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida. Estos recursos ayudan a las personas a construir experiencias coherentes en la vida. Sin embargo, más allá de poseerlos, lo importante es tener la capacidad para utilizarlos, es decir, poseer lo que Antonovsky llamó *Sense of Coherence* (SOC), convirtiéndose dicho concepto en la clave de su teoría.

Para el desarrollo de un SOC elevado resulta imprescindible que cuatro GRRs estén presentes: las personas deben disponer de actividades significativas, pensamientos existenciales, contacto con los sentimientos internos y relaciones sociales (Antonovsky, 1988). Sin embargo, otros GRRs no imprescindibles para el desarrollo del SOC son, el dinero, la vivienda, la autoestima, el conocimiento, la herencia, la orientación hacia la salud, las creencias y la religión (Hosrburg, 2000; Lindström y Ericksson, 2005).

Actualmente, algunos autores consideran que los GRRs pueden conceptualizarse dentro de los activos en salud, englobando un mismo constructo (Bull, Mittelmark y Kanyeka, 2013; Linström y Ericksson, 2011). Los activos en salud son definidos por Morgan y Ziglio (2007) como cualquier recurso o activo que potencia la capacidad de las personas, las comunidades o las poblaciones con el fin de mantener la salud y el bienestar, poniendo el énfasis en las habilidades positivas, la capacidad para la identificación de problemas y la activación de las soluciones (Morgan, Davies y Ziglio, 2010).

A pesar de no haber consenso científico al respecto de la utilización de los GRRs y los activos en salud, se encuentran estudios que utilizan los dos términos indistintamente (Lindström y Ericksson, 2011).

Ante la necesidad de cuantificar el Sentido de Coherencia en la población, Antonovsky diseñó un cuestionario para medir el SOC de las personas. Las diferentes versiones del cuestionario así como su traducción en varios idiomas se encuentra disponible en la página web del Folkhälsan Research Centre.

El SOC se definió como una orientación global que expresa hasta qué punto se tiene la sensación de seguridad dominante y duradera, aunque dinámica, de que los estímulos provenientes de nuestro entorno interno y externo en el curso de la vida están estructurados, son predecibles y manejables; que los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen estos estímulos y que estas demandas son desafíos que merecen la energía y compromiso invertidos (Antonovsky, 1987).

En esta línea, el SOC está formado por tres dimensiones o componentes claves:

- **Comprensibilidad** (componente cognitivo). Hace referencia al grado en el cual los individuos tienen un sentido cognitivo de los estímulos con los que se encuentran en el presente y en el futuro. Se refiere a la habilidad de las personas para establecer conexiones lógicas y ordenadas de lo que sucede en el ambiente y en la creencia de que la vida es predecible. Las personas con una elevada comprensibilidad perciben los estímulos con los que se enfrentan dotándolos de un marco cognitivo y considerando la información como ordenada, consistente, estable, predecible, estructurada y clara en vez de caótica, desordenada, accidental o impredecible. Es la sensación de que es posible comprender lo que acontece en nuestras vidas. Este componente facilita y/o predispone a las personas para las conductas adaptativas y realistas en los más diversos acontecimientos y una actitud flexible a los cambios futuros.
- **Manejabilidad** (componente instrumental o de comportamiento). Hace referencia al grado en el que las personas entienden que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del medio se encuentran a su disposición. Tales recursos pueden estar bajo su propio control o bajo el control de otros. La persona tiene el sentimiento de poder afrontar los retos de la vida. Está relacionado con la autoeficacia y la competencia.

- **Significatividad** (componente motivacional). Se refiere al valor que la persona otorga a lo que acontece, independientemente de la forma en la que ocurra. Hace referencia al deseo y voluntad de la persona, a las emociones y a los valores ante una vivencia o un suceso. Es la experiencia o la sensación de que la vida vale la pena “ser vivida”, de que los retos merecen de esfuerzos y que además éstos son significativos y dignos de nuestro compromiso. Una elevada significatividad es síntoma de una visión comprometida con ciertas áreas de la vida para las cuales merece la pena emplear tiempo y esfuerzo. Tiene un carácter fundamentalmente emocional (Lindström B., Eriksson M.,2011).

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, podemos decir que por un lado, está la capacidad de las personas para comprender de qué manera están organizadas sus vidas, por otro lado la capacidad de las acciones o comportamientos de las personas para manejar las situaciones que nos acontecen y, en última instancia, percibir que la vida está dotada de sentido, el hecho de que existe una fuerte creencia de que la vida propia tiene significado. Las tres dimensiones interactúan entre sí. El SOC (Antonovsky, 1987) es un constructo de carácter universal, trasciende a la clase social, al sexo, a la religión o a la cultura (Antonovsky, 1996; Eriksson y Lindström, 2005; Geyer, 1997).

De acuerdo con Antonovsky el SOC es un constructo que permanece estable en las personas especialmente después de los 30 años de edad (Antonovsky, 1987-1991; Torsheim, Aaroe y Wold, 2001), aunque pueden ocurrir algunas transformaciones después de esta edad.

Las personas con un elevado SOC muestran mejor capacidad para evitar las situaciones de peligro, tienden a incorporar con mayor facilidad las conductas promotoras de salud y rechazar aquellas que les son perjudiciales. En cambio, las personas con un SOC bajo no presentan la motivación suficiente ni la base cognitiva para un afrontamiento activo (Antonovsky, 1998).

Por otra parte, algunos autores afirman que el concepto del SOC no se considera un estilo de afrontamiento, sino una capacidad general para percibir las experiencias vitales que permite, a su vez, actuar de forma constructiva en

situaciones desfavorables (Virués-Ortega, Martínez-Martí, Barrio y Lozano, 2007). En esta línea, Leino-Loisón, Gien, Katajisto y Välimaki, 2004, evidenciaron que el SOC no era una característica de la personalidad sino una disposición del individuo.

...” El SOC es un recurso que capacita a las personas para gestionar la tensión, reflexionar sobre sus recursos internos y externos, identificarlos y movilizarlos con la finalidad de encontrar soluciones para conseguir un afrontamiento eficiente y saludable...” (Lindström y Ericksson, 2005).

En este sentido, la persona con un SOC elevado posee la capacidad de seleccionar la estrategia de afrontamiento que necesita en función del factor estresante con el que se encuentra, resultando dicha estrategia ser la más adecuada en ese momento concreto (Antonovsky, 1988). Según Antonovsky, el SOC es el mayor determinante de la persona respecto al *continuum* bienestar-enfermedad porque capacita al individuo para mantener y potenciar su salud física, mental, espiritual y social (Horsburg, 2000).

Las tres dimensiones del SOC citadas anteriormente, interactúan entre sí, pero la más relevante es la dimensión de la Significatividad. No en vano, la fuerza motivacional de la vida está relacionada con que la vida tenga significado para la persona (Lindström y Ericksson, 2011).

En la relación del SOC con variables sociales y demográficas se ha descrito la relación positiva significativa entre el SOC y el nivel socioeconómico en las enfermeras, así como entre el SOC y la edad, a mayor edad mayor sentido de coherencia (Leino-Loisón et al., 2004). En esta misma línea, relacionando el grado de satisfacción laboral y las dimensiones del SOC en enfermeras asistenciales de unidades de salud mental, se observó relación significativa entre el grado de satisfacción laboral y las dimensiones manejabilidad y significatividad del SOC (Mantas, 2012). Esta relación aparece también en otros colectivos estudiados como estudiantes o personas con problemas de salud (Ericksson y Lindström, 2006).

En relación a la salud, en la investigación realizada por Leono-Loisón et al., en el 2004, se identifica una relación significativa entre el SOC y la salud mental afirmada también por Ericksson y Lindström, en el año 2005.

Al mismo tiempo, se pone de manifiesto la relación entre el SOC, la educación y el apoyo social. El apoyo y las condiciones sociales muestran que las personas pueden influir en su salud individual, por lo que la sociedad es corresponsable de ofrecer a las comunidades los recursos y la creación de las condiciones necesarias para afrontar la vida de forma saludable (Ericksson y Lindström, 2005; Ida, Miura, Komoda, Yadura, Mano y Hamaguchi, 2009). Esta afirmación constituye uno de los pilares del modelo de la salutogénesis, postulado por Antonovsky (1979,1988, 1996).

El constructo SOC se ha relacionado empíricamente con el bienestar y la calidad de vida, y ha demostrado ser un factor protector frente a los factores estresantes que provienen del ambiente laboral y de las dificultades en la conciliación laboral y familiar (Ericksson y Lindström, 2005, 2006). Asimismo, se han asociado bajos niveles de SOC con problemas de salud como el síndrome de desgaste profesional o la depresión (Basinska, Andruszkiewicz y Grabowsda, 2011), así como altos niveles de SOC con determinadas características de la personalidad como la autoestima y el optimismo (Garrosa et al., 2014).

2.1.2. Evaluación del Sentido de Coherencia: el cuestionario SOC

En sus inicios, Antonovsky construyó el Cuestionario de Orientación a la Vida (Orientation to Life Questionnaire, OLQ-29) para medir el sentido de coherencia (SOC). El instrumento diseñado estaba formado por 29 ítems que medían las tres dimensiones de salud: la comprensibilidad (11 ítems), la manejabilidad (10 ítems) y la significatividad (8 ítems). Años más tarde, introdujo una versión abreviada, el SOC de 13 ítems (OLQ-13) (Antonovsky 1987). La escala de respuesta tiene 7 categorías que van del 1 al 7, formando un continuo en el que la persona se identifica.

Aunque la mayoría de los estudios revisados han utilizado los cuestionarios originales, hasta el año 2003 se han encontrado versiones modificadas del cuestionario SOC que contienen entre 3 y 28 ítems (Eriksson y Lindström 2005). A partir de entonces, se ha utilizado el cuestionario original (versión reducida de 13 ítems).

En cuanto a la estructura del cuestionario y según su autor Antonovsky (1993d), la escala SOC está formada por un factor general (sentido de coherencia) con tres variables o dimensiones estrechamente relacionadas entre sí: la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad. Así, la comprensibilidad se refiere al grado en que las personas tienen un sentido cognitivo y enfrentan las situaciones considerando la información de un modo ordenado, consciente, estructurado y claro. Manejabilidad es el grado en que los individuos entienden que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del entorno se encuentran a su disposición. Significatividad se refiere al valor que la persona otorga a lo que ocurre independientemente de cómo acontezca; la experiencia de que la vida vale la pena; de que los retos merecen nuestros esfuerzos y son dignos de nuestro compromiso (Figura 1).

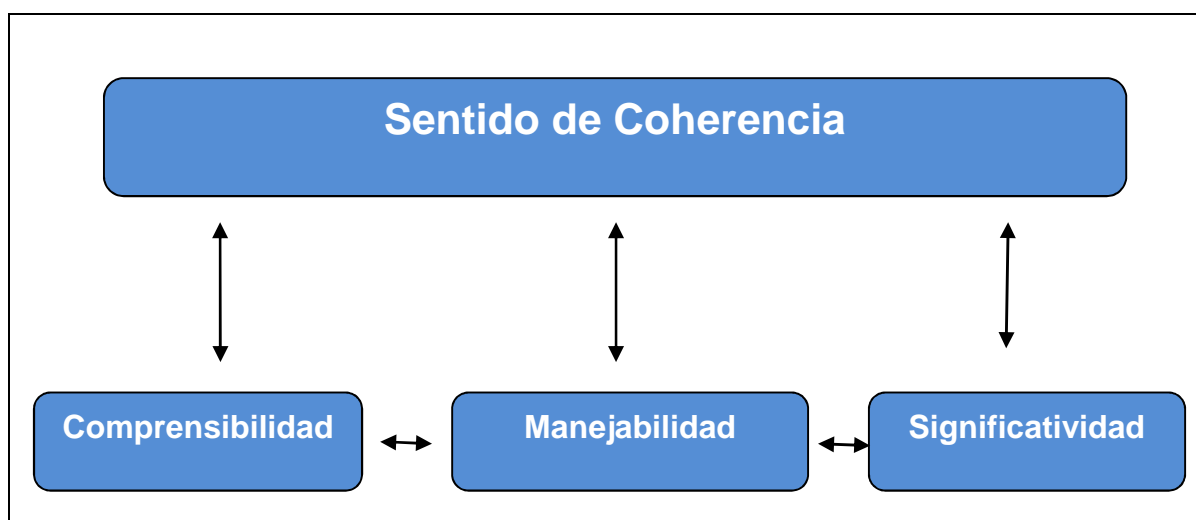


Figura 1. Estructura de la escala SOC con un factor general de tres dimensiones.

Las investigaciones que se han llevado a cabo sobre la estructura de la escala SOC, han mostrado que más que un instrumento unidimensional para medir la

salud, la escala apunta hacia un constructo multidimensional (Feldt 2000; Feldt, Kokko et al. 2005; Feldt, Lintula et al. 2007; Feldt, Metsäpelto et al. 2007).

Actualmente, el SOC se ha traducido a 33 idiomas y se ha utilizado en más de 32 países. Aproximadamente, dos tercios de la población mundial podrían estudiarse por medio del SOC en su lengua nativa, por lo que se considera un instrumento transcultural (Eriksson y Lindström, 2005).

3.1. Salud Mental Positiva

3.1.1. Concepto y evolución de la Salud Mental Positiva

En cada momento histórico se han producido importantes variaciones en la concepción de la salud y la enfermedad. En este contexto es importante remarcar el periodo correspondiente a la segunda mitad del siglo XX en el que acaecieron cambios especialmente relevantes, en los que la Organización Mundial de la Salud (OMS), representó un papel significativo como ente aglutinador de las últimas tendencias en este campo. Esta evolución significó un nuevo e importante modelo en el ámbito de la salud.

En la actualidad, la definición de la salud se inscribe en términos positivos, de bienestar y, al mismo tiempo, de capacidad de funcionar, desde una perspectiva integral de la persona, e implica la atención de las diferentes dimensiones que componen este concepto. Se considera la PS como el medio más efectivo para contribuir en las prácticas de salud y proveer personas autónomas y socialmente solidarias.

Desde la definición de salud (OMS, 1948) se contempla la necesidad de abordar la salud como un aspecto global, en el cuál se hace preciso atender a las personas en las diferentes dimensiones de salud que envuelven al ser humano (Flores, 2009), además nos marcan las directrices para la construcción de una perspectiva positiva de la salud mediante el estado de bienestar.

Las personas en un estado de bienestar funcionan cómodamente en la sociedad y están satisfechas con sus logros (Johnson, 2000). La OMS en el año 2013, definió la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el

individuo es consciente de sus propias capacidades, puede enfrentarse a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y tiene la capacidad de realizar contribuciones a su comunidad.

La Salud Mental (SM) es un concepto dinámico y cambiante, por el cual todas las personas en el transcurso de la vida atraviesan por diferentes períodos en los que el grado de salud varía dentro de un “*continuum*” salud-enfermedad y, en consecuencia, el cuerpo y la mente precisan adaptarse cada vez que las circunstancias internas o externas cambian (Pacheco, 2008; Ugalde & Lluch, 2003). Por este motivo, muchos autores, defienden que la SM no se puede considerarse como algo independiente de la salud. La SM ha sido conceptualizada en formas diferentes, desde la influencia que recibe por la cultura que la define, es decir, dependiendo del contexto cultural, según los tipos de personalidad, como una emoción positiva (afecto) y como resiliencia o capacidad de hacer frente a la adversidad. En la tabla 3 se describen algunos aspectos sobre el concepto de salud mental positiva.

Actualmente, no hay duda de la estrecha relación existente entre la salud física y la SM ya que, cuando hay un problema de salud física, indudablemente el estado de salud mental de la persona se ve afectado (preocupación, olvidos, irritabilidad, etc.), de la misma forma sucede cuando acontece un problema de salud mental, en este caso la salud física también se ve afectada (dificultad para dormir, consumo de tóxicos, problemas gastrointestinales, etc), (Lluch, 2008).

Asimismo, la SM está influenciada por factores intrapsíquicos, estresores ambientales (pobreza, discriminación, etc.) y la capacidad de adaptación de las personas al contexto. Por lo tanto, las variables sociales, económicas y educativas entre otras, tienen igual relevancia para la SM que el conjunto de factores psicológicos (Barrón, 1996). Además, la SM tiene un fuerte componente subjetivo cuando una persona verbaliza que *no se encuentra bien*, convirtiéndose esta información en una información muy relevante para evaluar el estado de salud de la persona.

Si bien el término de salud mental es positivo, la realidad actual es que en muchas ocasiones en los centros de salud mental imperan las intervenciones

en el ámbito de la enfermedad mental y en la sintomatología subyacente. Esto es, a pesar de que la filosofía que impregna el concepto de SM es de carácter marcadamente positivo, muchos aspectos vinculados con la SM son negativos, relacionados principalmente con las enfermedades y/o trastornos mentales. Esta perspectiva se corresponde, fundamentalmente, con el modelo clínico tradicional y responde a la necesidad de tratar los trastornos mentales y curar a las personas enfermas (Lluch, 2003). Por este motivo, en los centros de salud se aborda, principalmente, la patología, centrando el tratamiento en la sintomatología clínica (Lluch, 2008).

Tabla 3. Algunos puntos de vista sobre el concepto de salud mental positiva

Contexto cultural	Jahoda (1958)
La definición de salud mental está claramente influenciada por la cultura que la define. La salud mental tiene diferentes significados dependiendo del entorno, la cultura y las influencias socioeconómicas y políticas.	
Tipos de personalidad	Leighton y Murphy (1987)
Definieron distintos tipos de personalidad en cuanto a estrategias para afrontar las adversidades, las cuales relacionaron con la salud.	
Dimensión afectiva	Bradburn (1965)
Diseñó una escala para medir las facetas positivas y negativas del bienestar psicológico de las personas.	
Enfoque salutogénico	Antonovsky (1987)
La salud centrada en la capacidad para afrontar adversidades e hincapié en los factores generadores de salud.	
Resiliencia	Rutter (1985)
La resiliencia como mecanismo saludable generador de salud. La resiliencia es un producto del ambiente y constituye un proceso interactivo.	
Calidad de vida	(Grupo WHOQOL, 1995)
La percepción de un individuo de su posición en el entorno y los sistemas de valores en el cual vive.	

Fuente: Elaboración propia.

3.1.2. La salud mental positiva: implicaciones para el individuo y la comunidad

En el año 2004, la OMS definió la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Esta definición positiva de salud mental se fundamenta en el bienestar y el funcionamiento efectivo de las personas. En esta definición también se introduce una dimensión que va más allá de una perspectiva individual y la extiende a una consideración de ámbito comunitario. Así, se introduce para la salud mental, la cuestión del equilibrio entre el individuo y su entorno, según la Asociación de Española de Neuropsiquiatría, 2008.

En este sentido, se considera que la salud mental positiva potencia la cohesión social y el capital social, mejora la paz y estabilidad en el entorno, contribuye al desarrollo económico de la sociedad y es uno de los principios que comparten las democracias europeas (Jané-Llopis, 2008). Por ello, es fundamental la PS en general y también aquella referida especialmente a la salud mental. La OMS definió, en el año 2004, la promoción de la salud mental, como: “actividades para la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a los individuos en el proceso de lograr una salud positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas” (Jané-Llopis, 2008; Knapp, M., et al. 2007).

Asímismo, es fundamental para la promoción de la salud mental considerar que sus determinantes comprenden no sólo características individuales tales como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Una buena salud mental permite tener flexibilidad cognitiva y emocional, que son la base de las habilidades sociales y la resiliencia necesarias para afrontar el estrés (Ministerio de Sanidad, Política

Social e Igualdad, 2013). Por esta razón, es importante reconocer los factores del comportamiento que indican resiliencia como son: la autoestima, el autocontrol, el afrontamiento de diferentes situaciones, el apoyo social o la fortaleza personal (Vives-Iglesias, 2007). A su vez, es fundamental la detección de las situaciones de vulnerabilidad, como las crisis psicosociales o las situaciones vitales estresantes y conflictos potencialmente generadores de problemas de salud mental (Fernández-Alonso, et al., 2012).

En la Declaración Europea de Salud Mental de la OMS, celebrada en Helsinki en 2005, se reconocía la importancia de la salud mental y el bienestar mental considerando que éstos “son fundamentales para la calidad de vida y la productividad de los individuos, las familias, las comunidades y las naciones, capacitando a las personas para experimentar una vida plena de sentido y para ser ciudadanos creativos y activos”.

En esta dirección el interés por una perspectiva positiva de la salud mental continúa creciendo y afianzándose en el inicio del siglo XXI, como así lo muestran diversos documentos y líneas de trabajo que apoyan las principales instituciones políticas y sanitarias y que la OMS publica en forma de informes, entre los que se encuentran: *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being* (OMS,2012), *European Child and Adolescent Health Strategy 2015-2020* (OMS,2014) y el Proyecto plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (OMS, 2013).

En este mismo sentido, el gobierno escocés ha llevado a cabo una de las intervenciones más pioneras en este ámbito al introducir los conceptos relacionados con la salud mental positiva en la práctica clínica de su país. Concretamente el *National programme for improving mental health and well-being addressing mental health inequalities in Scotland* (Myers, 2005), el cual considera la salud mental como: la resiliencia mental y espiritual que permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es decir, se trata de un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la dignidad propia y de los demás.

A nivel nacional, los diferentes Gobiernos contemplan la vertiente positiva de la salud mental en las estrategias y en los planes de salud, en las Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2007 y 2009-2013, así como en el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020.

La perspectiva positiva acentúa la salud mental a través de la salud, su postulado básico es: “salud igual a algo más que ausencia de enfermedad”, dentro de esta delimitación, la Salud Mental Positiva (SM+), es el concepto que sirve para denominar ese algo más que ausencia de enfermedad; un espacio dedicado especialmente a contemplar la promoción y la prevención de la salud mental y no sólo a tratar la enfermedad y su curación (Lluch, 2008).

Vaillant , anota diferentes aspectos que deben ser considerados de antemano para no simplificar la concepción de la SM+. Un primer aspecto es no confundir la “salud mental promedio” con “saludable” debido a que promedio siempre incluye mezclar con el término saludable una cantidad prevalente de psicopatología. Otro aspecto que se debe conocer es que lo que es considerado saludable algunas veces depende de la geografía, la cultura y el momento histórico. También existe el peligro de contaminación por los valores o la religión. Este autor también formula algunos interrogantes que ponen de manifiesto la complejidad a la hora de definir la salud mental positiva, entre ellos se encuentran los siguientes: si la salud mental es “positiva” ¿para qué es positiva? ¿Para la propia persona o para la sociedad? ¿Para encajar en el entorno o para ser creativo? ¿Para la felicidad o para la supervivencia? Aun así, Vaillant defiende que debe prevalecer el sentido común y que ciertos elementos tienen una importancia universal para la salud mental, al igual que para la salud física, o de la misma forma que cada cultura difiere en su dieta, la importancia de las vitaminas y los cuatro grupos básicos de alimentos es transversal en todos los espacios geográficos (Herman, 2005).

En esta dirección, conceptos como autoestima, resistencia al estrés, habilidades sociales o resolución de problemas son objetivos clave en la mayoría de los programas de intervención más eficaces y en los programas de prevención y promoción de la salud (Vives 2007; Lluch, 2002).

Para realizar intervenciones sobre la SM+ es importante partir de la definición, medición y registro de la salud mental. Durante años la investigación ha contribuido a un entendimiento acerca del significado del término “salud mental” sin embargo, no existe un criterio unificado en este sentido. En la actualidad se puede contemplar a la salud mental positiva desde dos perspectivas, una como concepto y otra como constructo.

Por lo que se refiere a la salud mental positiva como concepto, desde esta perspectiva la SM+ ha estado definida en diferentes formas, como una emoción positiva (afecto), tal como sentimientos de felicidad, sentido de coherencia, a modo de un rasgo de la personalidad de los recursos psicológicos de autoestima y control, madurez, como resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad y como calidad de vida (Herman,2005). Considerar la SM+ como un constructo significa que no puede ser definido de forma directa, se precisan términos, factores o dimensiones más específicas. Esta perspectiva es la que da lugar a definiciones de la SM + desde planteamientos de criterio o multifactoriales.

Desde este enfoque de SM+ se encuentran dos modelos, por un lado, el Modelo Salutogénico de Antonovsky y por otro lado el Modelo Multifactorial de SM+ de Lluch (1999), basado en los planteamientos definidos en un primer momento por Jahoda (1958) y que dan una continuidad a éstos creando una base empírica ya que además del modelo conceptual, Lluch propone un instrumento de medición de la SM+.

Se puede decir que el concepto de salud mental positiva ha ido madurando sincrónicamente con la concepción de la propia persona, así como la relación que esta establece consigo misma, los otros y el mundo. La salud no puede ser considerada un fenómeno individual y aislado, sino como una experiencia colectiva y en relación a los demás. Posiblemente, el concepto de salud mental positiva sea uno de los que pueda contribuir mejor a reflejar la importancia de la toma de consciencia de una persona sobre su responsabilidad en referencia a sí misma y su entorno para generar mayor calidad de vida y bienestar. De este modo, la salud mental positiva aporta una perspectiva de la salud capaz

de generar valor más allá del momento y las personas concretas, siendo su aportación de carácter global y trascendente (Sanromà, 2016).

3.1.3. Modelos de Salud Mental Positiva

Modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda

Es el primer planteamiento conceptual que surge desde una perspectiva positiva de la salud mental. Apareció en Estados Unidos cuando, en 1955, se constituyó la *Joint Commission on Mental Illness and Health* con la finalidad de estudiar la salud mental de manera integral. Esta comisión realizó diferentes estudios, entre los cuales se halla una monografía publicada por Jahoda bajo el título *Current concepts of positive mental health* (Jahoda, 1958) la cual fue, y actualmente continúa siendo, un punto de referencia esencial para la conceptualización y el abordaje de la salud mental dado que proporciona algunas líneas para orientar “el diagnóstico” de la salud mental positiva y guiar el diseño de programas de intervención dirigidos a potenciar los recursos y las habilidades personales (Jané, 2007; Keyes, 2010).

Jahoda describió la salud como una utopía o meta a alcanzar, es decir, como una tendencia hacia un nivel de salud inalcanzable pero deseable y direccionalmente orientador. Partió de la idea de que la salud mental es un término ambiguo y difícil de definir y, en este sentido, su trabajo tuvo como objetivo profundizar en la descripción del concepto. Defendió la necesidad de trabajar a fondo en el significado del término ya que, tanto los gobiernos, al elaborar políticas sanitarias, como los profesionales de la intervención y los científicos precisan tener un concepto de salud mental claro y concreto que oriente su trabajo. (Sanromà, 2016).

Jahoda articuló su concepción de la salud mental positiva desde una perspectiva de múltiples criterios y lo concretó en seis factores generales: Actitudes hacia uno mismo, Crecimiento y Autoactualización, Integración, Autonomía, Percepción de la realidad y Dominio del entorno, la mayoría de los cuales desglosó en varias dimensiones o criterios específicos, 16 en total, que podían explicar el constructo. Jahoda consideró que estos criterios estaban

interrelacionados y, en función del momento o de la situación personal, predominan unos u otros. Es decir, para adaptarse a las condiciones ambientales, especialmente cuando son desfavorables, la persona tiene que priorizar desarrollando un componente a expensas de otro.

A pesar de la relevancia del Modelo, la autora lo describió a nivel teórico pero no realizó ninguna investigación para comprobar su validez empírica por lo que no resulta de utilidad clínica al no estar operativizado. Jahoda sugirió algunas líneas de investigación para dar continuidad a sus trabajos, entre las que se encuentran, operativizar los criterios que configuran el Modelo, determinar sus interrelaciones o estudiar posibles diferencias en función de la cultura, la clase social, la edad, o el sexo.

Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch

En nuestro entorno, Lluch (1999) retomó el trabajo iniciado por Jahoda (1958) en un intento de operativizar los planteamientos conceptuales y evaluar la SM+. Diversos estudios la condujeron a identificar en un primer momento, que la estructura propuesta inicialmente por Jahoda con 16 subfactores no se cumplían, lo que posteriormente la llevó a la formulación de un modelo propio, con algunos factores diferenciados a los formulados inicialmente por Jahoda.

Definió el Modelo Multifactorial de SM+ a partir de 6 factores y construyó el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+). Disponer de dicho cuestionario permite utilizarlo como instrumento de *screening* para la valoración del nivel de SM+ en población general y como instrumento para evaluar la eficacia de programas en salud mental. Así pues, planteó el estudio de la SM+ desde dos enfoques conceptuales diferenciados: la SM+ como concepto y la SM+ como constructo, enfoques mencionados anteriormente, siendo el estudio de la SM+ como constructo su aportación más relevante. Sin embargo, cualquier intento de definición que se haga desde esta perspectiva se enfrenta a dos dilemas: Primero: ¿Cuántos factores o criterios son necesarios para definir la SM+? y segundo: ¿Qué nivel de definición adopta: molar/molecular, objetivo/subjetivo? Determinar el nivel de salud mental supone una ardua tarea, puesto que continua teniendo abundantes conceptos abstractos si se compara con lo que sería, por ejemplo, determinar la presencia de una determinada sustancia en

sangre. Y además, existe una fuerte confusión en el uso de la terminología positiva. Este hecho lo ponen de manifiesto Cowen y Kilmer (2002) en un estudio en el que analizaron diversos trabajos y encontraron un total de 60 términos o variables para referirse a la vertiente positiva de la salud mental: bienestar subjetivo, tolerancia, crecimiento personal, autodeterminación, entre otros (Lluch, 2008).

En este sentido y como se ha señalado anteriormente, Lluch define el constructo de SM+ a partir de seis factores que configuran el Modelo Multifactorial de SM+. Los seis factores así como una descripción abreviada de los mismos se muestran en la tabla 4. La estructuración de estos seis factores en un modelo explicativo supuso la articulación de aspectos, tanto teóricos como prácticos, que se estaban abordando de forma independiente o dentro de marcos conceptuales poco integrados.

Tabla 4. Modelo Multifactorial de SM+ según Lluch

Factores	Definición de los factores
F1-Satisfacción personal	<ul style="list-style-type: none"> - Autoconcepto. - Satisfacción con la vida personal. - Satisfacción con las perspectivas de futuro.
F2-Actitud prosocial	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposición activa hacia lo social/hacia la sociedad. - Actitud social "altruista"/Actitud de ayuda y/o apoyo hacia los demás. - Aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales.
F3-Autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para el afrontamiento del estrés/de situaciones conflictivas. - Equilibrio emocional/control emocional. - Tolerancia a la ansiedad y al estrés.
F4- Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para tener criterios propios. - Independencia. - Autorregulación de la propia conducta. - Seguridad personal/Confianza en sí mismo.
F5- Resolución de problemas y autoactualización	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de análisis. - Habilidad para tomar decisiones. - Flexibilidad/capacidad para adaptarse a los cambios. - Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo.
F6- Habilidades de relación interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidad para establecer relaciones interpersonales. - Empatía/capacidad para entender los sentimientos

continuación Tabla 4. Modelo Multifactorial de SM+ según Lluch

	de los demás. - Habilidad para dar apoyo emocional. - Habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas.
--	---

Fuente: Lluch,1999.

3.1.4. Evaluación de la Salud Mental Positiva

El concepto de salud mental no es sencillo de evaluar dado que no se fundamenta en un criterio único y ello puede verse reflejado en la gran diversidad de conceptos afines que son utilizados con el propósito de referirse a ésta.

En la revisión bibliográfica efectuada, algunos de los conceptos que se encuentran con mayor frecuencia para referirse a la salud mental positiva son la calidad de vida, la capacidad de recuperación, el bienestar, la felicidad, el optimismo o la satisfacción, entre otros. También, el sentido de coherencia y la resiliencia. A su vez, estos conceptos han generado enfoques conceptuales y métricos valiosos (Koves, 2005). Alguno de los principales enfoques teóricos son: la concepción del bienestar psicológico de Bradburn (Bradburn,1969), el enfoque salutogénico de Antonovsky (Antonovsky,1996), la dimensión de optimismo/pesimismo de Scheier y Carver (Scheier y Carver, 1985), las fortalezas y virtudes de Peterson y Seligman (Peterson y Seligman,2004), o la resiliencia de Rutter (Rutter,2006). Del mismo modo, estas perspectivas teóricas han dado lugar al desarrollo de instrumentos de medida importantes.

En esta línea, la realización de una revisión bibliográfica ha puesto de manifiesto la ausencia de escalas específicas para la evaluación de la SM+ (Lluch, 2013; Puig, 2007). Esta circunstancia ha quedado plasmada en el proyecto de la encuesta de salud europea (EUROHIS) (Meltzer,2003), en el que, ante la falta de instrumentos específicos para evaluar la SM+, se optó por utilizar un instrumento alternativo, la subescala de energía y vitalidad del SF-36 de Ware y Sherbourne (Ware y Sherbourne, 1992). De este modo, los estudios recientes sobre la salud mental positiva en la población europea (Eurobarómetro) han utilizado esta subescala del cuestionario de Salud General SF36 (European Commission, 2006, 2010; Meltzer, 2003).

También en el estudio MIDUS (Midlife in the United States) en Estados Unidos y cuyo objetivo era evaluar el nivel de salud de la población, valorando tanto los aspectos de salud o ausencia de enfermedad como los de calidad de vida y bienestar psicológico, ocurrió algo similar, como en el de EUROHIS. No teniendo una escala concreta para medir la SM+, tuvieron que utilizar diversas escalas de conceptos afines.

En Canadá existe una línea de trabajo en relación al abordaje del constructo SM+, desde la Agencia de Salud Pública de Canadá. Se ha realizado una definición desde la perspectiva positiva de la salud mental señalando que la salud mental es la capacidad de todos y cada uno de nosotros para sentir, pensar y actuar de manera que mejora nuestra capacidad de disfrutar de la vida y hacer frente a los desafíos que nos encontramos. Es un sentido positivo de bienestar emocional y espiritual que respeta la importancia de la cultura, la equidad, la justicia social, las interconexiones y la dignidad personal (Canadian Institute for Health Information, 2011).

De esta definición se desprenden cinco componentes que pueden ayudar a operativizar la SM+:

1. Posibilidad de disfrutar de la vida (*Ability to enjoy life*)
2. Hacer frente a los desafíos de la vida (*Dealing with life's challenges*)
3. Bienestar emocional (*Emotional well-being*)
4. Bienestar espiritual (*Spiritual well-being*)
5. Las relaciones sociales y el respeto a la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal (*Social connections and respect for cultura, equity, social justice and personal dignity*).

Tanto en la revisión inicial sobre instrumentos de evaluación de la SM+ como en posteriores actualizaciones (Lluch-Canut, Puig-Llobet, Sanchez-Ortega, Roldan-Merino y Ferre-Grau, 2013; Puig, Lluch y Sabater, 2007) continúa evidenciándose la ausencia de escalas exclusivas que evalúen la SM+.

Ante esta situación, se utilizan distintas escalas psicológicas que incluyen, en alguna de sus dimensiones, aspectos relacionados con la SM+. Algunas de las más destacadas son: la escala de Balance Afectivo de Bradburn, The General

Well-Being Shedule (GWBS) de Dupuy (Dupuy, 1977), The Subjective Well-Being de Ryff (Ryff y Keyes, 1995), *Sense of Coherence* de Antonovsky, The Life Orientation Test (LOT) de Scheier and Carver (Scheier y Carver, 1987), The Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) (Tennant et al., 2007). Tal y como indican Lehtinen, Sholman y Kovess-Masfety, la felicidad o satisfacción con la vida no son necesariamente lo mismo que la salud mental positiva, aunque pueden ser vistos como componentes esenciales del construto. Es necesaria más investigación sobre la epidemiología de la salud mental positiva (Tennant et al., 2007).

El interés por la evaluación de la vertiente positiva de la salud mental se ha incrementado notoriamente y destaca en este sentido una escala de valoración de la SM+ en población asiática, abordando y dando importancia a las prácticas espirituales y religiosas (Vaingankar et al., 2011). Sin embargo, el CSM+ ha sido y continúa siendo un cuestionario pionero para la evaluación de la SM+ siendo utilizado en el ámbito de la enfermería y de otras ciencias afines, explorando relaciones entre la Salud Mental Positiva (SMP) y la capacidad de autocuidado, la inteligencia emocional, los estilos saludables de vida, la salud física o la enfermedad mental (Lluch-Canut, Puig-Llobet, Sánchez-Ortega, Roldán-Merino, Ferré-Grau, 2013). En esta misma línea, también se ha estudiado la relación entre la SMP y el sentido de coherencia (Mantas-Jiménez, 2015). Asimismo, el CSM+ ha sido traducido al portugués (Sequeira, Carvalho, Sampaio, Sá, Lluch-Canut & Roldán-Merino, 2014).

A nivel europeo, en el estudio Eurobarometro 2010 (European Comission, 2010) se estudió la salud mental utilizando la Escala de Vitalidad y Energía. Los principales temas abordados en este informe fueron:

- **El estado de bienestar:** Cómo se sienten las personas físicamente y mentalmente.
- **El nivel de comodidad en el trabajo:** Niveles de seguridad en el trabajo actual; la percepción de que sus habilidades se desarrollan de acuerdo con la categoría profesional y al mismo tiempo, la presencia de sentimientos positivos acerca de un adecuado reconocimiento / respeto por lo que hacen.
- **Atención y tratamiento:** Las ayudas que reciben las personas, han servido para mejorar las condiciones de salud mental que han experimentado.

• **Percepciones hacia las personas con enfermedad mental:** Se evalúan los niveles de “comodidad” de las personas al interactuar con personas con problemas de salud mental.

Las entrevistas se realizaron entre los 26800 ciudadanos de la Unión Europea (UE) de los 27 Estados. La metodología utilizada fue la de las encuestas del *Eurobarómetro*, llevadas a cabo por la Dirección General de Comunicación, unidad de "Investigación y Discursos".

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en las encuestas del Eurobarómetro, de acuerdo con los principales temas abordados.

En relación al **estado de bienestar:**

Las personas, en general, manifestaron sentirse más positivas que negativas, es decir, experimentaron con mayor frecuencia emociones positivas, en lugar de emociones negativas. De hecho, seis de cada diez ciudadanos de la UE, dijo que se había sentido lleno de vida (59%), alegre (61%) o tranquilo y pacífico (61%) en las últimas cuatro semanas. El resto, un 51% de los encuestados, manifestó tener un mucha energía. Por otro lado, uno de cada diez encuestados se había sentido "tan deprimido que nada podía animarle 'o' desanimado y triste" la mayor parte del tiempo, durante las cuatro últimas semanas.

Por países, los ciudadanos finlandeses y holandeses declararon haber tenido más emociones positivas que negativas, mientras que los ciudadanos de Letonia, Reino Unido y Lituania informaron haber experimentado emociones positivas en menor intensidad, junto con los encuestados italianos y chipriotas. Respecto a la relación estado de bienestar y nivel socioeconómico, las personas con niveles socioeconómicos bajos (escala 1-4), reportaron bajos niveles de bienestar. Por el contrario, aquellas personas con un nivel socioeconómico alto (escala 7-10) y jóvenes (15-24 años de edad) manifestaron experiencias de vida positivas.

En esta línea, cabe destacar como dato de interés los resultados del Eurobarómetro en relación al absentismo laboral, variable directamente relacionada con la salud emocional de los empleados: aquellos que pidieron ayuda por un desajuste emocional y/o que sintieron que “*su trabajo estaba poco reconocido*”, se ausentaron más de sus trabajos que el resto de

empleados. Asimismo, los ciudadanos más afectados por problemas físicos y/o emocionales pertenecen a las clases sociales más bajas.

En relación al ***nivel de comodidad en el trabajo:***

Los encuestados que indicaron estar desempeñando un trabajo diferente a la su categoría profesional, fueron más propensos a manifestar la falta de reconocimiento en sus puestos de trabajo y la falta de recompensas “positivas” en este sentido. Aun así, la mayoría de los ciudadanos, a excepción de los lituanos, manifestaron sentirse seguros y respetados en sus puestos de trabajo (71%).

En relación a la ***atención y tratamiento:***

La prevalencia de búsqueda de ayuda fue mayor para los ciudadanos de Rumania. Por el contrario, los ciudadanos búlgaros y griegos fueron menos propensos a solicitar ayuda psicológica.

Cabe destacar que el perfil de ciudadanos que experimentaron problemas emocionales, se corresponde con ciudadanos que viven solos y pertenecen a grupos sociales más vulnerables, clase social baja (1-4).

Los ciudadanos portugueses reportaron haber usado antidepresivos (15%), mientras que los alemanes (3%), griegos (3%) y búlgaros (4%), los utilizaron en menor medida. Las principales razones para el uso de antidepresivos fueron la depresión (51%) y los trastornos de ansiedad (47%).

En relación a las ***percepciones hacia las personas con enfermedad mental:***

Dos terceras partes de los ciudadanos de la UE (67%), afirmaron sentirse “cómodos” hablando con alguien que sufre de un “*importante problema de salud mental*”. Cabe destacar que, uno de cada diez encuestados (11%) declararon “*no saber qué hacer*” al respecto (Estudio de campo 2010-Eurobarómetro).

En esta línea, el estudio del Eurobarómetro concluye que la salud mental de los individuos impregna sus actitudes y comportamientos en los lugares de trabajo. Asimismo, pone de relieve cómo determinadas variables sociodemográficas están relacionadas con los niveles de salud de las personas, línea que ensalza plenamente con las declaraciones de la Carta de Otawa (1986) y que comentamos ya al inicio de este trabajo.

Por todo ello, la salud de la población en los contextos de trabajo recobra susceptibilidad y merece especial atención, debido al gran impacto que suponen las actitudes positivas de las personas respecto a su salud.

3.1.5. Cuestionario de Salud Mental Positiva : estructura y aplicabilidad.

En cuanto a la estructura del cuestionario de salud mental positiva (CSM+) se refiere, se trata de un cuestionario formado por 39 ítems, distribuidos de forma desigual entre los seis factores que definen el constructo de SM+ y que configuran el Modelo Multifactorial de SM+ descrito anteriormente.

La distribución de los ítems según los factores se muestra en la tabla 5. Los ítems están formulados como afirmaciones (positivas y negativas) y la respuesta a cada ítem se valora en una escala de 1 a 4 puntos de acuerdo con el grado de frecuencia.

Las puntuaciones permiten obtener un valor de SM+ como medida única (con todos los ítems del cuestionario) y también valores específicos para cada factor. A mayor puntuación mayor nivel de SM+. El cuestionario fue inicialmente validado en una población de estudiantes de enfermería con una muestra $n=387$. Los valores psicométricos fueron favorables: a nivel de fiabilidad se obtuvieron valores alpha de Cronbach entre 0.89 y 0.90 y una correlación test-retest de 0.85; el análisis factorial de componentes principales extrajo seis Factores que explicaron el 46% de la varianza total y la carga factorial de todos los ítems fue superior a 0.40.

Tabla 5. Configuración del CSM+

Factor 1 SATISFACCION PERSONAL		Factor 2 ACTITUD PROSOCIAL		Factor 3 AUTOCONTROL		Factor 4 AUTONOMIA		Factor 5 RESOLUCION DE PROBLEMAS Y AUTOACTUA LIZACION		Factor 6 HABILIDADES DE RELACION INTERPERSON AL	
Item nº 4	+	Item nº 1	-	Item nº 2	-	Item nº 10	-	Item nº	+	Item nº 8	-
Item nº 6	-	Item nº 3	-	Item nº 5	+	Item nº 13	-	15	+	Item nº 9	-
Item nº 7	-	Item nº	+	Item nº 21	+	Item nº 19	-	Item nº	+	Item nº 11	+
Item nº 12	-	23	+	Item nº 22	+	Item nº 33	-	16	+	Item nº 18	+
Item nº 14	-	Item nº	+	Item nº 26	+	Item nº 34	-	Item nº	+	Item nº 20	+
Item nº 31	-	25						17	+	Item nº 24	-
Item nº 38	-	Item nº						Item nº	+	Item nº 30	-
Item nº 39	-	37						27	+		
								Item nº	+		
								28			
								Item nº			
								29			
								Item nº			
								32			
								Item nº			
								35			
								Item nº			
								36			

Fuente: Lluch, 1999

En cuanto a la aplicabilidad del cuestionario de salud mental positiva (CSM+) se refiere, en la tabla 6 se muestra una relación de los estudios donde el cuestionario ha sido utilizado, destacando entre la población de estudio los jóvenes y estudiantes, de los países Latino Americanos y España, principalmente.

Tabla 6. Relación de estudios realizados con el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)

AÑO	LUGAR DE ESTUDIO	POBLACIÓN/TIPO DE ESTUDIO
1999	España	n= 387 estudiantes de enfermería de la Universidad de Barcelona (UB). Lluch (1999).
2006	Colombia	n= 80 trabajadores menores de edad (7-17 años). Bravo de la Ossa, A. (2006)
2008	Colombia	n= 191 trabajadores menores de edad (11-17 años). Amar, J., Palacio, J., Llinas, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, AM. y Velásquez, B. (2008).
2008	España	n= 244 estudiantes universitarios. Sosa, M. (2008).
2008	Colombia	n= 223 estudiantes de medicina. Navarro Baene, G.L. (2008).
2009	Colombia	n= 120 trabajadores menores de edad mercado Santa Marta. Ospino-Núñez, C.M. (2009).

Continuación Tabla 6. Relación de estudios realizados con el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)

2009	Colombia	n= 77estudiantes (17-26 años). Londoño Pérez, C. (2009).
2011	México	n= 36 docentes de posgrado. Jaik-Dipp, A., Villanueva-Gutiérrez, R. y Tena-Flores, J.A. (2011).
2011	Colombia	n= 141 estudiantes (12-18 años) de un colegio público. Valencia-Valencia, L.J. y Zuleta-Ramírez, M.A. (2011).
2011	Venezuela	n= 158 estudiantes. Barradas-Alarcón, M.E., Sánchez-Barradas, J.M., Gúzman-Ibañez, M.L. y Balderrama-Trapaga, J.A. (2011).
2011	México	n= 967 estudiantes universitarios. Martínez-Martínez, P.L., Vázquez-Ríos, E.R., Hernández-Reyes, M. y Vázquez-Soto, M.A. (2011).
2012	Perú	n= 250 estudiantes universitarios. Anicama, J., Caballero, G., Cirilo, I., Aguirre, M., Briceño, R. y Tomás, A. (2012).
2012	Colombia	n= 78 estudiantes (16-23 años). Medina-Pérez, O., Irija-Serrano, M.F. y Martínez-Ardilla, G. (2012).
2012	Colombia	n= 160 adolescentes menores (11-17 años). Mercado, D., Madariaga, C. y Martínez, M. (2012).
2012	Venezuela	n= 272 estudiantes universitarios. González-Zuñiga, LE. (2012).
2012	Colombia	Estudiantes de 6º grado. Guerrero-Caicedo, S. (2012).
2012	Perú	n= 274 profesores de educación básica. Orellana et al (2012).
2013	España	n=259 adultos con patología crónica. Lluch-Canut, M.T., Puig-Llobet, M., Sanchez-Ortega, A., Roldan-Merino, J., y Ferre-Grau, C. (2013).
2014	Portugal	n= 120 estudio piloto; n= 942 estudiantes. Sequeira, C., Carvalho JC., Sampaio F., Sá L., Lluch MT. y Roldán-Merino, J. (2014).
2014	México	n= 115 estudiantes de psicología. Castillo-Laguna, MAB. y Velázquez A. (2014).
2014	España	n= 264 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia. Miguel-Ruiz, MD. (2014).
2014	España	n= 77 cuidadoras de personas diagnosticadas de esquizofrenia. Albacar-Riobóo, N. (2014).

Continuación Tabla 6. Relación de estudios realizados con el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+)

2014	Colombia	n= 309 estudiantes de educación media. González-Sepúlveda, PC., Gómez-Arias, JM., Caicedo-Buitrago, LM., Piernagorda- Gutiérrez, D. y Medina-Pérez, OA. (2014).
2015	Chile	Profesionales de servicios de Psiquiatría de tres Hospitales. Denisse Vidal,M., Edith Rivas ,R. y Luis Bustos M. (2015).
2015	España	n= 259 personas con problemas crónicos de salud. n= 44 personas distribuidas en 2 grupos (intervención y control). Sánchez-Ortega, M.A. (2015).
2015	España	n= 102 profesionales asistenciales de salud mental. Mantas,S., Juvinyà,D., Bertran,C., Roldán,J., Sequeira,C. y Lluch,T.(2015).
2016	España	n= 166 estudiantes de grado de enfermería. Sanromà Ortiz, M. (2016).
2016	Colombia	Revisión sistemática sobre el constructo “salud mental positiva”. Muñoz, C.O.,Restrepo, D. y Cardona, D. (2016).
2016	Perú	n= 403 estudiantes de Psicología. Aguilar Armas, H.M. (2016).
2016	Perú	n= 313 estudiantes universitarios de pedagogía. Lanchipa A. y López, L. (2016).
2017	España	n= 60 personas (16-67 años). Pedraza Martos, V. (2017).

Fuente: Adaptado de Sánchez-Ortega, M.A. (2015).

Los resultados de las investigaciones apoyan la definición de la SMP como un constructo dinámico y fluctuante que incluye pensamientos y, muy especialmente, sentimientos tanto positivos como negativos, ya que tan sano es estar preocupado cuando se viven situaciones de incertidumbre como sentirse feliz cuando todo transcurre favorablemente (Lluch, 2008).

Los diferentes aspectos, estudios y Modelos de salud mental contribuyen al entendimiento del significado de la SM+. Es por ello que la mejor manera de seguir enriqueciendo la comprensión de lo que constituye la salud mental positiva es estudiar diversas poblaciones sanas desde diversas perspectivas.

4.1. Resiliencia y Salud Mental

4.1.1. Planteamientos conceptuales y evolución de la resiliencia

4.1.1.1. Resiliencia

Desde el planteamiento conceptual de la resiliencia, en la terminología inglesa, resiliencia es la traducción de la palabra *resilience* o *resiliency*. Resiliencia proviene del latín (*resilio-ire*) que significa “rebotar, saltar, comprimirse como un muelle y recuperarse”, también significa volver atrás, volver de un salto, resaltar o rebotar (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997).

La resiliencia es un concepto tomado de la física, de la capacidad de los metales para chocar con otros objetos sin partirse o sin ser fracturados (Tarter y Vanyukov, 1999). Tiene varios significados, dependiendo del contexto en el que se utilice. Así, la ingeniería se refiere a la resiliencia para hablar de un material para medir su capacidad de absorber energía antes de comenzar a deformarse plásticamente. Para la traumatología la resiliencia es la capacidad del tejido óseo de crecer en sentido correcto después de una fractura. Por su parte, la biología define los individuos resilientes como aquellos que pueden adaptarse al ecosistema y a los cambios que ocurren en él, y sobrevivir en situaciones extremas.

El psiquiatra infantil Rutter y el neurólogo, psiquiatra y etólogo francés Cyrulnik, inspirados en el concepto físico de la resiliencia, utilizaron el término en

psicología para denotar la capacidad de las personas de superar tragedias o acontecimientos fuertemente traumáticos (Cyrulnik,2001). Cyrulnik, cuyos padres de origen judío fueron asesinados por los nazis, estudió la capacidad de recuperación de los supervivientes de los campos de concentración y de niños exiliados en los orfanatos.

Así, de acuerdo con las distintas definiciones de la palabra resiliencia, podríamos decir que una persona resiliente es aquella que se adapta de forma positiva a una situación adversa, para lo cual ha superado los efectos negativos de una situación de riesgo mediante el uso de estrategias exitosas para afrontar dicha situación, evitando de esta forma sus efectos o impactos negativos. En esta línea, (Block y Block, 1980) apunta que una persona resiliente es aquella que tiene un sano sentido de sí misma, autoeficacia, es audaz, determinada y capaz de encontrar sentido en la vida.

Algunos autores (Luthar y Cushing, 1999) a la hora de definir el término resiliencia lo relacionan con una competencia o un positivo y eficaz afrontamiento como respuesta al riesgo y a la adversidad. Otros autores (Richardson et al.,1990) entienden que la resiliencia es un proceso de afrontamiento ante circunstancias vitales desgarradoras, estresantes o desafiantes, proporcionando al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento que no tenía previamente a la experiencia acontecida.

Por su parte, Garmezy (1991) postula que la resiliencia es la capacidad de los individuos para recuperarse y mantener una conducta adaptativa con posterioridad a la capacidad inicial anterior al inicio del hecho estresante. Otro autor (Masten, 2001) entiende que la resiliencia trata de un fenómeno con resultados favorables, a pesar de las amenazas para la adaptación o desarrollo que planteaba el evento desencadenante. Por otro lado (Luthar et al., 2000), sugiere que la resiliencia es un proceso dinámico que comprende la adaptación positiva dentro de un contexto de adversidad.

Asimismo, la resiliencia no es considerada (Masten y Powell, 2003) como un rasgo del individuo, ya que es variable, tanto con el paso del tiempo, como a través de las diferentes etapas de la vida, manifestándose como conductas y patrones de vida.

La resiliencia también se genera a partir de las diferencias individuales y en cómo afrontan las personas los eventos estresantes; algunas personas parecen reponerse más rápidamente que otras ante eventos estresantes. La resiliencia psicológica se caracteriza por la habilidad para balancear las experiencias emocionales negativas y por la flexibilidad para adaptarse a las cambiantes demandas de experiencias estresantes (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003). Así, ser capaz de experimentar emociones positivas tales como gratitud o amor en contextos estresantes, permite a las personas enfrentar el evento doloroso y experimentar crecimiento personal, necesario para avanzar en la vida.

Llamamos “*resiliencia*” a un proceso de adaptación positiva ante sucesos traumáticos o adversos (Masten y Reed, 2003) y tiene dos componentes: la resistencia ante la adversidad con un enfoque positivo que soporta el estrés como motor de crecimiento, y la capacidad de superarse, de transformar esa circunstancia negativa en oportunidad de desarrollo, para lograr salir fortalecido de la situación.

El concepto de Resiliencia fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de vivir situaciones de elevado riesgo, se desarrollaban psicológicamente sanos y socialmente exitosos (Marciaux, 2005). El término se ha extrapolado a otros contextos para los cuales ha existido cierto consenso; hace referencia no solamente a individuos particulares, sino también a grupos familiares y/o comunitarios que poseen la capacidad para actuar correctamente y tener éxito pese a las circunstancias adversas que les rodean, para recuperarse después de vivir eventos estresantes y volver a asumir con éxito su actividad habitual (Melillo y Suárez, 2005).

Luthar y otros autores definieron la resiliencia como un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad (Melillo y Suárez, 2005). Esta definición distingue tres componentes que deben estar presentes en el concepto de resiliencia: la noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al desarrollo humano, la adaptación positiva o superación de la adversidad y el proceso que considera la dinámica entre mecanismos

emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano.

Wildle, Bennett y Noyes (2011), después de un trabajo de revisión y aun coincidiendo con la mayoría de investigadores en la falta de consenso en la definición de la resiliencia, establecen que la resiliencia es un proceso de negociación, gestión y adaptación a las fuentes significativas de estrés o trauma, los activos y recursos dentro de la vida de la persona, así como también la capacidad del medio ambiente para facilitar la adaptación y hacer frente a la adversidad. Esta definición trata de incluir los aspectos individuales de la resiliencia psicológica individual, es además, coherente con su carácter dinámico e incluye aspectos del proceso de resiliencia social y grupal (Serrano, 2012).

Las personas “*resilientes*” se caracterizan por haber desarrollado una serie de capacidades (Santos, 2013):

1. Confianza en los propios recursos para lograr un proyecto de vida. Las personas resilientes son conocedoras de sus fortalezas para afrontar los retos.
2. Elevada autoestima, entendida como la capacidad de auto-valorarse de forma positiva.
3. Resistencia al estrés y portadores/-as de seguridad a quienes les rodean.
4. Elevado autocontrol emocional, manifestado en la resolución lógica de problemas, buscando siempre una salida a los infortunios de la vida.
5. Actitud positiva ante la vida: no concentrarse en las dificultades sino poner la mirada en la superación, con capacidad para establecer estrategias de afrontamiento hacia los problemas y conseguir así los objetivos marcados.
6. Estilo de vida equilibrado que combina objetivos personales, profesionales, familiares y sociales.
7. Autenticidad, sinceridad y apoyo en criterios morales sólidos.
8. Capacidad personal para dar sentido a la propia vida y el compromiso adquirido por y para construir un mundo mejor.

9. Sentido del humor como estrategia de afrontamiento ante los conflictos, sabiendo relativizar y desdramatizar, siendo proactivos y aportando energía y nuevos estilos de ver los problemas.
10. Poseer actividades gratificantes y mantener una sana independencia emocional, logrando la estabilidad afectiva en sus relaciones interpersonales.

Estas capacidades no tienen que estar todas presentes y desarrolladas al máximo en las personas que se caracterizan de personas resilientes, porque se estaría considerando una perfección casi única, pero de alguna manera se orientan hacia estas competencias logrando una personalidad madura y estable. La personalidad resiliente resiste los desafíos de la vida y sabe transformar las crisis en crecimiento. Estas personas se caracterizan por tener control emocional, autoestima adecuada, confianza en sus propios recursos, una vida estimulante y una actitud positiva ante los retos (Santos, 2013).

No obstante, lo importante es saber que no se nace con una personalidad resiliente, sino que es posible tener menor o mayor potencial y es susceptible de mejorar las capacidades que nos acercan a la personalidad resiliente. Desde este supuesto y resultado de la búsqueda bibliográfica, se constata que existen investigaciones de hace más de una década, con el objetivo fijado en explorar las capacidades de afrontamiento a la adversidad mediante el desarrollo de los pilares de una personalidad madura y resiliente: compromiso, control y reto (Grotberg, 1999).

En esta misma línea, el concepto resiliente nos conduce a la capacidad de superar frustraciones, heridas, descubriendo el sentido de la vida, la motivación por la que nos crecemos ante las dificultades. La resiliencia nos habla de la capacidad para sacar fuerzas de donde parece no haberlas y extraer una lección positiva de una experiencia traumática, es equilibrio entre la persona y los factores de riesgo de su entorno (Rojas,2013).

Según algunos investigadores, la salud en los contextos laborales, se compone de múltiples factores, entre los cuales se encuentra la resiliencia (Iles, 1997; Rajan,1997;Rajan et al., 2000;Rothwell y Arnold,2007), que permite a las personas afrontar sus desafíos profesionales (Grant y Kinman, 2012, 2014;

McDonald et al., 2012; Corin, 2013), facilitando su adaptación a condiciones de trabajo estresantes, la gestión de emociones, el desarrollo de estrategias de afrontamiento, la mejora del bienestar y el crecimiento profesional (Morrison, 2007; Collins, 2008; McDonald et al., 2012; Stephens, 2013). Así mismo, otros autores (Collard et al., 1996) han planteado el término de resiliencia profesional en el sentido de disponer de una capacidad de adaptación a las circunstancias cambiantes, incluso cuando se presentan cambios amenazantes.

La resiliencia profesional hace referencia a la persona que gestiona su carrera profesional, tomando responsabilidad sobre su propio crecimiento y futuro profesional, al tiempo que permanece comprometido con el éxito de la organización a la que presta sus servicios.

Los profesionales de la salud, generalmente, se encuentran por su actividad diaria prestando ayuda a personas o grupos que viven en situaciones de estrés, que parecen difíciles o imposibles de superar. Sin embargo, la realidad nos muestra que después de cada intervención de ayuda, no sólo salen renovados, sino creativos y hasta optimistas de esas encrucijadas. Este tipo de experiencia han sido vividas por distintos grupos de ayuda a través de la historia, y han sido sistematizadas en diversos estudios, en distintos países y por distintos profesionales.

4.1.1.2. Recursos facilitadores para la resiliencia

Algunos autores (Greve y Staudinger, 2006) proponen la existencia de una serie de recursos que potencian la resiliencia en los individuos, tales como el control personal, la autoeficacia, la autoestima y la psicología positiva, entre otros. Los citados recursos se exponen a continuación:

La **psicología positiva** entendida como las experiencias positivas subjetivas, los factores emocionales individuales positivos tales como la creatividad, la inteligencia emocional, el humor, la sabiduría, la felicidad, la resiliencia, etc, así como la propia salud mental positiva, como ya se ha descrito anteriormente.

Las **emociones positivas** pueden definirse como estados de ánimo que nos hacen sentir bien, aportando a los individuos experiencias placenteras, tales

como: alegría, gratitud, serenidad, interés y amor por los demás, perdón, esperanza, diversión, inspiración, etc. (Fredrickson et al.,2003). Cuando una persona experimenta emociones positivas tiene una propensión mayor para resolver problemas de forma creativa, emitir juicios más sensatos y acertados (Lyubomirsky et al., 2005). Además, los individuos que tienen emociones positivas con mayor frecuencia experimentan estados mentales que facilitan que puedan enfrentar con éxito adversidades y dificultades, lo cual conduce a las personas a ser más resilientes (Fredrickson, 2001).

Los individuos resilientes tienen emociones positivas en situaciones estresantes y mantienen un elevado interés por todo lo que acontece en sus vidas (Fredrickson, 2001). La existencia de este tipo de emociones durante los momentos críticos facilita que los individuos puedan generar planes de futuro, que junto con las emociones positivas facilitan la superación de eventos traumáticos, sea cual fuera la causa de los mismos (Stein et al., 1997).

Scheier y Carver (1985), definen el **optimismo** como la actitud de esperar que sucedan cosas buenas, y el pesimismo, como la actitud de esperar que sucedan cosas negativas. Reflexionan sobre un “optimismo disposicional” para referirse a la tendencia general de esperar consecuencias o situaciones positivas. Seligman (2011), añade un estilo atribucional específico a cada una de estas dos variables, es decir, ser optimista o pesimista vendría dado por la forma en que cada individuo explica sus vivencias. Además, el optimismo es algo que se puede aprender (Avia y Vázquez, 1998), ya que defienden que es una dimensión estable de la personalidad que tiene un componente hereditario y de experiencias adquiridas en la infancia, y que además el individuo puede aprender a visualizar las cosas de diferente modo en etapas adultas. De esta manera, el optimismo ayuda a las personas a superar las adversidades y tiene efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar (Seligman, 2002). Además, reduce los efectos de los hechos estresantes, reduciendo el sufrimiento y malestar de las persona y potenciando, en consecuencia, la salud de las personas (Peterson et al.,1988).

Según Berk (1998), la **autoestima** es la actitud de un individuo respecto a sí mismo, pudiendo entenderse como un aspecto del autoconcepto, que abarca

valoraciones sobre la competencia de sí mismo, así como sentimientos asociados a estos juicios. Individuos con elevada autoestima tienen mayor conocimiento y están más confiados en sí mismos, de forma que resisten mejor el estrés (Ong et al., 2006), además, como se valoran positivamente a sí mismos y creen en sus posibilidades, se esfuerzan y perseveran más ante los cambios (Lazarus y Folkman, 1986), lo cual hace que afronten mejor los acontecimientos traumáticos que se les presentan.

La **autoeficacia** es definida por Choi (2004) como una competencia que mide la efectividad de un individuo al afrontar diversas situaciones estresantes, aunque realmente el concepto fue definido inicialmente por Bandura (1977) en el sentido de que la motivación y la conducta de las personas están reguladas por los pensamientos en función de las expectativas que se tengan.

El **Control personal** es definido por Skinner (1996) como el grado en que un individuo puede intencionalmente producir estados deseados y evitar los resultados no deseados, y que cualquier análisis sobre el control ha de incluir dos elementos: la competencia (referida a la capacidad/habilidad personal) y la contingencia (entendida como la asociación entre acciones y resultados).

4.1.2. Medición de la resiliencia

La definición de la resiliencia admite diferentes acepciones, así la medición de la misma está determinada por la ausencia de una definición consensuada a pesar de los enormes esfuerzos para identificar sus características (Cabanyes-Truffino, 2011).

Se han identificado las escalas de medida de la resiliencia que relacionamos a continuación.

La **escala de Resiliencia propuesta por Wagnild y Young (1993)**, fue creada para medir el nivel de resiliencia individual, considera que se trata de una característica de personalidad positiva y que permite al individuo su adaptación.

Esta escala está formada por 25 ítems que se asocian con cinco características: Autoconfianza, propósito en la vida, aceptación de los acontecimientos, perseverancia ante la adversidad y constatación de que cada persona es única y debe enfrentarse a sus propias experiencias. Estas experiencias están englobadas en dos factores, por un lado el factor de competencia personal (autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia) y por otro el factor de aceptación de uno mismo y de la vida (adaptabilidad, balance, flexibilidad y perspectiva estable).

La **escala de Resiliencia original de Jew, Green y Kroger** está constituida por 60 ítems (Jew et al., 1999), con 5 posibles opciones de respuesta tipo Likert (completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo) que tratan de reflejar 12 habilidades y destrezas que poseen las personas resilientes, tales como: rápida respuesta ante el peligro, madurez precoz, búsqueda de información, convicción de ser amado, etc. Después de un riguroso análisis factorial, se mantuvieron 37 ítems que fueron agrupados en 4 apartados: optimismo, orientación al futuro, confianza en otros e independencia. Esta escala de medida se construyó bajo la premisa de que la resiliencia está basada en un sistema específico de creencias que interactúan con los elementos estresantes del entorno. Estas creencias incluyen percepciones de uno mismo, de las habilidades que se poseen, de las relaciones personales y de la bondad del mundo.

La **escala de la Resiliencia Adolescente** (Oshio et al., 2002) posee tres factores significativos: la búsqueda de la novedad, la regulación emocional y la orientación futura positiva. Esta escala se compone de 21 ítems con 5 posibles respuestas.

La **escala de Resiliencia Disposicional** (Bartone, 1989) está compuesta por 45 ítems. Algunos autores (Sinclair y Tetrick, 2000) han descrito una estructura de tres factores: compromiso, control y reto.

La **Escala Breve de Resiliencia** o la *Brief Resilient Coping Scale (BRCS)* (Sinclair y Wallston, 2004) es una escala breve de 4 ítems, que a pesar de su simplicidad refleja los conceptos fundamentales de la resiliencia. Esta versión se obtuvo a partir de una primera versión que contenía 9 ítems. Con una

consistencia interna alfa de Cronbach entre 0.64 y 0.74 y una buena estabilidad re-test: 0.71 a las 6 semanas y 0.68 a los 3 meses de su administración. Es una escala simple y fácil de administrar.

4.1.3. El cuestionario CD-Risc de Connor y Davidson

El cuestionario CD-RISC de Connor y Davidson (2003), es un cuestionario diseñado para medir las cualidades de resiliencia, fue desarrollado para la práctica clínica como medida de resiliencia y afrontamiento al estrés.

Actualmente, hay un número creciente de estudios centrados en analizar las características positivas de las personas: sentido de coherencia, resiliencia, salud mental positiva y bienestar, entre otros. Los estudios convencionales se centraban en la enfermedad. Con el cambio de prisma y la mirada puesta en la PS, estos estudios están siendo sustituidos por trabajos de investigación orientados en el conocimiento de las fortalezas de los individuos, entre las que se encuentra la resiliencia.

Asimismo, la investigación ha evidenciado que la resiliencia es un concepto que tiene una gran importancia en la clínica, puede ser útil como medida de afrontamiento al estrés y es considerada un índice de salud mental (Garmezy, 1991; Garmezy y Rutter, 1985; Kobasa, 1979; Maddi y Khoshaba, 1994; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Werner y Smith, 1992).

Para el desarrollo del cuestionario CD-RISC de Connor y Davidson (2003) los autores partieron de las siguientes premisas:

- La resiliencia incorpora las cualidades personales que permiten a la persona prosperar ante la adversidad (Connor y Davidson, 2003).
- La resiliencia se considera una característica multidimensional que varía según el contexto, edad, género y cultura, incluso dentro del propio individuo cuando se enfrenta a las diversas circunstancias de la vida (Richardson, 2002).
- El concepto de resiliencia fue considerado como un resultado relevante en el tratamiento del estrés, depresión, ansiedad y síndrome de estrés postraumático (TEPT).

Para la construcción de los ítems, cuya descripción puede verse en la tabla 7, estudiaron las características personales de los integrantes de la expedición al

Antártico en 1912 (Alexander, 1998) que pudieran haber contribuido a la supervivencia de todos ellos, incluyendo variables como la fe y las creencias en una intervención superior (“suerte” o “alguna creencia religiosa”) como factores importantes en la supervivencia de la expedición, aspecto que sugirió un componente espiritual de la resiliencia (Serrano, 2012).

Se analizaron los trabajos de Kobasa (1979) sobre la personalidad resistente o “hardiness” que incluye compromiso, control y desafío.

De Rutter (1985) revisaron sus trabajos sobre los factores de protección y las estrategias de logro de metas, orientación a la acción, fuertes autoestima y autoconfianza, adaptabilidad para afrontar los cambios, habilidades para la solución de problemas, sentido del humor frente a la tensión, fortaleza ante los efectos negativos del estrés, vínculos afectivos estables y seguros y experiencias previas de éxitos. De Lyons (1991) evaluaron como posibles ítems la paciencia y la capacidad de aguantar el dolor y la tensión.

Con las consideraciones anteriormente expuestas, el cuestionario CD-RISC fue diseñado con los objetivos siguientes:

- Desarrollar una medida válida y fiable para cuantificar la resiliencia.
- Establecer los valores de resiliencia en la población general y en muestras clínicas.
- Determinar la modificabilidad de la resiliencia en respuesta al tratamiento farmacológico en la población clínica.

Tabla 7. Descripción de los ítems de la escala CD-RISC

<i>Nº</i>	<i>Description</i>	<i>Descripción</i>
1	Able to adapt to change	Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios
2	Close and secure relationships	Tengo al menos una relación íntima y segura
3	Sometimes fate or God can Help	Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte o Dios pueden ayudarme
4	Can deal with whatever comes	Puedo enfrentarme a cualquier cosa que se me presente
5	Past success gives confidence for new challenge	Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme con nuevos retos y dificultades
6	See the humorous side of things	Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas
7	Coping with stress strengthens	Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte
8	Tend to bounce back after	Tengo tendencia a recuperarme

Continuación Tabla 7. Descripción de los ítems de la escala CD-RISC

	illness or hardship	pronto tras enfermedades, heridas o adversidades
9	Things happen for a reason	Bueno o malo creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón
10	Best effort no matter what	Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado
11	You can achieve your goals	Creo que puedo lograr mis objetivos incluso si hay obstáculos
12	When things look hopeless. I don't give up	No me doy por vencido a pensar de que las cosas no parezcan tener solución
13	Know where turn for help	Durante los momentos de angustia sé dónde puedo buscar ayuda
14	Under pressure, focus and think clearly	Bajo presión me centro y pienso claramente
15	Prefer to take the lead in problem solving	Prefiero intentar solucionar las cosas por mi mismo a dejar que otros tomen todas las decisiones
16	Not easily discouraged by failure	No me desanimo fácilmente con el fracaso
17	Think of self as strong person	Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y las dificultades de la vida
18	Make unpopular or difficult decisions	Puedo tomar decisiones no populares o difíciles que afectan a otras personas, si es necesario
19	Can handle unpleasant feelings	Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, amor, enfado
20	Have to act on a hunch	Al enfrentarme a los problemas y dificultades de la vida, a veces actúo por un presentimiento si saber por qué
21	Strong sense of purpose	Tengo muy claro lo que quiero en la vida
22	In control of your life	Siento que controlo mi vida
23	I like challenges	Me gustan los retos
24	You work to attain your goals	Trabajo para conseguir mis objetivos sin importarme las dificultades que encuentro en el camino
25	Pride in your achievements	Estoy orgulloso de mis logros

Fuente: Connor y Davidson, 2003

Por otro lado, el CD-RISC es una medida de resiliencia que ha demostrado buenas propiedades psicométricas. Ha sido utilizado tanto en la población general como en muestras clínicas. Tiene buena consistencia interna y la validez convergente mostró significación con otras medidas de percepción de estrés y apoyo social.

En el presente estudio se ha utilizado una versión adaptada en lengua española de este cuestionario , *The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC)* de 10 ítems (Campbell y Stein, 2007) validado en una población de mayores entre 60 y 75 años no institucionalizados. La escala española CD-RISC 10 ítems mostró que un modelo de un único factor mostraba valores aceptables de bondad de ajuste tanto en hombres como en mujeres. La consistencia interna de los ítems se realizó mediante el alfa de Cronbach que fue de 0,81 por lo que se concluyó que, la citada escala puede ser utilizada como instrumento válido y fiable para medir la resiliencia en la población de mayores no institucionalizados (Serrano, 2012).

5. El sistema de Emergencias Médicas en Catalunya

El Sistema de Emergencias Médicas (SEM) de Catalunya es la empresa pública que depende del Departament de Salut, adscrita al Servei Català de la Salut de Catalunya. Es la encargada de gestionar y dar respuesta a las demandas de asistencia de urgencia y emergencia sanitaria extrahospitalaria en todo el territorio catalán (SEM, 2014). Las demandas son recibidas a través del teléfono de emergencias único 112. También se encarga de ofrecer información de salud y sobre consejos de salud vía telefónica, mediante el teléfono 061 CatSalut Respon, las 24 horas del día durante los 365 días del año.

Desde el año 2014, las líneas estratégicas del SEM son la organización, la ampliación y el desarrollo de los servicios que presta actualmente, la optimización de la estructura territorial a nivel de coordinación, mejorar la eficiencia de los recursos asistenciales dentro de la cadena asistencial, promover la integración con otros servicios de emergencias, la participación en el sistema de información compartida del Departament de Salut, liderar en el ámbito científico y docente de las emergencias extra-hospitalarias, la consolidación de un sistema de gestión de calidad e impulsar políticas de sostenibilidad de la organización.

El SEM apuesta, desde hace muchos años, por la mejora en el tratamiento de las patologías tiempo dependientes a través de su implicación en la estrategia de implantación de los Códigos de activación. Esto representa la participación en el continuum asistencial de estas patologías con un papel fundamental en la atención inicial y la activación de los centros hospitalarios receptores, mediante un código específico. Esta pre-activación permite que el hospital se organice internamente para conseguir una reducción significativa en los tiempos de atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Una de las ventajas de los Códigos de activación es la posibilidad de registrar la actividad asistencial que realizan todos los niveles asistenciales en una única base de datos, lo que permite disponer de una información valiosa para el análisis de las acciones que se llevan a cabo sobre todo el proceso asistencial.

Desde el SEM se ha trabajado para poder enviar los datos relacionados con los Códigos de forma automática desde el aplicativo informático del SEM en la base de datos del departamento de Salud. Desde SEM están preparados para transmitir toda la información de todos los Códigos. Los datos comparativos de activación de Códigos de los últimos años muestran que el número de activaciones van en aumento, y demuestra que hay que seguir trabajando para identificar el mayor número posible de enfermos que se pueden beneficiar de una estrategia integral de atención a las patologías tiempo dependiente.

A nivel organizativo, dentro de la empresa se distinguen las áreas asistenciales de las áreas de soporte. La plantilla está formada por 706 profesionales, de los cuáles el personal sanitario, es decir, médicos y enfermeras/-os y técnicos/-as de transporte sanitario representan el 83% de la plantilla total. La parte asistencial se divide entre los profesionales que trabajan desde las centrales de coordinación (26%) y el personal asistencial y de servicios especiales, que representa el 74% del total de efectivos. En relación al personal de administración y dirección, estos representan el 17% de la plantilla total. En cuanto a la distribución de la plantilla por género, el 52% de los profesionales son hombres y el 48% son mujeres.

Las bases asistenciales del SEM están situadas mayoritariamente en los hospitales de la red sanitaria pública y en centros de atención primaria (CAP) y,

asimismo, distribuidas por todo el territorio catalán, con el objetivo de reducir al máximo la distancia entre el lugar del incidente y el vehículo con el equipo asistencial encargado de atender la demanda de urgencia o emergencia sanitaria. Las centrales de coordinación son las encargadas de recibir y gestionar la demanda de asistencia sanitaria durante las 24 horas del día y durante todo el año, con el objetivo de poder ofrecer una respuesta adecuada a la consulta realizada, ya sea mediante la consulta sanitaria o gestionando los recursos de atención a las emergencias y de transporte sanitario urgente. SEM dispone de tres salas operativas de Coordinación y Información sanitaria ubicadas en l'Hospitalet de Llobregat, Reus y Barcelona ciudad.

Estructuralmente y con dependencia de la Dirección General, el SEM se divide en siete áreas que comprenden: Lleida, Alt Pirineu y Aran, Girona, Catalunya Central, Tarragona y Terres de l'Ebre, Barcelona Nord, Barcelona Ciutat y Barcelona Sud. En cuanto a las bases asistenciales se refiere, cada una de las siete áreas distribuidas por toda la geografía catalana, están dotadas con los equipos materiales y asistenciales necesarios para atender la demanda de asistencia de urgencia o emergencia sanitaria.

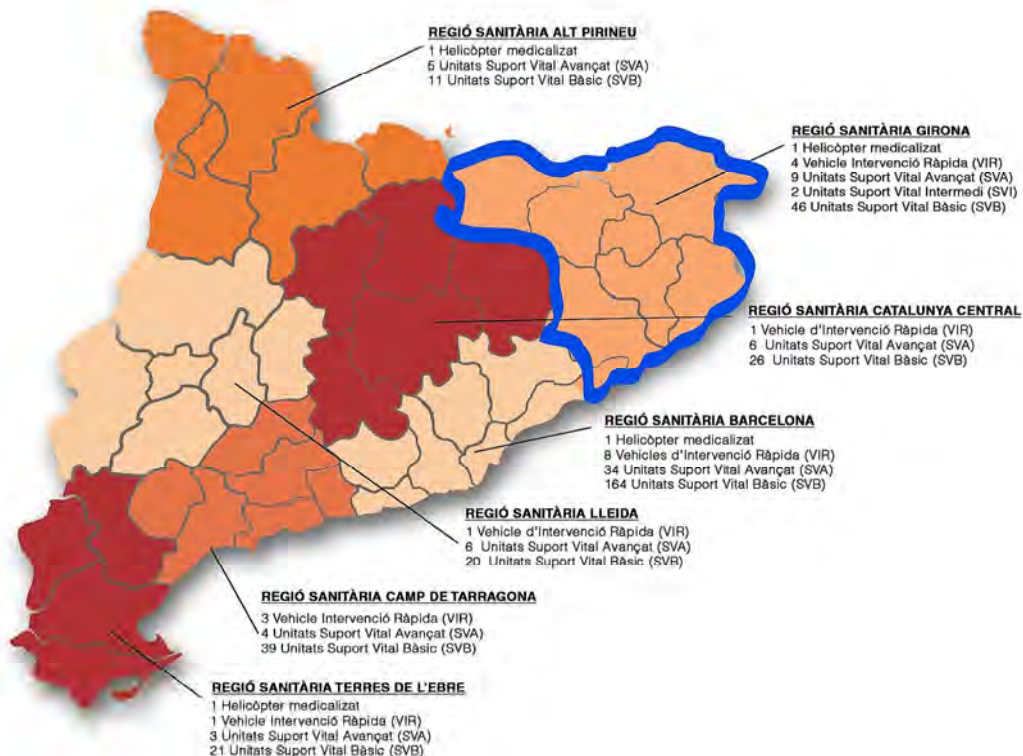
Concretamente, la región sanitaria de Girona está dotada de un helicóptero medicalizado, cuatro Vehículos de Intervención Rápida (VIR), nueve Unidades de Soporte Vital Avanzado (SVA) y cuarenta y seis Unidades de Soporte Vital Básico (SVB), (Figura 2).

En cuanto al territorio, la región sanitaria de Girona comprende las comarcas del Ripollès, Garrotxa, Alt Empordà, Pla de l'Estany, Gironès, Baix Empordà i La Selva, con una población de 843.135 habitantes y una extensión de 5.754 Km².

Los profesionales del SEM y colaboradores están distribuidos de la siguiente manera:

- **Médicos:** 66 (22 trabajadores propios SEM y 44 trabajadores de base colaboradora).
- **Enfermeros/-ras:** 73 (24 trabajadores propios SEM y 49 trabajadores de base colaboradora).

- **Técnicos de Transporte Sanitario (TTS):** 348 (todos de empresa colaboradora).
- **Psicólogos/-as:** 6 (todos de empresa colaboradora).



Juny 2016

Figura 2. Distribució territorial de los recursos del SEM (2016)

2 .OBJETIVOS

2. Objetivos de la Investigación

2.1. Objetivo General:

Evaluar la percepción de tres medidas positivas de salud mental (Sentido de Coherencia, Resiliencia y Salud Mental Positiva) en los contextos laborales de los profesionales de la salud del Sistema de Emergencias Médicas de Girona.

2.2. Objetivos Específicos:

2.2.1. Identificar el sentido de coherencia, la resiliencia y la salud mental positiva de los profesionales de la salud del SEM de Girona.

2.2.2. Relacionar el Sentido de Coherencia, la Resiliencia y la Salud Mental Positiva y las características socio demográficas y laborales de los profesionales de la salud del SEM de Girona.

2.2.3. Analizar la relación entre el Sentido de Coherencia, la Resiliencia y la Salud Mental Positiva de los profesionales de la salud del SEM de Girona.

2.2.4. Examinar la fiabilidad de los instrumentos utilizados para medir el Sentido de Coherencia, la Resiliencia y la Salud Mental Positiva.

3. HIPÓTESIS

3. Hipótesis de la investigación

Hipótesis 1

Los profesionales de la salud del SEM de Girona obtienen puntuaciones elevadas en las medidas positivas de salud mental: Sentido de Coherencia, Resiliencia y Salud Mental Positiva.

Hipótesis 2

El turno laboral en los servicios de emergencias, la satisfacción laboral global y el trabajo coordinado con otras instituciones están relacionados con los niveles de sentido de coherencia, resiliencia y salud mental positiva.

Hipótesis 3

Existe correlación significativa entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios que evalúan los constructos Sentido de Coherencia, Resiliencia y Salud Mental Positiva.

Hipótesis 4

Los cuestionarios utilizados para evaluar los constructos Sentido de Coherencia, Resiliencia y Salud Mental Positiva presentan una fiabilidad con un valor α superior a .70.

4. METODOLOGÍA

4. Metodología

4.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, correlacional y psicométrico, realizado desde agosto del año 2015 a enero del 2016.

4.2. Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en la provincia de Girona. La población comprendió a los profesionales de la salud del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) de Girona, que desarrollaban su actividad principal en la región sanitaria de Girona, en los centros hospitalarios de l'Alt Empordà, el Ripollès, la Garrotxa, el Pla de l'Estany, el Baix Empordà, la Selva, el Maresme i el Gironès (Figura 3).

La población a la que se da cobertura es de 834.280 habitantes y una extensión de 5.718 km² (SEM 2014).



Figura 3. El SEM y el territorio en Girona

4.3. Población de estudio

La población de estudio estuvo formada por trabajadores del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) con las categorías profesionales siguientes: médicos, enfermeros/-as, psicólogos/-as y técnicos de transporte sanitario (TTS) que desarrollaban su actividad principal en el SEM de la región sanitaria de Girona (n: 406). No se ha aplicado ninguna técnica de muestreo puesto que se contó con la totalidad de la población.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Se incluyó a todos los profesionales del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) que desarrollaban su actividad profesional principal en la región sanitaria de Girona en el momento del estudio, que formaban parte del personal asistencial y de servicios especiales en plantilla habitual del SEM, con una experiencia igual o superior a un año y que, una vez informados del estudio aceptaron participar en él libremente.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes y/o profesionales en períodos de “reciclaje” o en prácticas y que no formaban parte de la plantilla habitual de trabajadores del SEM en el momento del estudio, y que contaban con experiencia laboral como personal asistencial en las bases del SEM inferior a un año.
- Todos aquellos profesionales que desarrollaban su función únicamente en las centrales de coordinación del SEM, en el momento del estudio.
- Todos aquellos profesionales que se encontraban en situación de baja laboral transitoria en el momento del estudio y/o de la recogida de datos.

4.4 Variables de estudio

- **Variables sociodemográficas.**

Se consideraron las siguientes variables:

- **Edad:** (valor directo).
- **Sexo:** *hombre o mujer*.
- **Convivencia:** *vive solo/-a o con familia/pareja*.
- **Cargas familiares:** *si o no*. Se considera *si* cuando hay familiares (pareja/hijos u otros) a cargo.

- **Variables laborales.**

Se consideraron las siguientes variables:

- **Categoría profesional:** *médico, enfermero/-a, técnico, psicólogo/-a*.
- **Tipo de contrato:** *contrato laboral fijo o contrato laboral eventual*.
- **Turno laboral:** *turnos de 24 horas o trabajo por turnos*.
- **Satisfacción laboral:** recoge el grado de satisfacción laboral global (*nada satisfecho/-a, poco satisfecho/-a, bastante satisfecho/-a, muy satisfecho/-a y totalmente satisfecho/-a*) en relación al trabajo asistencial. Para el tratamiento estadístico se ha asignado un número tipo escala Likert que iba del 1 al 5.
- **Colaboración con otras instituciones:** mide en qué grado el trabajo colaborativo con otras instituciones (mossos d'esquadra, policía, bomberos) "da fuerza", en el sentido positivo del término: *en absoluto, rara vez, a veces, a menudo, siempre*. Para el tratamiento estadístico se ha asignado un número tipo escala Likert que iba del 1 al 5.

- **VARIABLES REFERIDAS A LA PERSPECTIVA POSITIVA DE LA SALUD MENTAL.**

Se consideraron las siguientes variables:

- **Sentido de coherencia:** La variable *Sentido de coherencia* se entiende como la capacidad de la persona de movilizar los recursos a su alcance para afrontar las posibles situaciones de estrés. La variable está formada por el valor total del constructo y las dimensiones de *Comprensibilidad* (Capacidad de comprender la situación que se está viviendo), *Manejabilidad* (Capacidad de identificar los recursos disponibles necesarios para afrontar la situación que se está viviendo) y *Significación* (Capacidad de otorgar significado a la situación que se está viviendo).
- **Resiliencia:** La variable *Resiliencia* descrita de forma detallada en la introducción de esta tesis, se define de manera global como un constructo unidimensional que hace referencia al conjunto de capacidades que permiten a las personas prosperar ante situaciones adversas y a la capacidad de afrontamiento en situaciones de estrés.
- **Salud Mental Positiva:** La variable *Salud Mental Positiva* se define a partir del Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva (Lluch,1999), descrito de forma explícita y detallada en la introducción de esta tesis. El modelo plantea la salud mental positiva como un constructo configurado por 6 factores específicos. Así, la variable está formada por los 6 factores específicos y el valor total del constructo o nivel global de salud mental positiva.
 - Factor 1: Satisfacción personal
 - Factor 2: Actitud prosocial
 - Factor 3: Autocontrol
 - Factor 4: Autonomía
 - Factor 5: Resolución de problemas y autoactualización
 - Factor 6: Habilidades de relación interpersonal
 - Nivel global de Salud Mental Positiva

4.5. Instrumentos de medida

Para la evaluación de las variables anteriormente descritas, se configuró un cuaderno que contenía los instrumentos que se detallan a continuación (Anexo I).

Formulario ad hoc:

Formado por las variables socio demográficas y las variables laborales, con un total de 8 preguntas cerradas.

Escala de Resiliencia CD-RISC:

La *Escala de Resiliencia CD-RISC* o *The Connor Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) elaborada por Connor y Davidson (2003), es una escala diseñada para medir las cualidades de resiliencia. Fue desarrollada para la práctica clínica como medida de resiliencia y afrontamiento al estrés. La escala original contiene 25 ítems tipo Likert donde las puntuaciones elevadas indican mayor resiliencia.

En el presente estudio se ha utilizado la versión adaptada en lengua española de la escala de Resiliencia CD-RISC de 10 ítems, validada en una población de mayores entre 60 y 75 años no institucionalizados (Serrano, 2012). La escala española CD-RISC de 10 ítems evidenció que un modelo de un único factor mostraba valores aceptables de bondad de ajuste tanto en hombres como en mujeres. La consistencia interna de los ítems se realizó mediante el alfa de Cronbach que fue de 0,81 por lo que se concluyó que, la citada escala puede ser utilizada como instrumento válido y fiable para medir la resiliencia (Serrano, 2012).

La escala es autoadministrada y consta de 10 ítems estructurados en una escala sumativa de tipo Likert (1 *en absoluto*, 2 *rara vez*, 3 *a veces*, 4 *a menudo* y 5 *casi siempre*) que en su versión original se agrupan en una sola dimensión. El rango de la escala va de 10 a 50, no tiene establecido un punto de corte y a mayor puntuación mayor resiliencia.

Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+):

El constructo SMP se evaluará mediante el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) como variable única y como constructo multidimensional configurado por seis factores (Lluch,1999).

El cuestionario CSM+ está formado por 39 ítems, distribuidos de forma desigual entre los seis factores que definen el constructo: F1-Satisfacción Personal, F2- Actitud Prosocial, F3-Autocontrol, F4- Autonomía, F5- Resolución de Problemas y Autoactualización y F6- Habilidades de Relación Interpersonal (Tabla 9). Los ítems que componen el CSM+ están formulados mediante afirmaciones (positivas y negativas) y la respuesta a cada ítem se valora en una escala tipo Likert de 1 a 4 puntos, de acuerdo con el grado de frecuencia: *siempre o casi siempre (4), bastante frecuente (3), algunas veces (2), nunca o casi nunca (1)* (Anexo II). Para su corrección, los ítems negativos han de ser invertidos. Las puntuaciones, que oscilan entre un rango de 39 y 156 permiten obtener un valor de Salud Mental Positiva como medida única (con todos los ítems del cuestionario) y también valores específicos para cada factor, de forma que a mayor puntuación mayor salud mental positiva. La distribución de los ítems según factores así como los valores psicométricos de este instrumento obtenidos en diversos estudios se muestran en la tabla 8.

Tabla 8. Distribución por factores de los Ítems del CSM+ y valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global

Factores	Ítems	Valores máximos y mínimos
F1: Satisfacción personal	4*, 6, 7, 12, 14, 31, 38, 39	8 - 32
F2: Actitud prosocial	1, 3, 23*, 25*, 37*	5 - 20
F3: Autocontrol	2, 5*, 21*, 22*, 26*	5 - 20
F4: Autonomía	10, 13, 19, 33, 34	5 - 20
F5: Resolución de problemas y autoactualización	15*, 16*, 17*, 27*, 28*, 29*, 32*, 35*, 36*	9 - 36
F6: Habilidades de relación interpersonal	8, 9, 11*, 18*, 20*, 24, 30	7 - 28
CSM+ Total	1 al 39	39 - 156

Nota: * indica los Ítems negativo

Cuestionario SOC-13:

Se utilizó el cuestionario abreviado de 13 ítems del Sentido de Coherencia de Antonovsky, traducido y validado por Virués-Ortega et al. (2007). Esta versión ha sido validada en el colectivo de enfermeras (Malagón-Aguilera,2012) y utilizado también en una muestra de profesionales asistenciales de servicios de salud mental (Mantas-Jiménez et al.,2015). Las variables que permite recoger el instrumento SOC-13 son el SOC total, la dimensión de manejabilidad, la dimensión de comprensibilidad y la dimensión de significación.

El cuestionario es autoadministrado y esta formado por 13 ítems con una escala de respuesta de tipo Likert y una escala de puntuación del 1 (puntuación más baja) al 7 (puntuación más alta). El rango de puntuación total oscila entre un mínimo de 13 puntos y un máximo de 91 puntos. Existen 5 ítems que apuntan en dirección negativa que deben invertirse antes de la suma de puntuaciones y del análisis estadístico. Estos ítems son 1, 2, 3, 7 y 10, respectivamente. Las puntuaciones obtenidas expresan la fortaleza en el sentido de coherencia de la persona, siendo ésta mayor cuanto más alta es la puntuación obtenida.

El cuestionario recoge las tres dimensiones teóricas que configuran el SOC: *Manejabilidad*, medida por los ítems 3,5,10 i 13 del cuestionario. Las puntuaciones oscilan entre 4 y 28 (tabla 9). A mayor puntuación mayor manejabilidad.

Comprensibilidad, medida por los ítems 2, 6, 8, 9 y 11 del cuestionario. Las puntuaciones oscilan entre 5 y 35 (tabla 9). A mayor puntuación mayor comprensibilidad.

Significación, medida por los ítems 1, 4, 7 y 12 del cuestionario. Las puntuaciones oscilan entre 4 y 28 (tabla 9). A mayor puntuación mayor significación.

El cuestionario permite obtener puntuaciones de cada una de ellas y relacionarlas con la salud de las personas. El SOC ha demostrado ser una

variable asociada a resultados de salud tanto en muestras clínicas como no clínicas.

Tabla 9. Distribución por factores de los Ítems del SOC y valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global

Factores	Ítems	Valores máximos y mínimos
Comprensibilidad	2*, 6, 8, 9, 11	5 - 35
Manejabilidad	3*, 5, 10*, 13	4 - 28
Significabilidad	1*, 4, 7*, 12	4 - 28
SOC-13 Total	1 al 13	13 - 91

Nota: * indica los ítems negativos

4.6. Procedimiento de la recogida de datos

En primer lugar, se presentó el proyecto de investigación a la dirección territorial del SEM de Girona y se solicitó autorización al Comité de Ética en Investigación Clínica del SEM según protocolo establecido, para la implementación del proyecto.

Una vez recibido el informe favorable y obtenidas las autorizaciones de las direcciones sanitarias del SEM de Girona, se programó una presentación del proyecto personalmente en cada una de las bases asistenciales. La presentación del proyecto de investigación incluyó la explicación del mismo, los objetivos, los instrumentos de medida, el consentimiento informado así como la dinámica para proceder a la distribución de los cuadernos de recogida de datos. En cada ejemplar o cuaderno se informó a los participantes sobre la voluntariedad de participación, el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Los cuestionarios de recogida de datos (que incluían todos los instrumentos de la investigación) se depositaron durante el mes de septiembre del año 2015 en las bases asistenciales del SEM de Girona: Alt Empordà (Hospital de Figueres), el Ripollès (Hospital de Campdevànol) , la Garrotxa (Hospital d'Olot i Comarcal

de la Garrotxa) , el Pla de l' Estany (Consorti de Transport Sanitari de Catalunya), el Baix Empordà (Hospital de Palamós), la Selva (Hospital Comarcal de Blanes), el Maresme (Hospital comarcal Sant Jaume de Calella) y el Girones (Hospital Sta. Caterina i Hospital Universitari Dr. J. Trueta). La recogida de los mismos se realizó personalmente y finalizó durante la segunda quincena del mes de octubre del mismo año.

4.7. Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables socio demográficas, laborales y las variables referidas a la perspectiva positiva de la salud mental (sentido de coherencia, resiliencia y salud mental positiva). Para las variables cuantitativas, se obtuvieron los valores de tendencia central: medianas, desviación estándar (DE), valores máximos y mínimos así como también asimetría, curtosis, porcentaje de respuesta máxima y mínima y rango. Para la descripción de las variables cualitativas, se calculó la frecuencia y el porcentaje para cada una de las categorías.

Se utilizó la prueba t de Student o el test de U Mann Whitney en las variables cuantitativas para muestras independientes y la prueba ANOVA de un factor para comparar las puntuaciones medias entre grupos en caso de variables continuas. La prueba de Chi-cuadrado de Pearson, o la prueba exacta de Fisher, fueron utilizadas para analizar las variables cualitativas.

Para evaluar la relación entre los constructos de Sentido de Coherencia, Resiliencia y SM+ y entre los factores y dimensiones se utilizó la correlación de Pearson, con una correlación significativa de 0,01 (bilateral).

Para el estudio de la fiabilidad de los cuestionarios SOC, CD-RISC y CSM+, se realizó un análisis de la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach: sus valores están comprendidos entre 0 y 1 aceptando que el valor ha de ser igual o superior a 0.70 para considerar que un instrumento tiene una buena consistencia interna (Nunnally y Bernstein, 1994).

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows. En todos los casos, el nivel de significación (p) considerado, fue menor de 0,05.

4.8. Aspectos éticos

Para la realización del estudio de forma garantizada y respetando los principios éticos propios del manejo de datos de personas ajenas, se presentó el proyecto de estudio a la dirección general del SEM de Catalunya, solicitando los permisos pertinentes, de acuerdo con el *Procediment de sol·licitud de projectes de recerca del SEM*. El proyecto fue aprobado por la comisión de Ética en Investigación Clínica del SEM y se obtuvo respuesta afirmativa para llevar a cabo el estudio de investigación (Anexo VI).

Asimismo, a todos los participantes se les entregó junto al cuaderno de los instrumentos de recogida de datos, una hoja informativa del estudio y el consentimiento informado. Se declaró sobre la posibilidad de abandonar la participación en el estudio en cualquier momento con plena libertad de decisión, de manera libre y absolutamente voluntaria (Anexo V).

5. RESULTADOS

5.Resultados

El total de profesionales de la salud del SEM que desarrollan su actividad asistencial en las comarcas de Girona son 493, siendo la tasa de respuesta del presente estudio de 82,35% (n= 406).

A continuación se presentan las características sociodemográficas y laborales de la muestra estudiada.

5.1.Características sociodemográficas y laborales de la muestra de estudio.

En la tabla 10 se describen las principales características sociodemográficas y laborales de los 406 profesionales de la salud del SEM que configuraron la muestra de nuestro estudio. Tal y como se puede observar, la media de edad fue de 38,2 años (DE 7,5), siendo el 66,3% hombres. Un 83,5% convivían en pareja y/o familia en el momento del estudio y la mayoría de ellos/-as (63,3%) tenían familiares a su cargo.

Respecto a la categoría profesional, el porcentaje más elevado de participación fueron técnicos (49,3%), seguido de los enfermeros/-as (39,2%), médicos (10,1%) y, por último, los psicólogos/-as, que representaron un 1% del total. En relación al tipo de contrato, un 88,4% de los profesionales tenían un contrato fijo frente a un 9,6% de los profesionales del SEM que tenían un contrato eventual y un 39,4% que trabajaban en turnos rotatorios, en el momento del estudio.

Por otra parte, un 46,8% de la población, manifestaron estar muy satisfechos respecto al grado de satisfacción laboral global mientras que un 0,7% indicaron estar nada satisfechos. Asimismo, sólo un 3,4% respondieron que colaborar con compañeros/-as de otras instituciones (*mossos d'esquadra, policia, bomberos, psicólogos, etc.*) no les “daba fuerza” en absoluto, frente a un 40,1% que respondieron que colaborar con otros compañeros/-as, a menudo les “daba fuerza”.

Tabla 10. Características sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud del SEM (n=406)

Características	n	%
Edad en años	38.2 (DE 7.5)	
Sexo		
Mujeres	134	33.0
Hombres	269	66.3
Convivencia		
Solo	65	16.0
Con pareja y/o familia	339	83.5
Familiares a su cargo		
Si	257	63.3
No	139	34.2
Categoría profesional		
Médico	41	10.1
Enfermero/a	159	39.2
Técnico	200	49.3
Psicólogo /a	4	1.0
Tipo de contrato		
Fijo	359	88.4
Eventual	39	9.6
Turno de trabajo		
24 horas	139	34.2
Por turnos	160	39.4
NS / NC	299	26.4
Grado de satisfacción laboral		
Nada satisfecho/a	3	0.7
Poco satisfecho/a	20	4.9
Bastante satisfecho/a	141	34.7
Muy satisfecho/a	190	46.8
Total satisfecho/a	39	9.6
Trabajar con otros compañeros/-as "me da fuerza"		
En absoluto	14	3.4
Rara vez	28	6.9
A veces	125	30.8
A menudo	163	40.1
Siempre	64	15.8

DE: Desviación estándar

5.2. Niveles de Salud Mental Positiva, Sentido de Coherencia y Resiliencia.

En la tabla 11 se muestran los resultados de los estadísticos descriptivos obtenidos en los cuestionarios SOC, CSM+ y CD-RISC respectivamente, donde se puede observar que los profesionales de la salud del SEM de Girona presentan una puntuación media total del SOC del 67,8 (DE 10,7).

Respecto al CSM+, se puede observar que la media total de CSM+ en los profesionales de la salud del SEM es de 131,8 (DE 13,3) y la puntuación obtenida en la escala CD-RISC es de 40,6 (DE 5,0).

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de los Cuestionarios SOC, CSM+ y la escala CD-RISC

Cuestionario	Rango	Minimo	Maximo	Media	DE
SOC					
Comprensibilidad	30	5	35	24.5	4.9
Manejabilidad	24	4	28	20.5	3.8
Significabilidad	24	4	28	22.7	3.8
Total SOC	78	13	91	67.8	10.7
CSM+					
F1: Satisfacción Personal	24	8	32	28.0	3.3
F2: Actitud Prosocial	15	5	20	17.1	2.0
F3: Autocontrol	14	6	20	16.4	2.6
F4: Autonomía	15	5	20	16.7	2.3
F5: Resolución de problemas y Autoactualización	27	9	36	30.7	4.1
F6: Habilidades de relación interpersonal	21	7	28	22.5	3.0
Total CSM+	114	40	154	131.8	13.3
CD-RISC					
Total CD-RISC	31	19	50	40.6	5.0

SOC: Cuestionario Sentido de Coherencia; CSM+: Cuestionario Salud Mental Positiva; DE: Desviación Estándar

5.3 Relación entre el nivel de Salud Mental Positiva, el Sentido de Coherencia y la Resiliencia y las variables sociodemográficas y laborales.

5.3.1 Relación entre el nivel de Salud Mental Positiva (global y por factores) y variables sociodemográficas y laborales.

Tal y como se ha indicado en el apartado de metodología, para evaluar el nivel de Salud Mental Positiva, se utilizó el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) de Lluch (1999).

Al analizar la relación entre el CSM+ global y sus subescalas o factores (F1-Satisfacción personal, F2-Actitud prosocial, F3-Autocontrol, F4- Autonomía, F5- Resolución de problemas y autoactualización y F6-Habilidades de relación interpersonal) con las variables socio demográficas y laborales de los profesionales de la salud del SEM, se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla 12. A continuación se destacan los aspectos más relevantes.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,044$) en la variable “**categoría profesional**” y el factor F4- Autonomía. Así, los técnicos mostraron mayor seguridad y confianza en la capacidad de tener criterios propios que los médicos, enfermeros/-as y psicólogos/-as.

En cuanto a la variable “**grado de satisfacción laboral global**”, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas del CSM+ así como en la puntuación total del CSM+. Concretamente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,001$) para los factores F1, F2, F4, F5, F6 y para el total del CSM+ y una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,046$) para el factor F3-Autonomía. En este sentido, los profesionales de la salud del SEM que indicaron tener un mayor grado de satisfacción laboral (muy satisfechos y totalmente satisfechos) también manifestaron percibir con mayor frecuencia satisfacción con la vida personal y una perspectiva optimista de futuro (F1), una actitud de ayuda hacia los demás (F2), capacidad de afrontamiento delante de situaciones de estrés

y/o conflictivas (F3), seguridad personal, capacidad de adaptarse a los cambios (F4) así como capacidad para establecer relaciones interpersonales(F6).

Respecto a la variable **“trabajar con otros compañeros me da fuerza”** se encontraron diferencias estadísticamente significativas con los factores F1 ($p=0,008$), F2 ($p=0,001$), F6 ($p=0,001$) y el total del CSM+ ($p=0,004$). La muestra estudiada mostró mayoritariamente que cuando perciben que “trabajar con otros compañeros les da fuerza”, guarda relación con una frecuencia mayor (siempre o casi siempre) en sentir satisfacción personal, mantener una actitud de ayuda hacia los demás y mostrar más habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales.

Respecto a las variables **“tipo de contrato”** y **“turno laboral”** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los valores de $p>0,05$ indicaron que no se encontró relación entre el total del CSM+ y tener un contrato laboral fijo o eventual ($p=0.333$) o turnos laborales de 24 horas o trabajar por turnos ($p=0.143$). Asimismo, tampoco hubieron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de salud mental positiva por factores y las variables tipo de contrato y turno laboral.

En cuanto a las puntuaciones medias del CSM+ por factores y CSM+total, según las variables socio demográficas y laborales analizadas y para un nivel de significación estadística del 95%, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las mujeres y los factores F4 ($p=0,0162$) y F5 ($p=0.0482$), es decir, obtuvieron niveles de autonomía más altos que los hombres así como mayor capacidad de resolución de problemas y autoactualización.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el factor F1($p=0,0122$) y la convivencia: se obtuvieron niveles más altos de satisfacción personal en las personas que declararon vivir con familia y/o pareja.

Tabla 12. Relación entre características sociodemográficas y laborales con el cuestionario CSM+

	n	F1-Satisfacción personal		F2-Actitud prosocial		F3-Autocontrol		F4-Autonomía		F5-Resolución de problemas y autoactualización		F6-Habilidades de relación interpersonal		TOTAL CSM+	
		Mean (DE)	p	Mean (DE)	p	Mean (DE)	p	Mean (DE)	p	Mean (DE)	p	Mean (DE)	p	Mean (DE)	p
Edad	403	F=-.099	.0471	F=-.047	.350	F=-.055	.273	F=-.071	.153	F=-.114	.022	F=-.089	.076	F=-.112	.025
Sexo															
mujeres	134	27.6 (3.3)	.303	16.9 (2.1)	.6742	16.7 (2.6)	.498	16.9 (2.2)	.0162	30.5 (4.5)	.0482	22.3 (3.0)	.8372	131.8 (14.1)	.7672
hombres	269	28.3 (3.3)		17.7 (1.9)		16.0 (2.4)		16.3 (2.5)		31.1 (3.1)		23.0 (2.8)		131.9 (11.6)	
Convivencia															
solo	66	27.2 (4.3)	.012	17.1 (2.3)	.7162	16.4 (2.5)	.333	16.8 (3.0)	.1332	31.5 (4.1)	.3932	22.5 (3.2)	.8672	131.6 (15.8)	.9892
con Pareja y/o con familia	339	28.2 (3.1)		17.2 (2.0)		16.5 (2.6)		16.7 (2.2)		30.6 (4.1)		22.6 (2.9)		131.9 (12.8)	
Familiares a su cargo															
si	257	27.9 (3.4)	.767	17.1 (2.2)	.3192	16.4 (2.6)	.830	16.5 (2.4)	.0982	30.4 (4.4)	.1582	22.5 (3.2)	.1672	131.1 (14.0)	.3442
no	139	28.2 (3.2)		17.2 (1.9)		16.5 (2.5)		17.1 (2.1)		31.2 (3.5)		22.6 (2.6)		133.0 (11.7)	
Categoría profesional															
Médico	41	27.8 (3.0)	.908	17.4 (1.6)	.3993	16.3 (2.1)	.309	15.9 (2.4)	.0443	29.9 (3.3)	.2163	22.4 (2.6)	.3053	129.7 (9.7)	.2903
Enfermero/a	159	28.0 (3.0)		17.1 (2.0)		16.2 (2.5)		16.6 (2.1)		30.4 (4.0)		22.4 (2.8)		130.9 (12.4)	
Técnico	200	28.1 (3.5)		17.1 (2.2)		16.7 (2.7)		17.0 (2.4)		31.0 (4.4)		22.7 (3.2)		132.9 (14.4)	
Psicólogo/a	4	28.7 (3.8)		18.7 (1.2)		16.0 (2.4)		16.5 (1.2)		32.5 (1.2)		25.0 (1.8)		137.5 (3.3)	
Tipo de contrato															
fijo	359	28.0 (3.4)	.473	17.1 (2.1)	.148	16.4 (2.6)	.961	16.7 (2.4)	.783	30.7 (4.2)	.556	22.5 (3.0)	.142	131.6 (13.6)	.333
eventual	30	28.4 (2.9)		17.6 (1.8)		16.4 (2.3)		16.8 (1.7)		31.1 (3.2)		23.2 (2.6)		133.7 (9.5)	
Turno laboral															
24 horas	139	28.3 (3.1)	.127	17.2 (1.9)	.471	16.6 (2.5)	.078	16.6 (2.3)	.918	30.7 (3.6)	.432	22.8 (2.8)	.083	132.4 (11.9)	.143
Por turnos	160	27.7 (3.5)		17.0 (2.2)		16.1 (2.7)		16.6 (2.3)		30.3 (4.7)		22.2 (3.2)		130.1 (14.6)	
NS / NC	107														
Grado de satisfacción laboral															
Nada satisfecho/a	3	17.3 (9.0)	.000	13.6 (7.5)	.0003	13.0 (6.2)	.046	14.0 (7.9)	.0393	26.0 (14.7)	.0563	16.3 (8.0)	.0003	100.3 (52.3)	.0003
Poco satisfecho/a	20	26.1 (5.1)		15.9 (3.1)		15.6 (3.2)		16.6 (3.1)		29.1 (6.6)		21.4 (3.6)		124.8 (21.8)	
Bastante satisfecho/a	141	27.9 (2.8)		17.1 (1.7)		16.4 (2.2)		16.4 (2.3)		30.6 (3.5)		22.3 (2.8)		131.0 (11.0)	
Muy satisfecho/a	190	28.5 (2.7)		17.4 (1.8)		16.5 (2.5)		17.0 (2.2)		31.1 (3.5)		22.9 (2.6)		133.6 (10.6)	
Total satisfecho/a	39	29.2 (2.7)		17.1 (2.1)		17.0 (2.7)		17.2 (2.3)		31.1 (5.0)		23.5 (2.9)		135.4 (13.1)	
TC "me da fuerza"															
En absoluto	14	25.4 (6.7)	.008	15.0 (3.8)	.0003	15.6 (3.6)	.222	17.0 (4.1)	.4533	28.5 (7.8)	.0913	20.4 (5.2)	.0003	122.0 (28.9)	.0043
Rara vez	28	27.9 (2.7)		16.6 (2.0)		16.6 (2.1)		17.3 (2.2)		30.6 (3.5)		22.2 (3.5)		131.4 (12.6)	
A veces	125	28.0 (2.8)		17.0 (1.8)		16.1 (2.5)		16.8 (2.3)		30.4 (3.5)		22.4 (2.7)		130.9 (11.0)	
A menudo	163	28.2 (3.0)		17.4 (1.7)		16.5 (2.4)		16.5 (2.3)		31.2 (3.2)		22.5 (2.6)		132.7 (10.4)	
Siempre	64	28.8 (3.2)		17.6 (2.3)		16.9 (2.9)		17.0 (2.1)		31.1 (5.7)		24.0 (2.7)		135.6 (15.0)	

CSM+: Cuestionario de Salud Mental Positiva; TC "me da fuerza": Trabajar con otros compañeros "me da fuerza"; DE: Desviación Estándar; p: nivel de significación; 1: Coeficiente de correlación de Pearson; 2: t de Student Fisher; 3: ANOVA.

5.3.2 Relación entre el Sentido de Coherencia (global y por dimensiones) y variables sociodemográficas y laborales.

Tal y como se ha indicado en el apartado de metodología, el Sentido de Coherencia se evaluó mediante el cuestionario abreviado de 13 ítems de Antonovsky, traducido y validado por Virués-Ortega et al. (2007). Los resultados se muestran en la tabla 13.

Tabla 13. Relación entre características sociodemográficas y laborales con el cuestionario SOC

Características	n	Comprensibilidad		Manejabilidad		Significabilidad		Total	
		Mean (DE)	p	Mean (DE)	p	Mean (DE)	p	Mean (DE)	p
Edad en años	403	r: -.116	.019	r: -.108	.030	r: -.006	.911	r: -.095	.057
Sexo									
Mujeres	134	24.5 (4.1)	.0761	20.2 (3.8)	.7051	23.2 (3.3)	.2591	68.0 (9.6)	.4941
Hombre	269	24.6 (5.3)		20.6 (3.9)		22.5 (3.9)		67.8 (4.1)	
Convivencia									
Solo	65	24.2 (5.7)	.0341	20.0 (4.2)	.4471	22.1 (4.5)	.1281	66.4 (12.6)	.2271
Con pareja y/o familia	339	24.7 (4.7)		20.6 (3.8)		22.9 (3.6)		68.2 (10.3)	
Familiares a su cargo									
Si	257	24.8 (4.8)	.3921	20.7 (4.5)	.1541	23.0 (3.6)	.5951	68.5 (10.4)	.2981
No	139	24.2 (5.1)		20.1 (4.2)		22.3 (3.6)		66.7 (11.2)	
Categoría profesional									
Médico	41	25.5 (3.9)	.6452	20.8 (4.0)	.9202	22.9 (3.2)	.9822	69.3 (8.9)	.8352
Enfermero/a	159	24.5 (4.8)		20.5 (4.1)		22.6 (4.0)		67.7 (11.2)	
Técnico	200	24.4 (5.2)		20.4 (3.7)		22.7 (3.6)		67.6 (10.7)	
Psicólogo /a	4	24.2 (2.6)		21.2 (2.6)		23.0 (4.2)		68.5 (8.1)	
Tipo de contrato									
Fijo	359	24.6 (5.1)	.0421	20.5 (3.8)	.8691	22.7 (3.7)	.8501	67.9 (10.8)	.4441
Eventual	39	24.5 (3.3)		20.2 (4.1)		22.6 (4.0)		67.3 (9.8)	
Turno de trabajo									
24 horas	139	25.0 (4.6)	.3672	20.6 (3.6)	.7872	23.2 (3.3)	.0172	68.8 (9.9)	.1712
Por turnos	160	24.5 (4.8)		20.4 (3.7)		22.1 (4.0)		67.2 (10.6)	
NS / NC	107								
Grado de satisfacción laboral global									
Nada satisfecho/a	3	11.0 (7.0)	.0002	12.3 (2.5)	.0002	14.6 (9.0)	.0002	38.0 (17.3)	.0002
Poco satisfecho/a	20	22.0 (5.8)		17.1 (5.0)		19.6 (5.0)		58.7 (14.0)	
Bastante satisfecho/a	141	24.3 (4.6)		20.2 (3.5)		21.8 (3.8)		66.4 (9.7)	
Muy satisfecho/a	190	25.1 (4.4)		21.1 (3.3)		23.5 (3.0)		69.7 (9.2)	
Total satisfecho/a	39	26.1 (5.2)		21.7 (4.1)		24.5 (3.6)		72.5 (10.4)	
TC "me da fuerza"									
En absoluto	14	21.5 (7.4)	.1172	18.1 (5.6)	.1632	19.6 (5.4)	.0002	59.3 (16.6)	.0092
Rara vez	28	25.0 (3.8)		20.2 (4.2)		21.1 (4.1)		66.3 (10.4)	
A veces	125	24.5 (4.8)		20.7 (3.4)		22.5 (3.5)		67.8 (9.7)	
A menudo	163	24.6 (4.7)		20.6 (3.4)		22.9 (3.4)		68.3 (9.7)	
Siempre	64	25.4 (4.9)		20.8 (4.6)		24.1 (4.1)		70.4 (11.8)	

SOC-13: cuestionario de Sentido de Coherencia. TC "me da fuerza": Trabajar con otros compañeros "me da fuerza". DE: Desviación Estándar ; p: nivel de significación; 1: t de Student Fisher; 2: ANOVA

A continuación se destacan los aspectos más relevantes, por dimensiones y de forma global.

Comprensibilidad

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la variable **“tipo de contrato”** ($p= 0,042$) y con la variable **“grado de satisfacción laboral global”** ($p= 0,001$). Los profesionales de la salud del SEM que se encontraban en una situación laboral fija en el momento del estudio tenían con mayor frecuencia una “comprensión “ acerca de cuanto acontece a su alrededor, percibiendo siempre o casi siempre los estímulos de forma clara y estructurada. Asimismo, la muestra estudiada indicó mayor grado de satisfacción laboral global (totalmente satisfechos y muy satisfechos) en relación a la comprensibilidad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la categoría profesional, el tipo de contrato, el turno de trabajo y el hecho de trabajar o no con otros compañeros.

Manejabilidad

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la variable **“grado de satisfacción laboral global”** ($p=0,001$), en el sentido de que los profesionales de la salud del SEM que indicaron estar muy satisfechos laboralmente tenían con mayor frecuencia capacidad para entender que los recursos adecuados para satisfacer las demandas del entorno se encuentran disponibles o bajo control, que los profesionales que indicaron no estar satisfechos laboralmente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la categoría profesional, el turno de trabajo y el hecho de trabajar con otros compañeros.

Significabilidad

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la variable **“turno laboral”** ($p= 0,017$), presentando menos significabilidad (valor que la persona atribuye a lo que sucede) los profesionales que trabajan por turnos que los que trabajan 24 horas. También existieron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$) en el **“grado de satisfacción laboral global”** y en la variable **“trabajar con otros compañeros me da fuerza”**, en la línea de que

los profesionales con mayor satisfacción laboral global y aquellos que manifestaron que trabajar con otros compañeros siempre les da fuerza, tenían más significabilidad, es decir, experimentaban con mucha más frecuencia el hecho de atribuir valor a todo aquello que les acontece en su vida cotidiana. No hubo diferencias estadísticamente significativas según la categoría profesional y el tipo de contrato.

SOC total

Al analizar el SOC total en relación al **“grado de satisfacción laboral global”**, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el sentido de que a mayor satisfacción laboral global mayor SOC o sentido de coherencia, con una $p=0,001$. Asimismo, los profesionales de la salud del SEM que indicaron que **“trabajar con otros compañeros siempre les daba fuerza”**, presentaron mayor SOC total en relación a los que indicaron que trabajar con otros compañeros rara vez les daba fuerza, con una $p=0,009$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la categoría profesional, el tipo de contrato y el turno laboral.

5.3.3 Relación entre Resiliencia y variables sociodemográficas y laborales.

Tal y como se ha indicado en el apartado de metodología, la variable Resiliencia se evaluó mediante la versión adaptada en lengua española de la escala de Resiliencia CD-RISC de 10 ítems, validada en una población de mayores entre 60 y 75 años no institucionalizados (Serrano, 2012). Los resultados se muestran en la tabla 14. A continuación se destacan los aspectos más relevantes. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para todas las variables laborales: “categoría profesional”, “tipo de contrato”, “turno laboral”, “grado de satisfacción laboral global” y “trabajar con otros compañeros me da fuerza”. Los profesionales de la salud del SEM que presentaron mayor resiliencia (resistencia al estrés) fueron los técnicos ($p=0,004$), los que tenían un contrato fijo en relación a los eventuales ($p=0,035$) y los que trabajaban por turnos en relación a los que trabajaban 24h ($p=0,029$). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los profesionales de la salud del SEM que estaban totalmente satisfechos/-as a nivel laboral global con los que

no estaban satisfechos/-as ($p=0,001$). Finalmente, los profesionales de la salud del SEM que indicaron que trabajar con otros compañeros siempre les daba fuerza frente a los profesionales de la salud del SEM que indicaron que trabajar con otros compañeros/-as no les daba fuerza en absoluto ($p= 0,003$).

Tabla 14. Relación de características sociodemográficas y laborales con la escala CD-RISC

Características	n	Mean	DE	p
Edad en años	406	r: -.098		.050
Sexo				
Mujeres	134	40.2	5.0	.6811
Hombre	269	40.7	5.0	
Convivencia				
Solo/-a	66	40.8	5.4	.7301
Con pareja y/o familia	340	40.5	4.9	
Familiares a su cargo				
Si	263	40.4	5.1	.7641
No	143	41.0	4.8	
Categoría profesional				
Médico	41	39.2	4.8	.0042
Enfermero/-a	159	39.7	4.8	
Técnico	200	41.4	5.1	
Psicólogo /-a	4	40.2	2.5	
Tipo de contrato				
Fijo	359	40.5	5.1	.0351
Eventual	39	40.8	3.7	
Turno de trabajo				
24 horas	139	41.1	4.8	.0292
Por turnos	160	39.8	5.2	
NS / NC	103			
Grado de satisfacción laboral				
Nada satisfecho/-a	3	34.0	13.0	.0012
Poco satisfecho/-a	20	38.2	8.5	
Bastante satisfecho/-a	141	39.9	4.8	
Muy satisfecho/-a	190	40.9	4.5	
Total satisfecho/-a	39	42.3	3.9	
TC " me da fuerza"				
En absoluto	14	37.7	9.0	.0032
Rara vez	28	41.2	4.3	
A veces	125	39.6	4.7	
A menudo	163	40.8	4.6	
Siempre	64	42.1	5.1	

CD-RISC: Escala de Resiliencia; DE: Desviación Estándar ; p: nivel de significación; 1: t de Student Fisher; 2: ANOVA . TC "me da fuerza":

5.4. Relación entre Sentido de Coherencia, Resiliencia y Salud Mental Positiva en la muestra de estudio.

Salud Mental Positiva y Sentido de Coherencia

La correlación entre los constructos Salud Mental Positiva (SM+) evaluado a través del CSM+ y el Sentido de Coherencia evaluado a través del SOC, a nivel global fue de 0.579 (ver tabla 15). El sentido positivo de la correlación indica que, a mayor SM+, mayor sentido de coherencia y viceversa (figura 4).

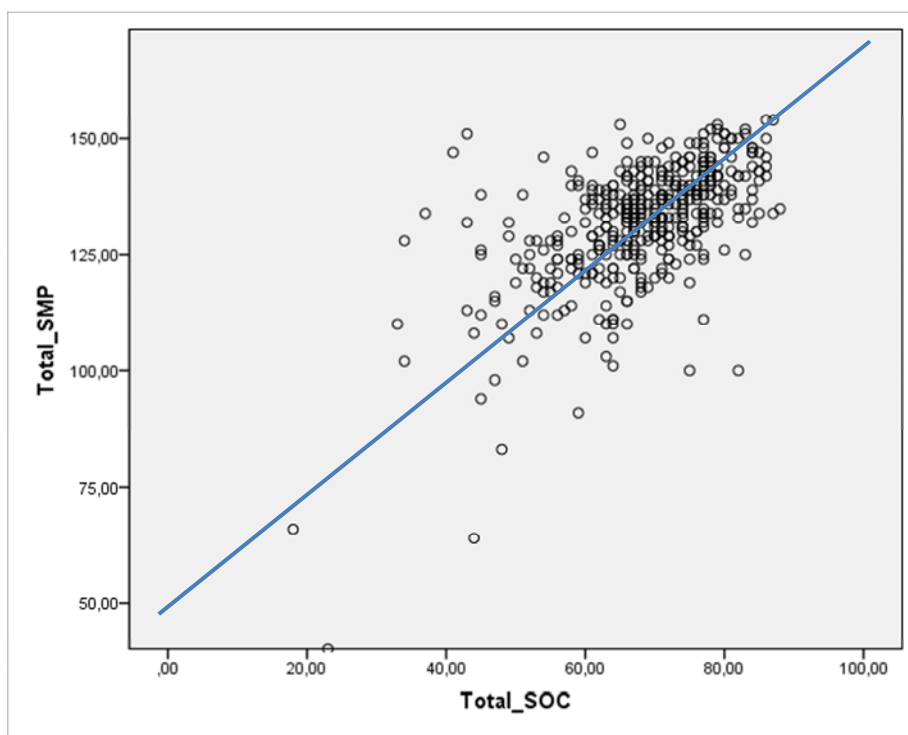


Figura 4. Correlación entre CSM+ total y SOC total

Al analizar la relación entre los factores específicos de SM+ y las tres dimensiones del SOC, se puede observar en la tabla 15 que todos los factores/dimensiones correlacionaron positivamente. La correlación osciló entre 0.22 del factor *F2-Actitud prosocial* y la dimensión *Comprensibilidad* hasta la correlación más elevada que fue de 0.51 en el factor *F2- Actitud prosocial* y la dimensión *Significabilidad*.

Tabla 15. Correlaciones entre CSM+ y SOC

Factores	Comprensibilidad	Manejabilidad	Significabilidad	Total SOC
Factor 1 (F1) Satisfacción personal	.415	.485	.486	.470
Factor 2 (F2) Actitud prosocial	.221	.322	.519	.343
Factor 3 (F3) Autocontrol	.438	.428	.416	.494
Factor 4 (F4) Autonomía	.292	.262	.314	.304
Factor 5 (F5) Resolución de problemas y autoactualización	.382	.348	.477	.446
Factor 6 (F6) Habilidades de relación interpersonal	.272	.274	.472	.364
TOTAL CSM+	.498	.477	.600	.579

CSM+: Cuestionario Salud Mental Positiva SOC: Sentido de Coherencia. *Todas las correlaciones son significativas. Nivel de significación $p < 0,01$

Salud Mental Positiva y Resiliencia

Por otra parte, la correlación entre los constructos SM+ y la Resiliencia (escala CD-RISC) a nivel global fue de 0.501 (ver tabla 16). El sentido positivo de la correlación indica que, a mayor SM+, mayor resiliencia y viceversa (figura 5).

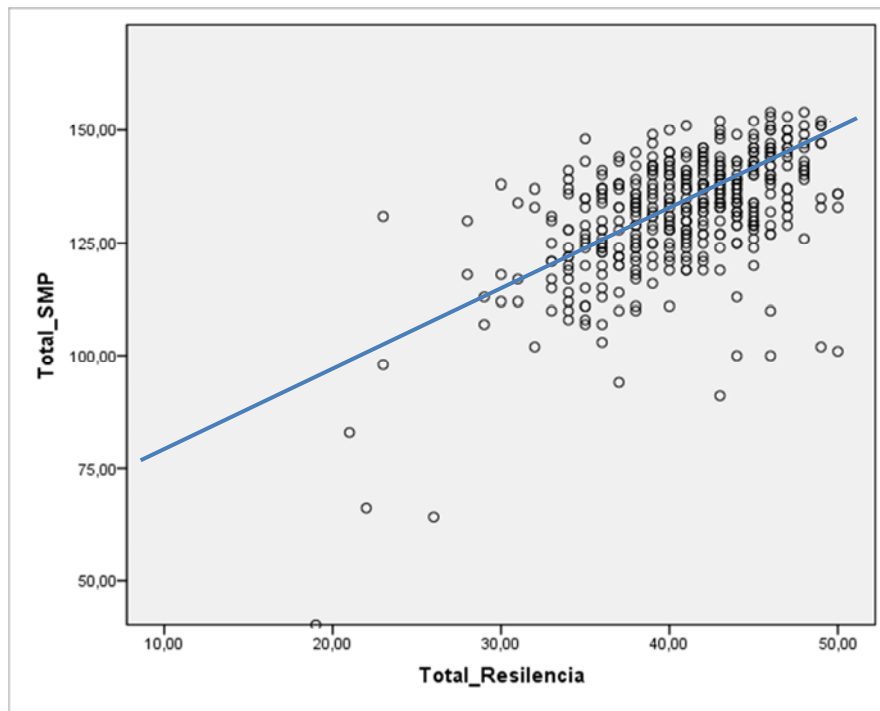


Figura 5. Correlación entre CSM+ total y Resiliencia

Del análisis de la relación entre los factores de SM+ y la Resiliencia se puede observar en la tabla 16 que todos los factores correlacionaron positivamente con el CD-RISC. La correlación osciló entre 0.25 del factor *F2-Actitud prosocial* hasta la correlación más elevada que fue de 0.52 del factor *F5-Resolución de problemas y autoactualización*.

Tabla 16. Correlaciones CSM+ y Resiliencia

Factores CSM+	Resiliencia CD-RISC	
	r	p
Factor 1 (F1) Satisfacción personal	.278	.0001
Factor 2 (F2) Actitud prosocial	.258	.0001
Factor 3 (F3) Autocontrol	.463	.0001
Factor 4 (F4) Autonomía	.296	.0001
Factor 5 (F5) Resolución de problemas y actualización	.523	.0001
Factor 6 (F6) Habilidades de relación interpersonal	.300	.0001
TOTAL CSM+	.501	.0001

*Todas las correlaciones son significativas. Nivel de significación $p < 0,01$

Sentido de Coherencia y Resiliencia

La correlación entre los constructos SOC y la resiliencia CD-RISC a nivel global fue de 0.362 (tabla 17). El sentido positivo de la correlación indica que, a mayor sentido de coherencia, mayor resiliencia y viceversa (figura 6).

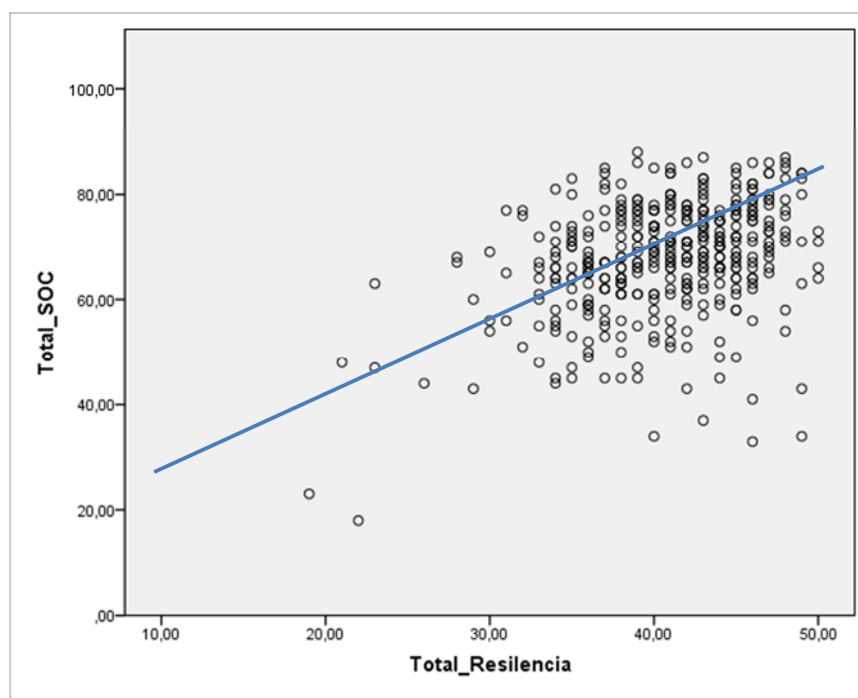


Figura 6. Correlación entre SOC total y Resiliencia

Al analizar la relación entre las dimensiones del SOC y la resiliencia CD-RISC, se puede observar en la tabla 17 que todas las dimensiones correlacionaron positivamente con el CD-RISC. La correlación osciló entre 0.23 de la dimensión *Manejabilidad* hasta la correlación más elevada que fue de 0.40 de la dimensión *Significabilidad*.

Tabla 17. Correlaciones SOC y Resiliencia

Dimensiones SOC	Resiliencia CD-RISC	
	r	p
COMPENSIBILIDAD	.291	.0001
MANEJABILIDAD	.231	.0001
SIGNIFICABILIDAD	.406	.0001
TOTAL SOC	.362	.0001

*Todas las correlaciones son significativas. Nivel de significación $p < 0,01$

5.5. Análisis psicométrico de los cuestionarios Sentido de Coherencia, Resiliencia y Salud Mental Positiva en los profesionales que trabajan en el ámbito de las emergencias.

Cuestionario de Salud Mental Positiva

Análisis de ítems del CSM+

Tal y como se ha mencionado anteriormente, recordamos que la puntuación total del CSM+ va de 39 puntuación mínima hasta 156 puntuación máxima. La puntuación total media obtenida por los profesionales en el CSM+ fue de 131.87 puntos (DE 13.3), con un valor mínimo de 40 y un valor máximo de 154 puntos. La distribución fue leptocúrtica con una asimetría negativa, con una gran concentración de valores alrededor de la media obtenida tal y como se puede observar en el histograma (figura 7).

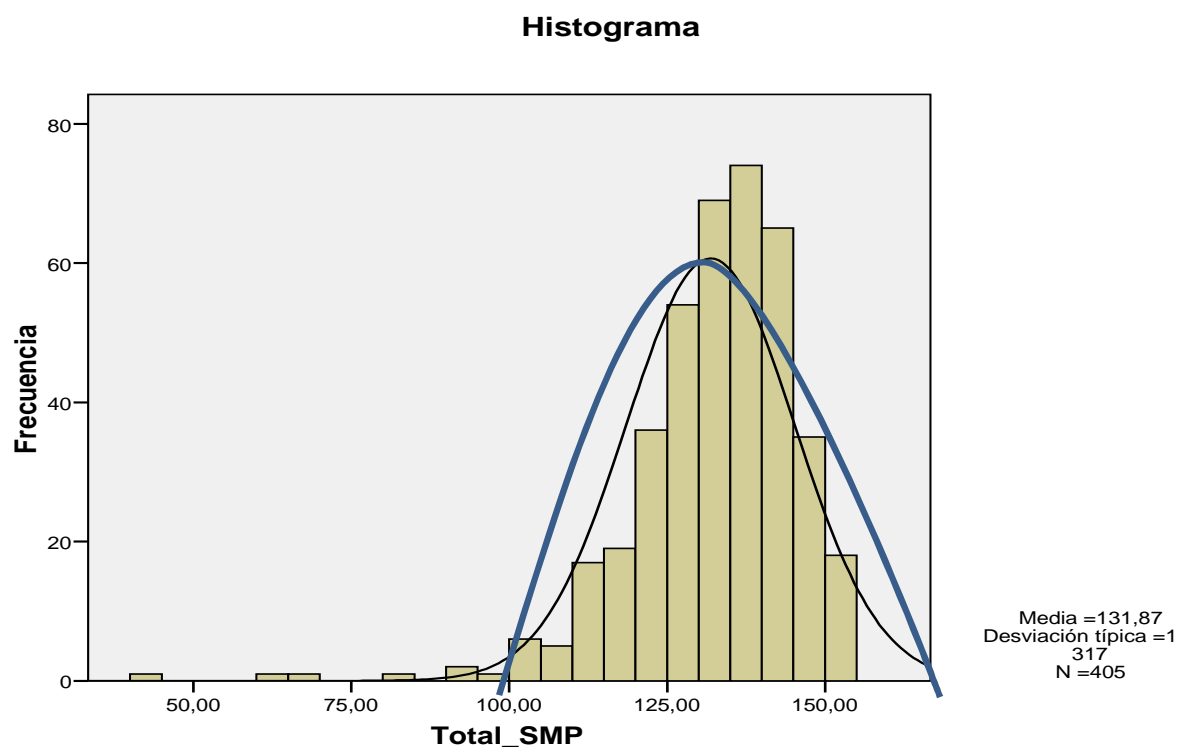


Figura 7. Histograma de frecuencias de la puntuación total CSM+

En las tablas 18 a 23 se muestran los valores de tendencia central, variabilidad, asimetría, curtosis y el porcentaje de respuesta mínima y máxima para cada uno de los 39 ítems del CSM+.

Los valores de tendencia central, variabilidad, asimetría, curtosis y el porcentaje de respuesta mínima y máxima para cada uno de los 6 factores del CSM+ y de cada uno de los 39 ítems se muestran en las *tablas 20,21,22,23,24* y 25. En relación a la asimetría, la totalidad de los ítems de cada uno de los factores fue negativa, a excepción del ítem 18. La mayoría de los ítems mostraron una curtosis positiva.

Tabla 18. Estadísticos descriptivos de los ítems del Factor 1 del CSM+:

media, desviación estándar, mediana, curtosis, asimetría, porcentaje techo y porcentaje suelo

Resumen de los contenidos de los ítems		Media	DE	Mediana	Curtosis	Asimetría	% suelo	% techo
P4	Me gusto como soy	3,21	0,86	3	-0,06	-0,85	4.7	44.8
P6	Me siento a punto de explotar	3,43	0,59	3	1,10	-0,79	1.0	47.3
P7	Para mí, la vida es aburrida y monótona	3,70	0,59	4	5,77	-2,27	1.5	75.4
P12	Veó mi futuro con pesimismo	3,55	0,73	4	3,42	-1,86	3.7	65.8
P14	Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean	3,64	0,68	4	4,17	-2,08	2.5	72.9
P31	Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada	3,86	0,53	4	19,43	-4,40	2.5	92.1
P38	Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o	3,32	0,98	4	-0,53	-1,31	9.9	59.4
P39	Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico	3,36	0,81	4	1,12	-1,27	4.7	53.0
Puntuación total factor F1 (Rango 8-32)		28.07	3.3	29	4.96	-1.65	(Rango 0.2 - 11.8)	

DE: Desviación Estandard

Tabla 19. Estadísticos descriptivos de los ítems del Factor 2 del CSM+:

media, desviación estándar, mediana, curtosis, asimetría, porcentaje techo y porcentaje suelo

Resumen de los contenidos de los ítems		Media	DE	Mediana	Curtosis	Asimetría	% suelo	% techo
P1	Me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías	3,31	0,63	3	1,36	-0,78	1.7	39.2
P3	A mí, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas	3,59	0,62	4	2,15	-1,49	1.0	65.0
P23	Pienso que soy una persona digna de confianza	3,70	0,59	4	6,82	-2,43	2.0	75.6
P25	Pienso en las necesidades de los demás	2,99	0,82	3	-0,58	-0,37	3.7	29.8
P37	Me gusta ayudar a los demás	3,60	0,66	4	3,31	-1,78	2.0	67.2
Puntuación total factor F2 (Rango 5-20)		17,19	2,09	17	3,54	-1,23	(Rango 0.2 - 12.1)	

DE: Desviación Estandar

Tabla 20. Estadísticos descriptivos de los ítems del Factor 3 del CSM+:

media, desviación estándar, mediana, curtosis, asimetría, porcentaje techo y porcentaje suelo

Resumen de los contenidos de los ítems		Media	DE	Mediana	Curtosis	Asimetría	% suelo	% techo
P2	Los problemas me bloquean fácilmente	3,54	0,56	4	0,80	-0,94	0.5	57.4
P5	Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas	3,04	0,82	3	-0,36	-0,51	4.2	31.8
P21	Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos	3,33	0,78	4	0,15	-0,93	2.2	50.0
P22	Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida	3,37	0,68	3	0,64	-0,89	1.5	47.0
P26	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal	3,22	0,72	3	0,11	-0,63	1.7	37.4
Puntuación total factor F3 (Rango 5-20)		16,49	2,61	17	0,72	-0,70	(Rango 0.2 - 14.5)	

DE: Desviación Estandar

Tabla 21. Estadísticos descriptivos de los ítems del Factor 4 del CSM+:

media, desviación estándar, mediana, curtosis, asimetría, porcentaje techo y porcentaje suelo

Resumen de los contenidos de los ítems		Media	DE	Mediana	Curtosis	Asimetría	% suelo	% techo
P10	Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí	3,24	0,78	3	0,50	-0,90	3.7	41.6
P13	Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones	3,34	0,66	3	0,86	-0,81	1.5	43.1
P19	Me preocupa que la gente me critique	3,20	0,78	3	0,79	-0,94	4.4	38.2
P33	Me resulta difícil tener opiniones personales	3,64	0,66	4	4,56	-2,09	2.5	31.7
P34	Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o	3,34	0,77	3	1,53	-1,24	4.4	47.5
Puntuación total factor F4 (Rango 5-20)		16,75	2,39	17	1,50	-0,92	(Rango 0.2 - 12.8)	

DE: Desviación Estandard

Tabla 22. Estadísticos descriptivos de los ítems del Factor 5 del CSM+:

media, desviación estándar, mediana, curtosis, asimetría, porcentaje techo y porcentaje suelo

Resumen de los contenidos de los ítems		Media	DE	Mediana	Curtosis	Asimetría	% suelo	% techo
P15	Soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o	3,57	0,77	4	3,19	-1,92	4.2	69.5
P16	Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden	3,28	0,82	3	0,27	-0,97	3.9	48.0
P17	Intento mejorar como persona	3,62	0,71	4	4,39	-2,12	3.4	71.7
P27	Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme	3,58	0,59	4	2,24	-1,36	1.0	62.1
P28	Delante de un problema soy capaz de solicitar información	3,49	0,70	4	1,17	-1,29	1.5	60.1
P29	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan	2,87	0,83	3	-0,74	-0,18	4.2	29.4
P32	Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes	3,50	0,71	4	2,33	-1,52	2.7	60.1
P35	Soy capaz de decir no cuando quiero decir no	3,19	0,90	3	-0,51	-0,76	4.7	47.3
P36	Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones	3,66	0,60	4	5,20	-2,09	1.7	71.4
Puntuación total factor F5 (Rango 9-36)		30,75	4,17	32	5,77	-1,85	(Rango 0.2 - 6.2)	

DE: Desviación Estandard

Tabla 23. Estadísticos descriptivos de los ítems del Factor 6 del CSM+:

media, desviación estándar, mediana, curtosis, asimetría, porcentaje techo y porcentaje suelo

Resumen de los contenidos de los ítems		Media	DE	Mediana	Curtosis	Asimetría	% suelo	% techo
P8	A mí, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional	3,51	0,69	4	1,69	-1,40	1.7	61.1
P9	Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas	3,43	0,68	4	1,00	-1,06	1.5	52.0
P11	Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas	2,88	0,93	3	-0,85	-0,34	8.1	30.3
P18	Me considero "un/a buen/a psicólogo/a"	2,41	0,83	2	-0,41	0,42	9.9	12.8
P20	Creo que soy una persona sociable	3,40	0,73	4	0,91	-1,13	2.2	53.0
P24	A mí me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás	3,42	0,69	4	1,81	-1,24	2.5	51.7
P30	Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes	3,54	0,72	4	2,44	-1,66	2.7	65.3
Puntuación total factor F6 (Rango 7-28)		22,60	3,02	23	1,91	-0,81	(Rango 0.2 - 2.2)	

DE: Desviación Estandard

Fiabilidad del CSM+: Consistencia interna

Tal y como se muestra en la tabla 24, el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para el total de la escala CSM+ fue de 0.90 y se obtuvieron valores iguales o superiores a 0.70 en tres de las seis dimensiones que configuran el cuestionario. Estos factores corresponden al factor F1 (Satisfacción personal), factor F3 (Autocontrol) y factor F5 (Resolución de problemas y Actualización). En el factor F3 (Autocontrol) y el factor F5 (Resolución de problemas y Actualización) el alfa de Cronbach fue de 0.77 y 0.80, respectivamente. En el factor F1 (Satisfacción personal) el alfa de Cronbach fue de 0.70. Los otros tres factores obtuvieron valores iguales o superiores a 0.60.

También se calculó el alfa de Cronbach excluyendo cada ítem de la escala y no se observó que dicha exclusión mejorase la consistencia interna de la escala total (tabla 24). Se analizó también el índice de homogeneidad de todos los ítems del cuestionario de Salud Mental Positiva tanto para el total de la misma como para cada factor o dimensión. Se obtuvieron valores para el total de la escala superiores a 0,20 en todos los ítems.

Con respecto al índice de homogeneidad de los ítems de cada dimensión se obtuvieron también valores superiores a 0,20 en todos a excepción de 2 ítems (P1 y P2) (tabla 25).

Tabla 24 . Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) del CSM+

Contenido de los ítems resumidos		Alfa de Cronbach		
		Total subescala	Total subescala sin ítem	Total escala sin ítem
F1:Satisfacción personal		.705		
P4	Me gusto como soy		,693	.902
P6	Me siento a punto de explotar		,685	.902
P7	Para mi, la vida es aburrida y monótona		,675	.902
P12	Veo mi futuro con pesimismo		,672	.902
P14	Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean		,682	.903
P31	Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada		,669	.901
P38	Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o		,683	.904
P39	Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico		,655	.903
F2: Actitud Prosocial		.599		
P1	Me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías		,625	.903
P3	A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas		,509	.902
P23	Pienso que soy una persona digna de confianza		,537	.901
P25	Pienso en las necesidades de los demás		,547	.904
P37	Me gusta ayudar a los demás		,491	.902
F3: Autocontrol		.772		
P2	Los problemas me bloquean fácilmente		,787	.902
P5	Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas		,758	.901
P21	Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos		,691	.900
P22	Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida		,679	.900
P26	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal		,720	.901
F4:Autonomía		.659		
P10	Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi		,564	.905
P13	Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones		,576	.903
P19	Me preocupa que la gente me critique		,542	.903
P33	Me resulta difícil tener opiniones personales		,678	.902
P34	Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o		,653	.901
F5: Resolución de problemas y actualización		.801		
P15	Soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o		,775	.900
P16	Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden		,778	.900
P17	Intento mejorar como persona		,769	.901
P27	Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme		,777	.901
P28	Delante de un problema soy capaz de solicitar información		,771	.901
P29	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan		,810	.904
P32	Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes		,773	.901
P35	Soy capaz de decir no cuando quiero decir no		,812	.904
P36	Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones		,764	.900
F6: Habilidades de relación interpersonal		.646		
P8	A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional		,569	.902
P9	Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas		,586	.901
P11	Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas		,654	.904
P18	Me considero "un/a buen/a psicólogo/a"		,624	.904
P20	Creo que soy una persona sociable		,597	.900
P24	A mi me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás		,614	.903
P30	Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes		,627	.904
Total del cuestionario de Salud Mental Positiva		.904		

Tabla 25: Correlación ítem total del CSM+

Contenido de los ítems resumidos		Correlación ítem-total escala corregida	Correlación ítem-total subescala corregida
F1: Satisfacción personal			
P4	Me gusto como soy	,336	,399
P6	Me siento a punto de explotar	,361	,414
P7	Para mí, la vida es aburrida y monótona	,420	,445
P12	Veó mi futuro con pesimismo	,415	,431
P14	Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean	,369	,338
P31	Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada	,472	,529
P38	Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o	,398	,322
P39	Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico	,485	,386
F2: Actitud Prosocial			
P1	Me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías	,187	,354
P3	A mí, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas	,427	,422
P23	Pienso que soy una persona digna de confianza	,375	,525
P25	Pienso en las necesidades de los demás	,364	,306
P37	Me gusta ayudar a los demás	,454	,439
F3: Autocontrol			
P2	Los problemas me bloquean fácilmente	,187	,451
P5	Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas	,427	,488
P21	Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos	,375	,586
P22	Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida	,364	,570
P26	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal	,454	,495
F4: Autonomía			
P10	Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí	,497	,242
P13	Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones	,488	,314
P19	Me preocupa que la gente me critique	,539	,336
P33	Me resulta difícil tener opiniones personales	,238	,417
P34	Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o	,317	,482
F5: Resolución de problemas y actualización			
P15	Soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o	,536	,533
P16	Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me	,515	,525
P17	Intento mejorar como persona	,592	,513
P27	Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme	,548	,537
P28	Delante de un problema soy capaz de solicitar información	,572	,516
P29	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan	,294	,313
P32	Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes	,561	,528
P35	Soy capaz de decir no cuando quiero decir no	,306	,343
P36	Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones	,662	,622
F6: Habilidades de relación interpersonal			
P8	A mí, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional	,504	,401
P9	Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas	,446	,495
P11	Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas	,250	,313
P18	Me considero "un/a buen/a psicólogo/a"	,317	,289
P20	Creo que soy una persona sociable	,401	,539
P24	A mí me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás	,345	,324
P30	Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes	,298	,290

Validez de constructo del CSM+

El análisis de las correlaciones entre las subescalas y la escala total se presentan en la tabla 26. Todas las correlaciones son significativas entre las subescalas y la escala total. El factor 3 (F3-Autocontrol) y el factor 5 (F5-Resolución de problemas y Actualización) correlacionaron más fuertemente con la escala total ($r = 0.76$ y $r = 0.83$ respectivamente), mientras que el factor 4 (F4-Autonomía) correlacionó más débilmente con la escala total ($r = 0.62$).

La correlación más fuerte entre las subescalas fue mostrada entre el factor 5 (F5-Resolución de problemas y Actualización) y el factor 3 (F3-Autocontrol) ($r = 0.64$), mientras que la correlación más débil fue entre el factor 4 (F4-Autonomía) y el factor 2 (F2- Actitud prosocial) ($r = 0.22$).

Tabla 26. Correlaciones CSM+ subescalas y CSM+ total

Factores	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Factor 1 (F1) Satisfacción personal	1					
Factor 2 (F2) Actitud prosocial	.417*	1				
Factor 3 (F3) Autocontrol	.487*	.467*	1			
Factor 4 (F4) Autonomía	.534*	.227*	.378*	1		
Factor 5 (F5) Resolución de problemas y actualización	.492*	.572*	.642*	.390*	1	
Factor 6 (F6) Habilidades de relación interpersonal	.447*	.601*	.464*	.324*	.502*	1
TOTAL	.767*	.712*	.768*	.621*	.838*	.742*

*Todas las correlaciones son significativas. Nivel de significación $p < 0,01$

Cuestionario Sentido de Coherencia

Análisis de ítems del SOC

La puntuación total del SOC va de 13 puntuación mínima hasta 91 puntuación máxima. La puntuación total media obtenida por los profesionales de la salud del SEM en el SOC fue de 67.93 puntos (DE 10.7), con un valor mínimo de 18 y un valor máximo de 88 puntos. La distribución fue leptocúrtica con una asimetría negativa, con una gran concentración de valores alrededor de la media obtenida tal y como se puede observar en el histograma (figura 8).

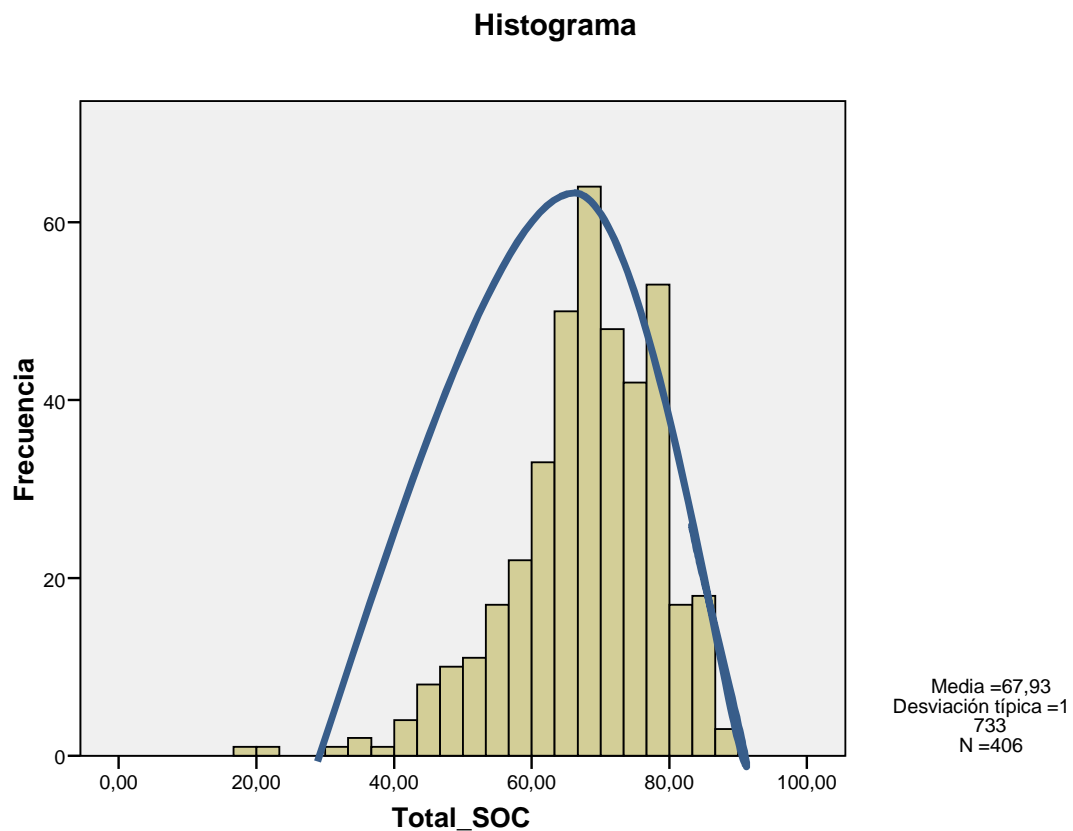


Figura 8. Histograma de frecuencias de la puntuación total SOC

En la tabla 27 se muestran la media, la desviación estándar, los valores de porcentaje techo y porcentaje suelo para cada uno de los ítems del cuestionario SOC.

Con respecto al efecto techo y suelo lo más destacable es que ningún ítem presentó un efecto suelo y en relación al efecto techo el número de ítems con un porcentaje superior al 20% fueron la mayoría de los ítems a excepción de los ítems: p2,p11 y p3 (tabla 28).

Tabla 27. Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario SOC: media, desviación estándar, porcentaje techo y porcentaje suelo

Contenido de los ítems resumidos		Media	DE	% suelo	% techo
F1:Comprensibilidad					
P2	¿Le ha sorprendido alguna vez lo que han hecho personas que Vd. creía que conocía bien?	3.78	1.43	5.4	2.5
P6	¿Tiene Vd. la impresión de estar en una situación a la que no está acostumbrado/a y no sabe qué hacer?	5.50	1.49	2.7	25.6
P8	¿Tiene Vd. sentimientos o ideas muy confusas?	5.76	1.40	2.5	33.7
P9	¿Le pasa que tiene sentimientos dentro de Vd. que preferiría no tener?	5.48	1.59	3.4	28.1
P11	Cuando algo le ha pasado, al final ha visto Vd. que...	4.09	1.60	4.4	7.9
F2: Manejabilidad					
P3	¿Le ha pasado alguna vez que personas con las que contaba le hayan defraudado?	4.13	1.47	4.2	3.2
P5	¿Tiene Vd. La impresión de que le están tratando de forma injusta?	5.05	1.57	3.9	15.3
P10	Muchas personas, hasta los que tienen un carácter fuerte, se sienten a veces como unos desgraciados. ¿Cuántas veces se ha sentido Vd. así en su vida?	5.41	1.37	2.2	18.2
P13	¿Cuántas veces tiene la impresión de no estar seguro/a de poder controlarse?	5.96	1.25	1.2	38.7
F3: Significabilidad					
P1	¿Tiene la impresión de que a Vd. no le importan de verdad las cosas que pasan a su alrededor?	5.67	1.53	2.2	38.4
P4	Hasta ahora su vida...	5.84	1.21	1.5	32.5
P7	Hacer las cosas que Vd. hace todos los días...	5.57	1.36	1.0	26.6
P12	¿Cuántas veces tiene la impresión de que las cosas que hace todos los días significan muy poco o tienen poca importancia?	5.67	1.34	1.7	27.8

Fiabilidad del SOC: Consistencia interna

El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0.82 y se obtuvieron valores próximos a 0.70 en las tres dimensiones que configuran el cuestionario (tabla 28). Concretamente, el alfa de Cronbach fue de 0.67 para la dimensión Comprensibilidad, 0.64 para la dimensión Significabilidad y, por último, la dimensión Manejabilidad con un alfa de Cronbach de 0.62.

También se calculó el alfa de Cronbach excluyendo cada ítem de la escala y no se observó que dicha exclusión mejorase la consistencia interna de la escala total (tabla 28). Se analizó también el índice de homogeneidad de todos los ítems del cuestionario SOC tanto para el total de la misma como para cada dimensión. Se obtuvieron valores para el total de la escala superiores a 0,20 en todos los ítems (tabla 29).

Con respecto al índice de homogeneidad de los ítems de cada dimensión se obtuvieron también valores superiores a 0,20 en todos a excepción del ítem 2 (P2) (tabla 29).

Tabla 28. Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) del SOC

Contenido de los ítems resumidos	Alfa de Cronbach		
	Total subescala	Total subescala sin ítem	Total escala sin ítem
F1: Comprensibilidad	.670		
P2 ¿Le ha sorprendido alguna vez lo que han hecho personas que Vd. creía que conocía bien?		.711	.832
P6 ¿Tiene Vd. la impresión de estar en una situación a la que no está acostumbrado/a y no sabe qué hacer?		.581	.808
P8 ¿Tiene Vd. sentimientos o ideas muy confusas?		.535	.803
P9 ¿Le pasa que tiene sentimientos dentro de Vd. que preferiría no tener?		.539	.805
P11 Cuando algo le ha pasado, al final ha visto Vd. que...		.791	.892
F2: Manejabilidad	.620		
P3 ¿Le ha pasado alguna vez que personas con las que contaba le hayan defraudado?		.601	.822
P5 ¿Tiene Vd. La impresión de que le están tratando de forma injusta?		.570	.819
P10 Muchas personas, hasta los que tienen un carácter fuerte, se sienten a veces como unos desgraciados. ¿Cuántas veces se ha sentido Vd. así en su vida?		.540	.814
P13 ¿Cuántas veces tiene la impresión de no estar seguro/a de poder controlarse?		.489	.807
F3: Significabilidad	.643		
P1 ¿Tiene la impresión de que a Vd. no le importan de verdad las cosas que pasan a su alrededor?		.642	.830
P4 Hasta ahora su vida...		.609	.826
P7 Hacer las cosas que Vd. hace todos los días...		.524	.818
P12 ¿Cuántas veces tiene la impresión de que las cosas que hace todos los días significan muy poco o tienen poca importancia?		.514	.804
Total del cuestionario SOC-13	.829		

Tabla 29. Correlación ítem total del SOC

Contenido de los ítems resumidos		Correlación ítem-total escala corregida	Correlación ítem-total subescala corregida
F1: Comprensibilidad			
P2	¿Le ha sorprendido alguna vez lo que han hecho personas que Vd. creía que conocía bien?	.193	.278
P6	¿Tiene Vd. la impresión de estar en una situación a la que no está acostumbrado/a y no sabe qué hacer?	.505	.597
P8	¿Tiene Vd. sentimientos o ideas muy confusas?	.614	.667
P9	¿Le pasa que tiene sentimientos dentro de Vd. que preferiría no tener?	.582	.630
P11	Cuando algo le ha pasado, al final ha visto Vd. que...	.273	.240
F2: Manejabilidad			
P3	¿Le ha pasado alguna vez que personas con las que contaba le hayan defraudado?	.331	.416
P5	¿Tiene Vd. La impresión de que le están tratando de forma injusta?	.379	.454
P10	Muchas personas, hasta los que tienen un carácter fuerte, se sienten a veces como unos desgraciados. ¿Cuántas veces se ha sentido Vd. así en su vida?	.414	.520
P13	¿Cuántas veces tiene la impresión de no estar seguro/a de poder controlarse?	.497	.637
F3: Significabilidad			
P1	¿Tiene la impresión de que a Vd. no le importan de verdad las cosas que pasan a su alrededor?	.340	.308
P4	Hasta ahora su vida...	.370	.351
P7	Hacer las cosas que Vd. hace todos los días...	.493	.470
P12	¿Cuántas veces tiene la impresión de que las cosas que hace todos los días significan muy poco o tienen poca importancia?	.508	.665

Cuestionario CD-RISC

Análisis de ítems del CD-RISC

Tal y como se ha mencionado anteriormente, recordamos que la puntuación total del CD-RISC va de 0 puntuación mínima hasta 50 puntuación máxima. La puntuación total media obtenida por los profesionales de la salud del SEM en la escala de Resiliencia CD-RISC fue de 40.60 puntos (DE 5.0), con un valor mínimo de 19 y un valor máximo de 50 puntos. La distribución fue leptocúrtica con una asimetría negativa, con una gran concentración de valores alrededor de la media obtenida tal y como se puede observar en el histograma (figura 9).

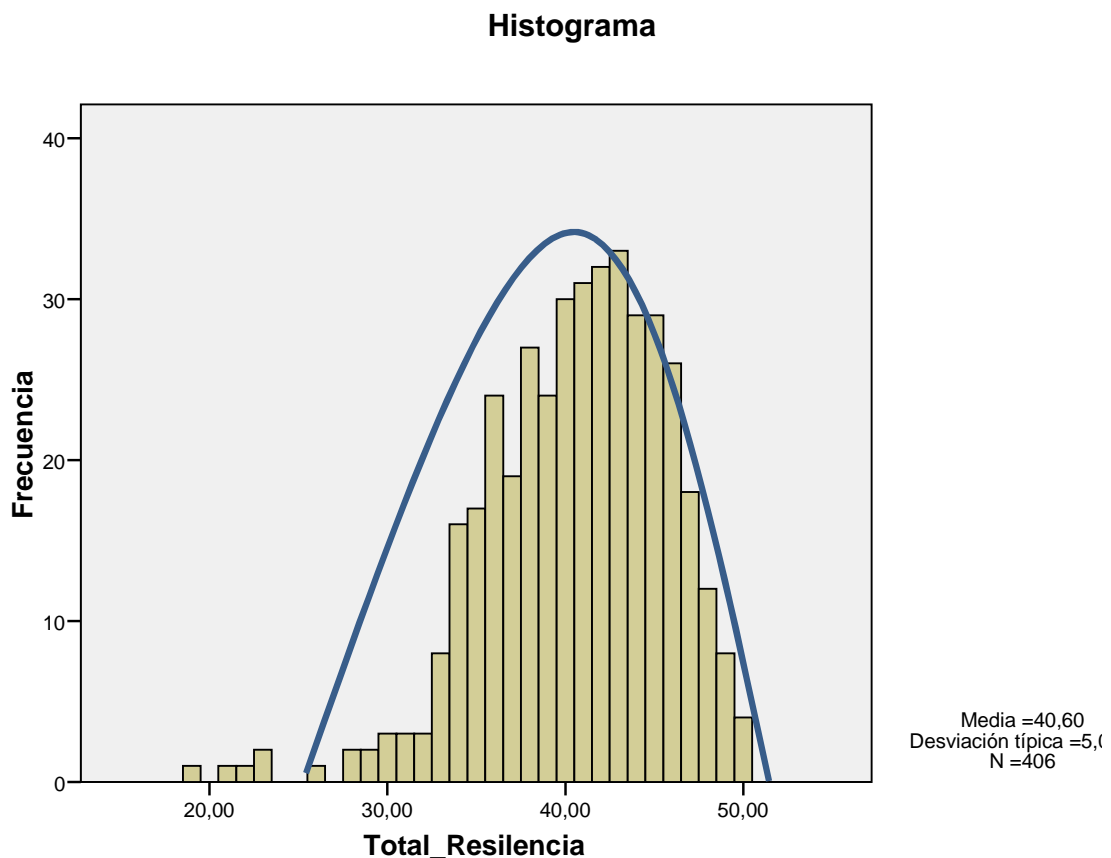


Figura 9. Histograma de frecuencias de la puntuación total CD-RISC

En la tabla 30 se muestran los valores de tendencia central, variabilidad, y el porcentaje de respuesta mínima y máxima para cada uno de los 10 ítems del CD-RISC.

Con respecto al efecto techo y suelo lo más destacable es que ningún ítem presentó un efecto suelo y en relación al efecto techo el número de ítems con un porcentaje superior al 20% fueron la mayoría de los ítems a excepción del ítem p10 (tabla 30).

Tabla 30. Estadísticos descriptivos de los ítems del CD-RISC: media, desviación estándar, porcentaje techo y porcentaje suelo

Contenido de los ítems resumidos		Media	DE	% suelo	% techo
P1	Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios	4,54	,711	1.0	63.1
P2	Puedo enfrentarme a cualquier cosa que se me presente	4,28	,773	1.0	44.1
P3	Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento a los problemas	3,90	,992	2.7	32.5
P4	Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	4,20	,833	.5	43.1
P5	Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas o adversidades	4,38	,798	.7	53.9
P6	Creo que puedo lograr mis objetivos incluso si hay obstáculos	4,17	,796	1.0	37.4
P7	Bajo presión me centro y pienso claramente	4,01	,875	1.0	33.0
P8	No me desanimo fácilmente con el fracaso	3,65	1,048	3.2	22.9
P9	Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida	4,22	,814	1.0	42.6
P10	Al enfrentarme a los problemas y dificultades de la vida, a veces actúo por un presentimiento sin saber porqué	3,25	1,01	3.7	11.3

Fiabilidad del CD-RISC: Consistencia interna

El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0.78. También se calculó el alfa de Cronbach excluyendo cada ítem de la escala y no se observó que dicha exclusión mejorase la consistencia interna de la escala total (tabla 31).

Con respecto al índice de homogeneidad de los ítems de cada dimensión se obtuvieron también valores superiores a 0,20 en todos a excepción del ítem p10 (tabla 31).

Tabla 31. Correlación ítem total del CD-RISC

Contenido de los ítems resumidos		Correlación ítem-total escala corregida	Total escala sin ítem
P1	Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios	,493	,760
P2	Puedo enfrentarme a cualquier cosa que se me presente	,560	,751
P3	Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento a los problemas	,331	,780
P4	Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	,537	,752
P5	Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas o adversidades	,453	,763
P6	Creo que puedo lograr mis objetivos incluso si hay obstáculos	,619	,743
P7	Bajo presión me centro y pienso claramente	,519	,754
P8	No me desanimo fácilmente con el fracaso	,360	,778
P9	Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida	,632	,741
P10	Al enfrentarme a los problemas y dificultades de la vida, a veces actúo por un presentimiento sin saber porqué	,165	,803
Total de la Escala de Resiliencia -CD-RISC-		.782	

6. DISCUSIÓN

La Promoción de la Salud en los lugares de trabajo es una línea prioritaria de trabajo que contempla el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020, *Projecte 3.4*. (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2016). Por lo tanto, se justifica la investigación de explorar los niveles de salud mental de los profesionales de la salud del SEM desde la perspectiva positiva, no solamente para mejorarla sino para, posteriormente, ser capaces de identificar los recursos necesarios para continuar fortaleciendo la salud de los mismos.

A partir de la revisión de la literatura publicada respecto al tema, podemos afirmar que, los diferentes instrumentos utilizados en esta tesis han sido aplicados y validados en diferentes muestras y contextos. En cambio, no se han encontrado estudios que midan directamente la Salud Mental Positiva (SM+), el SOC y la Resiliencia en la muestra propuesta en este estudio. Así, esta investigación ha permitido analizar la fiabilidad en términos de consistencia interna de los instrumentos utilizados para medir la SM+, el SOC y la resiliencia en profesionales de la salud del SEM de la provincia de Girona y obtener valores de referencia para esta población. Asimismo, también ha permitido explorar la relación que existe entre tres medidas positivas de salud y el cómo se relacionan con determinadas variables sociodemográficas y laborales de la muestra que ha participado en esta investigación.

Tal y como se ha visto en el apartado de resultados, los profesionales de la salud del SEM, són, mayoritariamente, hombres, con una media de edad de 38 años. Principalmente, conviven en pareja y/o familia y la mayoría tienen familiares a su cargo. Estos datos presentan una ligera variabilidad en cuanto a las características sociodemográficas respecto a otros estudios realizados en contextos similares, como veremos a continuación.

Respecto al sexo, en la mayoría de estudios localizados hay un predominio de mujeres. En este sentido, en un estudio realizado sobre el sentido de coherencia y el compromiso laboral en 156 profesionales de la salud en el ámbito sociosanitario de Girona, el 90,8% de la muestra estuvo compuesta por mujeres con una edad media de 37 años (Malagón-Aguilera, 2015). En esta misma línea, en el estudio realizado sobre la autopercepción de salud mental positiva en 102 profesionales de la salud sobre trabajadores asistenciales en

hospitales (unidades de salud mental), un 66,7% fueron mujeres, con una edad media de 40 años (Mantas-Jiménez et al., 2015). En ambos estudios, la media de edad resultó similar a la muestra de nuestra investigación. Igualmente, en un estudio cualitativo sobre la perspectiva salutogénica realizado en enfermeras de atención domiciliaria en Suecia, la muestra estuvo compuesta por el total de enfermeras que habitaban en el municipio (n=280), de las cuales fueron seleccionadas para el grupo focal un total de 13, todas ellas mujeres (Agosti et al., 2015). En otra investigación sobre las características psicosociales en el lugar de trabajo, el apoyo social y el sentido de coherencia como determinantes de la salud mental en 638 enfermeras de la ciudad de Kaunas (Lituania), la mayoría de las participantes en el estudio también fueron mujeres (Malinauskiene, Leisyte y Malinauskas, 2009).

En cuanto al grado de satisfacción laboral global, en nuestro estudio un 46,8% de la población, manifestaron estar muy satisfechos, dato similar al obtenido en el estudio realizado con 102 profesionales de la salud en unidades de hospitalización de salud mental, donde se obtuvo un porcentaje del 52% de profesionales que manifestaron estar casi siempre satisfechos (Mantas-Jiménez et al., 2015).

Discusión en relación al Primer Objetivo:

Identificar el sentido de coherencia, la resiliencia y la salud mental positiva de los profesionales de la salud del SEM de Girona.

Aunque, tal y como se ha indicado, no se han localizado estudios sobre la autopercepción de salud mental realizados con muestras de profesionales de la salud de emergencias médicas en el ámbito extrahospitalario, se han comparado los resultados obtenidos en nuestro estudio con otros realizados en muestras de profesionales de la salud de diferentes contextos y ámbitos de desarrollo profesional.

En referencia al nivel de **Sentido de Coherencia**, la puntuación total media obtenida por los profesionales de la salud del SEM de Girona fue de 67,93 puntos (DE 10.7), con un valor mínimo de 18 y un valor máximo de 88 puntos, ligeramente superior a las puntuaciones obtenidas en comparación a otros estudios realizados en poblaciones más o menos similares del ámbito de la

salud. Así sucede en el estudio realizado entre estudiantes universitarios de ciencias de la salud, donde la puntuación media de SOC fue de 63,72 puntos (Casares et al.,2008). Puntuación similar se encuentra en el estudio con enfermeras educadoras, donde se obtuvo una puntuación de SOC de 66,90 puntos (Erikson y Lindström, 2006); en otro estudio, con una muestra de 68 personas en la población de Cardona, se obtuvo una puntuación de SOC de 67.38 puntos (Vilanova-Vilà, 2015); datos similares se presentan en otro estudio con profesionales con función asistencial en un servicio de medicina interna, donde la puntuación de SOC obtenida fue de 63,6 puntos (Tselebis, Moulou y Ilias, 2001). Por último, está en la misma línea el estudio realizado con profesionales de enfermería finlandesas en situación laboral de desempleo que mostraron 60 puntos de media en el cuestionario del SOC (Leino-Loisón et al., 2004). En el contexto más próximo, podemos señalar que los valores medios de SOC obtenidos en nuestro estudio resultaron muy similares a los obtenidos en un estudio de enfermeras en el ámbito socio-sanitario de Girona donde la puntuación media de SOC fue de 67,9 puntos (Malagón-Aguilera, 2015).

Asimismo, en la recopilación de estudios internacionales de la escala SOC, Erikson y Lindström (2006), señalan que el grado medio de sentido de coherencia medido con el cuestionario de 13 ítems (cuestionario utilizado en esta investigación) oscila entre una puntuación mínima de 35,93 puntos y una puntuación máxima de 77,60 puntos, medias descritas para las diferentes poblaciones estudiadas hasta la fecha. Tal y como se ha indicado, en la muestra de nuestro estudio las puntuaciones medias globales oscilaron entre una puntuación mínima de 18 puntos y una puntuación máxima de 88 puntos, con una media global de 67,93, lo que nos permite afirmar que los profesionales de la salud del SEM de Girona obtuvieron niveles medio-altos de sentido de coherencia y sobrepasaron, en comparación con algunas poblaciones estudiadas, a las puntuaciones máximas obtenidas hasta el momento en la escala SOC.

En referencia a los niveles de **Resiliencia**, la puntuación media del CD-RISC para la muestra estudiada fue de 40,6 (DE 5.0), teniendo en cuenta que la escala oscila entre un rango de 0 (sin resiliencia) a 50 (máxima resiliencia),

podemos decir que se han obtenido los valores más altos en resiliencia como única dimensión en la muestra estudiada. En un estudio con una muestra de 500 personas mayores entre 60 y 75 años no institucionalizadas de la provincia de Cuenca, se obtuvo una puntuación media total del CD-RISC de 30,43 (DE 6.37), bastante inferior a la obtenida en nuestra muestra (Serrano-Parra, 2012), aunque hay que tener en cuenta que la edad de la muestra y las condiciones de salud de la misma son muy diferentes.

En otro estudio realizado sobre 774 enfermeras de Estados Unidos pertenecientes a unidades de cuidados intensivos, se obtuvo que, en general, el 22% de las encuestadas se clasificaron como altamente resilientes mostrando puntuaciones elevadas en el CD-RISC de 25 ítems, tomando como valor de referencia CD-RISC 92 (Mealer et al.,2012). Los resultados no pueden compararse con nuestro estudio porque se utilizó una versión diferente de la escala CD-RISC.

Si bien no se han encontrado hasta la fecha estudios que evalúen los niveles de resiliencia mediante la escala CD-RISC-10 ítems en contextos similares a la población de nuestra investigación, la literatura científica arroja resultados positivos acerca de que los más altos niveles de resiliencia se asocian con mejores condiciones de salud mental (Hardy, Concato y Gill, 2004; Leipold y Greve, 2009; Notario-Pacheco et al., 2011; Wahg, Shi, Zhang y Zhang, 2010).

En esta misma línea, en un estudio realizado con un total de 341 individuos chinos entre 20 y 63 años que habían sido víctimas de un terremoto y en el que se utilizó la versión china de la escala CD-RISC para medir la adaptación positiva frente a situaciones adversas, se encontró correlación significativa inversa entre puntuaciones de resiliencia y signos de estrés postraumático (Whag, Shi, Zhang y Zhang, 2010).

En otro estudio que se llevó a cabo en una amplia muestra de estudiantes de medicina de nacionalidad china, un total de 849 hombres y 1149 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 26 años, se determinó el efecto moderador de la resiliencia en tanto que capacidad de recuperación ante los eventos negativos de la vida y los factores que afectan a la salud mental de los estudiantes. Se obtuvo una puntuación media total de resiliencia de 61,69 (DE 10,55). Señalar que en este estudio con estudiantes de medicina se utilizó la escala CD-RISC de 25 ítems , donde las puntuaciones oscila entre 0 y 100, por

lo tanto, una puntuación alta reflejó mayor capacidad de recuperación/resiliencia además de indicar que los problemas de salud mental de los estudiantes mostraron una relación negativa con el apoyo social percibido. Este estudio suscita interés al compararlo con nuestra investigación por la similitud de los resultados en los profesionales de la salud del SEM, donde se obtuvo una relación significativa positiva entre los profesionales que indicaron que trabajar con otros compañeros siempre les da fuerza (apoyo social) y los niveles de resiliencia. Estos resultados fueron consistentes con los resultados de estudios previos realizados en otros países (Simon et al., 2004; Bruwer et al., 2008). En esta misma línea, en otra investigación llevada a cabo en centros educativos de la Comunidad Autónoma del País Vasco con una muestra de 1.250 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 15 años, se hallaron correlaciones positivas de la resiliencia (CD-RISC-25 ítems) con el autoconcepto y el apoyo social percibido (Rodríguez-Fernández et al., 2015).

En relación a los niveles de **Salud Mental Positiva**, la puntuación media obtenida por los profesionales de la salud del SEM de Girona en la escala global fue de 131,87 puntos (DE 13.3). De la revisión de las investigaciones llevadas a cabo en nuestro entorno, un estudio realizado en una muestra con 259 personas con problemas crónicos de salud obtuvo una media de 118.7 puntos (DE 15.5) en la escala CSM+ (Lluch-Canut et al., 2013; Sánchez-Ortega, 2015). Otro estudio realizado en una muestra de 77 personas cuidadoras de usuarios diagnosticados de esquizofrenia cuidados en domicilio obtuvo una media de 128,0 puntos (DE 15.5) en la escala CSM+ (Albacar-Riobóo, 2014). Asimismo, otro estudio realizado con una muestra de usuarios diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un centro hospitalario obtuvieron una media de 107.8 puntos (DE 16.1) en el nivel de Salud Mental Positiva (Miguel-Ruiz, 2014). Todos los resultados de los estudios citados anteriormente, mostraron niveles altos de Salud Mental Positiva, similar a los resultados obtenidos en nuestra investigación. Estos resultados coinciden con los datos del Eurobarómetro (2003), en el que identificaron que las personas, en general, muestran la tendencia a sentirse más positivas que negativas. Sin embargo, desde el Eurobarómetro realizado en el año 2006 se ha apreciado un descenso en relación al sentimiento positivo, se han encontrado un menor

número de encuestados que contestan haber experimentado emociones positivas todo el tiempo durante las últimas cuatro semanas (European Commission: Mental well-being, 2006; European Commission: Mental Health, 2010); en este sentido puede ser interesante realizar estudios longitudinales (Lluch-Canut et al., 2013).

Por otro lado, un estudio realizado sobre la autopercepción de Salud Mental Positiva en 102 profesionales de la salud en el área asistencial de un hospital de salud mental, los resultados fueron inferiores a los obtenidos en nuestra investigación, con una media de 94.3 puntos (DE 9.9) a los obtenidos en nuestra investigación (Mantas-Jiménez et al., 2015), dato a considerar puesto que nos indica la posible variabilidad en cuanto a la autopercepción de la salud mental en función del contexto donde las personas desarrollan su actividad profesional.

Los resultados obtenidos de Salud Mental Positiva por factores en nuestra investigación, arrojaron valores más elevados en el factor 5- Resolución de Problemas y autoactualización y en el factor 1- Satisfacción personal. En este sentido, los profesionales de la salud del SEM de Girona manifestaron ser capaces siempre o casi siempre de gestionar y resolver los problemas que les acontecen y asimismo, actualizarse/renovarse y estar al día, además de sentirse siempre o casi siempre satisfechos con sus vidas sea cual fueren las circunstancias laborales inherentes al propio trabajo de la emergencia sanitaria. Estos datos son comparables por su similitud al estudio realizado en una muestra con 259 personas con problemas crónicos de salud, donde también se obtuvo las puntuaciones más elevadas en los factores F1 y F5 de la escala CSM+, respectivamente (Lluch-Canut et al., 2013; Sánchez-Ortega, 2015).

Discusión en relación al Segundo Objetivo específico:

Relacionar el Sentido de Coherencia, la Resiliencia y la Salud Mental Positiva y las características socio demográficas y laborales de los profesionales de la salud del SEM de Girona.

En cuanto a la **relación de los niveles de Salud Mental Positiva y las variables laborales**, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores F1,F2,F3,F5 y F6 del CSM+ según la categoría profesional. En cambio, si hubo diferencia estadísticamente significativa entre la categoría profesional y el factor F4 -Autonomía, siendo los técnicos del SEM los que mostraron mayor seguridad y confianza en tener criterios propios, en lugar de los médicos, enfermeros/-as y psicólogos/-as. Probablemente, este resultado deba atribuirse a la idiosincrasia profesional, siendo los técnicos del SEM los que mayoritariamente y en primera instancia acuden al lugar de los hechos, realizando una primera toma de decisión sobre lo acontecido.

En referencia al tipo de contrato y turno laboral no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores del CSM+ así como tampoco en la puntuación total CSM+.

En cuanto a la variable grado de satisfacción laboral global, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los factores del CSM+ así como en la puntuación total CSM+. En este sentido, los profesionales de la salud del SEM indicaron tener siempre o casi siempre un elevado grado de satisfacción laboral (muy satisfechos y totalmente satisfechos) en relación a la satisfacción con la vida personal y perspectiva optimista de futuro, actitud de ayuda hacia los demás, capacidad de afrontamiento delante de situaciones de estrés y/o conflictivas, seguridad personal, capacidad de adaptarse a los cambios así como capacidad para establecer relaciones interpersonales.

Después de realizar la revisión de la literatura publicada sobre la relación entre las variables laborales y la salud mental positiva, en la mayoría de estudios se analiza la situación laboral general de la población y muy pocos estudios investigan acerca de la relación entre la salud mental positiva y la variable colaborar con otros compañeros entendida como *apoyo social* y las variables categóricas específicas de los contextos laborales, como puede ser la categoría profesional. En esta línea, se destacan tres estudios: uno de ellos que muestra niveles de Salud Mental Positiva más bajos en las personas que trabajan y tienen trabajos inestables, como el realizado en Toulouviejo con menores de edad trabajadores, encontrando unos resultados de menor Salud Mental Positiva en los trabajadores con precarias condiciones de vida en

comparación con los menores que no trabajaban (Amar et al., 2008); y otro estudio que muestra un nivel de Salud Mental Positiva más bajo en cuidadoras de personas diagnosticadas de esquizofrenia que abandonaban el trabajo (Albacar-Riobóo, 2014) y por último, el estudio realizado con personas con problemas crónicos de salud, donde no se encontraron diferencias en cuanto a niveles de SM+ entre las personas que trabajan y las que están desempleadas (Lluch-Canut et al., 2013; Sánchez-Ortega, 2015).

Una conclusión importante de esta investigación es la relación obtenida entre los niveles de Salud Mental Positiva y la variable *trabajar/colaborar con otros compañeros "me da fuerza"*, donde se obtuvieron diferencias significativas en relación a la satisfacción personal, a la actitud de ayuda hacia los demás y en la habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales, es decir, en los factores F1, F2, F6 y CSM+ total, respectivamente. Reiteramos, por tanto, la necesidad de aportar mayor evidencia científica en relación a las variables de tipo laboral en los contextos profesionales que pueden actuar como predictores de una buena salud mental.

En cuanto a la **relación de las variables laborales** de la muestra y los niveles de **Sentido de Coherencia**, se obtuvieron diferencias significativas para el SOC total y el grado de satisfacción laboral global, en el sentido de que a mayor satisfacción laboral global mayor SOC o sentido de coherencia, resultados que están en consonancia con otros estudios realizados sobre la satisfacción laboral en contextos similares (García, Sáez y Llor, 2000; Augusto, Berrios, López et al., 2006; Mantas-Jiménez et al., 2015; y Malagón-Aguilera, 2015). El SOC tiene un impacto en el cómo afrontar el estrés en el lugar de trabajo (Albertsen, Nielsen et al. 2001; Holmberg, Thelin et al. 2004; Høgh y Gemzoe Mikkelsen 2005; Bildt, Backstig et al. 2006; Kinman, 2008; Hemström et al. 2009). Asimismo, en otro estudio cualitativo realizado con enfermeras que trabajaban en atención domiciliaria en Suecia, se observó que el trabajo por turnos y el trabajo a tiempo parcial constituyeron dos de los recursos que contribuyeron a mejorar la conciliación familiar y la salud de las enfermeras (Törnquist, Andersson, Ejlertsson et al., 2015). Estudios longitudinales que han explorado el impacto promotor de la salud del SOC combinado con la exposición a condiciones laborales adversas han mostrado asociación entre el

SOC y factores psicosociales relacionados con el trabajo (Holmberg, Thelin et al. 2004). Otro estudio determinó que personas con un SOC fuerte afrontaban más eficientemente situaciones de tensión laboral que personas con un SOC débil (Albertsen, Nielsen et al. 2001).

En relación a los niveles de **Resiliencia** y las variables laborales, se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a la categoría profesional, siendo los técnicos del SEM los que obtuvieron mayor puntuación, es decir, mayor resistencia al estrés. Asimismo, se obtuvieron diferencias significativas en cuanto al tipo de contrato, el turno de trabajo, los niveles elevados de satisfacción laboral global y el hecho de trabajar con otros compañeros. En esta línea, un estudio sobre la satisfacción laboral en el trabajo llevado a cabo en enfermeras de unidades de psiquiatría, se obtuvieron niveles elevados de resiliencia en aquellas enfermeras que reportaron mayor satisfacción laboral (Patricia, Matos, Lori, Neushotz, Mary, Quinn Griffin et al., 2010). De acuerdo con estos resultados, la conclusión que podemos extraer a partir de nuestra investigación es la importancia de desarrollar intervenciones incluyendo las variables laborales como activos capaces de mantener y promover la resiliencia en los contextos laborales de los profesionales de la salud.

Discusión en relación al Tercer Objetivo específico:

Analizar la relación entre el Sentido de Coherencia, la Resiliencia y la Salud Mental Positiva de los profesionales de la salud del SEM de Girona.

Al analizar la relación entre el **CSM+** y el **SOC** en los profesionales de la salud del SEM se obtuvo que todos los factores del cuestionario SM+ correlacionaron positivamente con el SOC. Tomando como referencia los criterios de Nunnally & Bernstein (1994), la fuerza de la correlación entre ambos constructos fue buena ($r = .579$).

Asimismo, del análisis de la relación entre el **CSM+** y la **Resiliencia** se obtuvo que todos los factores del CSM+ correlacionaron positivamente con el CD-RISC, y la correlación global fue buena ($r = .501$). Y por último, de la relación entre el **SOC** y la **Resiliencia** en la muestra de estudio, se obtuvo que todos

las dimensiones del SOC correlacionaron positivamente con el CD-RISC, aunque esta correlación, de forma global, fue moderada ($r = .362$).

Las correlaciones positivas entre los 3 cuestionarios confirman la tercera hipótesis de esta investigación: aunque la fuerza de las correlaciones (de moderada a buena) nos conduce a pensar que los tres constructos comparten aspectos comunes, en gran parte evalúan cuestiones diferentes y complementarias de la perspectiva positiva de la salud mental. En esta línea se han manifestado autores como Lehtinen, Sholman & Khovess-Masfety (2005) y Lluch (1999, 2008).

Estos resultados podrían ser especialmente interesantes en primer lugar, para abrir futuras investigaciones acerca del modelo multifactorial de Salud Mental Positiva como medida de la percepción de salud mental en los profesionales de la salud del SEM y/o profesionales de la salud en otros contextos laborales y en segundo lugar, es conveniente recordar que el CD-RISC utilizado en esta investigación (10 ítems) contiene las características de resiliencia relativas a la resistencia al estrés y a la adversidad (Serrano-Parra, 2012), dejando fuera otras dimensiones como el apoyo social que pueden ser de gran importancia en las organizaciones laborales. De acuerdo con Masten (2007), pensamos que las futuras investigaciones deben estar encaminadas a integrar múltiples niveles de análisis en detrimento del análisis excluyente de constructos aislados.

Discusión en relación al Cuarto Objetivo específico:

Examinar la fiabilidad de los instrumentos utilizados para medir el Sentido de Coherencia, la Resiliencia y la Salud Mental Positiva.

En cuanto a la **fiabilidad del cuestionario de Salud Mental Positiva** el resultado obtenido en esta investigación a nivel de consistencia interna (α -Cronbach=0,90) se considera excelente. En este sentido, los resultados son idénticos a los obtenidos por Lluch en el proceso de validación inicial del Cuestionario de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999), en una muestra de estudiantes universitarios, con un α -Cronbach=0,90. Asimismo, los valores son

similares a los obtenidos en un estudio realizado con personas con problemas crónicos de salud, α -Cronbach=0,91 (Sánchez-Ortega, 2015); similares también a los obtenidos por los investigadores Sequeira et al., (2014) en una población portuguesa de estudiantes universitarios, con un α -Cronbach=0,92; otro estudio que obtuvo valores elevados fue el de Albarcar-Riobóo (2014) con un α -Cronbach=0,89 en una muestra de cuidadoras de personas diagnosticadas de esquizofrenia y este mismo valor lo obtuvieron en la población mejicana (α -Cronbach=0,89) en un estudio con 967 estudiantes universitarios (Martínez- Martínez, Vázquez-Ríos y Hernández-Reyes, 2011). Estos resultados muestran la solidez del Cuestionario de Salud Mental Positiva, no solamente en la población española sino en otras poblaciones como la portuguesa o la latinoamericana. Sin embargo, sigue siendo interesante explorar el comportamiento del cuestionario en otros contextos y realizar estudios con profesionales de la salud de diversas áreas asistenciales.

En cuanto a la **fiabilidad del cuestionario Sentido de Coherencia**, el resultado obtenido en la población estudiada, es decir, los profesionales de la salud del SEM, fue de un α -Cronbach=0,82. En este sentido, el resultado se asemeja a otros estudios, como veremos a continuación. En un estudio sobre la adaptación transcultural y psicométrica del cuestionario SOC en idioma portugués realizado en madres de niños en edad preescolar, se obtuvo un α -Cronbach=0,80. Los resultados mostraron, por tanto, que la escala es válida y consistente para las madres de niños en edad preescolar de diferentes clases sociales (Bonatato, Branco, Mota et al., 2009). En otro estudio donde se evaluó las propiedades psicométricas del cuestionario en una muestra de 448 universitarios peruanos con edades comprendidas entre 18-29 años los resultados arrojaron un α -Cronbach=0,80 (Saravia, Iberico y Yearwood, 2014), resultados similares a los obtenidos en nuestra investigación.

Asimismo, en un estudio sobre la validación transcultural de la escala utilizada en nuestro estudio en una muestra de población de 419 ancianos españoles de más de 70 años procedentes de 8 localidades diferentes, la consistencia fue adecuada y muy similar a la obtenida en nuestra población, con un α -Cronbach=0,80 (Virués-Ortega, Martínez-Martín, del Barrio et al.,2007). No sucedió lo mismo en el estudio con una población brasileña de 203 pacientes

cardíacos en el cuál se utilizó la versión validada de la escala en portugués, donde se obtuvo un α -Cronbach=0,60 (Spadoti-Dantas, Fernanda et al., 2012), algo menor que otros estudios que utilizan esta versión del instrumento (Mahammadzadeh et al 2010; Jakobsson, 2011). Según sus autores, la menor fiabilidad de la escala obtenida en esta población pudiera atribuirse a la dificultad en la comprensión de las preguntas de la escala, debida al bajo nivel de educación de la población estudiada.

Son muchos los estudios que han mostrado que la escala SOC presenta una adecuada consistencia interna medida a través del índice de fiabilidad de Cronbach. Antonovsky (1993) informó que los valores de alfa de consistencia interna de 26 estudios que utilizaron diferentes versiones de la escala, estuvieron en el intervalo de 0.89 a 0.95.

En nuestra investigación, se aborda por primera vez el análisis de consistencia interna de la escala en una población de profesionales de la salud del SEM. Teniendo en cuenta la amplia muestra utilizada (406 profesionales), los resultados obtenidos confieren una importante solidez. Sin embargo y teniendo en cuenta la complejidad del constructo, continua siendo interesante y necesario explorar el comportamiento de la escala en contextos similares.

En cuanto a la **fiabilidad de la escala de Resiliencia**, el resultado obtenido en nuestro estudio ha mostrado buenas propiedades psicométricas (α -Cronbach=0,78). En esta línea, diversos estudios han examinado las propiedades psicométricas del CD-RISC en sus distintas versiones de CD-RISC original (Connor & Davidson, 2003; Jorgensen & Seedat, 2008; Yu & Zang, 2007; Yu et al., 2010; Lamond et al., 2009; Baek et al., 2010; Sexton et al., 2010; Karairmak, 2010; Gucciardi et al., 2011;) y todos ellos han evidenciado propiedades psicométricas aceptables. En nuestro contexto, destaca el estudio sobre la validación de la escala CD-RISC en las dos versiones de la misma en una población de mayores. La versión del CD-RISC de 10 ítems presentó índices aceptables de bondad de ajuste y mostró ser una medida unidimensional de resiliencia (Serrano-Parra, 2012). El análisis de fiabilidad mostró valores similares a los de la escala original (α -Cronbach=0,81) y similares también a los obtenidos en nuestro estudio (α -Cronbach=0,78). La versión del CD-RISC de 25 ítems que se utilizó en la misma población de

mayores, mostró una mayor inestabilidad factorial, con lo que después de los reajustes que se realizaron, se obtuvo un CD-RISC con 17 ítems y 3 dimensiones y mostró ser adecuada para medir resiliencia en adultos mayores, obteniendo un α -Cronbach=0,79 en 2 dimensiones y 0.56 para la tercera dimensión (Serrano-Parra, 2012).

Por otro lado, en una muestra de emprendedores españoles se analizó las propiedades psicométricas de la escala original de 25 ítems y se obtuvo que el CD-RISC mostró ser una herramienta fiable y válida para medir la resiliencia de los emprendedores, con un α -Cronbach=0,80 (Manzano-García y Ayala-Calvo, 2013). Sin embargo, en la literatura revisada hasta el momento, no hemos encontrado estudios que analicen la consistencia de la escala CD-RISC en la versión de 10 ítems en contextos similares al estudiado en nuestra investigación.

Es necesario continuar realizando estudios sobre el comportamiento psicométrico de la escala en diferentes poblaciones y contextos laborales, con el fin de poder verificar los resultados.

Limitaciones

Las limitaciones del presente estudio se consideran, en primer lugar, de carácter metodológico, relacionada principalmente con el diseño muestral, debido a la transversalidad del análisis que se ha llevado a cabo. En este caso, para poder demostrar la causalidad de las variables explicativas sobre las variables dependientes será necesario el diseño de una investigación que permita un análisis longitudinal. La medición de los constructos estudiados en momentos temporales distintos, nos permitiría extraer conclusiones más sólidas, sin duda.

Por otro lado, los resultados obtenidos están limitados a los profesionales del SEM de Girona. Pensamos que sería interesante ampliar la población objeto de estudio a otras poblaciones en contextos profesionales similares, pues los resultados que se podrían desprender nos ayudarían a comprender mejor los mecanismos y las relaciones existentes entre las diferentes variables

estudiadas, así como la generalización de las conclusiones para la población general.

Otra de las limitaciones de éste estudio hace referencia a la necesidad de integrar diferentes tipos de investigación con datos cualitativos y observacionales, para crear mayor evidencia.

Implicaciones para la práctica y líneas de investigación futuras

Aunque los constructos Salud Mental Positiva, Sentido de Coherencia y Resiliencia aquí estudiados son diferentes, pensamos que están interrelacionados y conectados en muchos sentidos. Existe, por tanto, la necesidad de aportar una visión holística de cuánto acontece en la vida de las personas, para entender aquellas variables que están directa o indirectamente implicadas en los procesos generadores de salud.

Destacamos la importancia de identificar los recursos de salud relacionados con el entorno laboral/actividad profesional como marco de referencia para promover iniciativas encaminadas a fortalecer la salud desde una perspectiva positiva y salutogénica. Pocos estudios han considerado la noción de grupo o de la capacidad de recuperación colectiva de una profesión incluyendo la capacidad para afrontar la adversidad y seguir desarrollándose de forma positiva en el cambio. En este sentido, la noción de resiliencia debería estar presente en este cambio y en los contextos laborales de los profesionales de la salud, dada la necesidad existente de promover la salud en los contextos laborales, así como mantener y desarrollar la salud en las personas y organizaciones.

Como línea de investigación futura, cabría centrar los objetivos en explorar los factores facilitadores, las barreras y los requisitos para la sostenibilidad de los profesionales en el ámbito clínico, medidas en términos de salud. En este sentido, actualmente (2016-2017) se está llevando un estudio cualitativo en la provincia de Girona sobre qué factores están relacionados en la práctica profesional para la aplicación de la Promoción de la Salud en los lugares de trabajo. La población de estudio está formada por profesionales de la salud de

seis ámbitos: psicología, veterinaria, farmacia, enfermería, medicina y fisioterapia. Los profesionales están colegiados y con actividad laboral en el momento del estudio.

Destacar la importancia también, de impulsar estudios de carácter psicométrico, capaces de explorar y reforzar la fiabilidad, la validez, la generabilidad y la especificidad de los instrumentos aquí estudiados.

7. CONCLUSIONES

A partir de los objetivos planteados y de los resultados obtenidos, se puede concluir que los profesionales de la salud del SEM de Girona:

- Presentan una media de edad de 38 años, en su mayoría hombres, principalmente técnicos de profesión seguido de enfermeros/-as, con contratos laborales fijos. Mayoritariamente, conviven en familia y tienen personas a su cargo. La mayoría de los profesionales estudiados manifestaron que la colaboración con profesionales de otras instituciones (Mossos d'Esquadra, Policía y/o Bomberos) les "daba fuerza" además de sentirse muy satisfechos a nivel laboral global.
- En su mayoría tienen un Sentido de Coherencia, una resiliencia y una salud mental positiva elevadas. Estos constructos están asociados a una mayor satisfacción laboral y a la actitud positiva que actúa como reforzador en el trabajo colaborativo con profesionales de otras instituciones.
- Presentan un sentido de coherencia de puntuación media de 67,8 sobre una puntuación máxima de 91. Los profesionales del SEM con mayor SOC presentan mayor satisfacción laboral y una percepción mayor acerca del beneficio positivo de la colaboración con compañeros de otras instituciones.
- Presentan una puntuación media de resiliencia de 40,6 sobre una puntuación máxima de 50. Los profesionales del SEM con mayor resiliencia son los técnicos y los que tienen contrato laboral fijo. A mayor resiliencia, mayor satisfacción laboral global.
- Presentan una puntuación media de salud mental positiva de 131,8 sobre una puntuación máxima de 154. Los profesionales del SEM con mayor salud mental positiva, presentan mayor seguridad y confianza en la capacidad de tener criterios propios, siendo los técnicos los que muestran mayor seguridad y confianza, mayor satisfacción con la vida personal, mayor actitud positiva de ayuda a los demás, mayor capacidad de afrontamiento ante situaciones de estrés, mayor capacidad de adaptación a los cambios y mayor capacidad para las relaciones interpersonales.

Al relacionar el sentido de coherencia, la resiliencia y la salud mental positiva, se puede concluir que :

- Los profesionales con mayor salud mental positiva presentan mayor sentido de coherencia y mayor resiliencia.
- Los profesionales con mayor sentido de coherencia presentan mayor resiliencia.
- Los tres constructos correlacionan de forma positiva pero con una fuerza moderada lo cual indica que están relacionados pero evalúan aspectos complementarios de la perspectiva positiva de la salud mental.

Al examinar la fiabilidad del SOC, CD-RISC y CSM+, se puede concluir que:

- Los instrumentos utilizados para medir el Sentido de Coherencia, la Resiliencia y la Salud Mental Positiva muestran buenos niveles de fiabilidad a nivel consistencia interna.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar Armas, H.M.(2016).Propiedades psicométricas del cuestionario de salud mental positiva en practicantes pre-profesionales de Psicología, Trujillo. (Tesis doctoral). Escuela de Postgrado. Universidad César Vallejo. Perú.
Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/UCV/128/1/aquilar_ah.pdf

Alexander, C.(1998). *The Endurance: Shackleton's legendary antarctic expedition*. New York: Alfred A. Knopf.

Albacar-Riobóo, N. (2014). Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de persones amb esquizofrenia: Valoració dels requisits d'autocura i de la salut mental positiva. (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Albacar-Riobóo, N., Lleixá-Fortuño, M., Lluch Canut, M., Sequeira, C., Carvalho, J. C., y Roldán Merino, J. F. (2015). Propiedades psicométricas de la versión autoadministrada de la "Escala de Requisitos de Autocuidado" entre los cuidadores de enfermos mentales. *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13): 50-60.

Alvarez, A. (1998). La atención primaria de salud, protagonista. *Jano*;55 (1267): 20-21.

Alvarez, R. (1998). *Salud pública y medicina preventiva*. México: El Manual Moderno.

Amar, J., Palacio, J., Llinas, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, AM. y Velásquez, B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Tolujejo. *Suma Psicológica*;15(2): 385-403.

Amunátegui, L.F. (1997). Prevención del consumo de drogas en adolescentes. En G. Buena-Casal, L. Fernandez-Rios y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 177-190). Madrid: Piramide.

Angoyard, P. y Renaud, L. (1998). El concepto de apoderamiento y su aplicación en algunos programas de promoción de la salud. *Promotion and Health*; 5 (2): 46-47.

Anicama, J., Caballero,G., Cirilo,I.,Aguirre, M.,Briceño, R. y Tomás,A. (2012). Autoeficacia y salud mental positiva en estudiantes de psicología de Lima. *Revista de Psicología*; 14(2):144-163.

Antonovsky, A.;Dowty,N; Maoz,B. y Wijnsenbeek, H. (1971). Twenty-Five Years Later: A Limited Study of Sequelae of the Concentration Camp Experience *Social Psychiatry*, 1971, Vol. 6, 186-193. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00578367>

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco, Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the Mystery of Health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1993a). The salutogenic approach to aging. Lecture held in Berkeley, 21 January. <http://www.angelfire.com/ok/soc/a-berkeley.html>.

Antonovsky, A. (1993b). Some salutogenic words of wisdom to the conferees. Lecture held at The Nordic School of Public Health in Gothenburg, Sweden. <http://www.angelfire.com/ok/soc/agoteborg.html>.

Antonovsky, A. (1993c). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine*; 37(8): 969-981.

Antonovsky, A. (1993d). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*; 36(6): 725-733.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*; 11(1):11-18.

Arroyo, H. (1998). Nuevos horizontes para la salud. *Promotion and health*; 5(3-4):115- 116.

Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2008). *Consenso sobre la promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Avia, M., y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward unifying theory of behavior change, *Psychological review*; 84: 191-215.

Barradas-Alarcón, M.E., Sánchez-Barradas, J.M.,Gúzman-Ibañez, M.L. y Balderrama-Trapaga, J.A. (2011). Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología Universidad veracruzana. *Revista Iberoamericana para la investigación y el Desarrollo Educativo*. Vol. 1 núm.2. Enero-Junio.

Barron, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Bartone, P.T. (1989). Predictors of stress-related illness in city bus drivers, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*; 31(8): 657-663.

Basinska, M.A., Andruszkiewicz, A. y Grabowska, M. (2011). Nurses sense of coherence and their work related patterns of behaviour. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*; 24(3): 256-266.

Bauer, G.J. y Jenny, G.F. (2007). Development, implementation and dissemination of occupational Health Management (OHM): Putting salutogenesis into practice. En Houdmond, J. y McIntyre, S. (eds.), *Occupational Health Psychology: European Perspectives and Practice*; (Vol 2: 219-250). Castelo da Maia: ISMAI.

Berk, L.E. (1998). El yo y la comprensión social, *LA BERK. Desarrollo del niño y del adolescente*. Cap, 11, 571-623.

Block, J.H., y Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior *Development of cognition, affect, and social relations: The Minnesota symposia on child psychology*, Erlbaum Hillsdale, NJ, pp. 39-

101.

Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.

Bravo de la Ossa, A. (2006). Salud mental positiva en menores trabajadores desde el modelo de Jahoda. (Tesis de Maestría). Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.

Brim, O.G., Ryff, C.D y Kessler, R.C. (2004). *How healthy are we? A national study of wellbeing at midlife*. Chicago, The University of Chicago Press.

Bull, T., Mittelmark, M.B. y Kanyeka, N.E. (2013). Assets for well-being for women living in deep poverty: through a salutogenic looking-glass. *Critical Public Health*; 33(2): 160-173.

Cabanyes-Truffino, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*; 3: 145-151.

Cabrero, J.L. (1998). Prevención y asistencia psiquiátrica. En J. Vallejo (Director), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4a ed., pp. 857-866). Barcelona: Masson.

Campbell-Sills, L. y Stein, M.B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*; 20: 1019-1028.

Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona: Paidós. (Original de 1989).

Castillo-Laguna, MAB. y Velázquez A. (2014). La salud mental en estudiantes de psicología: un estudio descriptivo. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*. 5 (1) pp 59-69. Disponible en: <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/viewFile/132/138>.

Castro, J. M. (1998). "Marcos conceptuales de la promoción de la salud: reflexiones para la práctica": Del-Bosque, S., González, J. y Del-Bosque, T. *Manos a la salud*. México: CIESS/OPS: 31-44.

Celentano, D.D. (1996). *Perspectivas epidemiológicas de la modificación del estilo de vida y la promoción de la salud en la investigación del cáncer*: Promoción de la salud: una antología: 258-265. Washington: OPS.

Chapela, M.C. (2009). "Contenidos de Poder en Promoción de la Salud". En: Chapela, M. C. y Cerda, A. *Promoción de la salud y poder*. México: UAM, Serie Académicos de CBS 94: 21-69.

Choi, N. (2004). Sex role group differences in specific, academic, and general self-efficacy, *The Journal of Psychology*; 138(2):149-159.

Ciurana, R. (1998). El programa de prevención en salud mental en la atención primaria de la SEMFyC. En J.L. Vázquez-Barquero (edit.), *Psiquiatría en*

atención primaria (pp. 801- 817). Madrid: Grupo Aula Médica.

Colomer, J.M. (2004), “La Ciencia Política va hacia delante (por meandros tortuosos). Un comentario a Giovanni Sartori”, en *Política y Gobierno*, vol. XI, núm. 2, segundo semestre: 355-359.

Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (2000). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Elsevier-Masson.

Collard, B., Epperheimer, J.W., Saign, D., et al (1996). *Career resilience in a changing workplace*. Ohio: ERIC Clearinghouse on Adult, Career, and Vocational Education.

Collins, S. (2008). Statutory social workers: Stress, job satisfaction, coping, social support and individual differences, *British Journal of Social Work*; 38(6): 1173- 1193.

Corrin, A. (2013). *What do student nurses think about their practice placement experiences?*. Disponible en : http://www.rcn.org.uk/development/nursing_communities/rcn_forums/education/news_stories/what_do_student_nurses_think_about_their_practice_placement_experiences.

Connor, K.M. y Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC), *Depression and anxiety*; 18(2): 76-82.

Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martinez Roca.

Costa, J.M. (1994). *Manual de psiquiatria*. Bellaterra: Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

Cowen, E.L. y Kilmer, R.P. (2002). Positive psychology: some plusses and some issues. *J Community Psychol*; 30(4): 449-460.

Cyrułnik, B. (2001). Manifeste pour la résilience, *Spirale*; (2):77-82.

Dean, K. (1996). Using theory to guide policy relevant health promotion research. *Health Promotion International*; 11(1):19-26.

Del Rey, J. (1998). *Cómo cuidar la salud. Su educación y promoción*. Madrid: Harcourt Brace.

Denisse Vidal, M., Edith Rivas, R. y Luis Bustos M. (2015). Nivel de salud mental positiva en equipos de salud mental de tres hospitales de Chile, 2013. *Cuidados de Enfermería y Educación en Salud*; Vol.2 (1) 48-62.

Deschamps, J.P. (1998). Pobreza, equidad y promoción de la salud. *Promotion*

and education; 5 (3-4):123-124.

Downie, R.S., Tannahill, C y Tannahill, A. (2000). *Health Promotion. Models and Values*. Oxford. University Press.

Dupuy, H. (1977). Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. En C. McDowell y C. Newell (Eds.), *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaire* (2nd ed., Vol. 54, pp. 206-213). New York: Oxford University Press.

Erikson, M., y Lindstrom, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International Advance Access*; 23 (2):190-199.

Engels, F. (1984). "Health:1844." A: Davey, B.; Gray, A. y Seale, C. *Health and disease*. Reino Unido y UE; Open University Press:128-134.

European Commission (2003). *Eurobarometer 58.2. The mental health status of the European population*. Brussels. European Commission.

European Commission (2006). *Mental Well-being. Special Eurobarometer 248 / Wave 64.4*. Brussels. European Commission.

European Commission (2010). *Mental Health. Special Eurobarometer 345 / Wave 73.2*. Brussels. European Commission.

Eriksson, M. y Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale –a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 59(6):460-466.

Eriksson, M. y Lindström, B. (2006). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health- a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 60:376-381.

Eriksson, M. y Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*; 23(2): 190-199.

Feldt, T. (2000). Sense of coherence. Structure, stability and health promoting role in working life. Jyväskylä studies in education, psychology and social research. Department of Psychology. Doctoral thesis. Jyväskylä, University of Jyväskylä.

Feldt, T., Kokko, K. et al. (2005). The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. *European Psychologist*; 10(4):298-308.

Feldt, T., Lintula, H. et al. (2007). Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: Prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Quality of Life Research*; 16: 483-493.

Feldt, T., Metsäpelto, R.L. et al. (2007). Sense of coherence and five-factor approach to personality. Conceptual relationships. *European Psychologist*; 12(3):165-172.

Fernández-Alonso, M.C., Buitrago-Ramírez, F., Ciurana-Misol, R., Chocrón-Bentata, L., García-Campayo, J., Montón-Franco, C. Y Tizón-García, J.L. (2012). Prevención de los trastornos de salud mental. *Atención Primaria*;44 (1):52-56.

Fernández-Ríos, L. y Cornes, J.M. (1997). Psicología preventiva: concepto y perspectivas. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 39-57). Madrid: Piramide.

Fernández-Ríos, L., Cornes, J.M. y Codesido, F. (1997). Psicología preventiva: situación actual. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 59-77). Madrid: Piramide.

Fernández, H. y Nicemboin, E. (1998). Prevention of mental disorders: steps toward community interventions. *Journal of community psychology*; 26 (3): 205-217.

Flores Herrera, E. (2009). *Salud mental positiva*. Recuperado de <http://www.logoforo.com/salud-mental-positiva>

Foresight Programme (2008). *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project*. Final Project report Executive summary. The Government Office for Science.

Fortuny, M. y Cruz, M. (1998). *Educació per a la salut*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona (Textos docents: 137. Text-guia).

Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions, *American psychologist*, 56(3): 218.

Fredrickson, B.L. y Tugade, M.M. (2003). Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality & Social Psychology*; (84):365–376.

García García, I (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Revista española de salud pública*;72 (4): 285-287.

García-Riaño, D. (1998). Inventario de Calidad de Vida:I.C.V.-2R. *Anales de psiquiatría*; 14 (8): 358-376.

Garnezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41: 101-116.

Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments, *Pediatric annals*; 20(9): 459-460.

Garnezy, N. y Masten, A. S. (1986). Stress, competence and resilience: Common frontiers for therapist and psychologist. *Behaviour Therapy*; 17: 500-521.

Garmez, N., Masten, A.S. y Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55: 97-111.

Garrosa, E., Blanco-Donoso, L.M., Moreno-Jiménez, B., González, A., Fraca, M., y Méniz, M.J. (2014). Evaluación y predicción del work engagement en voluntarios: el papel del sentido de la coherencia y la reevaluación cognitiva. *Anales de Psicología*; 2(30): 530-540.

Generalitat de Catalunya. (2012). *Pla de Salut de Catalunya, 2011-2015*. Barcelona : Departament de Salut.

Generalitat de Catalunya. (2014). *Memòria d'Emergències Mèdiques*. Sistema d'Emergències Mèdiques. Departament de Salut.

Generalitat de Catalunya. (2016). *Pla de Salut de Catalunya, 2016-2020*. Barcelona : Departament de Salut.

Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science and Medicine*; 44(12): 1771-1779.

González-Alfaya, M.E. (2008). *Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes*. Santiago de Compostela : Universidad de Santiago de Compostela.

González, M.P., Espasa, R., Artazcoz, L. y Moncada, S. (1999). Prevenció d'estrès en professors. *Full informatiu, Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*, setembre, p.14.

González-Zuñiga, LE. (2012). Salud mental y salud mental positiva en estudiantes universitarios de la escuela de ciencias políticas. Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela. (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid.

Goldenberg, M. y Lubchansky, I.L. (1990). Salud mental. En A. Sonis (Dir.), *Medicina sanitaria y administración de salud. Actividades y técnicas de salud pública* (Tomo I, pp. 293-323). Buenos Aires: El Ateneo.

González-Sepúlveda, PC., Gómez-Arias, JM., Caicedo-Buitrago, LM., Piernagorda- Gutiérrez, D. y Medina-Pérez, OA. (2014). Salud mental positiva en jóvenes escolarizados del municipio de Calarcá (Colombia). *Revista Cultura del Cuidado*, Vol.10 (2), pp. 49-57.

Grant, L. y Kinman, G. (2012). Enhancing wellbeing in social work students: building resilience in the next generation, *Social Work Education*; 31(5): 605-621.

Grant, L. y Kinman, G. (2014). Emotional resilience in the helping professions and it can be enhanced, *Health and Social Care Education*; 3(1):23-34.

Green, L.W. y Kreuter, M.W. (1991). *Health Promotion planning: An educational and environmental approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Co.

Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G. y Patridge, K.B. (1980). *Health Educations Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto: Mayfield Publishing Co.

Gregg, J., y O-Hara, L. (2007). Values and principles evident in current health promotion practice. *Health Promotion Journal of Australia*; (18):1.

Greve, W. y Staudinger, U.M. (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resource and potentials for successful aging. *Developmental psychopathology, 3, Risk, Disorder and Adaptation*; (1): 796-840.

Grotberg, E. (1999). The International Resilience Research Project. En R. Rosswith, (ed.), *Psychologists facing the challenge of a global Culture with Human Rights and mental health*, (pp. 237-256). Pasbst: Science Publishers.

Guerrero-Caicedo, S. (2012). Efectos de un programa de resiliencia en los niveles de salud mental positiva de estudiantes de grado sexto de la Institución Educativa Municipal Nuestra Señora de Guadalupe del corregimiento de Catambuco-Nariño. (Tesis de Maestría). Universidad de Nariño. Colombia.

Hagard, S. (1998). Mensaje del presidente. La Organización Mundial de la Salud y la UIPES en la nueva era. *Promotion and Education*;5 (1):49.

Herman, H., Saxena, S., y Moodie, R. (2005). *Promoting mental health. Concepts. Emerging evidence. Practice*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

Hernán, M. y Lineros, C. (2010). Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. *Fundesfam*;2(2).

Hernán, M. (2011). *Salud mental y activos para la salud*. España: Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Hosman C, Jané-Llopis E. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: configurando la salud pública en la nueva Europa*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Retos Políticos 2. En: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. DL 2000-2003. p.29-41.

Hosrburg, M.E. (2000). Salutogenesis: Origins and Health of Sense of Coherence. En V. Hill Rice (Ed.), *Handbook of stress: coping and Health: Implications for nursing Research Theory and Practise* (pp. 175-194). California: Sage Publications.

Iles, P. (1997). Sustainable high-potential career development: a resource-based view, *Career Development International*; 2(7): 347-353.

Jahoda, M. (1958). *Current, concepts of positive mental health*. Nueva York:

Basic Books.

Jha, S. (1998). Facultar a las personas para forjar la salud. *Promotion and health*;5 (3-4):127-128.

Ida, H., Miura, M., Komoda, M., Yadura, N., Mano, T. y Hamaguchi, T. (2009). Relationship between stress and performance in a Japanese nursing organization. *International Journal of Health Care Quality Assurance*; 22(6):642-657.

Jaik-Dipp, A., Villanueva-Gutiérrez, R. y Tena-Flores, J.A. (2011). *Burnout y salud mental positiva en docentes de posgrado*. XI Congreso Nacional de Investigación Educativa. México.

Jané-Llopis, E. y Anderson, P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*. Nijmegen, Radboud University Nijmegen.

Jané-Llopis E. (2007). Mental health promotion: concepts and strategies for reaching the population. *Health Promot J Austr.*; 18(3):191-197.

Jané-Llopis, E. (2008). *A European Network for Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: Indicators, Interventions and Strategies*. Imhpa Project: Final Report to the European Commission DG SANCO/G, June 16th, 2008. Recuperado de : <http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1660/dn1660/imhpa%20final%20technical%20report.pdf>

Jané-Llopis, E. y Braddick, F. (Eds). (2008). *Mental Health in Youth and Education. Consensus paper*. Luxembourg, European Communities.

Jew, C.L., Green, K.E., y Kroger, J. (1999). Development and validation of a measure of resiliency, *Measurement and evaluation in counseling and development*; 32(2):75-89.

Jiménez, R. (1998). El cumplimiento de los derechos humanos: primera medida de salud pública. *Revista española de salud pública*; 72 (6): 477-480.

Jonhson, B.S. (2000). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Adaptación y crecimiento*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Keyes, C., Dhingra, S. y Simoes, E. (2010). Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness. *Am J Public Health*, 100(12):2366- 2371.

Keyes, CLM. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3):539-548.

Kickbusch, I. (2006). The health society: the need for a theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 60(7):561.

Kendrick, T. y Burns, T. (1998). Prevención de los trastornos psicóticos. En J.L. Vázquez-Barquero (Dir.), *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica.

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E. y Thornicroft G. (2007). *Salud mental en Europa: políticas y práctica : líneas futuras en salud mental*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*; 37: 1-11.

Kotliarenco, M.D., Caceres, I. y Fontecilla M. (1997). Estado del arte en resiliencia [sitio web]. Centro de Estudios y Atención al Niño y a la Mujer (CEAMIN). Disponible en: <http://www.resiliencia.cl/inutig>.

Kovess-Masfety, V., Murray, M., Gureje, O. et al. (2005). *Evolution of our understanding of positive mental health*. En: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO; p.35-46.

Labonté, R.y Litte,S. (1992). Determinants of health:empowering strategies for nurses. *Journal of Advanced Nursing*;24 (4):719-726.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Information Canada. Health and Welfare Canada.

Lanchipa, A. & López, L. (2016). Factores personales asociados a la salud mental positiva en una muestra de estudiantes de formación pedagógica universitaria. *Revista de Psicología*; 18(1): 35-43.

Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.

Leavell, H. R. y Clark, F. (1958). *Preventive medicine for the doctor in this community*. 2ª edición. Nueva York, McGraw Hill.

Leger, L.S. (1997). Health promoting settings: from Ottawa to Jakarta. *Health promotion international*; 12 (2): 99-101.

Lehtinen, V., Riikonen, E., y Lahtinen, E. (1997). *Promotion of mental health on the European agenda* . Helsinki, STAKES. National Research and Development Centre for Welfare and Health.

Lehtinen, V.,Sholman, B. y Kovess-Masfety,V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology of Mental Health*, 1(9).

Leino-Loisón, D., Gien, L.T., Katajisto,J. y Välimaki, M. (2004). Sense of coherence among unemployed nurses. *Journal of Advanced Nursing*; 48(4):413-422.

Leon, C. (1992). Prevención en psiquiatría. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dir.), *Manual de psiquiatría* (pp. 673-680). Madrid: Intermaericana-McGraw-Hill .

- Linares, J.L. (1981). Psiquiatría preventiva i salut mental. En D. Abella (Dir.). *Psiquiatría fonamental* (pp. 639-651). Barcelona: Edicions 62.
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2011) *Guía del Autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud*. Girona: Ed. Documenta Universitaria.
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2005). *Salutogenesis. Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-442.
- Locker, D. y Gibson, B. (2006) *The concept of positive health: a review and commentary on its application in oral health research*. *Community Dent Health Services*; 34:161-173.
- Londoño Pérez, C. (2009). "Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria". *Acta colombiana de Psicología* 12(1):95-107.
- Lluch Canut, M. T., y Novel, G. (1997). El autocuidado como estrategia para el crecimiento personal. En *Enfermería psicosocial y salud mental* (pp. 49–54). Barcelona: Masson.
- Lluch Canut, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0331104-104403/>
- Lluch Canut, M.T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*; 25(4): 42-55.
- Lluch Canut, M. T. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual= Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*; (1): 61–78.
- Lluch Canut, M. T., Checa-Peña, F., García-Morales, J., Márquez-Romero, M. I., Camarena-Pelegri, X., Julio Beltrán-Megías, J., Sabater-Mateu, M. P. (2006). Efectividad de la atención domiciliar de enfermería administrada a pacientes con trastorno mental severo: ensayo clínico controlado. *Enfermería Clínica*; 16(04):198–205.
- Lluch Canut, M. T. (2008). Concepto de salud mental positiva: factores relacionados. En J. Fornés Vives y J. Gomez Salgado (Eds.), *Recursos y programas para la salud mental. Enfermería Psicosocial II* (pp. 37–69). Madrid: Funden.
- Lluch Canut, M. T., Sabadell-Gimeno, M., Puig-Llobet, M., Cencerrado Muñoz, M., Navas Alcalá, D., Ferret Canale, M., Ugalde Apalategui, M. (2009). Diagnósticos enfermeros en pacientes con trastorno mental severo con seguimiento de enfermería en centros de salud mental. *Presencia*; 5(10). Recuperado de: <http://www.index-f.com/presencia/n10/p7151.php>

Lluch-Canut, MT. (2011). Decalogue of Positive Mental Health. Digital Print of the University of Barcelona. [Fecha de consulta: 12 Abril 2012]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/20062>.

Lluch-Canut, M. T., Puig-Llobet, M., Sanchez-Ortega, A., Roldan-Merino, J., y Ferre-Grau, C. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*; 13(1): 928. doi:10.1186/1471-2458-13-928.

Londoño Pérez, C. (2009). Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta colombiana de Psicología*; 12(1):95-107.

Luthar, S.S., y Cushing, G. (1999). Neighborhood influences and child development: A prospective study of substance abusers' offspring, *Development and Psychopathology*; 11(04): 763-784.

Lyons, J. (1991). Strategies for assessing the potencial for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*; 4: 93-111.

Maddi, S.R. y Khoshaba, D.M. (1994). Hardiness and mental. *Journal of Assesment*, 63: 265-274.

Malagón-Aguilera, M.C., Fuentes-Pumarola, C., Suñer-Soler, R., Bonmatí-Tomás, A., Fernández-Peña, R. y Bosch-Farré, C., (2012b). El sentido de coherencia en el colectivo enfermero. *Enfermería Clínica*; 22(4): 214-218.

Malagón-Aguilera, M.C., Juvinyà-Canal, D., Bonmatí-Tomás, A., Fernández-Peña, R., Bosch-Farré, C., Bertrán-Nogué, C. y Suñer-Soler, R. (2012a). Sentido de Coherencia de las enfermeras y validación del cuestionario SOC-13. *Metas de Enfermería*, 15, 27-31.

Manciaux, M. (2005). *La resiliencia, resistir y rehacerse*. Editorial Gedisa. Barcelona.

Mantas Jiménez, S; Juvinyà Canal, D; Lluch Canut, MT y Bertran Noguera, C. (2013). Evaluación de la salud mental positiva en profesionales de la salud. XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. ANESM, Sevilla.

Mantas Jiménez, S; Puig Llobet, M; Lluch Canut, MT; Juvinyà Canal, D y Roldán Merino, JF. (2015). Características sociodemográficas y laborales y análisis de la fiabilidad de instrumentos de evaluación de la salud mental desde una perspectiva positiva en profesionales del sistema de emergencias médicas de Girona. XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2ª Conferencia Internacional de enfermería de salud mental. ANESM, Burgos.

Mantas, S., Juvinyà, D., Bertran, C., Roldán, J., Sequeira, C. y Lluch, T. (2015). Evaluación de la Salud Mental Positiva y sentido de coherencia en profesionales de la salud mental. *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13); 34-42.

- McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., y Vickers, M.H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives, *Nurse Education Today*, 32(4): 378-384.
- Marquet, R. (1998). Gestión de la calidad en atención primaria de salud. En J. Del Llano, V. Ortún, J.M. Martín, J. Millán y J. Gené (Dir.), *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*, (pp. 241-255). Barcelona: Masson.
- Martín, A., Martín-Rabadán, M. y Brotons, C. (1997). Diez años después. *Atención primaria*; 20 (2): 9-10.
- Martín-Zurro A. y Cano-Pérez J.F. (2010). *Compendio de atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona [etc.]: Elsevier.
- Martínez-Martínez, P.L., Vázquez-Ríos, E.R., Hernández-Reyes, M. y Vázquez-Soto, M.A. (2011). La salud mental positiva de los estudiantes de Juárez del Estado de Durango. [Fecha de consulta: 12 Abril 2012]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=100525&id_seccion=4769&id_ejemplar=9793&id_revista=313.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development, *American psychologist*, 56(3): 227-238.
- Masten, A.S., y Powell, J.L. (2003). Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities. En: S.S. Luthar (Ed.), *A resilience framework for research, policy, and practice*, New York: Columbia University, pp. 1-28.
- Medina-Pérez, O., Iriar-Serrano, M.F. y Martínez-Ardilla, G. (2012). Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad Armenia-Quindío. *Revista virtual Universidad Católica del Norte* núm. 36. [Fecha de consulta: 13 de junio 2013]. Disponible en: [http://revista_virtual.ucn.edu.co/].
- Melillo, A. y Suárez, E. (2005). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Editorial Paidós SAICF, Buenos Aires.
- Meltzer, H. (2003). *Development of common instruments for mental health*. In EUROHIS: *Developing Common Instruments for Health Surveys*. Amsterdam: Editado por Norsikov, A. y Gudex C. IOS Press; 35-60.
- Mercado, D., Madariaga, C. y Martínez, M. (2012). Salud Mental Positiva y calidad de vida en adolescentes trabajadores y no trabajadores del municipio de Toluviéjo, Sucre. *Cultura, Educación, Sociedad-CES*. 3(1), 157-174.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS)*. Madrid: Secretaria General de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Gobierno de España; 2013.
- Miguel-Ruiz, MD. (2014). Valoración de la Salud Mental Positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de

Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona.

Morgan, A.,M. Davies, et al., Eds. (2010). *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. New York, Springer.

Morgan, A. y Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*; 2:17–22.

Morrison, T. (2007). Emotional intelligence, emotion and social work: Context, characteristics, complications and contribution, *British Journal of Social Work*; 37(2): 245-263.

Muñoz, R.F. (1997). Programas de prevención de la depresión. En G. Buela-Casal, L. Fernandez-Rios y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 149-176). Madrid: Piramide.

Muñoz, C.O., Restrepo, D. y Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 39 (3): 166-173.

Myers, F., McCollam, A. y Woodhouse, A. (2005). National programme for improving mental health and well-being: addressing mental health inequalities in Scotland: equal minds. Edimburg: Scottish Development Centre for Mental Health. Scottish Executive.

Navarro Baene, G.L.(2008). Características de salud mental positive en estudiantes universitarios. (Tesis de Maestría). Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.

Norton, L. (1998). Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice?. *Journal of advanced nursing*; 28 (6):1269-1275.

Nunnally, J.C., Bernstein, I.H.(1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw.

Nutbeam,D. (1996). *Glosario de Promoción de la Salud*. Recuperado de: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health promotion international*;13 (1): 27-44.

Nutbeam,D. (2000) Health outcomes and health promotion: defining success in health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*; 6: 58-60.

Nyamwaya, D. (1998). Yakarta-Puerto Rico: Aproximaciones. *Promotion and health*; 5 (3- 4):120.

O'Byrne, D. (1998). El poder del partenariado en la promoción de la salud. *Promotion and health*; 5 (3-4):118.

O'Donnell,M.P. (1989). Definition of health promotion.Part III. Expanding the

definition. *American Journal Health Promotion*; 3 (3):5.

Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T.L., y Wallace, K.A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life, *Journal of personality and social psychology*, 91(4):730-749.

Orellana et al (2012). Competencias comunicativas y salud mental positiva en el perfil profesional de los profesores de la educación básica de Lima metropolitana. Recuperado de : http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v15_n2/pdf/a05v15n2.pdf.

Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Recuperado de: <http://www.who.int/mental%5Fhealth/evidence/MH%5FPromotion%5FBook.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1978). *Alma-Ata 1978: atención primaria de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie "Salud para todos", nº 1

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Finalidad y Funciones*. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa56r6.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Carta de Otawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*. Recuperado de: <http://www.paho.org/spanish/hpp/otawachartersp.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1991). *Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud*. Sundsvall, Suecia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 1992. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997). *Declaración de Yakarta : sobre la promoción de la salud en el siglo XXI*. Yakarta: Organización Mundial de la Salud; 1997. Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *Conference on Health Promotion*. Recuperado de: <http://promocion.salut.gob.mx/adelaide.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *Informe sobre la salud en el*

mundo: la vida en el siglo XXI. Recuperado de: http://www.who.int/whr/1998/media_centre/en/whr98_press_release_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *Promoción de la Salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Disponible en:

http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf. *Glosario*.

Recuperado de: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

OMS (2013). Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020: informe de la secretaría. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_8-sp.pdf

Oshio, A., Nakaya, M., Kaneko, H., y Nagamine, S. (2002). Development and validation of an adolescent resilience scale, *Japanese Journal of Counselling Science*; 35(1): 57-65.

Ospino-Núñez, C.M. (2009). *Caracterización de la salud mental positiva en menores trabajadores de un mercado público*. (Tesis doctoral). Universidad del Norte, 2009. Barranquilla, Colombia.

Pacheco, G. (2008). Noción de salud mental y de trastorno mental. En Fornés, J. & Gómez, J. *Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental. Enfermería de salud mental y psiquiátrica II*. Madrid: FUDEN.

Page, J.D. (1982). *Manual de psicopatología*. Barcelona: Paidós (Original de 1971).

Pedraza Martos, V. (2017). *L'atur i la salut mental positiva de joves i adults* (Trabajo final de Master). Universitat Oberta de Catalunya, UOC. Recuperado de <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/61047/6/vpedrazaTFM0117mem%C3%B2ria.pdf>

Pender, N.L., Murdaugh C.L. y Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. 6ª ed. Boston [etc.]: Pearson : Prentice Hall.

Pérez, A., Puerta, L., Sierra, E. & Velásquez, B. (2007). Características de la salud mental positiva de menores trabajadores y no trabajadores entre 11 y 17 años en el municipio de Tolúviejo, Sucre. Tesis de Maestría en Desarrollo Social. Universidad del Norte.

Peterson, C., Seligman, M.E. y Vaillant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study, *Journal of personality and social psychology*, 55(1): 23-27.

- Peterson, C., Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Peterson, C., Park, y Seligman, M.E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life, *Journal of Happiness Studies*;6: 25-41.
- Power, A. K. (2010). Transforming the Nation's Health: next steps in mental health promotion. *American journal of public health*;100(12): 2343–2346. doi:10.2105/AJPH.2010.192138.
- Public Health Agency of Canada (2007): Pan-Canadian Healthy Living Strategy. Rapport sur la Stratégie Pancanadienne Intégrée en Matière de Mode de Vie Sains. Canada: Public health agency of Canada.
- Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M.T. y Sabater-Mateu, P. (2007). *Análisis del uso del constructo salud mental en los instrumentos genéricos que evalúan la calidad de vida*. Presencia: revista de enfermería de salud mental [Internet] Disponible en: <http://indexf.publicaciones.saludcastillayleon.es/presencia/n6/80articulo.php>
- Rajan, A. (1997). Employability in the finance sector: rhetoric vs reality, *Human Resource Management Journal*; 7(1): 67-78.
- Rajan, A., Van Eupen, P., Chapple, K., y Lane, D. (2000). *Employability: bridging the gap between rhetoric and reality. First report: employers' perspective*. Tonbridge, UK: Centre for Research in Employment and Technology in Europe (CREATE).
- Restrepo, H. y Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Panamericana.
- Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58: 307-321.
- Richardson, G.E., Neiger, B.L., Jensen, S., y Kumpfer, K.L. (1990). The resiliency model, *Health Education*; 21(6): 33-39.
- Rojas Marcos, L. (2012). *Secretos de la felicidad. Déjate guiar por tu instinto y disfruta de la vida*. Madrid: Espasa.
- Rothwell, A., y Arnold, J. (2007). Self-perceived employability: development and validation of a scale, *Personnel Review*, 36(1): 23-41.
- Ruiz, C. (1982). Normalidad y anormalidad en psiquiatría. En C. Ruiz, D. Barcia y J.J. Lopez-Ibor (Dir.), *Psiquiatría* (Vol.I, pp. 429-432). Barcelona: Toray
- Ruiz, M. (1982). *La estructura científica de la psicopatología*. Málaga: Centro de

Estudios Psiquiátricos y Psicológicos CEPYP.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611.

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann NY Acad Sci*; (1094):1-12.

Richmond, J. (1979). *Healthy people. The Surgeon General's report on health promotion and disease prevention*. UE: US Department of Health, Education and Welfare.

Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C., y Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*; 85 (2):129-139.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*; 147: 598-611.

Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. En: *Meisels, S.J. y Shonkoff, J.P. (eds.), Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 651-682). New York: Cambridge University Press.

Rutter, M. (2007). Resilience, competence and coping. *Child Abuse y Neglect*, 31, 305-309.

Ryff, C. D., y Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.

Sáinz, M. (1997). La cultura de la salud en España. *Centro de salud*, 5 (6), 351-353.

Sánchez, J. (1998). "Lo positivo, refuerza lo positivo". *Enfermería científica*, 196-197, 3.

Sánchez-Ortega, M.A. (2015). *Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud*. Barcelona: (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona.

Sanromà-Ortiz, M. (2016). Evaluación de un programa de Empoderamiento para potenciar y desarrollar conductas promotoras de salud y salud mental positiva en estudiantes de enfermería. *Dinamiza la salud: "Cuídate y cuida"*. Barcelona: (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona.

Santos, R. (2013). *Levantarse y luchar. Cómo superar la adversidad con la resiliencia*. Barcelona: Conecta.

Scheier, M.F., Caver, C. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*,

4(3):219–247.

Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55(2):169–210.

Segura, A. y Martín, A. (1998). Prevención en la práctica clínica desde la perspectiva de la salud pública y la atención primaria de salud. En J. Del Llano, V. Ortún, J.M. Martín, J. Millán y J. Gené (Dir.), *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*, (pp. 575-591). Barcelona: Masson.

Segura, A. (1993). Medidas de prevención o terapéuticas: influencia sobre la calidad de vida. En Ma V. Camps y M. Perez-Oliva (Eds.), *Terapéutica y calidad de vida* (pp. 75-83). Barcelona: Doyma.

Seligman, M.E. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Simon and Schuster.

Seligman, M. (2008) Positive Health. *Applied Psychology*, 57(supplement):3-18.

Seligman, M.E. (2011). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Random House Digital, Inc.

Seligman, M.E., y Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. Washington DC: American Psychological Association.

Serrano-Parra, M.D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M. y Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Validez de la escala de Resiliencia Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Enfermería Clínica*; 23 (1); 14-21.

Serrano-Parra, M.D. (2012). Resiliencia y Salud Mental en mayores. Validación de la escala de Resiliencia CD-Risc. Cuenca: (Tesis Doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha.

Serrano-Parra, M.D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M. y Martínez-Vizcaíno, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research*; 5(2): 49-57.

Sequeira, C., Carvalho JC., Sampaio F., Sá L., Lluch MT. y Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 45-53.

Seventh Global Conference on Health Promotion (2009). *Promoting Health and Development Closing the Implementation Gap*, Nairobi, Kenya. Ginebra: WHO. 2009. Recuperado de: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Programme.pdf?ua=1>

Sigerist, H. (1941). "Medicine and Human Welfare". Yale: Yale University Press,

En: *Journal of Public Health Promotion*, 1996; 17(2).

Sinclair, R.R., y Tetrick, L.E. (2000). Implications of item wording for hardiness structure, relation with neuroticism, and stress buffering, *Journal of Research in Personality*; 34(1): 1-25.

Sinclair, V.G., y Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale, *Assessment*; 11(1): 94-101.

Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of personality and social psychology*; 71(3): 549.

Sosa Correa, M. (2008). Escala autoinformada de inteligencia emocional (EAIE). (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

Stein, N., Folkman, S., Trabasso, T., y Richards, T.A. (1997). Appraisal and goal processes as predictors of psychological well-being in bereaved caregivers, *Journal of personality and social psychology*; 72(4): 872-884.

Stephens, T.M. (2013). Nursing student resilience: a concept clarification, *Nursing fórum*; 48(2): 125-133.

Subias, P.J., Martín-Rabadán, M. y Maymó, N. (1997). Evaluaciones del programa. *Atención primaria*; 20 (2):16-20.

Stuifbergen, A.K. y Rogers, S. (1997). Health promotion: An essential component of rehabilitation for persons with chronic disabling conditions. *Advanced nursing sciences*; 19 (4):1-20.

Tannahill, A. (1985). What is Health Promotion? *Health Education Journal*; 44:167-168.

Tarter, R.E. y Vanyukov, M. (1999). Re-visiting the validity of the construct of resilience. In M.D. Glantz and J.L. Johnson (Eds.) *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp 17-83). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 63. doi:10.1186/1477-7525-5-63.

Terris, M. (1992). "Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública". *Journal of Public Health Policy*; 13 (3): 267-276.

Tountas, Y.(2009) "The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine". *Health Promotion International*; 24 (2):185-192.

Tizón, J.L., Ciurana, R., Buitrago, F., Camon, R., Chocron, L., Fernandez, C. y Montón, C. (1997). Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria de salud. *Atención primaria*; 20 (2):122-151.

Torsheim, T., Aaroe, L.E. y Wold, B. (2001). Sense of Coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships. *Social Science and Medicine*; 53 (5): 603-614.

Turabián, J.L., Pérez-Franco, B., Baltuille, C., Garcia, C. y Rodriguez, J. (1997). Red de pacientes con recursos de salud positiva: una herramienta para la producción alternativa de servicios en medicina familiar. *Centro de salud*;5 (3):166-170.

Turabián, J.L. (1995). *Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. Una introducción a los principios de medicina de familia*. Madrid: Diaz de Santos.

Turabián, J.L. (1992). *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud*. Madrid: Diaz de Santos. □

Turner, C. (2001). "The beginning of health education at WHO". En: Modelo, A. y Mamon, J. (ed.). A long way to health promotion through UIHPE conferences, 1951-2001. Italia: Universidad de Perugia, 21-25.

Ugalde, M., y Lluch, M.T. (2003) . Salud mental. Conceptos básicos. En Rigol, A. y Ugalde, M. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Barcelona: Masson.

Vaillant, G.E. (2012) Salud Mental Positiva: ¿hay una definición intercultural?. *World Psychiatry*; 10(2): 93-99.

Vaingankar, J.A., Subramaniam, M., Chong, S.A., Abidin, E., Orlando Edelen, M., Picco, L., Sherbourne, C. (2011). The positive mental health instrument: development and validation of a culturally relevant scale in a multi-ethnic Asian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 92. doi:10.1186/1477-7525-9-92.

Valencia-Valencia, L.J. y Zuleta-Ramírez, M.A. (2011). *Influencia de un programa de ludoteca para la salud mental y la convivencia, en la satisfacción personal, la autonomía y la convivencia escolar de jóvenes de grado octavo y noveno de un colegio público de Pereira*. (Tesis de Grado). Universidad Tecnológica de Pereira. Colombia.

Van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F. (1999). Inventory of Interpersonal Situations. *European journal of psychological assessment*; 15 (1): 25-38.

Van Dongen, C.J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community mental health journal*; 32 (6): 535-548.

Vázquez, C. y Hervás, C. (2008). Salud mental positiva: del síntoma al bienestar. En: Vázquez C y Hervás C, eds. *Psicología positiva aplicada*. (pp. 17-39). Bilbao: Desclee de Brower.

Villalbí, J.R. (2001). Promoción de la Salud basada en la evidencia. *Revista Española de Salud Pública*; 75 (6): 489-490.

Virchow, R. (2006) "Informe sobre la epidemia de tifus en la Alta Silesia". En: Revista Electrónica Medicina Social/ Social Medicine;1(1):1841. Recuperado de: <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/issue/view/6>.

Virúes-Ortega, J.,Martínez-Martín,P., Barrio, J.L. y Lozano, M.L. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de coherencia de Antonovsky (QLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*; 128(13): 486-492.

Vives-Iglesias, A.E. (2007). *Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria*. En Revista Psicología Científica.com. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/estilo-de-vida-saludable/>

Wagnild, G. M. y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*; 1:165-178.

Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*; 30(6):473-485.

Ware JE, Kosinski M.(2001). Interpreting SF-36 Summary Health Measures: A Response. *Quality of Life Research*. Jan;10(5):405–413.

Werner, E.E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*; 59: 72-81.

Werner, E. E. y Smith, R.S.(1992). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.

Wilson,M., DeJoy, D.,Vandenberg, R.,Richardson, H. y McGrath, A. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565-588.

Williamson, G.S. y Perarse, I.H. (1996). *Science, Synthesis and Sanity: An Inquiry into the Nature of Living*. Whashington: Regnery Publishing.

Windle, G., Bennet, K.M. y Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 8-63. doi: 10.1186/1477-7525-9-8.

Winett, R.A., Riley, A.W., King, A.C. y Altman, D.G. (1993). Prevención en salud mental. Un enfoque proactivo-evolutivo-ecológico. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Dir), *Psicopatología infantil* (pp. 572-590). Barcelona: Martinez Roca. (Original de 1989).

World Health Organization. Executive Board. (2000). *Guidelines on working with the private sector to achieve health outcomes*. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud, 107th Session of the Executive Board, Provisional agenda item 8.3.

World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options*. Geneva: WHO; Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders

sr.pdf

World Health Organization. (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Recuperado de: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

World Health Organization. (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado: *VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, 2005. Tailandia, Bangkok*, World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

World Health Organization. (2009). Milestones in Health Promotion: statements from Global Conferences. Geneva: Chapter 2. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy : Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 1988 (pp. 6-11). Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/milestones_adelaide.pdf?ua=1

World Health Organization. (2000). Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. *Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México*. Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf

World Health Organization. (2012). Regional Committee for Europe Sixty-second session .Malta. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. (EUR/RC62/9) WHO Regional Office for Europe. Recuperado de : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf

World Health Organization (2014). [Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020 Copenhagen; WHO](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1). Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1.

World Health Organization. (2015). Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion, 1986. Otawa. Recuperado de: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

9. ANEXOS

9. ANEXOS

Anexo I: Formulario de datos socio demográficos y laborales.

EDAD: **SEXO:** Hombre Mujer

CONVIVENCIA: Vivo solo/-a Con familia/ pareja

TENGO FAMILIARES A MI CARGO (Pareja/Hijos/Otros): SI NO

CATEGORIA PROFESIONAL: Médico Enfermero/-a Técnico
Psicólogo/-a

TIPO DE CONTRATO: Fijo Eventual **TURNO LABORAL:** 24h
Turnos

A continuación, señala con una "X" la respuesta que más se ajusta a tu opinión.

1. En relación al trabajo asistencial ¿cuál es tu grado de satisfacción laboral global?

1= Nada satisfecho/-a	2= Poco satisfecho/-a	3= Bastante satisfecho/-a	4= Muy satisfecho/-a	5= Totalmente satisfecho/-a
-----------------------	-----------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------------

2. En general, trabajar/colaborar con compañeros/-as de otras instituciones (mosso d'esquadra, policía, bomberos, psicólogos, etc...) "me da fuerza":

1= En absoluto	2= Rara vez	3= A veces	4= A menudo	5= Siempre
----------------	-------------	------------	-------------	------------

Anexo II:
[Escala de Resiliencia CD-RISC \(Serrano, 2012\)](#)

Para responder, marca con una “X” la opción que indique de mejor manera cómo te sientes ante las siguientes afirmaciones. No hay respuestas buenas o malas. Nos interesa tu opinión.

		En Absoluto	Rara Vez	A Veces	A Menudo	Casi Siempre
1	Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios					
2	Puedo enfrentarme a cualquier cosa que se me presente					
3	Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento a los problemas					
4	Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte					
5	Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas o adversidades					
6	Creo que puedo lograr mis objetivos incluso si hay obstáculos					
7	Bajo presión me centro y pienso claramente					
8	No me desanimo fácilmente con el fracaso					
9	Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida					
10	Al enfrentarme a los problemas y dificultades de la vida, a veces actúo por un presentimiento sin saber porqué					

Anexo III:

Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) Lluch,1999.

Este cuestionario contiene una serie de afirmaciones que hacen referencia a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros. Para responder, lee cada frase y marca con una "X" la frecuencia que mejor se adapte a ti.

	SIEMPRE /CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNA S VECES	NUNCA / CASI NUNCA
1 A mí, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2 Los problemas me bloquean fácilmente				
3 A mí, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4 me gusta como soy				
5 soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6 me siento a punto de explotar				
7 Para mí, la vida es aburrida y monótona				
8 A mí, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
9 tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10 me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí				
11 Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
12 veo mi futuro con pesimismo				
13 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14 me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15 soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o				
16 intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17 intento mejorar como persona				

	SIEMPRE /CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNA S VECES	NUNCA / CASI NUNCA
18 me considero "un/a buen/a psicólogo/a"				
19 me preocupa que la gente me critique				
20 creo que soy una persona sociable				
21 soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22 soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23.... pienso que soy una persona digna de confianza				
24 A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25 pienso en las necesidades de los demás				
26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio persona				
27 Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
28 Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				
30 tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
31 creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32 trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
33 me resulta difícil tener opiniones personales				
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o				
35 soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36 ... Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
37 me gusta ayudar a los demás				
38 me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
39 me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				

Anexo IV:

Cuestionario SOC-13 (Antonovsky) Virués-Ortega et al.,2007.

A continuación hay una serie de preguntas sobre varios aspectos de la vida. Cada pregunta tiene 7 respuestas posibles. Por Favor, marque el número que mejor exprese su respuesta. Los números 1 y 7 indican las respuestas extremas. Si las palabras que aparecen debajo del 1 son ciertas en su caso, haga un círculo alrededor del 1. Si las palabras que aparecen debajo del 7 son ciertas en su caso, haga un círculo alrededor del 7. Si su parecer es diferente, rodee el número que mejor encaje con su idea de la pregunta. Por favor, dé sólo una respuesta por cada pregunta

- 1. ¿Tiene la impresión de que a Vd. no le importan de verdad las cosas que pasan a su alrededor?**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Rara vez o nunca

Muy a menudo

- 2. ¿Le ha sorprendido alguna vez lo que han hecho personas que Vd. creía que conocía bien?**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Nunca me ha pasado

Siempre me pasa

- 3.¿Le ha pasado alguna vez que personas con las que contaba le hayan defraudado?**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Nunca me ha pasado

Siempre me pasa

- 4. Hasta ahora su vida...**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

No ha tenido en absoluto

Ha tenido objetivos y

objetivos o metas claras

metas muy claras

- 5. ¿Tiene Vd. La impresión de que le están tratando de forma injusta?**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Muy a menudo

Rara vez o nunca

- 6. ¿Tiene Vd. la impresión de estar en una situación a la que no está acostumbrado/a y no sabe qué hacer?**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Muy a menudo

Rara vez o nunca

- 7. Hacer las cosas que Vd. hace todos los días...**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Me produce una gran dolor

Me produce

alegría y satisfacción

y aburrimiento

- 8. ¿Tiene Vd. sentimientos o ideas muy confusas?**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Muy a menudo

Rara vez o nunca

- 9. ¿Le pasa que tiene sentimientos dentro de Vd. que preferiría no tener?**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Muy a menudo

Rara vez o nunca

10. Muchas personas, hasta los que tienen un carácter fuerte, se sienten a veces como unos desgraciados. ¿Cuántas veces se ha sentido Vd. así en su vida?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Nunca

Muy a menudo

11. Cuando algo le ha pasado, al final ha visto Vd. que...

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Le dio más importancia o menos de la que en verdad tenía

Dio a las cosas la importancia justa

12. ¿Cuántas veces tiene la impresión de que las cosas que hace todos los días significan muy poco o tienen poca importancia?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Muy a menudo

Rara vez o nunca

13. ¿Cuántas veces tiene la impresión de no estar seguro/a de poder controlarse?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Muy a menudo

Rara vez o nunca

¡MUCHAS GRACIAS POR

TU COLABORACIÓN!

Anexo V:

Información para los participantes el estudio

Apreciado compañero/-a,

Mi nombre es Susana Mantas. Me pongo en contacto contigo para solicitar tu colaboración en el estudio de investigación ***“Sentido de Coherencia ,Resiliencia y Salud Mental Positiva en Profesionales Sanitarios del Sistema de Emergencias Médicas de Girona”***.

La investigación forma parte de la Tesis Doctoral que estoy elaborando en la Universidad de Girona. El citado proyecto de investigación ha sido presentado a la Junta Clínica del SEM, obteniendo la ACEPTACIÓN por parte de la Comisión Evaluadora.

Con este estudio se pretende conocer los niveles de sentido de coherencia, salud mental positiva y resiliencia que tenemos los profesionales asistenciales del SEM.

Nos interesa mucho tu participación para poder tener una primera aproximación de cuál es nuestra situación en esta cuestión. Tu opinión servirá para seguir avanzando como profesionales en nuestro campo, así como para detectar necesidades e introducir mejoras. Los resultados también serán analizados en sentido positivo para realzar los puntos fuertes de nuestra salud.

El estudio contiene un pequeño formulario de datos personales y tres cuestionarios que corresponden a los tres constructos que se evalúan: *Salud Mental Positiva, Resiliencia y Sentido de Coherencia*.

Cumplimentar toda la información solo te llevará aproximadamente 15' minutos. También debes saber que toda la información facilitada será confidencial y que los datos que facilites serán tratados de manera anónima. Cualquier duda, no dudes en ponerte en contacto conmigo.

Recibe un cordial saludo,

Susana Mantas Jiménez

Coordinadora Psicólogos SEM

susanamantas@hotmail.com

Telf. 625458497

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

Anexo VI:

Carta de aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica del SEM

emergències mèdiques



C. Pablo Iglesias, 101-115
08908 L'Hospitalet de Llobregat
Telèfon 93 264 44 00 Fax 93 264 44 01
sem@gencat.cat - [http:// sem.gencat.cat](http://sem.gencat.cat)

Susana Mantas Jiménez
Coordinadora Equip Psicòlegs SEM, Girona
Susana.mantas@udg.edu

Benvolguda

Com a Secretari de la junta clínica del Sistema de emergències mèdiques (SEM) us faig a mans el document reconeixent la presentació a junta clínica del SEM de la investigació que porta el títol:

"Sentit de Coherència, Salut Mental Positiva i Resiliència en professionals sanitaris del Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya"

Aquesta investigació forma part de l'estudi de la tesi doctoral de la Sra. Susana Mantas Jimenez (Psicòlegs SIPS-SEM) i va ser acceptada per part de la Junta Clínica del SEM (any 2013), amb la conseqüent acceptació de l'ús de dades a tal efecte.

Tanmateix aprofitem l'avinentsa per convidar vos a prescntar els resultats a la junta clínica tan bon punt sigui possible.

Atentament

Francesc Xavier Escalada Roig
Secretari junta clínica SEM

Barcelona, 2 març de 2017