

# Universidad de Huelva

Departamento de Biología Ambiental y Salud Pública



## La inteligencia emocional y el sentido de coherencia en la percepción de la salud de los docentes universitarios

Memoria para optar al grado de doctora  
presentada por:

**Ana Isabel Burguillos Peña**

Fecha de lectura: 11 de septiembre de 2015

Bajo la dirección de los doctores:

Carlos Ruiz Frutos

Manuel Acosta Contreras

**Huelva, 2015**



**Universidad de Huelva**

**Departamento de Biología Ambiental y Salud Pública**

Memoria para la obtención del título de Doctora por la  
Universidad de Huelva

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EL SENTIDO DE COHERENCIA  
EN LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS DOCENTES  
UNIVERSITARIOS

**TESIS DOCTORAL**

Huelva

2015

Doctoranda: D<sup>a</sup> Ana Isabel Burguillos Peña

Directores: Prof. Dr. D. Carlos Ruiz Frutos

Prof. Dr. D. Manuel Acosta Contreras



# LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EL SENTIDO DE COHERENCIA EN LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS DOCENTES UNIVERSITARIOS

TESIS DOCTORAL

Doctoranda: Ana Isabel Burguillos Peña

Directores:

Prof. Dr. D. Carlos Ruiz Frutos

Prof. Dr. D. Manuel Acosta Contreras



**Universidad  
de Huelva**

**Huelva, 2015**



**PROGRAMA DE DOCTORADO**  
**“Gestión y Salud Ambiental”**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**  
**“Salud ambiental y Laboral”**

**Departamento de Biología Ambiental y**  
**Salud Pública**





*Departamento de Biología Ambiental y Salud Pública*  
*Facultad de Ciencias Experimentales*

La Memoria del trabajo de investigación para la obtención del grado de Doctora realizada por Dña. Ana Isabel Burguillos Peña titulada: *La inteligencia emocional y el sentido de coherencia en la percepción de la salud de los docentes universitarios.*

Ha sido realizada bajo la dirección del Dr. Carlos Ruiz Frutos, Profesor Titular del Departamento de Biología Ambiental y Salud Pública de la Facultad de Ciencias Experimentales de la Universidad de Huelva y del Dr. Manuel Acosta Contreras, Catedrático de Escuela Universitaria del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Huelva.

Firman que el citado trabajo reúne todos los requisitos necesarios para su juicio y calificación.

Huelva, a 1 de julio de 2015

Dr. Carlos Ruiz Frutos

Dr. Manuel Acosta Contreras



# Agradecimientos

---

Esta tesis doctoral supone la consecución de una de las metas más importantes de mi vida, y a su vez, el comienzo de una carrera investigadora más madura y profunda.

Son muchas personas las que han pasado por mi vida en los últimos años, las que me han apoyado y animado a seguir este camino. Aquí voy a dar las gracias a aquellos pilares básicos que han hecho posible este logro.

En primer lugar, mis padres, como no, son los apoyos fundamentales, los bastones que me sustentan cada día. Aún recuerdo cuando cursaba cuarto de licenciatura y pensé en dedicarme a la investigación, y fueron ellos, en concreto, mi padre, quien me animó a hacer el Doctorado. Lo veía algo muy lejano pero sabía que podría llegar a lograrlo y formarme como docente universitario, una de mis pasiones. Y así fue, con mi primera matrícula en el programa de doctorado, empezó este duro y largo camino, que si no fuera por su apoyo constante, no estaría ahora escribiendo estas palabras.

Ellos me educaron en valores básicos y fundamentales para ser una buena profesional y buena persona, y en la medida de lo posible creo que he alcanzado algunos de ellos. Me han educado en el valor del esfuerzo, en la lucha por conseguir los objetivos, en no desistir, en confiar en mí, etc.

En cada camino que he emprendido, desde los inicios de mi educación siempre me han apoyado, preguntado, interesado y

atendido, y detrás de todo objetivo cumplido, siempre he recibido el refuerzo y el cariño, que me han hecho seguir y esforzarme aún más.

Gracias a mi madre, por estar siempre pendiente de mí, por facilitarme todo lo posible el camino hacia lograr esto, por procurar que sólo me preocupara de mis estudios y de nada más. Gracias por aguantar malas caras o enfados por el estrés y los agobios, por ponerme siempre buena cara y por las palabras de ánimo y cariño.

Agradecer a mi padre su comprensión, su apoyo y su interés por este trabajo. Gracias por repasar cada página del trabajo cuando yo no tenía tiempo para que estuviese lo mejor posible. Gracias por escucharme tantas veces hablar de la tesis, ya que los doctorandos parece que somos monotemáticos... Una persona seria, formada y con valores de la que he aprendido, aprendo y lo seguiré haciendo. Gracias.

Agradecer también a mi hermano, Miguel, su paciencia, por todos los momentos de falta de motivación y de irritabilidad que durante estos últimos cuatro años me ha tenido que aguantar, por todos los momentos en que ha tenido que guardar silencio para no molestarme mientras estudiaba y también por contarle todas las cosas que hacía para mi tesis repetitivamente....gracias! Hasta he conseguido contagiarle el interés por el doctorado haciendo que se matricule! Junto a mis padres es otro pilar básico, fuente de admiración, una persona con valores y mucha cultura, de la que se aprende algo nuevo cada día, aunque no se lo diga a menudo.

Quisiera agradecer a toda mi familia, en concreto a todos mis tíos (Marité y Andrés, Alfonso y Adela, José Mari y Dolores, Marimer y Pedro, Juan Luis, Ana y Robert, Fini,...y un largo etc.) y a todos mis primos, que

también han seguido este tiempo animándome, preguntándome y esperando este logro.

A todos mis abuelos, a los que están y los que ya no están, porque con sus acciones, su presencia corta o larga, he aprendido, crecido, madurado y formado como la persona que soy, con sus defectos y virtudes.

En especial, a mi abuela materna, por esos momentos en que me ha ofrecido estados de relajación, de apoyo y me ha contagiado su fuerza y sus ganas de luchar. Porque es una persona que me ha transmitido ternura, cariño, capacidad de esfuerzo, y me ha colmado de todas las atenciones posibles para que cogiera fuerzas y siguiera adelante, gracias por animarme y confiar en mí, y hacer que yo también lo haga.

A mi abuelo paterno, porque también ha podido vivir conmigo todo este proceso, agradecerle su apoyo, su interés y entusiasmo por mis estudios y mi profesión. Gracias porque he podido conocer a una persona de valores sólidos y fiel a los suyos. Darle gracias por ser así y por estar ahí.

Quizá lo normal sea agradecer a las personas todo lo que le han aportado a uno/a durante este proceso, pero hay muchas otras cosas y seres a los que agradecerles su apoyo. En especial, y aunque resulte algo insólito, yo quiero agradecer a alguien muy especial, a una gatita, "misi" que lleva ya once años conmigo, desde que empecé a estudiar Psicología. No habla, pero me ha aportado y sigue haciéndolo, numerosos momentos cargados de alegría con sólo mirarla, cuando me ve llegar a casa me maúlla, me ofrece todo su cariño y me aporta la mayor tranquilidad posible. En el proceso de elaboración de una tesis

doctoral existen muchos momentos de falta de motivación y de desesperación, y ella ha estado ahí aportándome su compañía y amor.

A todos mis amigos, en especial a José Luis, a quién conocí el primer año de carrera y sigue siendo mi mejor amigo. Nunca creí que podría llegar a conseguir una amistad similar pero así ha sido. Una persona que siempre ha creído en mí, que siempre me brinda de bonitas palabras de ánimo, que siempre está ahí cuando se le necesita y en parte, le tengo que dedicar este trabajo, por escucharme, y por aguantarme.

A Rocío, la alumna interna de Manolo, quien en su último año de carrera me ayudó enormemente en la administración y recogida de cuestionarios. Gracias a su tiempo, su interés y su apoyo.

A Anabel, a Aurori, a mi prima Bea, a Isa y a Diego, a María José, Nuria, Leticia, etc...a todos los que habéis estado durante estos años ahí, a todos mis primos en general porque no he podido estar en muchas ocasiones con ellos todo lo que hubiera querido, porque siempre estaba ocupada. Gracias por vuestra comprensión y por vuestro apoyo y confianza.

Por último quiero agradecer a mis directores de tesis su dedicación, el aprendizaje que he podido hacer con ellos, el tiempo que me han dedicado estando tan ocupados, la confianza que han depositado en mí.

A ti, Carlos, porque no me conocías y accediste a dirigirme la tesis. Gracias por esa demostración de confianza, por saber guiarme y orientarme hasta alcanzar un trabajo digno de una Doctora. Gracias por todo el esfuerzo y tiempo que has puesto para que esto pudiera lograrse, por tu comprensión en los momentos en que no he podido

dedicarme al completo por trabajo u otros motivos. Estoy muy agradecida porque me has demostrado que has estado cuando te he necesitado, ya sea por motivos de estudios o personales, por brindarme apoyo y soluciones.

A ti, Manolo, porque contigo empecé mi carrera investigadora en cuarto de licenciatura, porque apenas sin conocerme me diste la oportunidad de aprender la profesión de investigadora y de acogerme en tu Departamento. Tengo muchas cosas que agradecerte, sobre todo porque te has convertido en un gran amigo, una persona que rebosa bondad, comprensión y cariño. Gracias por integrarme entre tus compañeros, tus amigos... He aprendido muchas cosas de ti, me has apoyado y ofrecido momentos de optimismo cuando me desmotivaba, sólo recibía de ti buenas palabras, esperanzas y ganas de seguir luchando. Disculparme por todos los enfados y malas caras que llevaba al despacho cuando creía que no me salían las cosas bien, y gracias porque con un par de palabras me hacías cambiar la perspectiva y continuar, aunque por cabezonerías no te diera la razón. Gracias por estar ahí, porque siempre aprendo algo nuevo de ti.

Con estas palabras no me despido, sino que comienzo mi carrera como Doctora agradeciendo a estas personas su acompañamiento en el proceso de conseguirlo. No me despido de mis directores, porque nos quedan muchos artículos, congresos y quién sabe si otra Tesis.

**GRACIAS!!!**



*A mis padres y hermano, familiares y amigos,  
A Manolo y a Carlos,*

*Porque sin todos vosotros este trabajo  
No podría haberse hecho realidad*



# ÍNDICE

---

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y  
EL SENTIDO DE COHERENCIA EN  
LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD  
DEL DOCENTE UNIVERSITARIO

---



# Índice

---

<b>Resumen</b>	<b>27</b>
<b>Abstract</b>	<b>31</b>
<b>Introducción</b>	<b>35</b>
<b>I.MARCO TEÓRICO</b>	<b>47</b>
<b>Capítulo 1. Salud y Docencia</b>	<b>49</b>
1. Concepto de Salud y Salud Mental	53
1.1. Concepto de Salud	53
1.2. Salud Mental Percibida y Estado de Salud. Definición y Evaluación	55
2. Psicología de la Salud	63
2.1. El modelo biomédico	64
2.2. El modelo biopsicosocial	65
2.3. Psicología de la Salud	65
3. Salud Laboral y Ocupacional	67
3.1. Psicología de la Salud Ocupacional Positiva	73
4. Los docentes universitarios. Funciones y características	75
5. La Salud en los docentes	76
6. Riesgos psicosociales en la docencia	78
6.1. Enfermedades profesionales más frecuentes en la docencia	81
6.1.1. Bajas laborales más frecuentes en la docencia	91
6.1.1.1. Enfermedades y Bajas laborales en docentes universitarios	98

<b>Capítulo 2. Promoción de la Salud y Salutogénesis</b>	<b>105</b>
1. Delimitación del concepto de Promoción de la Salud	107
1.1. Salud Pública, Salud Mental y Promoción de Salud	107
1.1.1. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud	112
2. Perspectiva Salutogénica	112
2.1. Nacimiento del Modelo Salutogénico	117
2.2. Recursos Generales de Resistencia y Sentido de Coherencia	121
2.3. Sentido de Coherencia de Antonovsky. Definición y Dimensiones	127
2.4. Influencia del Modelo Salutogénico en la Promoción de Salud	132
2.5. Expansión del Modelo Salutogénico en la actualidad	132
2.6. Evaluación del Sentido de Coherencia	135
2.7. Propiedades psicométricas del SOC-29 y SOC-13	137
<b>Capítulo 3. Inteligencia Emocional</b>	<b>143</b>
1. Delimitación conceptual de la Inteligencia Emocional (IE)	147
2. Aproximación histórica y modelos teóricos de la Inteligencia Emocional	152
2.1. Teoría Triárquica de la Inteligencia de Robert Sternberg (1982)	152
2.2. Modelo de las Inteligencias Múltiples de Howard Gardner (1983)	153
2.3. Modelo de Salovey y Mayer (1990, 1997)	155
2.4. Modelo de Competencias Emocionales de Daniel Goleman (1995)	161
2.5. Modelo Multifactorial de Bar-On (1997)	162
3. Evaluación de la Inteligencia Emocional	167
3.1. Medidas de Habilidad o Ejecución basadas en la formulación de Salovey y Mayer (2000)	169

3.2. Medidas de Autoinformes basadas en la formulación de Salovey y Mayer (1990)	170
<b>Capítulo 4. Satisfacción Laboral</b>	<b>177</b>
1. Motivación y Satisfacción	181
2. Concepto de Satisfacción Laboral	181
3. Teorías sobre Satisfacción Laboral	183
3.1. Teoría de la jerarquía de las necesidades de Maslow (1954)	183
3.2. Teoría x-Y de McGregor (1960)	184
3.3. Teoría bifactorial de Herzberg (1959)	185
3.4. Teoría de las motivaciones sociales de McClelland (1951, 1961)	186
3.5. Teoría Erg, de Alderfer (1969, 1972)	187
3.6. Teoría de las expectativas de Víctor Vroom (1964)	187
4. Factores asociados a la Satisfacción Laboral	188
5. Evaluación de la Satisfacción laboral	190
5.1. Evaluación de la Satisfacción Laboral Docente	193
6. Concepto de Satisfacción Laboral Docente	194
6.1. Factores asociados a la Satisfacción Laboral Docente	194
<b>Capítulo 5. Estudios Empíricos: Salud, Sentido de Coherencia, Inteligencia Emocional y Satisfacción Laboral</b>	<b>199</b>
1. Salud Percibida	203
1.1. Estado de Salud y Salud Mental Percibida en Docentes	203
2. El Sentido de Coherencia	206
2.1. Sentido de coherencia en docentes	206
2.2. El Sentido de Coherencia y su relación con la Salud	207
2.2.1. Sentido de coherencia y salud percibida	213
2.2.2. Sentido de coherencia como mediador ante el estrés	217

2.3. Sentido de coherencia y emociones	219
2.3.1. Sentido de coherencia e inteligencia emocional	220
2.4. Sentido de coherencia y salud laboral	220
2.4.1. Sentido de coherencia y satisfacción laboral	224
2.5. Sentido de coherencia y otras variables	226
3. La Inteligencia Emocional	227
3.1. Inteligencia emocional y rendimiento laboral	228
3.2. Inteligencia emocional en la profesión docente	230
3.3. Inteligencia emocional y salud	236
3.3.1. Estudios empíricos con TMMS y Salud	237
3.4. Inteligencia emocional y satisfacción laboral	240
3.5. Inteligencia emocional y otras variables cognitivas	242
4. La Satisfacción Laboral	244
4.1. Satisfacción laboral y salud en la profesión docente	245
4.2. Satisfacción laboral y variables sociodemográficas	247

## **II. MARCO EMPÍRICO. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

<b>Capítulo 6. Objetivos e Hipótesis</b>	<b>255</b>
1. Objetivos	259
1.1. Objetivos generales	259
1.2. Objetivos específicos	259
2. Hipótesis	260
2.1. Descriptivas	260
2.2. Contraste de Hipótesis	260
2.3. Correlacionales	261
2.4. Predictivas	262
<b>Capítulo 7. Metodología</b>	<b>265</b>
1. Muestra	269
2. Variables e Instrumentos	273

2.1. Variables sociolaborales	273
2.2. Estado de salud percibido	278
2.2.1. Pregunta general sobre el Estado de Salud (ENSE)	278
2.3. Salud general percibida	278
2.3.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28	278
2.4. Inteligencia emocional	280
2.4.1. Trait Meta-Mood Scale. TMMS-24	280
2.5. Sentido de coherencia	281
2.5.1. Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13)	281
2.6. Satisfacción laboral	282
2.6.1. Cuestionario de Satisfacción Laboral S10/12	282
3. Diseño y procedimiento	283
3.1. Diseño	283
3.2. Procedimiento	283
3.2.1. Búsqueda Bibliográfica	283
3.2.2. Administración de cuestionarios y recogida de datos	285
3.3. Cronograma	286
4. Análisis de Datos	289
<b>Capítulo 8. Resultados</b>	<b>293</b>
0. Prueba Normalidad de Kolmogorov-Smirnov	301
1. Análisis Descriptivo	302
1.1. Variables personales	302
1.2. Variables Laborales	304
1.3. Relación entre variables personales y laborales	310
1.4. Variables Psicológicas	319
1.4.1. Estado de salud	319
1.4.2. Salud General Percibida	321
1.4.3. Sentido de Coherencia	327

1.4.4. Inteligencia Emocional	329
1.4.5. Satisfacción Laboral	331
2. Análisis de Inferencias	334
2.1. Análisis de Contraste de Hipótesis	334
2.1.1. Estado de Salud y variables sociolaborales	334
2.1.2. Salud Mental y variables sociolaborales	347
2.1.3. Sentido de Coherencia y variables sociolaborales	370
2.1.4. Inteligencia Emocional y variables sociolaborales	389
2.1.5. Satisfacción Laboral y variables sociolaborales	411
2.2. Análisis de Correlaciones	430
2.2.1. Sentido de coherencia-Salud	430
2.2.2. Sentido de coherencia-Inteligencia emocional	433
2.2.3. Sentido de coherencia-Satisfacción laboral	434
2.2.4. Inteligencia Emocional-Salud	436
2.2.5. Inteligencia Emocional-Satisfacción laboral	439
2.2.6. Satisfacción laboral-Salud	441
2.3. Análisis de Regresión	449
2.3.1. Modelo explicativo del estado de Salud y de la Salud Mental Percibida	449
2.3.2. Modelo explicativo de la Satisfacción Laboral	459
<b>Capítulo 9. Discusión</b>	<b>469</b>
<b>Capítulo 10. Conclusiones, Limitaciones del Estudio y Líneas Futuras de Investigación</b>	<b>489</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>505</b>
<b>Índice de Abreviaturas</b>	<b>557</b>
<b>Índice de Figuras, Tablas y Gráficos</b>	<b>563</b>
<b>Anexos</b>	<b>579</b>





# Resumen

---

Los estudios previos sobre salud y satisfacción laboral señalan el carácter protector de la inteligencia emocional percibida y el sentido de coherencia. La inteligencia emocional se refiere a la habilidad de entender e identificar las emociones propias y ajenas y de saber manejarlas para que no produzcan un efecto perjudicial en la salud. El sentido de coherencia se define como la capacidad de percibir el significado del mundo, de adquirir la relación entre las acciones y las consecuencias y de comprender el mundo de manera clara y estructurada, conociendo los recursos para afrontar las demandas. Esta tesis doctoral estudia estas dos variables protectoras según la perspectiva salutogénica de Antonovsky, nacida en el seno de la Salud Pública y la Carta de Ottawa. El objetivo era dirigir la atención hacia una perspectiva que atendiese a los factores que protegieran la salud y no centrarse en el paradigma tradicional biomédico basado en la enfermedad. En este sentido el objetivo principal del estudio consistía en analizar en qué medida la Salud Mental y la Satisfacción Laboral de los docentes universitarios están influidos por el Sentido de Coherencia, la Inteligencia Emocional, y ciertas variables sociodemográficas y propias del entorno laboral. Para ello se recogieron mediante un cuestionario elaborado una serie de variables sociolaborales que según algunos estudios revisados podrían ejercer cierta influencia en la salud y en la satisfacción laboral. Para medir la inteligencia emocional percibida se utilizó un método de autoinforme, el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) de Salovey y Mayer, el cual comprendía las dimensiones: atención, claridad y reparación emocional. El sentido de coherencia se evaluó a través del SOC-13 u *Orientation to Life Questionnaire* (OLQ) de Antonovsky, ofreciendo información sobre tres dimensiones del constructo: significatividad, manejabilidad y comprensibilidad. La

satisfacción laboral se evaluó a través del Cuestionario S10/12 de Meliá y Peiró, recogiendo la satisfacción con el ambiente, con la supervisión y con las prestaciones. La salud se evaluó mediante la pregunta de la Encuesta Nacional de Salud sobre el estado de salud en los últimos doce meses, y mediante el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). La muestra estaba formada por 160 docentes de la Universidad de Huelva. Los resultados obtenidos en esta tesis indican que a mayor nivel de sentido de coherencia y mayor inteligencia emocional percibida en los docentes, mayor es su salud percibida, menos sintomatología psíquica refieren y más satisfechos están en su trabajo. Los análisis de regresión logística realizados indican que un buen estado de salud percibido está explicado en un 91.2% por altos niveles de atención y reparación emocional, y por una baja significatividad y comprensibilidad. Una adecuada reparación emocional explica un 79.7% los síntomas somáticos y en un 79.4% la sintomatología ansiosa. Una alta comprensibilidad disminuye la probabilidad de aparición de disfunción social (87.2%). La significatividad favorece que no aparezcan síntomas depresivos (96.7%). La satisfacción laboral con el ambiente de trabajo es explicada por una adecuada atención a las emociones y una baja significatividad (83%), de la misma forma que la satisfacción con la supervisión (79.9%). Unos niveles altos de atención y reparación emocional explican el aumento de la satisfacción con las prestaciones (74.8%).





# Abstract

---

Previous studies on health and job satisfaction point to the protective nature of the perceived emotional intelligence and sense of coherence. Emotional intelligence refers to the ability to understand and identify their own and others emotions and learn to handle them not to produce a detrimental effect on health. The sense of coherence is defined as the ability to perceive the meaning of the world, to acquire the relationship between actions and consequences and understand the world in a clear and structured way, knowing the resources to meet the demands. This dissertation studies these two protective salutogenic variables from the perspective of Antonovsky, born within the Public Health and the Ottawa Charter. The aim was to draw attention to a perspective that I have respect to the factors that protect health and not focus on the traditional biomedical paradigm based on the disease. In this sense the main objective of the study was to examine to what extent the Mental Health and Job Satisfaction of university teachers are influenced by the sense of coherence, emotional intelligence, and certain sociodemographic and own working environment variables. For this purpose they were collected by a questionnaire developed a number of social and labor variables that according to some studies reviewed could exert some influence on health and job satisfaction. To measure perceived emotional intelligence self-report method was used, the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) Salovey and Mayer, which amounted dimensions: attention, emotional clarity and repair. The sense of coherence was assessed using SOC-13 or Orientation to Life Questionnaire (OLQ) Antonovsky, providing information on three-dimensional construct: meaningfulness, manageability and comprehensibility. Job satisfaction was assessed using Questionnaire S10 / 12 Melia and Peiro, collecting satisfaction with the environment, with

supervision and performance. Health was assessed by the question of the National Health Survey on health status in the last twelve months, and by the General Health Questionnaire Goldberg (GHQ-28). The sample consisted of 160 teachers from the University of Huelva (Spain). The results obtained in this PhD. Thesis indicate that a higher level of sense of coherence and greater perceived emotional intelligence in teaching, the greater its perceived health, mental symptoms less concern and are more satisfied in their work. Logistic regression analyzes carried out indicate that a good perceived health status is explained in 91.2% by high levels of attention and emotional repair, and low significance and comprehensibility. Adequate emotional repair explains 79.7% somatic symptoms and 79.4% anxiety symptoms. High compressibility decreases the probability of occurrence of social dysfunction (87.2%). The significance favors not appear depressive symptoms (96.7%). Job satisfaction with the work environment is explained by adequate attention to emotions and a low significance (83%), in the same way that satisfaction with supervision (79.9%). High levels of attention and emotional repair explain the increase in satisfaction with the services (74.8%).





# INTRODUCCIÓN

---



# Introducción

---

En el ámbito laboral existen numerosos factores extrínsecos que influyen en el estado de salud de las personas. Algunos de ellos son de naturaleza química, física, o psicológica, causando diferentes enfermedades profesionales según el agente causal al que se expone el individuo. Por otro lado, es digno de mencionar que hay otros factores intrínsecos al individuo, como podrían ser las propias características de su vida familiar o social, o de la personalidad del mismo. Con respecto a los factores intrínsecos, serían la personalidad, las atribuciones psicológicas, las distorsiones del pensamiento, el propio estado de salud general, o la percepción de ésta por parte del trabajador, los que pueden determinar de un modo u otro su actuación y afrontamiento de las situaciones cotidianas que se viven en el ambiente laboral, o incluso la manera en que se afronta una enfermedad profesional.

Esta tesis centra su interés en el modelo salutogénico, el cual toma como objetivo principal promocionar la salud, y analizar los factores que propician la salud. Este estudio pretende analizar qué variables son las que promueven la salud y la satisfacción laboral de los docentes universitarios. La investigación ha dirigido su principal foco de interés en la descripción de dos variables salutogénicas en una muestra de docentes universitarios. La primera, nacida en el seno de este paradigma, el Sentido de Coherencia y la segunda, la Inteligencia Emocional desde el Modelo de Salovey y Mayer. Además se pretende conocer qué niveles de estas variables se dan en los docentes y examinar si mantienen una relación con la percepción del estado general de salud, con la salud mental percibida y con la satisfacción laboral. Se pretende buscar aquellos factores explicativos que pudieran

## Introducción

proteger la salud de los docentes, mediando entre los factores externos e internos.

Las circunstancias estresantes a nivel familiar, social o laboral, influyen directa o indirectamente en la salud de las personas. El mecanismo interno de valoración de los recursos y afrontamiento de estas circunstancias son los que median entre éstas y las respuestas de la persona (físico, cognitivo o motor). El sentido de coherencia posibilita un buen manejo de los recursos de los que disponemos, nos permite utilizarlos eficazmente y afrontar de forma adaptativa los diferentes estresores.

La Ley General de Sanidad contempla la salud laboral como una manera de promocionar de forma íntegra la salud física y mental del trabajador. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales extiende la promoción de la salud laboral a todas las enfermedades o patologías sufridas en el entorno laboral como causa o accidente en el mismo. Existen ciertos factores o riesgos psicosociales en el ámbito laboral que aumentan la probabilidad de sufrir enfermedades profesionales (Calera, Esteve, Roel y Uberti-Bona, 2006).

Comisiones Obreras (CCOO) en el año 2002 publica un documento que recoge datos significativos sobre la salud laboral del profesorado. En éste se plasman las tasas de absentismo siendo la más alta la referente a los docentes.

La docencia en las últimas décadas está sufriendo numerosas alteraciones. Brodbelt (1973) señalaba unos niveles altos de trastornos psiquiátricos serios (29%) y moderados (35.7%) en docentes de primaria y secundaria.

## Introducción

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) vincula el estrés encontrado en los docentes a las características del puesto desempeñado, donde el aumento de la carga lectiva, la intensidad y volumen de las actividades y las condiciones laborales y salariales actúan aumentando la percepción de estrés y la aparición de sintomatología psiquiátrica. Los docentes revelan mayores niveles de estrés, menores de salud percibida y de satisfacción laboral que en otros profesionales (Álvarez, 2014).

Un estudio realizado por el sindicato Unión General de Trabajadores (UGT) en 2006 revela que los docentes de la enseñanza superior tienen más probabilidades de sufrir patologías psicosociales como la fatiga física, el estrés laboral, la depresión, el acoso psicológico o el síndrome de *burnout*.

El rol del docente se ha ido modificando con el paso del tiempo. Los profesores siempre han tenido una muy buena consideración por ser la principal figura de referencia de la educación en las persona. Actualmente se le demanda mayor volumen de trabajo y se le carga en exceso de responsabilidades, culpabilizándole de los fracasos escolares y de los conflictos que en el entorno escolar puedan surgir. Este estado puede derivar en una gran desmotivación e insatisfacción hacia el desempeño de su tarea, influyendo en su salud (García y Colom, 2002).

El estudio de UGT (2006) señala que las enfermedades profesionales más frecuentes en la docencia son: las alteraciones de la voz, las enfermedades infecciosas, las lesiones músculo-esqueléticas, las intervenciones quirúrgicas y los problemas psiquiátricos (ansiedad, estrés y depresión).

Algunos factores como la antigüedad en el puesto de trabajo, la edad o la carga de trabajo semanal correlacionan con una peor

## Introducción

percepción de la salud y una mayor presencia de síntomas psíquicos en los docentes. Las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en la docencia son el estrés laboral, la ansiedad, depresión o el síndrome de *burnout*. El estrés laboral surge como efecto de las demandas laborales, de la percepción de control, de las emociones, del clima laboral, del grado de libertad de decisión, etc. El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo es una complicación crónica del estrés laboral con graves consecuencias como el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja autorrealización.

Cornejo (2008) destaca que los profesionales de la enseñanza presentan altos niveles de malestar y de trastornos mentales. Los principales grupos de problemas de este sector son los siguientes: problemas de salud física, problemas de salud mental y malestar psicológico.

Schaufeli (2005) refiere que existen algunos factores que precipitan la aparición del estrés laboral como son los aspectos organizativos (conflictos con compañeros,..), aspectos de la tarea (ambigüedad, presiones,...), factores interpersonales (relación con los estudiantes,...) o personales (expectativas, rasgos de personalidad,...).

Las condiciones laborales y la percepción de bienestar del docente en su institución median en la salud y en la satisfacción laboral de los mismos. Si el docente percibe falta de apoyo por parte de sus compañeros o supervisores, podría generar en él cierto desgaste, incompreensión e insatisfacción con la tarea desempeñada (Cornejo, 2008).

Otros factores que influyen en la salud del docente es el tiempo dedicado, ya que una persona a tiempo completo tiene más probabilidades de sufrir problemas de estrés (Enders y Wearden, 1996).

## Introducción

La categoría laboral en docentes universitarios también influye, siendo las que más problemas de salud tienen asociados, la de Ayudante y los que están a tiempo completo (Cifre y Llorens, 2002).

Se ha constatado en varios estudios el deterioro de la imagen del profesorado en los últimos años, contribuyendo a la aparición del malestar y la tensión en el profesional. Estos refieren que su profesión se encuentra infravalorada generando una serie de consecuencias y de reacciones psicológicas, que interaccionarán con factores como la experiencia del docente, el género, la edad, etc. (Guerrero y Vicente, 2001).

El número de bajas por enfermedad debido a diagnósticos psicológicos y psiquiátricos ha ido aumentando en los últimos años. En Alemania se han incrementado hasta llegar al 80% desde 1997 al 2008, mientras que bajas por otros motivos se han mantenido estables (Bauer et al., 2007). García-Calleja (2003) destaca que existe un 8.33% de bajas psiquiátricas en su estudio sobre salud en docentes. Guerrero (1997) halla un 71.5% de bajas en profesores de enseñanzas básicas mientras que en enseñanza secundaria baja al 28.5%.

Como se ha podido apreciar en estos datos que reflejan la evolución de la salud laboral en los docentes y las enfermedades profesionales más frecuentes, se hace imprescindible el estudio en profundidad de aquellas variables que hacen que los docentes no enfermen. No nos basta con saber el estado actual de la patología psiquiátrica en este colectivo, sino que debemos ahondar en los factores que protegen a las personas de sufrirlas. Por ello, desde la perspectiva salutogénica de Antonovsky formulada en 1979 en el seno de la Salud Pública y de la Promoción de la Salud promovida en la Carta de Ottawa, debemos estudiar dichos factores que promueven y protegen la salud.

## Introducción

Esta tesis doctoral se compone de dos partes, el marco teórico y el marco empírico, compuesto en total por diez capítulos, cinco teóricos y cinco prácticos que detallan en profundidad la literatura científica relacionada con las variables elegidas para ser estudiadas y los resultados más relevantes de la investigación. A continuación, se explica brevemente el contenido de cada capítulo para que el lector pueda hacerse una idea de la información que se contiene en él.

En el primer capítulo, Salud y Docencia, como dice su propio nombre se trata la salud del docente universitario, haciendo hincapié en aquellos determinantes de la salud y aquellos riesgos psicosociales que pueden predisponer al docente a la enfermedad. Se hace un recorrido breve por la historia de los conceptos de salud y enfermedad. Se detallan las concepciones de salud más relevantes a lo largo de la historia y cómo éstas han evolucionado. Se describe el proceso de aparición de la Psicología de la Salud desde el modelo biomédico, pasando por el modelo biopsicosocial, hasta la concepción actual de la promoción de la Salud. Este capítulo incluye los datos más relevantes sobre bajas laborales y el estado reciente de la salud en los docentes.

El segundo capítulo, Promoción de la Salud y Salutogénesis, recoge el avance de la concepción de la salud hacia el modelo de la promoción de la salud por medio de la Carta de Ottawa. Se describe el proceso de aparición del modelo salutogénico propuesto por Aaron Antonovsky, el cuál basa su propuesta fundamentalmente en dos conceptos, los Recursos Generales de Resistencia y el Sentido de Coherencia. El capítulo muestra la influencia de este modelo en el terreno de la promoción de la salud y de qué modo actúan estos dos conceptos en la salud de los individuos.

El tercer capítulo está dedicado a la Inteligencia Emocional, tratando todos aquellos modelos que desde la primera concepción de

la inteligencia han hecho posible, que este constructo pueda aparecer. Se exponen diversas definiciones propuestas por Goleman, Gardner o Mayer y Salovey. El capítulo recoge los modelos teóricos más relevantes en el estudio de la inteligencia emocional, siendo de interés en esta tesis el modelo de Mayer y Salovey y su medida de evaluación mediante autoinformes.

El cuarto capítulo, Satisfacción Laboral, comprende aquellas definiciones y modelos teóricos más importantes en el desarrollo del concepto citado. También reúne los factores asociados a una mayor satisfacción laboral en el ámbito del trabajo en general y en el sector de la enseñanza.

El quinto capítulo es el que engloba todos los estudios empíricos que relacionan las variables del estudio, tanto sociolaborales como las variables psicológicas. Recoge las relaciones entre el estado de salud y la salud mental percibida con el sentido de coherencia, la inteligencia emocional y la satisfacción laboral. También las relaciones entre el sentido de coherencia y la inteligencia emocional con la satisfacción laboral.

Dentro del marco empírico o de investigación de la presente tesis doctoral, se exponen los objetivos y las hipótesis que han guiado todo el trabajo hasta conseguir los resultados finales. La metodología seguida en el estudio se analiza en el capítulo séptimo, describiendo el método, el procedimiento, las variables, instrumentos y análisis llevados a cabo.

Los resultados de la investigación quedan expuestos en el capítulo octavo, en el cual se presentan aquellos descriptivos más significativos, las relaciones entre las variables sociolaborales y las psicológicas (del estudio). Además se detalla un análisis más profundo acerca de cómo pueden explicar el sentido de coherencia y la inteligencia emocional su

Introducción

influencia en la salud y en la satisfacción laboral del docente universitario.

La tesis finaliza con las conclusiones más relevantes y con algunas limitaciones y posibles líneas futuras de investigación.





# I. MARCO TEÓRICO

---



# CAPÍTULO 1

---

## SALUD Y DOCENCIA

---



# Capítulo 1. Salud y Docencia

---

## **1. Concepto de Salud y Salud Mental**

1.1. Concepto de Salud

1.2. Salud Mental Percibida y Estado de Salud. Definición y Evaluación

## **2. Psicología de la Salud**

2.1. El modelo biomédico

2.2. El modelo biopsicosocial

2.3. Psicología de la Salud

## **3. Salud Laboral y Ocupacional**

3.1. Psicología de la Salud Ocupacional Positiva

## **4. Los docentes universitarios. Funciones y características**

## **5. La Salud en los docentes**

## **6. Riesgos psicosociales en la docencia**

6.1. Enfermedades profesionales más frecuentes en la docencia

6.1.1. Bajas laborales más frecuentes en la docencia

6.1.1.1. Enfermedades y bajas laborales en docentes universitarios



# Salud y Docencia

---

## 1. Concepto de Salud y Salud Mental

### 1.1. Concepto de Salud

La Medicina, en el siglo XX, se preocupaba fundamentalmente del concepto de enfermedad, definiéndola y siendo el objeto prioritario de su atención, no considerando el concepto de salud. La enfermedad era el estado del enfermo, la sensación de malestar, sufrimiento corporal, en la que tenía que actuar el médico. El concepto de enfermedad se definió en base a subtipos (enfermedad traumática, infecciosa o sistémica), y con un punto de vista monocausal (una patología, una etiología) que pasó a otro multicausal, señalando que en cada enfermedad pueden distinguirse varias causas predisponentes y desencadenantes, pudiendo éstas ser de tipo exógeno o ambiental y/o endógeno. La definición de salud apareció más adelante, ya que hasta ese momento, la salud no era otra cosa que la ausencia de una enfermedad identificable (Gil, 2004).

La Organización Mundial de la Salud, en su Carta Constitucional de 1948, definió la Salud, como “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades”. Muchos autores critican esta definición como utópica, estática y subjetiva, proponiendo modificarla como hace Terris (1980), quien define la salud como un “estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de enfermedades” (como se cita en De Pablo, 2007, p. 52). Entre las ventajas de ésta se objetivan la preocupación por contemplar al individuo como un sistema total y no meramente como la suma de sus partes, propiciando una

visión de la salud que atiende tanto al ambiente personal como externo; y el énfasis positivo en la salud en lugar de en la enfermedad. Esta definición nace a la misma vez que el movimiento iniciado de cuestionamiento del modelo biomédico.

Así, este modo de entender la salud propició la aparición del modelo biopsicosocial de la salud, en el que interactuaban los factores biológicos, sociales y psicológicos en la determinación de la salud y la enfermedad (Engel, 1977).

En 1980, la OMS rectifica la definición de Salud para contemplar los aspectos sociales, políticos y económicos, quedando del siguiente modo:

Salud es el grado en que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de llevar a cabo sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar o enfrentarse con el ambiente. Salud es vista, por tanto, como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida: un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas (OMS, 1986, p. 73).

De esta forma, la salud pasa a ser considerada como un instrumento para la vida, como un medio más que como un fin. Según el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la Detección Precoz del Deterioro de la Salud debido a la Exposición Profesional (1986):

La Salud es en realidad una forma de funcionar en armonía con su medio (trabajo, ocio, forma de vivir en general). No sólo significa el verse libre de dolores o enfermedades, sino también la libertad para desarrollar y mantener sus capacidades funcionales.

La salud se desarrolla y se mantiene por una acción recíproca entre el genotipo y el medio total. Como el medio de trabajo constituye una parte importante del medio total en que vive el hombre, la salud depende en gran medida de las condiciones de trabajo (citado en De Pablo, 2007).

## 1.2. Salud Mental Percibida y Estado de Salud. Definición y Evaluación

Como queda explícito en las definiciones que se recogen sobre la salud en este apartado, el estado de salud responde a numerosos factores que intervienen de algún modo u otro, y por tanto, no puede considerarse como un fenómeno aislado. La salud, como la enfermedad, proviene no solo de la dotación genética que tenemos, sino que depende también de las interacciones de nuestra biología frente a los estímulos del ambiente ecológico-social en el que nos desenvolvemos, que es simultáneamente físico, biológico, psicológico, social y cultural.

El concepto de salud percibida, salud autopercebida o estado subjetivo de salud corresponde a una medida global de la salud, que engloba las dimensiones sociales, físicas, emocionales, y médicas del individuo. Es a diferencia de otros indicadores, como la morbilidad y la mortalidad, un índice subjetivo del estado de la persona.

Como se ha visto la OMS declara la salud como un “estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 2001, p. 1). Como se puede apreciar, la salud mental está incluida en dicha definición y se interrelaciona con la salud física y con la red social del individuo para lograr un estado de bienestar. La **salud mental** es definida a su vez, como:

Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus

propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2001, p. 1).

La salud mental, además, se conceptualiza como una emoción positiva (afecto), tal como sentimientos de felicidad, incluso un rasgo de la personalidad de los recursos psicológicos de la autoestima y control, como resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad (OMS, 2004, p. 22)

La salud mental, según Jahoda (1958), se explica como un estado completo de bienestar físico, psicológico y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad, separando la salud mental en tres áreas. La salud mental involucra el sentido de la persona de explotar al máximo su potencial, incluye además, un sentido de control que el individuo ejerce en su ambiente, y por último, significa también la autonomía que permite identificar, confrontar y resolver problemas.

La salud percibida o el estado de salud percibido es uno de los indicadores más investigados en las encuestas sobre salud. En el contenido de las **Encuestas Nacionales de Salud** (ENSE) en España, se encuentra como pregunta principal del *Estado de Salud*, la siguiente: "En los últimos doce meses, ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?". Se trata por tanto de una medida de salud subjetiva, donde el entrevistado responde fácilmente según se perciba atendiendo a sus enfermedades recientes, y otros condicionantes que le hacen percibir mejor o peor su estado de salud. Se ha establecido una estrecha relación entre la valoración del estado subjetivo de salud y otras consecuencias de ésta, como por ejemplo, la satisfacción con la vida, demostrándose una relación positiva entre la salud percibida y ésta; la autopercepción de salud se convertiría en un indicador de la satisfacción vital (Abellán, 2003).

Este concepto se ha empleado en numerosas investigaciones epidemiológicas, con el objeto además, de observar la relación que puede mantener con los componentes físicos, sociales y psíquicos de la salud (Bergner, 1985; March, Prieto, Pérez, Minué y Danet, 2011). Se han encontrado asociaciones entre la autopercepción de salud y otros indicadores objetivos de la salud. Así, las personas con una autopercepción negativa de su salud tienden a padecer con más frecuencia trastornos relacionados con la depresión y ansiedad (Barsky, Cleary y Klerman, 1992). Se han relacionado también con medidas objetivas del estado de salud y con la mortalidad (Davis y Ware, 1981; Idler y Benyamini, 1997). La salud autopercebida ha sido estudiada, por tanto, como una variable que puede ser adecuada para medir la salud global (Borrell, Carrillo y Rodríguez-Sanz, 2006; Ramos, Moreno, Rivera y Pérez, 2010). La salud autopercebida está determinada por muchos factores, como por ejemplo, la edad, el sexo, el estatus socioeconómico, problemas emocionales e incluso el tipo de publicidad televisiva (Bartlett y Edwards, 1989).

La salud general objetivada por el cuestionario GHQ-12 de Goldberg mantiene una relación significativa con los datos ofrecidos por una muestra de población general española, referidos a la percepción de salud en el último año medida con la pregunta de la ENS (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2011).

El estado de salud percibido o salud autopercebida se considera un indicador con capacidad de obtener datos sobre dimensiones complejas del bienestar del individuo y de la calidad de vida de éstos. Muestra una estrecha relación con determinados componentes de la salud objetiva, tales como las capacidades funcionales de la persona o la probabilidad de morir (Rajmil et al., 2004; Moons, 2004). A nivel individual, la salud autopercebida “Buena” correlaciona positivamente con las expectativas reales de vida, así como con mejores resultados en

indicadores objetivos de salud, como la capacidad funcional (Gumà y Cámara, 2014). En esta misma línea están los resultados de Lee y Shinkai (2003) o Leinonen, Heikkinen y Jylhä (2002), en los que se obtienen resultados favorables en cuanto a la relación entre el estado de salud percibida y el estado de salud medido de manera objetiva, como la discapacidad física, el rendimiento funcional o la actividad física o social. Otros estudios, sin embargo, abogan por la no relación entre ambos conceptos, como son los de García-Altés, Pinilla y Peiró (2005) o Schneider et al. (2004), en los que no se encuentran relaciones entre diagnósticos objetivos y autopercepción.

Los indicadores de salud se explican en base a dos tipos: los objetivos y los subjetivos. Los primeros son los que se obtienen mediante registros o censos sanitarios que se basan en información objetiva como los índices de mortalidad. Los segundos, se obtienen mediante encuestas o registros que se basan en la percepción del individuo.

Atendiendo a la Encuesta Nacional de Salud de 2011-12, se encuentra que un 75% de los encuestados perciben su salud como bueno y muy bueno, siendo este dato un 5,3 mayor que la de 2006 y el mayor dato desde que se elabora esta encuesta. Si analizamos las diferencias entre géneros, el 79,3% de los hombres refieren que su salud es buena o muy buena, mayor que el de las mujeres, que obtienen un 71,3%. La percepción de un estado de salud bueno o muy bueno disminuye con la edad. En el grupo de 85 y más años, solo el 32,1% de los hombres y el 29,0% de las mujeres perciben su estado de salud como positivo, mientras que en el caso de los menores de 15 años lo valoran de dicha manera el 93,0% y el 93,2%, respectivamente. El estado de salud es percibido como muy bueno en el 24,9% de las mujeres, bueno en el 46,5%, regular en el 20,3%, malo en el 6,6% y muy malo en el 1,7%. En cuanto a los hombres, perciben su estado de salud como muy bueno el 28,2%, bueno el 51,2%, regular el 15,6%, malo el 4,1% y muy malo el

0,9% (ENS, 2012).

El nivel socioeconómico muestra una clara relación con el estado de salud autopercebido. Según se desciende en la escala social, basada en la ocupación, se observa una caída en la valoración positiva del estado de salud, que pasa de 86,5% en la clase I (directores y gerentes con más de 10 asalariados) a 68,5% en la clase VI (trabajadores no cualificados). El gradiente es más acentuado en mujeres, de 85,4% en clase I a 62,4% en clase VI. Desde un punto de vista temporal, la evolución del porcentaje de población que valora su estado de salud como positivo (bueno o muy bueno) desde 1987 a 2012 muestra una tendencia descendente hasta 2006 (70,0%) y un aumento en 2012 (75,3%).

Los problemas de salud que se encuentran más frecuentemente en las encuestas son Dolor/malestar como aquella dimensión en la que ambos sexos declaran problemas con mayor frecuencia, el 25,4% de la población, el 32,1% las mujeres y el 18,3% los hombres. Ansiedad/depresión es la segunda más declarada, con el 15%. Le sigue movilidad, el 14,2%, actividades cotidianas, 11,1% y autocuidado, 6,2%. Por sexo, las mujeres declaran más problemas de salud que los hombres en todas las dimensiones. Ansiedad y depresión es la segunda dimensión con mayores problemas para las mujeres (19,4%), pero la tercera para los hombres (10,3%), y movilidad ocupa el segundo lugar en los hombres (11,1%) y el tercero en las mujeres (17,2%). Actividades cotidianas y autocuidado son las dimensiones que menos problemas declaran ambos grupos. Los porcentajes relativos de problemas en cada dimensión se mantienen, sin embargo, en ambos sexos (ENS, 2012).

En definitiva, la autovaloración del estado de salud por parte de los individuos se considera como uno de los mejores indicadores

globales de salud (Robine et al., 2000), citado en Girón (2010), es decir, es un indicador que abarca las diferentes dimensiones de la salud (física, emocional, social, etc.).

En la evaluación de la salud mental autopercebida, son varios los instrumentos elaborados. Para este estudio, se ha elegido el **Cuestionario de Salud General de Goldberg** (GHQ) (Goldberg y Williams, 1996). David Goldberg, en 1972, desarrolló este instrumento como una herramienta de screening de trastornos psiquiátricos, cuyo uso está establecido para evaluar de forma rápida en Atención Primaria o en otras instituciones no psiquiátricas, el estado de salud mental con el que se perciben las personas. En un primer momento los autores propusieron una versión de 93 ítems, si bien posteriormente se desarrollaron versiones más cortas (60, 30, 20 y 12). En 1979 Goldberg y Hillier desarrollaron la versión corta de 28 ítems con cuatro escalas. La versión de 12 ítems también ha sido validada y analizadas sus propiedades psicométricas en población general española, siendo su índice de fiabilidad de .86, y encontrándose asociaciones significativas con otros índices subjetivos de salud (Rocha et al., 2011).

La versión de 28 ítems ha sido la más utilizada puesto que se considera que tiene buenas propiedades psicométricas, además de haber sido adaptada a diferentes idiomas (Goldberg y Hillier, 1979). Esta versión del cuestionario se ha empleado en numerosas investigaciones (Macías et al., 2013; Pérez, Lozano y Rojas, 2010; Ploubidis et al., 2007; Swallow et al., 2003; Willmott, Boardman, Henshaw y Jones, 2008).

Pérez, Lozano y Rojas (2010) destacan la breve duración de la administración del cuestionario, siendo entre 3 y 5 minutos el tiempo necesario para su cumplimentación. En los últimos años, el GHQ se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de screening para estudios epidemiológicos psiquiátricos, de

hecho sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos a 36 idiomas y utilizadas en más de 50 estudios de validación. Es un instrumento muy válido para el cribado de las enfermedades psicosociales (Durá y Gúrpide, 2001).

La versión más difundida en España ha sido el GHQ-28, adaptado y validado por Lobo, Pérez-Echavarría y Artal (1986). Otros autores destacan algunas características que limitan el uso de este cuestionario como es la poca fiabilidad para discriminar entre los problemas crónicos y agudos, siendo posible el fallo en la detección de casos crónicos. El objetivo de Goldberg al desarrollar el GHQ no fue el diagnóstico, sino para evaluar el cambio en las últimas semanas en su sintomatología, y no para medir la misma. Es por esto que se prefería evaluar su índice a nivel crónico (CGHQ) puesto que las personas no podían discriminar bien si este síntoma se presentaba desde hacía ya un tiempo (Richard, Lussier, Gagnon y Lamarche, 2004). Otras de las posibles limitaciones es la de considerar como positivos casos con psicopatologías que en realidad pueden no serlo (Retolaza et al., 1993). Como elemento de screening tiene ventajas sobre el SCL-90-R, pero como medida de diferentes perfiles psicopatológicos, este último ha demostrado su superioridad (Koeter, 1992).

El cuestionario tiene 28 ítems que se agrupan en cuatro factores o subescalas, que son: A) Síntomas Somáticos, B) Ansiedad e Insomnio, C) Disfunción Social y D) Depresión Grave. Este instrumento mide aquellos trastornos psicológicos que aparecen recientemente, considerados como problemas "agudos", y aquellos que se dan de forma continua desde hace más tiempo, considerado como "crónicos". Los resultados ofrecen la percepción que tiene la persona de su salud mental, si considera que se encuentra en un estado óptimo y funcional en esos cuatro factores, o si por el contrario, se percibe con alguna disfunción psicológica que le interfiere en el rendimiento cotidiano. En esta tesis no

se pretende evaluar las patologías psiquiátricas posibles del colectivo docente, pero sí, captar el estado en el que se perciben, y poder así relacionar esta variable con otras consideradas posibles protectoras de la salud. Este cuestionario, su evaluación y sus propiedades psicométricas se describen en el capítulo dedicado a la metodología.

Este cuestionario se ha empleado en numerosos ámbitos; analizando el estado de salud en pacientes hospitalizados o con diversas enfermedades. También ha sido empleado en los estudios acerca del desempleo y otras situaciones del ámbito laboral en su repercusión sobre la salud y el bienestar humanos, y además, en otras circunstancias psicosociales y socioeconómicas.

En una adaptación cubana del cuestionario se examinó la relación de éste con medidas de depresión a través del *Inventario de Depresión de Beck*, obteniendo unas correlaciones elevadas para la escala de Depresión ( $r = .92$ ); igualmente con la *escala de ansiedad-rasgo de Spielberg* ( $r = .85$ ) (García, 1999).

En el ámbito del estudio de la fibromialgia se ha procedido a evaluar las características psicométricas y la adecuación del GHQ-28 de Goldberg. La fiabilidad, calculada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, es en la escala somática .79, en la de ansiedad .90, la de disfunción social .79 y la de depresión .91. La fiabilidad total de la escala es de .94. Todas las escalas correlacionan positiva y significativamente entre sí y con la escala total. Los aspectos emocionales (ansiedad y depresión) del cuestionario son los que permiten diferenciar mejor entre pacientes con mayor afectación de la enfermedad. Los índices de consistencia interna y fiabilidad son similares a los encontrados por Lobo y Muñoz (1996) y Vallejo, Rivera, Esteve-Vives, Rodríguez-Muñoz y Grupo ICAF (2014).

En cuanto al género, las puntuaciones del GHQ suelen ser más altas en mujeres. En éstas, la tendencia es a bajar con la edad, al menos hasta los 65 años. En los varones no existen estas diferencias, puede ser que aumenten hasta mediana edad y que luego bajen. Referente al estado civil, se han hallado puntuaciones más elevadas en personas separadas y casadas, y más bajas en personas que disfrutaban de su relación (Lobo y Muñoz, 1996).

Otro cuestionario ampliamente validado para evaluar la salud general es el SF-36, instrumento en el que el individuo refleja su percepción del estado de salud, diseñado originalmente para valorar resultados clínicos. Este cuestionario contiene 8 escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución de la salud. El cuestionario ha sido poco utilizado en el ámbito del trabajo (García, Santibáñez y Soriano, 2004).

El cuestionario de síntomas de cuatro dimensiones (Four dimensional symptom Questionnaire, 4QSD), elaborado por Terluin, Rehnen, Schaufeli y de Haan, en 2004, consta de 50 ítems que evalúan el estrés, la depresión, la ansiedad y los malestares psicosomáticos (Schaufeli, Taris y van Rehnen, 2008).

## **2. Psicología de la Salud**

Los antecedentes de la Psicología de la Salud se pueden encontrar en la antigua Grecia, momento en el que se consideraba que la mente y el cuerpo estaban esencialmente unidos, influyéndose mutuamente. Hipócrates es el mejor representante de esta tradición. Para él, la salud era el resultado del equilibrio o armonía del individuo consigo mismo y con el exterior; la enfermedad aparecería por la ruptura de dicho equilibrio debido a causas naturales (biológicas,

personalidad y comportamiento).

Durante la Edad Media se produjo un cambio en la forma de entender la relación mente-cuerpo, apareciendo el dualismo entre ambos. Dentro del individuo habría un espíritu eterno que viviría dentro de un cuerpo finito, visión que se expandió a la vez que el poder de la Iglesia Católica crecía. La enfermedad se concebía como el resultado de la violación de las leyes divinas y la curación como resultado de la fe y el arrepentimiento del pecado.

Con el Renacimiento tuvo lugar un cambio en la medicina, posibilitando la creación, consolidación y la primacía en la época del modelo biomédico. Este modelo parte del dualismo mente-cuerpo de René Descartes. Consideraba que lo físico y lo espiritual eran dos entidades separadas; el cuerpo pertenecería a la realidad física y la mente a la realidad espiritual. El cuerpo era entendido como una máquina y comprendido en términos mecánicos. La enfermedad sería el resultado del fallo de la máquina (Amigo, Fernández y Pérez, 2009).

## **2.1. El modelo biomédico**

El modelo biomédico (Engel, 1977) se basa en la doctrina del dualismo mente-cuerpo. Adquiere un tono reduccionista al considerar que la enfermedad aparece como resultado de reacciones físicas y químicas. El criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad es la presencia de anormalidades bioquímicas. Se ignora la influencia de determinadas situaciones vitales en la salud de las personas. Desde este modelo se obvian algunos aspectos que pueden influir tanto en la aparición de la enfermedad como en el proceso de la misma. Se descartan aquellos aspectos emocionales que pueden influir en la recuperación de un paciente con una enfermedad cardíaca por ejemplo, o en el apoyo emocional que recibe un paciente con cáncer.

Por otro lado, se ignora la influencia de algunas situaciones vitales en la salud de las personas, o la influencia de factores psicosociales en la recuperación de la enfermedad una vez solucionados los aspectos fisiológicos. Otro hecho que se obvia desde este modelo es la relación médico-paciente, la cual va a influir decisivamente en el resultado del tratamiento.

## **2.2. El modelo biopsicosocial**

Las dificultades surgidas tras la aplicación del modelo biomédico, aparece una nueva forma de conceptualizar la enfermedad. El modelo biopsicosocial nace con el objetivo de comprender la salud y la enfermedad teniendo en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales como determinantes de ambas. Se entendería entonces una causación múltiple; se trata de un proceso interactivo entre los factores mencionados. Este modelo abarca tanto la salud como la enfermedad, no como el modelo biomédico que se interesaba únicamente por ésta última. En contraposición al modelo anterior, éste pone énfasis en la relación entre el clínico y el paciente, siendo esencial para un buen resultado del tratamiento y una buena adhesión al mismo (Amigo et al., 2009).

## **2.3. Psicología de la Salud**

En el contexto de la comprensión holista de la salud, surge formalmente la psicología de la salud coincidiendo con la propuesta del reconocimiento de la psicología como una profesión sanitaria. La Psicología de la Salud emerge por la evolución de la concepción de la salud hacia un modelo que pretende integrar factores biológicos, psicológicos y sociales, dado que se reconoce su etiología multifactorial y por tanto, la necesidad de una colaboración interdisciplinar para resolver los problemas de salud. También ha influido el hecho de que en

el siglo XX ha habido mayor incidencia y mortalidad de enfermedades crónicas, en lugar de las agudas e infecciosas. Estos trastornos se originan con mayor probabilidad debido a factores de carácter social y psicológico, el estrés cotidiano y los comportamientos de nuestro estilo de vida. Así, la enfermedad va a depender no solo del sustrato biológico del sujeto, sino de cómo siente, interpreta y responde a las demandas de su vida.

De este modo aparece el aumento de interés en las enfermedades crónicas en las que están implicadas ciertas conductas o hábitos poco saludables, facilitando así la aparición de la enfermedad. Este tipo de enfermedades conllevan una serie de repercusiones en su vida y en la de sus familiares, ocasionando problemas de adaptación. Las enfermedades de tipo crónico obligan al sistema sanitario a crear servicios de prevención y rehabilitación, lo que lleva consigo un gran interés por el factor psicológico, como el cambio de actitudes hacia un comportamiento saludable, el análisis de la relación salud-paciente para lograr una adecuada adherencia a los tratamientos prolongados; el desarrollo de procedimientos eficaces para la modificación del comportamiento de riesgo, etc.

Por todas estas consideraciones y antecedentes, nace la Psicología de la Salud como respuesta al agotamiento del modelo biomédico, y por la necesidad de integrar los avances de las ciencias del comportamiento, y el estilo de vida en el contexto sociocultural, como factores importantes en el continuo salud-enfermedad. En 1978 la Asociación Americana de Psicología (APA) creó la división de psicología de la salud, la Health Psychology (Amigo et al., 2009).

El primer intento de definición formal de la psicología de la salud parece deberse a Matarazzo (1980, p. 815), quien la consideró como:

La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.

Esta definición fue convertida en la “oficial” por la División de psicología de la salud de la American Psychological Association (APA) en 1980, la cual solo incluyó al final “...y el análisis y la mejora del Sistema de Salud y la política sanitaria”.

La psicología de la salud en su enfoque, engloba una serie de objetivos, como el de elaborar un marco teórico para la evaluación de la conducta como factor determinante de la salud y de la enfermedad; para predecir las conductas protectoras y de riesgo para la salud; y para comprender el papel de los factores psicosociales en la experiencia de la enfermedad y en el tratamiento y rehabilitación de la misma (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

Los objetivos que persigue la psicología de la salud son básicamente cuatro: la promoción y el mantenimiento de la salud; la prevención y el tratamiento de la enfermedad; el estudio de la etiología y correlatos de la salud, la enfermedad y las disfunciones; el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (Amigo et al., 2009).

### **3. Salud Laboral y Ocupacional**

El trabajo es una actividad humana, individual y colectiva, donde

se transforma la realidad en bienes y servicios para la sociedad. Esta actividad requiere de las personas una serie de contribuciones (esfuerzo, tiempo,...) que éstas aportan buscando a cambio compensaciones, no sólo económicas y materiales, sino también psicológicas y sociales que contribuyen a satisfacer las necesidades humanas. De esta forma, las personas en su trabajo, pretenden satisfacer sus necesidades biológicas, de seguridad, de relación social, de autoestima y de relación.

Por así decirlo, el trabajo forma parte del ser humano, como su medio social o su propia biología, por lo que debe ser considerado en cuanto a un factor importante en su salud. La relación entre el individuo y su trabajo está condicionada por infinidad de factores, inherentes tanto al trabajo como al trabajador, así como la consideración social respecto a esa relación. Uno de los factores relacionados con el trabajo es el cambio en las condiciones laborales, debidas en gran parte a los efectos de la globalización en las comunicaciones, la informática y la economía. Esto constituye un aumento en la carga de estrés que supone la inadecuada adaptación de la persona a su medio laboral. Esto, unido a la subjetividad de la persona que media su relación con el trabajo que desempeña, supone una fuente de estrés laboral. Esa subjetividad constituye una valoración cualitativa donde entran en juego los valores, las experiencias, la personalidad, la situación social, el estilo atribucional, y las propias respuestas psicobiológicas.

Los factores relacionados con el desempeño laboral son los llamados **estresores ocupacionales** son el conjunto de situaciones psicosociales y físicas de carácter estimular que se dan en el trabajo y frecuentemente producen tensión y otros problemas en la persona que lo padece. El estresor siempre dependerá de la apreciación personal, de la vulnerabilidad y de las características personales, de las estrategias de afrontamiento tanto individuales, grupales como organizacionales. No se puede olvidar el hecho de que la cultura como

importante factor que está detrás de todo, e influye también en el medio laboral, no sólo en la forma de comportarnos o actuar en sociedad, también en la percepción que se tiene del trabajo. La percepción del trabajo de un modo u otro, va a hacer que las personas tengan diferentes expectativas, actitudes y sentimientos hacia su medio laboral. Los estresores psicosociales se pueden englobar básicamente en los siguientes grupos:

- Control sobre la tarea: oportunidad para desarrollar las propias habilidades y ejercer autonomía en la toma de decisiones sobre las tareas o sobre la unidad o departamento.
- Exigencias psicológicas: volumen de trabajo, interrupciones, las relaciones emocionales con las personas con las que se trabaja, el esfuerzo cognitivo o sensorial.
- Apoyo social instrumental: hasta qué punto cuenta el trabajador con el apoyo de los compañeros para sacar adelante la tarea.

El modelo de demanda-control de Karasek (1981) establece una relación entre el control, las demandas o exigencias y el apoyo, definiendo cuatro estilos de ocupaciones: activas (alta demanda, alto control); pasivas (baja demanda, bajo control); de baja tensión (baja demanda, alto control) y de alta tensión (alta demanda, bajo control).

La situación más negativa para la salud se caracteriza por unas altas exigencias psicológicas y un bajo control (alta tensión). Por otro lado, el trabajo activo conduce a un mayor aprendizaje y al desarrollo de un mayor rango de estrategias de afrontamiento y participación social. El riesgo de la alta tensión aumentaría en situación de bajo apoyo social (CCOO, 2007).

Destacar un factor influyente en el mundo laboral que son las

propias diferencias individuales, responsables de matizar las experiencias en el trabajo, por lo que deben tenerse en cuenta cuando se contempla la problemática laboral desde una perspectiva interaccionista que considera un ajuste dinámico entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización. Así, cuando este ajuste es inadecuado, y la persona percibe que no dispone de recursos suficientes para afrontarlo o neutralizarlo, surgen las experiencias de estrés. El estrés que aparece en el medio laboral es uno de los fenómenos más frecuentes de nuestra sociedad, puesto que en ésta, el trabajo es de vital importancia. De él derivan el interés por la productividad y la eficiencia, por la importancia de trabajar con buenas condiciones, recursos y unos puestos que sean desempeñados por personas adecuadas a sus exigencias de rendimiento (De Pablo, 2007).

Existe, por tanto, una interacción recíproca entre el medio ambiente de trabajo material y psicológico, y la persona: el medio de trabajo puede influir de forma positiva o negativa en la salud de la persona, y a su vez, el estado de bienestar físico y mental del trabajador influye en su productividad.

Un factor de satisfacción para el trabajador, es sentirse adaptado a su trabajo, y ser productivo en él, considerándose en muchas ocasiones como fuente de autoestima y dignidad. Así, la satisfacción laboral se entiende como una respuesta afectiva del trabajador hacia la empresa, que depende de las condiciones laborales (salario, entorno y condiciones ambientales), la organización del trabajo y la participación (implicación en las actividades). A su vez, una insatisfacción en el trabajo, podría generar un conjunto de condiciones que propician la salud o los déficits en ésta. Debido a esta interacción recíproca entre las condiciones laborales, ambientales y de la propia persona, la Salud Pública propone un nivel de prevención social, que va más allá que la mera prevención médica; se considera una prevención

de carácter multidisciplinar. Este tipo de prevención resulta de métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la producción de la enfermedad y sus consecuencias, así como la eliminación de los factores de riesgo existentes en el medio social. La prevención social, en definitiva, busca mejorar el medio social y las condiciones que rodean a la persona.

Pero a veces, se introducen en el medio físico, social y psíquico algunas modificaciones no siempre beneficiosas que ocasionan en el trabajador cierto desequilibrio y dificultad de adaptación, a lo que hay que sumar los cambios en los tipos de demandas laborales que conlleva el progreso de la civilización humana. Así, son considerados como conductas patógenas o de riesgo en el trabajo, las malas relaciones con los compañeros, jefes, etc., la insatisfacción con el tipo de trabajo, y la participación en conflictos laborales (León, 2004).

Como consecuencia de estas interacciones entre el individuo y su medio laboral, y sus repercusiones en ambos, nace el concepto de **Salud Laboral**, como disciplina que trata la influencia del trabajo en la salud y de ésta en el trabajo. Persigue un objetivo de salud integral, preocupándose por los efectos que sobre la salud puedan ejercer unas deficientes condiciones de trabajo, entendiéndose éstos como las condiciones generales de trabajo, que abarca no sólo la seguridad e higiene en el trabajo, sino también la duración, la organización y el contenido de éste, la remuneración, las relaciones laborales, el entorno.

Así, en la década de los 70, en un trabajo conjunto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se definía la salud laboral como:

Una disciplina que tiene como objeto el mantener y promover el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los

trabajadores de todas las profesiones; el prevenir todo daño causado sobre la salud de éstos por sus condiciones de trabajo; protegerles en su trabajo de los riesgos que resultan de la presencia de agentes perjudiciales para la salud; situar al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; en suma adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su tarea.

Se trata por tanto, de adaptar el trabajo a las metas, capacidades y limitaciones del ser humano, teniendo bajo control aquellos riesgos para la salud, favoreciendo la salud física y mental: la labor física suele promover la capacidad laboral corporal, mientras que el logro de las metas y la realización del individuo en el trabajo es una fuente de satisfacción y autoestima. Cuando esto no ocurre, surgen los daños para la salud, los cuales podemos clasificar en enfermedades del trabajo, accidentes de trabajo, estrés laboral, insatisfacción en el trabajo y desgaste o fatiga. En este estudio, nos centraremos más en el estrés laboral, como una experiencia de malestar secundaria a la percepción de exceso o carencia de demandas laborales con respecto a la propia capacidad percibida para afrontarlas, siempre que las consecuencias de esta falta de afrontamiento sean percibidas como negativas; y por otro lado, también se estudiará el desgaste o fatiga, entendido como todo aquello derivado de agresiones ambientales que provocan alteraciones funcionales. La fatiga crónica y psíquica son los fenómenos más frecuentes en el medio laboral (De Pablo, 2007).

La **salud ocupacional**, es una disciplina que pretende mejorar y mantener la calidad de vida y la salud de los trabajadores, sirviendo como instrumento para mejorar la calidad, productividad y eficiencia en las empresas. Engloba tres grandes ramas principalmente, aunque no excluye a todas aquellas que tengan objetivos comunes con éstas: la medicina del trabajo, la higiene industrial y la seguridad industrial. La

OMS la define como (Álvarez, 2014):

La rama de la salud pública orientada a promover y mantener el mayor grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores, protegiéndolos en su empleo de todos aquellos agentes perjudiciales para la salud, en suma, adaptar el trabajo al hombre, y cada hombre a su actividad.

Desde la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la salud ocupacional se define como:

El conjunto de actividades multidisciplinarias encaminadas a la promoción, educación, prevención, control, recuperación y rehabilitación de los trabajadores, para protegerlos de los riesgos de su ocupación y ubicarlos en un ambiente de trabajo de acuerdo con sus condiciones fisiológicas y psicológicas.

Las enfermedades ocupacionales suelen tener siempre un origen profesional u ocupacional. Suelen tener un desarrollo lento y aparecen como resultado de la repetición prolongada a las exposiciones laborales. Muchas de estas enfermedades pueden ser progresivas e incluso irreversibles, de forma que aun eliminado el agente causal, no cesa (Álvarez, 2014). Por ello, al conocer algunos de los agentes causantes de las enfermedades laborales, se hace necesaria la puesta en marcha de programas de prevención de la salud en los ambientes de trabajo. De esta manera, al identificar la causa, se puede prevenir la aparición de la enfermedad en los individuos, ejerciendo un mayor control sobre aquella.

### **3.1. Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP)**

Las personas pasan gran cantidad de tiempo en sus lugares de

trabajo, y es por eso, que desde la psicología de la salud, se pretenden llevar a cabo actuaciones de promoción de la salud con el objeto de mejorar la salud y el rendimiento de los trabajadores dentro de su organización.

La Psicología, y en concreto, la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, está apostando por un nuevo enfoque de gestión del trabajo, basado en la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP). Esta novedosa perspectiva se centra tanto en la evaluación como en la intervención de aspectos positivos a analizar y optimizar en los trabajadores y sus puestos de trabajo, centrándose en especial en los recursos laborales y personales.

Desde sus inicios, la Psicología de la Salud Ocupacional se ha centrado en todos aquellos aspectos "negativos" que de algún modo estaban interfiriendo en el buen funcionamiento de los empleados. Por ello, en el foco del estudio se situaba la "enfermedad" antes que la "salud" propiamente dicha, de manera que se trabajaba por aliviar a las personas con problemas, pero dejando a un lado una perspectiva cuyo principal objetivo es el ayudar a mejorar la vida de las personas en general.

Es aquí donde interviene la Psicología Positiva (Snyder y López, 2002), definida como el estudio científico del funcionamiento humano óptimo (Seligman, 1999), cuyo objetivo es el de catalizar un cambio de enfoque de la Psicología desde la preocupación sólo en solucionar las cosas que van mal en la vida, a construir cualidades positivas.

Este cambio de paradigma no resulta arbitrario, sino que depende, en gran medida de las demandas de las propias organizaciones. Son éstas, las que con los rápidos y continuos cambios que se producen en las mismas, deben aunar por un enfoque donde se

garantice la seguridad, la salud y el bienestar de sus empleados, ya que en caso contrario, la desadaptación de éstos al entorno, pueden generar organizaciones enfermas e ineficaces (Carrión, López y Tous, 2008).

La Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP) centra su objetivo de estudio en la promoción de puestos de trabajo “positivos” y empleados “positivos” que mejoren su salud psicosocial, el bienestar y la satisfacción de los empleados.

Un elemento clave dentro de la salud ocupacional es la promoción de la salud en el lugar de trabajo (PSLT) definida por la Declaración de Luxemburgo como (Ruiz-Frutos, Delclós, Ronda, García y Benavides, 2013, p. 21):

El esfuerzo conjunto de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo mediante actividades dirigidas a mejorar la organización y las condiciones de trabajo, promover la participación activa y fomentar el desarrollo individual.

#### **4. Los docentes universitarios. Funciones y características**

El docente universitario reúne una serie de funciones importantes dentro de la institución. Las principales funciones comprenden la docencia, la investigación, la transferencia del conocimiento y la gestión de la institución.

Es responsable de llevar a cabo las tareas docentes y ahondar en temas de investigación relativos a su profesión. El docente además, se compromete con la sociedad, comunicando los resultados de su investigación y estableciendo nexos de unión con ésta.

Este profesional también debe atender al alumnado universitario, orientarle, asesorarle. Las relaciones con los alumnos pueden ser fuente de satisfacción o de insatisfacción, como se detalla en el capítulo dedicado a analizar los determinantes de la satisfacción laboral en los docentes. Las funciones del personal docente universitario aparecen contempladas tanto en la Ley de Reforma Universitaria (LRU 11/1983, de 25 de agosto, B.O.E. de 1 de septiembre) como en la Ley Orgánica de Universidades (LOU, 20 de diciembre, B.O.E del 26 de diciembre de 2001).

Las funciones del docente, englobadas en la atención al alumnado, la docencia e investigación, difusión del conocimiento, entre otras, pueden en muchas ocasiones generar estrés por la percepción de no poder realizar en el tiempo estimado todas las tareas propias de su puesto de trabajo (De la Cruz y Urdiales, 1996). A veces surge el estrés de rol en el profesor (poco tiempo para muchas tareas), el conflicto de rol (hacer tareas incompatibles entre sí, cumplir funciones simultáneamente, conflicto entre prioridades, etc.), generando estas circunstancias malestar insatisfacción con su trabajo (Cifre y Llorens, 2002).

### **5. La Salud en los docentes**

La Ley General de Sanidad se refiere a la salud laboral como promoción integral de la salud física y mental del trabajador (art. 19.1.a). La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (art. 4.3.) refuerza esta concepción y extiende su ámbito de actuación a todas las "enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo" con referencias explícitas a una serie de riesgos como los relacionados con los movimientos repetitivos, los factores psicosociales o los riesgos que pueden afectar a la reproducción (Calera et al., 2006). La Ley de Prevención de Riesgos Laborales tiene su propia metodología

para investigar los riesgos de las distintas profesiones. Una de las técnicas podría ser empezar por la pregunta de “¿Qué distingue a los enfermos de los sanos?”, y es la pregunta que guía esta investigación en parte. La salud laboral y ocupacional.

En un estudio realizado por el sindicato Comisiones Obreras, CCOO (2000) sobre la salud laboral del profesorado, se contempla que las tasas de absentismo laboral más altas se encuentran en los docentes. Brodbelt (1973) en un estudio con 379 docentes de primaria y secundaria, refiere haber encontrado un 35.7% de desequilibrio psiquiátrico moderado, y un 29% de trastornos psiquiátricos serios.

En la década de 1990 se observaron numerosos casos de deserción en maestros de grados no universitarios en varios países europeos, además del declive en la incorporación de nuevos docentes y el abandono de la docencia como profesión. En Alemania y en Suecia durante los años 1991 al 1995 hubo un déficit de docentes de casi la mitad de puestos previstos para su ocupación. En Finlandia se ha encontrado un aumento de los síntomas relacionados con el estrés, además de un alto nivel de deterioro del bienestar del docente.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) vincula el estrés encontrado en los docentes con las condiciones de trabajo, el aumento del volumen, carga e intensidad de las actividades desarrolladas por éstos. Estudios con personal docente y no docente revelan que los primeros presentan mayor nivel de estrés, menor satisfacción laboral y una salud mental más pobre. En Francia, un estudio analizó a 1294 profesores con problemas mentales y mostró las patologías más frecuentes: estados neuróticos (27%), estados depresivos (26.2%), personalidades y caracteres patológicos (17.6%), estados psicóticos y psicosis maníaco-depresiva (7.4%) y esquizofrenia (6.6%). Los docentes de género femenino son las que con mayor frecuencia presentan altos

niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, apareciendo más veces la depresión severa en este género (Álvarez, 2014).

## **6. Riesgos psicosociales en la docencia**

Los factores psicosociales son aquellos factores que pertenecen a la *organización del trabajo* y que generan en algún momento en el trabajador respuestas de tipo fisiológico (reacciones neuroendocrinas), emocional (ansiedad, depresión, apatía, etc.), cognitivo (dificultad de concentración, en la toma de decisiones, etc.) y conductual (abuso de sustancias, conductas inadecuadas, etc.); todas ellas conforman lo que se conoce como estrés y que determina con frecuencia la aparición, la intensidad y la duración de ciertas enfermedades.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales considera que la organización del trabajo forma parte de las condiciones de trabajo, y que influye en la salud de los trabajadores, por lo que deben ser evaluadas, modificadas o controladas, para evitar una exposición nociva para la persona. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995) determina los principios aplicables a la prevención de riesgos laborales (art. 15 LPRL), por lo tanto, también a la prevención de los riesgos psicosociales (art. 2b). Estos son los que se derivan de la organización del trabajo (art.4.7 LPRL), los cuales deberán ser evitados y si no se han podido evitar, evaluados y combatidos en origen, finalmente se antepondrán las medidas de protección colectiva frente a las de protección individual (art. 15.a, 15.b, 15.c y 15.h LPRL).

La exposición laboral a factores psicosociales se ha identificado como una de las causas más relevantes de absentismo laboral por motivos de salud y se ha relacionado con problemas de salud diversos, entre los que se destacan los trastornos mentales (Moncada y Llorens, 2013).

La Ley General de Sanidad (LGS), 14/1986 dedica su Capítulo IV a la Salud Laboral y en su Artículo 21 señala los aspectos que debe comprender la actuación sanitaria en el ámbito de la Salud Laboral, concretándolos en los siguientes:

- Promover, con carácter general, la salud integral del trabajador
- Actuar en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales
- Se vigilarán las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres durante los periodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora, acomodando su actividad laboral, si fuera necesario, a un trabajo compatible durante los periodos referidos
- Determinar y prevenir los factores de microclima laboral en cuanto puedan ser causantes de efectos nocivos para la salud de los trabajadores
- Vigilar la salud de los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos
- Elaborar, junto con las autoridades laborales competentes, un mapa de riesgos laborales para la salud de los trabajadores. A estos efectos, las empresas tienen obligación de comunicar a las autoridades sanitarias pertinentes las sustancias utilizadas en el ciclo productivo. Asimismo, se establece un sistema de información sanitaria que permita el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional
- Promover la información, formación y participación de los trabajadores y empresarios en cuanto a los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la Salud Laboral

En este apartado del capítulo se ha descrito el significado de los riesgos psicosociales y cómo se contempla en la LPRL su evaluación,

modificación, control y prevención. En este trabajo, el objetivo no se centra en evaluar los riesgos psicosociales sino en determinar si existen algunos factores que protegen de las enfermedades psicológicas más frecuentes en la docencia. Por ello, a continuación, se describen con detalle cuáles son esas enfermedades que afectan mayormente a los docentes, y se exponen datos epidemiológicos de las mismas.

En el profesorado existen numerosos riesgos psicosociales debido a múltiples factores: las características organizativas de los departamentos, la comunicación, la carga de trabajo, la carga mental, el estado cognitivo o psíquico, el estilo de mandos en los departamentos, el clima laboral, el contenido y la realización de la tarea, etc. Son todos estos factores y aspectos propios de la organización universitaria que pueden afectar tanto al desarrollo del trabajo como a la salud (física, cognitiva y social) del docente universitario. Según la OIT y OMS (1995) deben abordarse tanto estos aspectos de la organización como aquellos propios del trabajador (necesidades, cultura, familia,...), evaluándose a través de las percepciones y las experiencias de éste, puesto que pueden influir a nivel de rendimiento laboral como a nivel de su salud, y sobre todo, en su satisfacción laboral.

Los determinantes de la salud del docente universitario fueron estudiados por Saura, Simo, Enache y Fernández (2011), llegando a la conclusión de que los niveles medios de estrés eran superiores en los colectivos de docentes no permanentes, y se encuentra acentuado por la inseguridad, el factor tiempo y la percepción de injusticia del sistema. La inseguridad se debe a factores externos (evaluación, acreditación,...) y los recursos derivados del componente interno del puesto de trabajo. Se ha relacionado los niveles altos de compromiso de continuidad con el esfuerzo y sacrificio del personal, dando como resultado mayores niveles de estrés sobre todo en personal temporal.

### **6.1. Enfermedades profesionales más frecuentes en la Docencia**

La literatura científica que ha sido revisada en cuanto al padecimiento de enfermedades propias o derivadas del ejercicio docente, ha revelado la gran cantidad de estudios sobre estos padecimientos sobre todo en los docentes de educación primaria y secundaria, pero se encuentran muy limitados en el ámbito de la docencia en la enseñanza superior. Este sector se considera que tiene más probabilidades de sufrir patologías psicosociales como la fatiga física, el estrés laboral, la depresión, el síndrome de *burnout* o el acoso, considerando a este fenómeno como el *malestar docente* (FETE-UGT, 2006).

Los estudios que se han examinado indagan en la temática de las enfermedades como el estrés o el *burnout*, o bien, problemas como la ansiedad y la depresión. Aunque existen diferencias entre los docentes de la etapa primaria y secundaria con respecto a la universitaria, se asemejan en muchos aspectos. Por ello, se destacan aquí los resultados principales que se han obtenido en estudios sobre enfermedades psicológicas más frecuentes en los docentes, siendo más numerosos los que se describan acerca de la docencia en etapas de enseñanza primaria y secundaria.

Diversos estudios han constatado el deterioro de la imagen social del profesorado, lo cual contribuye a ser un factor importante del malestar y la tensión del propio docente. Los profesores acuerdan que su profesión se encuentra infravalorada y sin prestigio social, donde además el reconocimiento administrativo y social es escaso en esta sociedad. El malestar del docente que se ha comentado anteriormente podría definirse como un conjunto de reacciones (absolutistas, pasotas, ansiosas, agresivas,...) que sufre un grupo profesional desconcertado, los profesores (Guerrero y Vicente, 2001). Las repercusiones psicológicas de

la tensión y el malestar del docente son cualitativamente variables y van a depender del nivel de la institución docente, la experiencia, el género, etc. Algunas de las consecuencias de ese malestar docente son los sentimientos de desconcierto, la insatisfacción ante la práctica docente, peticiones de traslado como forma de huir, deseos de abandonar, absentismo, estrés y ansiedad, y autoculpabilización.

Desde un punto de vista sociológico, podríamos considerar al docente como un profesional que ha visto cambiar su rol, y en el que se han depositado unas expectativas sociales, quizá demasiado elevadas o inalcanzables en un corto período de tiempo. El docente tiene un papel indispensable en el proceso enseñanza-aprendizaje, como persona que transmite conocimientos, procedimientos y actitudes al alumnado. Se trata de un profesional al que se le encargan numerosas responsabilidades en cuanto a las relaciones profesorado-alumnado, institución-alumnado, conflicto escolar, falta de asimilación de los contenidos curriculares, etc. Con mayor frecuencia se le culpabiliza de los fracasos escolares, de los conflictos que se dan en el entorno escolar, y de la educación general del alumnado. El profesorado, se siente abrumado ante tanta responsabilidad, surgiendo el desconcierto personal ante el contexto socio-escolar, la contradicción entre sus derechos y deberes, la falta de concreción en las tareas, etc. Así, el docente puede sumergirse en una desmotivación e insatisfacción al comprobar la falta de estrategia de que dispone para reconducir el conflicto y la convivencia escolar (García y Colom, 2002).

La actividad docente es una de las profesiones con mayor riesgo de padecer diversas enfermedades. Aspectos como la falta de disciplina en el alumnado, los problemas de comportamiento, el excesivo número de alumnos, la falta de motivación por aprender, la apatía estudiantil o el bajo rendimiento se han convertido en fuentes importantes de estrés para el profesorado en su rendimiento laboral.

La Ley General de la Seguridad Social define la enfermedad profesional en los siguientes términos:

Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos y sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional (art. 116. LGSS. MSSSI).

Atendiendo a los principales riesgos de los que pueden derivar las enfermedades profesionales en el ámbito docente universitario, destacan los asociados a la función docente, a los medios informáticos y a la virtualización de la enseñanza. Por un lado se encuentran los riesgos asociados con la *función docente*: en el desempeño de la función docente, los riesgos psicosociales y laborales pueden desencadenar enfermedades profesionales como: el síndrome de *burnout* (que será abordado en el siguiente apartado), la *gripe del yuppi* (adictos al trabajo), el *mobbing* al que puede verse sometido el docente por parte de sus propios compañeros o superiores, el *tecnoestrés*, derivado del desconocimiento de las aplicaciones de las nuevas tecnologías, y la *ergodependencia* que ocasiona tensión por el trabajo de forma diaria que impide descansar durante períodos prolongados de tiempo.

Por otro lado se encuentran los riesgos asociados con el uso prolongado de *medios informáticos*, generando enfermedades relacionadas con la postura: cervicalgias, lumbalgias, etc. Por último, están los riesgos derivados de la *virtualización de la enseñanza*, que ocasionan aislamiento, excesiva carga de trabajo, disponibilidad constante del profesor (OMS y OIT, 1995).

La Federación de Trabajadores de la Enseñanza de UGT (FETE-UGT) ha participado en un “Observatorio de Riesgos Psicosociales”. Dentro del estudio realizado con los profesionales de la enseñanza se ha llegado a la conclusión que el 63,5% de los docentes sufren riesgo de estrés alto, y el 7,6% de riesgo de acoso.

Algunos de los factores que pueden afectar al sector de la enseñanza y considerarse un riesgo para las enfermedades profesionales en éste son la incorporación de las nuevas tecnologías, la pérdida de valores, la problemática social, las dificultades derivadas de la inmigración, la diversidad en las aulas y los constantes cambios curriculares. Estos cambios han generado un esfuerzo para adaptarse a la nueva situación, perjudicando gravemente la salud y el bienestar físico y psíquico de los docentes. El 82% de estos trabajadores citan al trabajo como la principal fuente de estrés.

En nuestro país, las patologías de origen psicosocial son las que causan mayor número de días de baja, según los datos de las propias inspecciones médicas de las comunidades autónomas. Aunque los partes de baja encubren con frecuencia dichas dolencias bajo otros diagnósticos. En este estudio FETE-UGT pone de manifiesto que las enfermedades profesionales más frecuentes son las alteraciones de la voz, las enfermedades infecciosas, las lesiones musculoesqueléticas, las intervenciones quirúrgicas y finalmente, los problemas psiquiátricos (ansiedad, estrés o depresión). La incidencia real de problemas psiquiátricos podría ser incluso el doble, puesto que hay numerosas patologías físicas que tienen un origen psíquico (FETE-UGT, 2006).

CCOO (2010) y su investigación en profesionales de la enseñanza en varias Comunidades Autónomas de España obtienen resultados interesantes al respecto de la salud y los riesgos psicosociales en el trabajo. El 71.3% considera que su estado de salud es bueno o muy

bueno y el 1.4% malo o muy malo. El 45.7% cree que el trabajo le afecta a su salud. Este dato correlaciona positivamente con la antigüedad en el puesto, con la edad, y con la carga de trabajo semanal. Un 18.9% afirma haber sufrido o sufrir un proceso de incapacidad temporal durante los últimos 12 meses, siendo mayor para el género femenino (19.50%). El 27.8% de la muestra presenta en el cuestionario de Goldberg (GHQ-12) una puntuación elevada (más de 12 puntos) siendo señal de la manifestación de problemas psicológicos. Este porcentaje aumenta conforme aumenta la edad, la antigüedad en el puesto, con la carga lectiva alta durante la semana y en las mujeres. El 9.5% de los docentes ha padecido depresión y el 28.8% ansiedad, habiendo diferencias según género, edad y antigüedad en éste último pero no en depresión.

Cada vez es más frecuente, la presencia de una variedad de trastornos y síntomas asociados como el *estrés laboral* o el conocido síndrome de estar quemado por el trabajo o *burnout*. Los factores que inciden en la aparición pueden ser: factores del “contexto organizacional y social” (sobrecarga de trabajo, presiones...); factores vinculados a la “relación educativa” (escasa disciplina, mala conducta del alumnado, desmotivación estudiantil...); y factores “personales” (experiencia docente, autoestima, estilo atribucional, inteligencia emocional...) (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004).

Dentro de las perturbaciones a nivel psicológico que se han encontrado entre los docentes están el estrés laboral y el síndrome de *burnout*. El interés por el estrés se puede encontrar en escritos de Hipócrates (460-377 a.C.). El concepto proviene de la palabra inglesa *stress*, y lo introdujo en el campo de la salud, el fisiólogo Walter Cannon en 1932, pero quien lo popularizó y acuñó fue Hans Selye, en 1936, para explicar la reacción de un ser vivo al someterle a la excitación de un estímulo cualquiera (Amigo et al., 2009). Selye definía el estrés como la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él, y

esta respuesta producía un estado de desequilibrio corporal, ocasionado por un estímulo, al que denominó *estresor*.

Lazarus (1966), citado en Guillén y Guil (2003), configura el modelo en el que el estrés se define por su carácter de amenaza para el individuo e introduce una perspectiva cognitivo-conductual e interactiva. Distingue en la respuesta de estrés tres procesos: la evaluación primaria (percepción de la situación como amenaza), la evaluación secundaria (elaboración mental de la respuesta de afrontamiento) y el afrontamiento (ejecución de la respuesta). En el campo de la medicina se entiende el estrés como la situación de una persona, o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento superior a lo normal, pone en situación de riesgo a enfermar. Estos agentes estresantes pueden tener efectos positivos, como por ejemplo la función de supervivencia del organismo, porque nos excitan y motivan a resolver problemas, aunque es más frecuente que los estresantes amenacen nuestros recursos, nuestra imagen, llegando a ocasionar daños severos mentales o fisiológicos.

El **estrés laboral** surge como efecto de las demandas laborales, de la percepción de control de la situación, de las emociones y conductas del trabajador en su ámbito, del clima laboral, del rol ejercido dentro de la organización y también del grado de libertad de decisión que pueda tener. Karasek (1981), como se cita en Guillén, Guil y Mestre (2003, p. 274) define el estrés laboral como “una variable dependiente del efecto conjunto de las demandas del trabajo y los factores moderadores de las mismas, particularmente la percepción de control o grado de libertad de decisión del trabajador”. El estrés influye en el rendimiento del trabajador, generando una disminución de su satisfacción laboral, en su motivación y en la relación con los demás compañeros, o incluso en su propio entorno familiar.

En el caso concreto de los docentes, los autores Kyriacou y Sutcliffe (1978, p. 161) definen el estrés en esta profesión como:

Una respuesta de estado emocional negativo, generalmente acompañada por cambios fisiológicos potencialmente peligrosos, resultantes de aspectos del trabajo del profesor y mediados por la percepción de que las demandas del trabajo son amenazantes y por los mecanismos de afrontamiento que son activados para reducir esa amenaza.

Otra de las enfermedades más frecuentes en la profesión docente es el **síndrome de burnout** o síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) considerado como una consecuencia del estrés laboral crónico. Herbert Freudenberger, en 1974, estudió y definió el síndrome, describiéndolo como una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia del ejercicio diario del trabajo. La delimitación conceptual más aceptada sobre el *burnout* fue la definición tridimensional (agotamiento emocional, despersonalización y baja autorrealización) de las autoras Maslach y Jackson en 1981, citado en Moreno, Bustos, Matallana y Miralles (1997).

Este síndrome es definido por estas autoras como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad". Los síntomas se agrupan en tres dimensiones: *agotamiento emocional* (o "no puedo más") definido como la experiencia en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo; *despersonalización* (o "no valgo"), referido al desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, tales como el cinismo, hacia las

personas destinatarias del trabajo; y *baja realización personal* (o “no me importa”), como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, lo cual afecta a la habilidad para realizar el trabajo y para tratar con las personas a las que atienden.

El estudio de Cornejo (2008) sobre salud laboral docente muestra que los profesionales de la enseñanza presentan elevados niveles de malestar y una alta prevalencia de trastornos de salud mental. Los problemas principales de este sector se pueden dividir básicamente en tres grupos:

1. Problemas de salud física: con altas tasas de disfonías, enfermedades cardiovasculares y trastornos músculo-esqueléticos.
2. Problemas de salud mental: siendo más prevalentes los trastornos depresivos y ansiosos. La tasa de docentes que ha presentado en algún momento un cuadro depresivo mayor triplica la media nacional chilena (población con la que compara este autor en el estudio), siendo el dato de un 32% frente al 9-11% de toda la población. Los trastornos ansiosos se encuentran en el 25.7% de los docentes frente a la media nacional de 12-16%.
3. Malestar psicológico: diversos estudios analizados por Cornejo (2008) refieren altos índices de estrés y *burnout*, existiendo altos niveles de agotamiento emocional en los docentes latinoamericanos.

Dentro del contexto educativo se incluyen algunas fuentes implicadas en la aparición del estrés laboral (Schaufeli, 2005) como son los aspectos organizativos (conflictos entre compañeros, falta de reconocimiento social); las propias de las tareas (ambigüedad y conflicto de rol, presiones de tiempo); a nivel interpersonal (falta de motivación de los estudiantes) o personales (expectativas laborales no cumplidas, autoestima o características de personalidad). En el modelo basado en las teorías del intercambio social, este autor cree que el

docente invierte más esfuerzo y trabajo que recompensas o respuestas obtiene, provocando una situación de malestar en él. Todos estos son factores que pueden propiciar una situación de estrés en el docente, pero también existen otros factores o variables que se relacionan con la manera de comprenderlos o afrontarlos, como son: la impredecibilidad de los acontecimientos, la incontrolabilidad de éstos, la falta de apoyo social, los eventos vitales estresantes y el modo de afrontar la situación (Amigo et al., 2009).

Después de describir algunos de los factores organizacionales y de la propia persona como posibles riesgos psicosociales que pueden dañar a la salud, se muestran en la Figura 1 aquellas consecuencias a nivel individual, laboral, psicológicas y somáticas, que pueden aparecer en el docente (FETE-UGT, 2006):

### **INDIVIDUALES**

- Disminución del rendimiento, por falta de estímulos, pudiendo llegar a la crisis profesional.
- Disminución en la toma de decisiones.
- Incremento de la accidentabilidad.
- Rotación.
- Absentismo.
- Abuso del alcohol, drogas, fármacos...
- Pérdida de memoria.
- Repercusión en el entorno familiar, aislamiento en sus ambientes sociales.

### **LABORALES**

- Incremento de tasa de absentismo.
- Incremento índice de accidentes.
- Disminución de la productividad.
- Repercusiones económico-sociales de las bajas ej. gastos médicos.
- Deterioro del clima y salud organizacional.
- Deterioro de la imagen corporativa.
- Aumento de la conflictividad.
- Deterioro de la comunicación.

### **PSICOLÓGICAS**

- Insomnio.
- Pérdida de apetito.
- Pérdida de autoestima.
- Tendencia a la depresión.
- Relaciones personales.
- Calidad de vida.
- Inseguridad.
- Ansiedad, irritabilidad.
- Inestabilidad incluido el deterioro de relaciones familiares.
- Sentimiento de rechazo o incompreensión.

### **SOMÁTICAS**

- Trastornos digestivos.
- Trastornos respiratorios.
- Trastornos cardiovasculares.
- Trastornos músculo esqueléticos.

**Figura 1.1.** Consecuencias en el docente derivadas de los riesgos psicosociales.

En esta tesis se pretende analizar qué variables son las que permiten a la persona, en este caso, al docente, comprender la situación y afrontarla de una forma que no le afecte de un modo importante a su salud. A continuación se exponen algunos estudios epidemiológicos sobre las bajas laborales más frecuentes en el ámbito docente.

### **6.1.1. Bajas laborales y motivos más frecuentes en la docencia**

Según el estudio citado anteriormente, de la guía de prevención de riesgos psicosociales de FETE-UGT (2006), en la que se analizan sobre todo las bajas y problemas laborales en la enseñanza básica, ocho de cada diez bajas laborales en la enseñanza corresponden a alteraciones en la voz, contagio de enfermedades, lesiones músculo-esqueléticas, operaciones quirúrgicas y patologías psiquiátricas.

La Consejería de Educación de la Junta de Andalucía aprobó en Consejo de Gobierno del día 19 de Septiembre de 2006 el *I Plan Andaluz de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales del personal docente de los Centros Públicos* (publicado en el BOJA nº196 de 9 de Octubre de 2006), como instrumento de planificación y coordinación de todas las actuaciones de la Administración Educativa en materia de seguridad y salud laboral del profesorado. Este Plan se elaboró teniendo los siguientes objetivos:

1. Implantar una cultura preventiva en la sociedad andaluza.
2. Actualizar y revisar la normativa vigente.
3. Impulsar el tratamiento de las materias preventivas en los diferentes niveles educativos y formativos.
4. Profundizar en la mejora de la coordinación administrativa sobre la salud laboral y la prevención de riesgos laborales.
5. Desarrollar la participación/compromiso de los agentes sociales.

6. Desarrollar programas preventivos específicos.
7. Impulsar acciones preventivas en la Administración educativa de la Junta de Andalucía.

En este documento se examinaron todas las 122.000 bajas producidas entre los años 1999 al 2004 en los 90.000 docentes andaluces de enseñanza primaria y secundaria. Los principales hallazgos fueron que el 34% de las bajas correspondían a afecciones respiratorias (gripes y problemas en las cuerdas vocales); el 26% estaban causadas por problemas de huesos y articulaciones; el 9% correspondía a los problemas psiquiátricos, siendo la duración de la baja mayor que cualquier otra afección, con una media de 70 días, frente a 10 en otras. Las patologías psiquiátricas comprendían el síndrome ansioso depresivo, la reacción aguda de estrés y trastornos adaptativos. Las bajas por depresión neurótica entre los años 2000 y 2005 alcanzaron los 5332 casos y el trastorno de pánico rondaba el 7% del total de patologías psiquiátricas. El resto de bajas no llega al 4% (cáncer, problemas cardíacos, etc.).

El estudio con 249 trabajadores de la enseñanza (FETE-UGT, 2006) revela que el 35% de los docentes trabaja en condiciones ambientales inadecuadas (iluminación, calor, ruido, etc.); el 86% tiene carga mental elevada en su trabajo; el 67% carece de autonomía en su puesto de trabajo; el 12% no tiene definido el rol de trabajo y se encuentra en unas condiciones de inadecuada organización del trabajo; el 16% cree que su trabajo carece de contenido; el 84% dice sentirse “quemado” por su trabajo; el 22% considera que en su trabajo no existen las condiciones de apoyo y no disfruta de unas adecuadas relaciones laborales; el 67% manifiesta inseguridad con respecto a su puesto de trabajo y su futuro profesional; el 5% refiere haber sufrido algún comportamiento violento; el 21% manifiesta sufrir o haber sufrido acoso psicológico y el 17% realiza turnos en su trabajo.

A medida que se avanza en las etapas educativas, los niveles de bajas disminuyen partiendo de un 61.87% en el segundo ciclo de Educación Infantil, pasando por un 58.31% en la Educación Primaria y llegando hasta un 53.37% en la ESO. Sin embargo, en los problemas de estrés, ansiedad o *burnout*, aumentaba el número de bajas según aumentaba la edad del alumnado, quedando relegados a la educación primaria los problemas de carácter físico y social (Extremera, Rey y Pena, 2010).

Se han incrementado el número de bajas por enfermedad en el colectivo docente debido a diagnósticos psicológicos y psiquiátricos informados durante los últimos años. En Alemania las bajas debidas a enfermedades mentales se han incrementado al 80% desde 1997 a 2008, mientras que los casos de enfermedad debido a otros diagnósticos (lesiones músculo-esqueléticas, problemas cardíacos o respiratorios) se han mantenido estables.

Estudios con el GHQ-12 de Goldberg revela que casi un 30% de los docentes presentaban problemas de salud (Bauer et al. 2007). Esta profesión representa un factor crítico en la aparición de problemas de salud mental, puesto que sufre demandas en este nivel. Sin embargo, no resultan importantes las cifras de bajas relativas a problemas con salud física, como pueden darse en otro tipo de profesiones que requieren un mayor esfuerzo a este nivel.

En el estudio COPSQ en Alemania se estudiaron más de 50.000 docentes y alrededor de 35.000 personas de otros sectores. Encontraron altos niveles de demandas emocionales, síntomas de *burnout* y conflictos laborales en los profesionales de la enseñanza (Nubling, Vomstein, Haug, Nubling y Adiwidjaja, 2011).

Según García-Calleja (2003) en un estudio sobre las bajas laborales en Palencia de los cursos 98-99 al 01-02, encuentra que los procesos patológicos más frecuentes en los motivos de las bajas laborales son: Gripe, Lumbociática, Faringitis, Laringitis-Afonía, Depresión y Esquinca de Tobillo. La proporción de las bajas en el curso 01-02 han sido por orden de frecuencia: Otorrinolaringología (15.78%), Infeccioso (15.07%), Reumatología (13.48%) y en Psiquiatría el 8.33% del total de las bajas. Dentro de las bajas psiquiátricas, el mayor porcentaje correspondió a las mujeres, con un 74.47%. El mismo porcentaje corresponde a las bajas por Depresión, dentro del total de bajas psiquiátricas, y un 17.02% a las bajas por Ansiedad. El pequeño porcentaje restante correspondía a las bajas por psicosis esquizofrénica.

En Nogales (2006) se publica que en los docentes onubenses y andaluces, la media de tiempo para recuperarse de una depresión neurótica es de 70 días. Se analizó el total de días de licencia durante los años 1999 y 2004 en la Comunidad Andaluza, siendo de 371.030 días. Según la Consejería de Educación, citado en este artículo de prensa, las bajas por afectación de los aparatos respiratorio y fonador se encuentran en primer lugar, siguiéndoles las de traumatología, y en último lugar las psiquiátricas.

La docencia ha sido considerada hasta ahora tradicionalmente un ámbito donde los profesionales pueden verse afectados por el *burnout*. En este sentido, los cambios de rol del profesor, en su reconocimiento social, los nuevos modelos educativos que plantean mayores demandas y exigencias, la escasez de recursos para llevarlas a cabo, y la interacción con los alumnos, caracterizada frecuentemente por la indisciplina y la violencia, parecen favorecer el desarrollo del fenómeno (Durán, Extremera, Montalbán y Rey, 2005).

Esteve (1995) estudió las bajas laborales de los profesores de la

provincia de Málaga durante los cursos 1982-83 y 1988-89. Contempló todos los tipos de bajas posibles y encontró que las bajas psiquiátricas en el último curso afectaban a 105 profesores frente a las 50 examinadas en el primer curso. El diagnóstico principal fue el de depresión, siendo la media de la baja de unos 41 días.

Guerrero (1997) analizó las bajas laborales en EGB y ESO en un estudio, en el que encontró que las bajas en el período educativo de EGB suponían un 71,5% del total, mientras que en la Enseñanza Secundaria estaban alrededor del 28,5%, siendo las bajas más numerosas en mujeres (69,9%) que en hombres. Las bajas psiquiátricas representaban un 8,9% en Primaria y un 8,5% en Secundaria.

García-Calleja (1991) en su estudio sobre las bajas laborales en la docencia también describió un aumento en las bajas en los últimos cursos incorporados a su investigación. Destacaba el aumento de bajas de tipo psiquiátrico en los informes procedentes de las delegaciones de educación, que se traducían en mayores tasas de absentismo laboral o menor rendimiento. El porcentaje más elevado de bajas correspondía a los profesores de educación primaria, pero los de secundaria son los que más rápidamente aumentaban la tasa.

Prieto y Bermejo (2006) señalan acerca de la experiencia docente una mayor incidencia de la tensión emocional en profesores jóvenes menores de 30 años. Vázquez et al. (2000) en sus estudios muestra que el grupo de profesores con una antigüedad comprendida entre los 21 y los 30 años era el que mostraba el nivel más alto de realización personal.

Cordeiro et al. (2003) muestran que los profesores con más de 15 años en la profesión son los que más síntomas de *burnout* presentaban. Como se puede ver, son datos que necesitan más estudios para aclarar la influencia de la variable años de experiencia docente, por eso, en

este estudio es una de las variables a investigar.

Aunque, tradicionalmente el estudio del *burnout* se ha limitado a los profesionales del ámbito sanitario, el síndrome suele observarse en profesiones que conllevan una cierta implicación emocional en el trabajo, como ocurre generalmente en el ámbito de los servicios humanos: docentes, terapeutas, abogados, bomberos, trabajadores sociales, personal de prisiones (García y Herrero, 2010), policías o asistentes sociales.

En general suele producirse en profesiones que la persona ha elegido libremente, es decir, que son más vocacionales. Cabría distinguir cuatro orientaciones básicas dentro de estas profesiones: los *activistas sociales*, que son personas que con su trabajo no buscan únicamente un medio de subsistencia, sino que pretenden cambiar la realidad que les rodea, y son las profesiones llamadas vocacionales (docencia, medicina, etc.); después están los *escaladores*, personas que pretenden alcanzar un estatus más alto dentro de su profesión, al margen de cualquiera que sea su profesión; luego están los *artesanos*, que son aquellas personas cuyo objeto de trabajo es hacerlo bien; y por último, los *auto-orientados*, para quienes el trabajo es sólo un medio de subsistencia (Amigo et al., 2009).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce en su informe de 1993 (Prieto y Bermejo, 2006) que el estrés y el síndrome de *burnout* se han convertido en un riesgo ocupacional significativo de la profesión docente.

En el Reino Unido, el 20% de los docentes padece problemas de ansiedad, estrés o depresión; en Suecia el 25% de los profesores están en tensión psicológica, lo que se considera un riesgo elevado.

Vázquez et al. (2000) encontraron que el 40,3% de los docentes de su estudio se situaban en niveles de elevado *burnout*. Los resultados de varios estudios en España indican que el porcentaje de profesores/as que sufren *burnout* grave es de entre un 3 y un 4%, y que el de profesorado con una sintomatología ligera se eleva hasta un 40% (Manassero, 2001), como se cita en Botella, Longás y Gómez, (2007). Kyriacou (1980) en su estudio manifiesta que un 25% de los casos de *burnout* se localizaban en la profesión docente.

En los últimos años, las organizaciones educativas están sufriendo un fuerte ascenso en su capacidad estresante y los profesores, actualmente, experimentan un alto nivel de estrés en su trabajo, nivel superior al de la mayoría de las profesiones. Algunas investigaciones han revelado una mayor incidencia percibida de estrés docente respecto a otras profesiones. Así, Prat (1978) asegura que el 60% de los profesores sufren fuertes tensiones nerviosas, frente a un 5% de otros trabajadores. En un estudio con diversas profesiones se muestra que el 78% de los docentes señalaba el trabajo docente como una fuente de estrés, frente al 33% de otros profesionales, (Guerrero y Vicente, 2001).

Existe una asociación clara entre las bajas psiquiátricas de los docentes, el estrés laboral, el *burnout*, investigada en numerosas ocasiones por autores como Esteve, Franco y Vera (1994), García-Calleja (1991), Vilorio y Paredes (2002).

Valero y Amores (1996) en su estudio con profesores de educación primaria de Málaga, encuentran un 37 % de los maestros con problemas de salud en general, un 19% con problemas depresivos, un 51% con síntomas de ansiedad situacional y un 33 % con problemas de *burnout*.

Calvete y Villa (1997) en su estudio sobre el personal docente de Vizcaya, constatan que las ausencias laborales producidas por trastornos mentales afectaban a un 3,17% de la población de profesores, siendo la tercera causa de baja por enfermedad.

Burguillos (2010) en un estudio sobre el síndrome de *burnout* y el estrés, en relación con las estrategias de afrontamiento y la inteligencia emocional, encuentra un 45.7% de docentes de primaria y secundaria con estrés laboral, y un 9.8% de profesores con un nivel alto de *burnout*.

#### 6.1.1.1. Enfermedades y bajas laborales en docentes universitarios

Los estudios sobre salud en el sector de la enseñanza como se ha ido exponiendo en los apartados anteriores se han limitado a los docentes de la enseñanza básica. El sector de la enseñanza superior ha sido relativamente poco estudiado. En este apartado se detallarán algunas de las investigaciones más destacadas en este ámbito.

En el estudio de Sánchez y Martínez (2014) con 95 docentes universitarios a tiempo completo de la Universidad Nacional Autónoma de México, observaron casi tres trastornos por cada docente, encabezados por el estrés (38%), seguido del trastorno del sueño (35%), ansiedad (34%), disfonía (28%), fatiga (26%), trastorno músculo esquelético (25%), lumbalgia (24%), depresión (18%) y trastornos digestivos de origen psicosomático (12%). Kinman (2001) estudió a 2609 académicos de 15 universidades y encontró que el 40% de los entrevistados trabajaban más de 50 horas semanales y el 72% de los docentes indicaron que trabajaban más horas que en años anteriores. Los docentes del estudio de Sánchez y Martínez (2004) que trabajaban más de 40 horas semanales por tareas de investigación y para completar su currículum, presentaban mayores problemas de ansiedad, estrés, lumbalgias y fatiga. La percepción de falta de apoyo por parte

de los superiores se relacionaba en el siguiente orden, con trastornos del sueño, distrés, ansiedad y depresión. La falta de apoyo percibida por parte de sus compañeros se relacionaba con más presión y desgaste. Mena (2010) informaba de un 7.7% de docentes universitarios con depresión, siendo del 32% en el estudio de Comejo (2008).

Guerrero (2003) encuentra que la muestra de docentes de la Universidad de Extremadura a la que tuvo acceso para estudiar los niveles de *burnout* y las estrategias de afrontamiento ante el mismo, presenta unos niveles medios de este síndrome, considerando que el 42% presenta niveles preocupantes y un 17% se encuentra en un grado moderado. En cuanto a las estrategias de afrontamiento empleadas por los docentes cuando aparecen síntomas de estrés laboral crónico, en su estudio encuentra que aquellos con alto grado de agotamiento emocional emplean las estrategias de desahogarse, desconexión conductual, consumo de drogas, desconexión conductual y aceptación (estrategias pasivas). Por el contrario, los docentes que presentan un alto grado de logro personal utilizan afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo social, reinterpretación positiva y refrenar el afrontamiento (estrategias activas).

Los niveles más altos de *burnout* dentro de los docentes universitarios, se contemplan más en el ámbito de la investigación que en el terreno de la docencia. Se asocian más factores procedentes de la investigación (tiempo dedicado, doctorado, etc.) a la sintomatología de este síndrome (Arquero y Donoso, 2013).

Las principales fuentes de estrés laboral en docentes universitarios en un estudio con docentes de Norteamérica (Gmelch, Wilke y Lovrich, 1986) son la falta de recompensa y reconocimiento de su trabajo, las limitaciones de tiempo en su trabajo, las tensiones departamentales, los

problemas de identidad profesional y los problemas en las interacciones con los estudiantes. Sorcinelli y Gregory (1987), como se cita en Herranz (2004) consideran que gran parte del estrés proviene de los cambios producidos en el sistema educativo universitario, con el incremento de las demandas y exigencias provenientes de su trabajo, por la dificultad de compatibilizar la vida laboral con la familiar y por el aumento de la carga de horas semanales, llegando incluso a unas 55 horas.

Enders y Wearden (1996), como se cita en Herranz (2004) descubren que el 97% de los profesores a tiempo completo de las facultades de Ciencias de la Información estadounidenses habían experimentado estrés en el trabajo durante el último año. Solamente el 9% no habían manifestado nunca sintomatología relacionada con el estrés.

Atendiendo a las *categorías laborales* de los docentes universitarios, Cifre y Llorens (2002) encuentran que es el profesor Ayudante, el que presenta mayor nivel de sobrecarga cuantitativa en comparación con las demás categorías de profesores. Además, es el asociado a Tiempo Completo el que presenta mayor nivel de sobrecarga emocional. En cuanto al *burnout*, son los profesores Ayudantes los que presentan mayores niveles de agotamiento emocional y mayores niveles de cinismo.

Respecto a las variables de bienestar psicológico, son los profesores Asociados a tiempo completo seguidos por los Ayudantes los que presentan mayores niveles de ansiedad en la realización de su trabajo diario. Finalmente, son también los Ayudantes los que presentan mayores niveles de depresión.





## CAPÍTULO 2

---

# PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUTOGÉNESIS

---



# Capítulo 2. Promoción de la Salud y Salutogénesis

---

## **1. Delimitación del concepto de Promoción de la Salud**

1.1. Salud Pública, Salud Mental y Promoción de Salud

1.1.1. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud

## **2. Perspectiva Salutogénica**

2.1. Nacimiento del Modelo Salutogénico

2.2. Recursos Generales de Resistencia y Sentido de Coherencia

2.3. Sentido de Coherencia de Antonovsky. Definición y Dimensiones

2.4. Influencia del Modelo Salutogénico en la Promoción de Salud

2.5. Expansión del Modelo Salutogénico en la actualidad

2.6. Evaluación del Sentido de Coherencia

2.7. Propiedades psicométricas del SOC-29 y SOC-13



# Promoción de la Salud y Salutogénesis

---

## **1. Delimitación del concepto de Promoción de la Salud**

### **1.1. Salud Pública y Promoción de Salud**

La salud pública es la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir las enfermedades y prolongar la vida a través de esfuerzos organizados de la sociedad (OMS, 1998, p. 3). En este siglo (XX) ha habido más ganancias en la salud para las poblaciones del mundo que en cualquier otra etapa de la historia

#### **1.1.1. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**

Fue en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en octubre de 1986 en Ottawa (Canadá), cuando la Promoción de la Salud se define oficialmente como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se refiere al proceso que capacita a los individuos, grupos o sociedades para incrementar el control y la mejora de su salud física, mental, social y espiritual. La Promoción de la Salud comienza en el mismo momento histórico que el movimiento salutogénico.

Después de la Segunda Guerra Mundial se dieron las condiciones para crear una comunidad global protegida por las Naciones Unidas, momento en el que se crean los Derechos Humanos (1948). En este mismo año se funda la Organización Mundial de la Salud y establecen la primera definición de salud expuesta al principio de este capítulo

(Eriksson y Lindström, 2008).

El concepto de Promoción de la Salud aparece cristalizado en noviembre de 1986, en la Carta de Ottawa, como respuesta a las necesidades de acercamiento a los múltiples problemas de salud existentes actualmente. Fue el 21 de noviembre de 1986 cuando tuvo lugar la celebración de la “Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud” en Ottawa (Ontario, Canadá).

La carta de Ottawa para la Promoción de la Salud recoge los enfoques, estrategias y proposiciones fundamentales que los participantes de dicho acto consideraron indispensables para avanzar de forma significativa en el progreso y la promoción de la salud (Carta de Ottawa, 1986). Esta conferencia fue una respuesta ante la gran demanda del movimiento de la Salud Pública por regiones industrializadas y no industrializadas. Se tomó como base el avance conseguido hasta el momento mediante la *Declaración sobre la Atención Primaria de Salud en Alma-Ata* o el documento *Objetivos de Salud para Todos* de la OMS. Esta Carta considera la Promoción de la Salud como:

El proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al

bienestar (Carta de Ottawa, 1986).

Otra de las definiciones que se han elaborado sobre la Promoción de la Salud fue la siguiente:

Promoción de la salud es el proceso que permite a las personas, grupos o sociedades aumentar el control para mejorar su salud física, mental, social y espiritual. Esto podría ser alcanzado mediante la creación de entornos y sociedades caracterizadas de estructuras claras y el empoderamiento de los entornos donde las personas son capaces de identificar sus recursos internos y externos, utilizar y volver a utilizarlos para darse cuenta de las aspiraciones, de satisfacer las necesidades, para percibir la significación y de cambiar o hacer frente al medio ambiente desde la perspectiva de la promoción de la salud (Eriksson y Lindström, 2007).

La Carta de Ottawa aboga por una buena salud como fuente de desarrollo personal, económico y social. Las acciones de promoción de la salud pretenden que los factores sociales, económicos, políticos, entre otros, tengan unas condiciones favorables, abogando en todo momento por la salud. Otra de las conclusiones de la Carta, es que es necesario que la promoción de salud se centre en lograr la equidad en salud, es decir, reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar oportunidades iguales que capaciten a todo el mundo para alcanzar el máximo potencial de salud.

La promoción de la salud interviene en diferentes niveles, que pueden ir desde el nivel local hasta el nivel nacional, para mejorar la salud. Las estrategias principalmente deben enfocarse en aquellos factores sobre los que los individuos tengan muy poco o ningún control. En la Carta de Ottawa se establecen una serie de estrategias de acción

en promoción de salud, para cumplir esto último, que son: 1) elaborar una política pública saludable; 2) crear entornos de apoyo; 3) fortalecer la acción comunitaria; 4) desarrollar las habilidades personales; 5) reorientar los servicios sanitarios; 6) avanzar hacia el futuro; 7) comprometerse con la promoción de salud y 8) llamamiento a la acción internacional. El compromiso con la promoción de salud queda reflejado por los participantes de esta Conferencia del siguiente modo:

1. Introducirse en el terreno de una política pública saludable y a abogar por un compromiso político claro con la salud y la equidad en todos los sectores.
2. Oponerse a las presiones que favorezcan los productos nocivos, el agotamiento de los recursos, los entornos y condiciones de vida insalubres, y la mala nutrición; y centrar su atención en aspectos de salud pública tales como la contaminación, los riesgos laborales, la vivienda y los poblados.
3. Hacer frente a las diferencias en salud entre las sociedades y dentro de ellas, y abordar las inquietudes en salud que resultan de las normas y actuaciones de estas sociedades.
4. Reconocer al ser humano como la principal fuente de salud, apoyarlo y capacitarlo, con medios financieros y de otra índole, para que pueda mantenerse sano a sí mismo, a su familia y a sus amistades; aceptar a la comunidad como la voz principal en las cuestiones relacionadas con la salud, condiciones de vida y bienestar.
5. Reorientar los servicios sanitarios y sus recursos hacia la promoción de la salud; compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas, y con el propio pueblo.
6. Reconocer la salud y su mantenimiento como una inversión y un desafío social importantes; abordar la faceta ecológica global de nuestros modos de vida.

Estos son los compromisos adoptados en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud por los participantes de la misma en el año 1986, para el avance en el progreso y la promoción de la salud, Conferencia copatrocinada por la Asociación Canadiense de Salud Pública, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Organización Mundial de la Salud (Carta de Ottawa, 1986).

Como se ha expuesto en la descripción de la Carta de Ottawa, una de sus prioridades es la de crear entornos saludables y que apoyen la salud. Los entornos serían aquellos lugares y contextos sociales donde las personas desempeñan una función social y laboral diaria, y donde confluyen diversos aspectos ambientales, organizativos y personales, que afectan a la salud. Un entorno sería el caso de la Universidad, que consiste en un lugar donde se hallan estos factores ambientales, organizativos y personales, que afectan a la salud y al bienestar de las personas que trabajan o estudian en ella. Atendiendo a las indicaciones de la Carta de Ottawa, se ha creado la REUS (Red Española de Universidades Saludables), con el objeto de llevar a cabo la promoción de la salud para todos los trabajadores (administrativos, personal docente e investigador, etc.) y para los estudiantes.

Se trata de una iniciativa a favor de la salud en la que actualmente participan Universidades de toda España, la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y algunas Estructuras Autonómicas de Salud Pública. Esta red se constituyó el 22 de Septiembre de 2008 con el objetivo de reforzar el papel de las Universidades como entidades promotoras de la salud y el bienestar de sus estudiantes, su personal, y de la sociedad en su conjunto, liderando y apoyando procesos de cambio social.

Los principales objetivos de la REUS son: potenciar la universidad como entorno promotor de la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto; fomentar la Investigación y la Docencia en Promoción de la Salud; favorecer el intercambio de experiencias en Promoción de la Salud; promover y favorecer el trabajo conjunto entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades; consensuar líneas estratégicas y de trabajo para llevar a cabo un proyecto de universidad promotora de salud; posibilitar la elaboración y el desarrollo de proyectos comunes en las líneas estratégicas de la Red; potenciar la participación internacional; y fomentar la oferta de servicios y actividades dirigidos a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria.

La REUS presenta cinco líneas estratégicas: 1) Entornos universitarios que promuevan la salud; 2) Incorporación en los planes de estudio universitarios de formación en promoción de la salud a nivel de grado y postgrado; 3) Investigación en promoción de la salud; 4) Participación y colaboración entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades; y 5) La oferta de servicios y actividades en el campus dirigidas a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria.

## **2. Perspectiva Salutogénica**

### **2.1. Nacimiento del Modelo Salutogénico**

Aaron Antonovsky, médico y sociólogo nacido en 1923 en los Estados Unidos, sirvió al ejército de este país durante la II Guerra Mundial. En el año 1960 emigró hacia Israel para comenzar a trabajar en el *Instituto Israelí para las Ciencias Sociales Aplicadas*, y además, en el Departamento de Medicina Social de la Universidad Hebrea de Jerusalén. Desde los años 70 fue desarrollando la perspectiva

salutogénica, que comenzó a influir en los médicos y científicos del comportamiento, explicando las bases de la salud humana. El término Salutogénesis proviene del latín *Salus*, "salud", y del griego *Génesis*, "origen", "creación de"; por lo tanto, significa "Génesis de la Salud" (Rivera, Ramos, Moreno y Hernán, 2011).

En Antonovsky creció un importante interés en la investigación sobre las clases sociales y la salud, siendo más tarde objeto de su interés, el impacto del estrés en la salud. Cuando la Salud Pública se centró en los factores de riesgo y la enfermedad, surgió la atención sobre el estrés como un evento negativo que incrementaría la susceptibilidad y el riesgo de la gente a enfermar. Para Antonovsky, el estrés forma parte de la vida de las personas (Lindström y Eriksson, 2006).

Antonovsky realizó importantes investigaciones empíricas al respecto, como por ejemplo la que llevó a cabo con mujeres de Europa central entre 1914 y 1923, que habían permanecido en campos de concentración. El grupo de mujeres que habían estado allí presentaba más signos de enfermedad que los casos controles, pero un 29%, a pesar de todo, alegaban tener una buena salud mental. Esto llevó al autor a plantearse algunas preguntas sobre cómo estas mujeres se mantuvieron saludables a pesar de la presión extrema a la que fueron sometidas. Antonovsky, al preguntarse esto de forma positiva, en lugar de buscar las causas de la enfermedad, cambió la perspectiva de estudio, que influiría en sus investigaciones futuras. Fueron tres preguntas clave las que se formuló el autor para la fundación de su teoría (Antonovsky, Maoz, Dowty y Wijnsbeek, 1971):

- 1) ¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de exponerse a influencias perjudiciales?
- 2) ¿Cómo hacen para recuperarse de las enfermedades?

3) ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de una tensión extrema?

De este modo, y a partir de las víctimas del Holocausto, y las horribles consecuencias que la guerra tuvo en las personas, la perspectiva salutogénica comienza a surgir y a desarrollarse. Las tres preguntas citadas se pueden entender como el inicio de las investigaciones de este autor en el ámbito de la salud. Se distingue un nuevo paradigma en el que cambia la forma de observar los acontecimientos, distinta a la que se venía utilizando tradicionalmente. El modelo salutogénico de Antonovsky comienza con estas asunciones (Rivera et al., 2011):

- Énfasis en los orígenes del bienestar y de la salud.
- Preocupación principal en el mantenimiento y realce del bienestar.
- Se rechaza la hipótesis de que los factores estresantes sean intrínsecamente negativos, a favor de la posibilidad de considerar que éstos tengan consecuencias saludables también, dependiendo de las características de los mismos, y de la capacidad que tengan las personas de resolverlos.

Antonovsky criticó el tradicional enfoque occidental patogénico de salud-enfermedad, donde ambos conceptos son mutuamente excluyentes. En este modelo tradicional, la persona con enfermedad es incompatible con cualquier concepto de salud, y viceversa. En contraposición a este modelo tradicional, Antonovsky se aventuró a resolver esta cuestión proponiendo que existía un enfoque continuo en el que predominarían dos polos: el *bienestar* (salud) y el *malestar* (enfermedad), y en los que ninguna persona podría situarse en cada uno de los extremos, es decir, en un estado de completa enfermedad o de salud perfecta, sino más bien oscilaría en el continuo de un punto a

otro, siendo la posición en él el objeto de estudio desde esta perspectiva. En este modelo se concibe la idea de que una persona aunque esté enferma, algunos de sus comportamientos serán saludables, así, no se admite la completa enfermedad situado sólo en uno de los extremos del continuo (Rivera et al., 2011).

En este continuo de salud-enfermedad, y desde una perspectiva común a la Teoría General de Sistemas (Antonovsky, 1993a), el autor del modelo salutogénico defiende el concepto de “entropía” (procedente de la termodinámica), con el que se refiere a la tendencia de los organismos humanos a perder su estructura organizada, así como la capacidad de reordenarse de nuevo, así, llevado al ámbito sanitario, se refiere a que la pérdida de salud es algo natural, ya que la desestructuración y el estrés son experiencias percibidas que emanan de demandas internas y/o externas, propias de la naturaleza humana. El principio básico del ser humano es el desequilibrio, la enfermedad y el sufrimiento; la entropía está presente en el ser humano; la pérdida de la salud es un proceso natural siendo necesario que la salud se recree de nuevo; los factores estresantes internos y/o externos son propios de la naturaleza siendo la conservación de la salud un efecto del desequilibrio originado por esos factores (Rivera et al., 2011).

La aproximación salutogénica se centraba por tanto en los recursos para la salud y los procesos de promoción de la salud. No se trataría por tanto, de un rasgo específico del individuo ni un estilo de afrontamiento, sino de un conjunto de competencias cognitivas que proporcionan una orientación disposicional generalizada (Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001a). Antonovsky se pregunta por qué se mantiene la salud, en lugar de por qué enfermamos, por lo que introduce en su modelo el concepto de Sentido de Coherencia, al que se hará referencia a partir de aquí como SOC, y los Recursos Generales de Resistencia o RRGs (Eriksson y Lindström, 2008).

En la Tabla 2.1 se detallan los hitos más importantes correspondientes a la evolución de la Promoción de la Salud y al concepto de Salutogénesis de Antonovsky.

Momento Histórico	Acontecimiento
<b>De 1940 a 1960</b>	Segunda Guerra Mundial Un grupo de mujeres israelíes sobreviven al Holocausto. Tres décadas más tarde serán el grupo del primer estudio del movimiento salutogénico Declaración de DDHH (1948) Fundación de la OMS (1948)
<b>1970-1980</b>	Antonovsky introduce el concepto de Sentido de Coherencia (SOC) en su teoría, en su obra "Health, Stress and Coping" (1979) Interés en la prevención de la enfermedad y en la reducción de los comportamientos de riesgo mediante la información y la educación para la salud
<b>1980-1990</b>	Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Ottawa, Canadá) Antonovsky revisa y desarrolla la teoría salutogénica en "Unraveling the Mystery of Health" (1987) Énfasis en las áreas de acción y en las estrategias formuladas en la Carta de Ottawa
<b>1990-2000</b>	Incremento del interés en los conceptos emergentes de la teoría salutogénica. Alrededor de 300 publicaciones en esta década, siendo usado el cuestionario del SOC en 20 países y en 14 lenguas por todo el mundo

**Tabla 2.1.** El desarrollo de la salud pública, la investigación en promoción de la salud en relación al desarrollo de la Salutogénesis. Adaptado de Eriksson, M. y Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation on the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23, 190-198.

El modelo salutogénico, es el modelo teórico de referencia en esta tesis doctoral. Se trata del marco en el que se centra la investigación sobre los activos de salud necesarios para la creación y el mantenimiento de la salud. Un *activo para la salud* se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y de las poblaciones para mantener la salud y el bienestar (Morgan y Ziglio, 2007).

La Salud Pública y desde la concepción salutogénica se trata entonces de acercar y hacer accesibles a la población estas opciones saludables para lograr el crecimiento y el bienestar. Este enfoque va más allá del modelo del riesgo centrado en el déficit, en la prevención de la enfermedad, sin embargo se complementan ambos modelos, el de la prevención o centrado en el déficit, y el de la promoción de la salud o el de activos, con el objeto de conseguir políticas de promoción de la salud exitosas para la población. Sin embargo, el tema central de la tesis no se ocupa de los activos para la salud en el contexto docente, sino de evaluar las variables protectoras de la salud; pero podría ser el tema de una investigación futura.

## **2.2. Recursos Generales de Resistencia y Sentido de Coherencia**

Antonovsky (1979) desarrolla con esta nueva teoría dos nuevos conceptos, los **Recursos Generales de Resistencia (RRGs)** y el **Sentido de Coherencia (SOC)**. En cuanto al primer concepto, diferencia entre los Recursos de Resistencia Específicos y los Recursos de Resistencia Generales. Los primeros se refieren a aquellos recursos relevantes para un problema específico mientras que los segundos son aplicables a numerosas situaciones.

Los *Recursos Generales de Resistencia (RGRs)* son aquellas características de una persona, grupo o contexto que facilitan una

gestión eficaz de las demandas internas o externas que se consideran estresores. Se trataría por tanto, de recursos personales, interpersonales o contextuales de los que pueden disponer los individuos en caso de necesitarlos. Se refieren a factores biológicos, materiales y psicosociales que facilitan a las personas la percepción de su vida como coherente, estructurada y comprensible.

Los Recursos Generales de Resistencia más usuales son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, la cultura, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida. Si una persona tiene todos estos recursos, le será muy fácil enfrentarse a los desafíos y contratiempos que le surjan en la vida, pero con eso no basta, según Antonovsky, es necesario disponer de la capacidad para utilizar estos recursos, a la que llamó Sentido de Coherencia (SOC; Sense of Coherence), que se trata del concepto clave de su teoría, para el que diseñó su propio cuestionario para medirlo.

Los RGRs son todos aquellos medios que facilitan el empleo de conductas adaptativas, saludables y como respuesta adaptativa frente a estresores (Fernández, 2009). Antonovsky (1987) clasificó los RGRs en seis grupo:

- Físicos y bioquímicos: aquellos factores que hacen posible un adecuado afrontamiento, como es la salud física, el buen mantenimiento físico, etc.
- Materiales: alimento, ropa, etc.
- Cognitivos y emocionales: inteligencia, conocimientos, identidad (básico para la supervivencia) y el conocimiento (ofrece una perspectiva más amplia).
- Valorativas o de actitudes: estrategias de afrontamiento positivas y gestión eficaz de las emociones.

- Interpersonal-relacional: se refiere al apoyo social del que se podría disponer en caso de necesitarlo. El hecho de disfrutar de apoyo social permite un mejor afrontamiento de las situaciones estresantes.
- Aspectos macro-socioculturales: se trata del componente cultural y social que forma parte del contexto que rodea al individuo.

Los RGRs suelen comenzar en la niñez (medios económicos, apoyo social, inteligencia, formación, familia,...) y ofrecen oportunidades de desarrollar experiencias positivas para la salud y a su vez, favorece la creación de un fuerte y elevado SOC (Natvig, Hanestad y Samdal, 2006). En este sentido, el autor pone énfasis en los factores de los que disponemos a lo largo de la vida, con el fin de desarrollar un SOC óptimo. Antonovsky (1979, p. 122):

El grado en el que nuestras vidas nos proporcionan RGRs es un determinante importante para el desarrollo de un sentimiento u orientación generalizada, penetrante y duradera de ver y responder a las situaciones que nos presenta el mundo, denominado Sentido de Coherencia.

Las personas que perciben la disponibilidad de los RGRs y el acceso a los mismos, tendrán la posibilidad de fortalecer su SOC, percibiéndose más capaces de afrontar las demandas del entorno. La percepción de los RGRs disponibles será necesaria para lograr una estabilidad del SOC (Rivera et al., 2014).

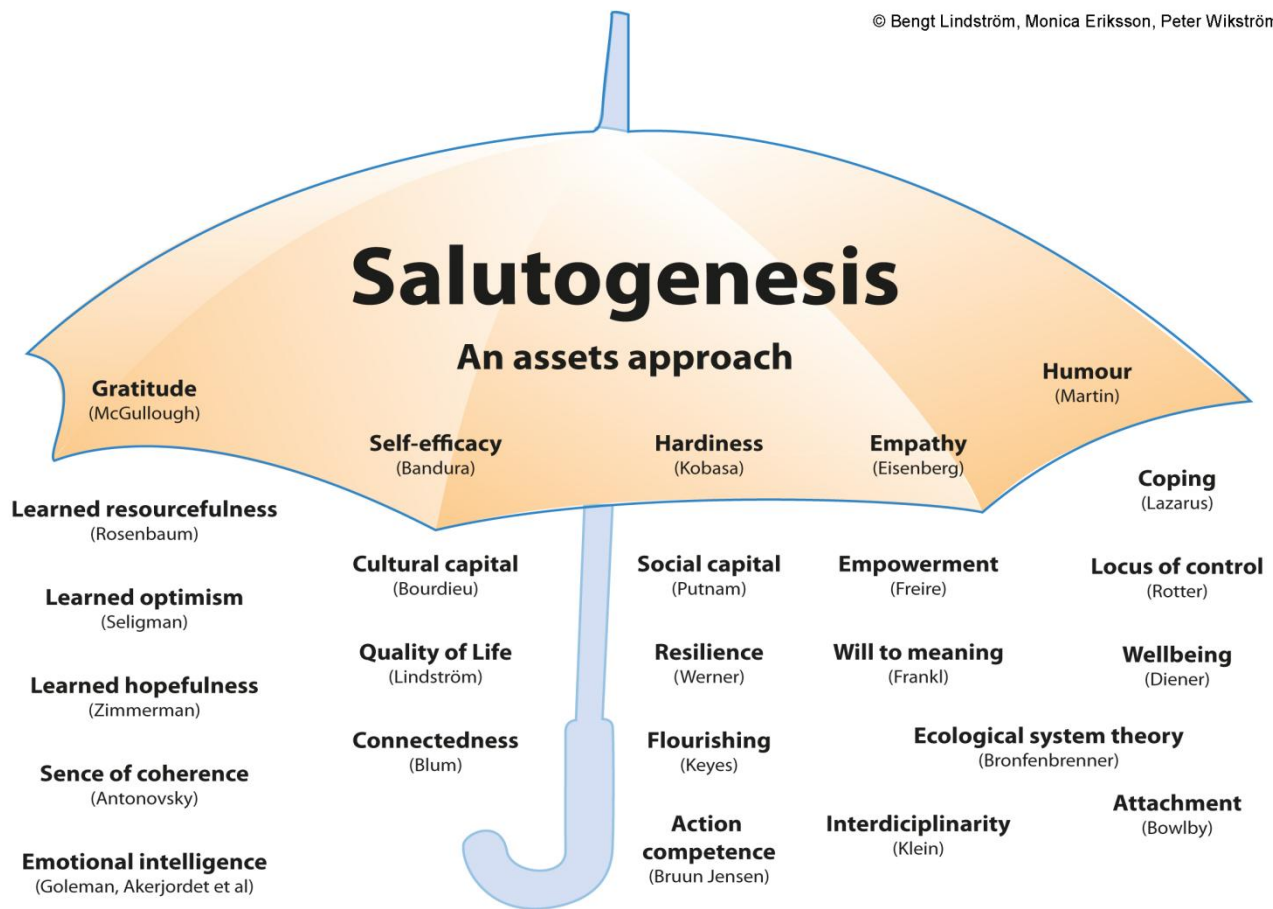
Una persona con un nivel alto de SOC podrá disponer de los RGRs necesarios para afrontar con éxito la tensión generada por las demandas estresantes del entorno, disminuyendo las consecuencias

negativas derivadas de esa tensión sobre la salud (Rivera, Moreno, García-Moya y Ramos, 2014).

El Sentido de Coherencia o SOC, será definido más ampliamente en el siguiente punto, aunque se describe brevemente aquí como un constructo en el que su autor, Antonovsky, propone tres componentes: *comprensibilidad* (componente cognitivo), *manejabilidad* (componente instrumental o de comportamiento) y *significatividad* (componente motivacional), descritos con detalle más adelante.

Se trataría de un constructo que por un lado, permite a la persona comprender su vida, cómo está organizada, mientras que por otro, está el sentirse capaz de manejarla, y finalmente, sentir que la vida tiene sentido, que se dirige hacia unas metas específicas. Un buen uso (aplicar sentido de coherencia) de los Recursos Generales de Resistencia, permitirá que la persona convierta las experiencias vitales en promotoras de salud, y así, pueda desarrollar un nivel alto o fuerte de SOC, lo que hace que el sujeto se perciba capaz de manejar cualquier situación, y gestionar de forma eficaz todas aquellas circunstancias estresantes que aparecen a lo largo de la vida. Este modelo recibió una crítica en el sentido de ser demasiado "cognitivo" sin atender o contemplar un componente "afectivo" (Rivera et al., 2011).

El llamado "paraguas salutogénico" (Figura 2.1) contempla una serie de conceptos, que al igual que el sentido de coherencia pertenecen al enfoque salutogénico, en el que se busca el origen de la salud y los recursos y afrontamientos dirigidos hacia las soluciones, en lugar del tradicional enfoque patogénico que se centra en las causas de la enfermedad. Este paraguas reúne algunos conceptos, entre los que destacamos los siguientes: *florecente* (Keyes), *optimismo* (Seligman), *conectividad* (Blum), el *empoderamiento* (Freire; Laverack), *resistencia* o *resiliencia* (Fonagy, Rutter; Walsh, Werner).



**Figura 2.1.** Paraguas Salutogénico. Lindström, B. y Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21, 238-244.

### 2.3. Sentido de Coherencia de Antonovsky. Definición y Dimensiones

El Sentido de Coherencia (SOC) de Antonovsky se encuentra dentro de su modelo salutogénico, y tiene como objetivo principal medir una orientación global de la personalidad, la cual, facilita la solución de problemas de una forma adaptativa ante situaciones estresantes. Es la capacidad de la persona de percibir el significado del mundo que le rodea, así como adquirir la relación entre las acciones y las consecuencias de éstas en el entorno. Así, pretendía Antonovsky

explicar por qué algunas personas permanecían saludables en situaciones estresantes, mientras que otras enfermaban. El Sentido de Coherencia fue definido inicialmente por este autor como una:

Orientación global que expresa el grado en el que uno tiene un sentimiento generalizado y estable, aunque dinámico, de que los medios tanto interno como externo son previsibles, y de que hay una alta probabilidad de que las cosas resulten tan bien como razonablemente esperamos (Antonovsky, 1979, p.123).

En el modelo se concebía el sentido de coherencia como una tendencia disposicional relativamente estable, que nos hace evaluar las circunstancias como significativas, predecibles y manejables (Antonovsky, 1987). Posteriormente, Antonovsky definía el sentido de coherencia como:

Una orientación global que expresa el grado en el que la persona tiene una penetrante y duradera, aunque dinámica, sensación de confianza en que, a lo largo de la vida, los estímulos derivados de los entornos internos y externos están estructurados, pudiendo ser predecibles y explicables, existiendo recursos que están disponibles para compensar las demandas planteadas por estos estímulos, siendo estas demandas desafíos, digno de esfuerzo y compromiso para ser superados (Antonovsky, 1987, p.19).

El mencionado constructo, consta por tanto, de tres variables relacionadas teórica y empíricamente entre sí: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad (Fernández, 2009). La definición del SOC contempla los componentes perceptivo, cognitivo y conductual, siendo criticado por no incluir un componente emocional o afectivo, quedando muy destacado el aspecto racional (Siegrist, 1993). Antonovsky no modificó su teoría, pues en el componente

“significatividad” del constructo quedaba incluida una importante carga de afectividad; este componente se relaciona con el grado en que la persona siente que la vida tiene sentido emocional. Así, este sentimiento es el responsable de que las personas con un bajo SOC sufran la interferencia de las emociones a la hora de resolver los problemas.

Eriksson y Lindström (2005) defienden este constructo como multidimensional:

La primera dimensión es la de **“comprensibilidad”** (Comprehensibility), que se refiere al grado en el que las personas tienen un sentido cognitivo de los estímulos con los que se encuentran en el presente y en el futuro. Se considera el componente *cognitivo* del constructo, y se refiere a la habilidad de establecer conexiones lógicas y ordenadas en lo que sucede en el ambiente y en creer que la vida es predecible. Aquellas personas que tienen una alta comprensibilidad, perciben los estímulos y la información como ordenada, consistente, estable, predecible, estructurada y clara. Esto hace que aumenten las expectativas y la capacidad de asimilar y modificar las experiencias, la capacidad de entender a los demás, de controlar los propios sentimientos y emociones. Todo esto, capacita al individuo para conductas adaptativas con el entorno y a nivel interpersonal, adoptando una actitud más flexible hacia cambios futuros. Aquellos individuos con una mayor puntuación en este componente tienen mayor capacidad de interpretar los estímulos del medio de manera no amenazante, lo que influye en la vivencia del estrés y la calidad de vida de las personas (Moreno-Jiménez González y Garrosa, 1999).

La segunda es la de **“manejabilidad”** (Manageability), que hace referencia al grado en el que los individuos entienden que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del entorno se

encuentran a su disposición. Es el componente *instrumental* o *conductual* del constructo. Se relaciona con la autoeficacia y la competencia, pero a diferencia de ésta, no considera el control de los recursos.

Y la última, referida a la “**significatividad**” (Meaningfulness), que es el valor otorgado por la persona a aquello que sucede, se refiere al deseo de la persona, a los valores, a las emociones, al sentimiento de que la vida merece la pena. Una persona con un alto nivel de significatividad cree que merece la pena invertir su energía en todos aquellos retos y demandas que le rodean, por ello, este componente tiene un carácter más emocional y es considerado como el aspecto *motivacional* del constructo.

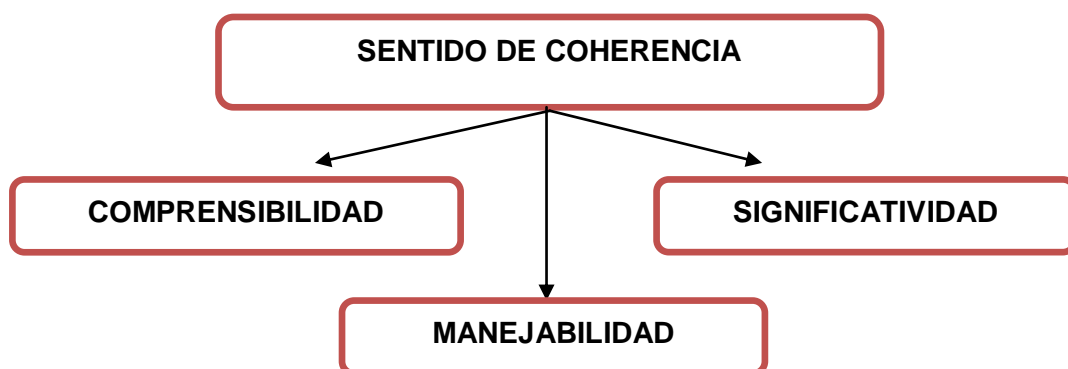
El SOC se desarrolla básicamente en cuatro esferas de la vida: los sentimientos internos, las relaciones interpersonales, las actividades diarias y las cuestiones existenciales. Es importante tener estabilidad mental, disponer de apoyo social, darle significado a las actividades diarias, y desarrollar un punto de vista propio de la vida (Lindström, 2001).

El SOC fue concebido por Antonovsky como una disposición, y no como un rasgo de personalidad (aspecto global y duradero). La disposición se concebía a un nivel superior de abstracción, sin relevancia directa sobre la conducta manifiesta (Antonovsky, 1987; como se cita en Rivera et al., 2014). Se trata, por tanto, de una disposición que influye en los procesos perceptivos “un fuerte sentido de la coherencia implica una percepción propia de los entornos, interior y exterior, como predecibles y comprensibles” (Antonovsky, 1979, p. 125).

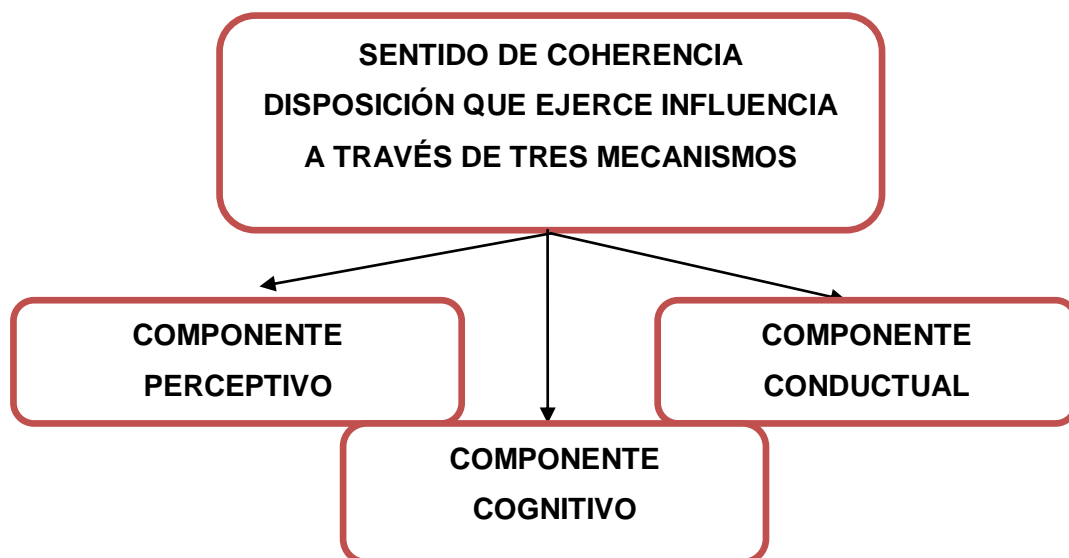
Antonovsky establece que el SOC también influye en los procesos cognitivos a nivel de expectativas y esperanzas: “la persona con un

sentido más fuerte de la coherencia es, en todo caso, muy capaz de ver la realidad, juzgar la probabilidad de resultados deseables en relación con las fuerzas compensatorias de los recursos disponibles a su alrededor” (Antonovsky, 1979, p. 125).

En otras ocasiones, defiende que podría influir en la propia conducta manifiesta “un sentido de coherencia, fuerte o débil, juega un papel importante en la elección de uno de conservar o cambiar la conducta emitida” (Antonovsky, 1979, p. 125). Siguiendo la idea del autor, y de las influencias del sentido de coherencia a diferentes niveles, se puede concretar que el SOC se trata de un mecanismo perceptivo, cognitivo y conductual (Rivera et al., 2014)



**Figura 2.2.** Dimensiones del SOC



**Figura 2.3.** SOC como disposición

La persona que disponga de un fuerte SOC va a percibir las situaciones estresantes o problemáticas como organizadas, estructuradas, comprensible, manejable, entendiendo que dispone de los recursos adecuados para hacerle frente, y significativas. Así, la persona podrá seleccionar el estilo de afrontamiento más adecuado haciendo uso de su "sentido de coherencia" (Antonovsky, 1994). La persona con un nivel alto de sentido de coherencia seleccionará estrategias de afrontamiento centradas en el problema y un menor número de estrategias de evitación ante los problemas. Esta idea se concentra en el modelo causal sobre sentido de coherencia y afrontamiento/enfermedad de Armikan y Greaves (2003).

Las "fuerzas salutogénicas" o características de personalidad positiva no sólo ayudarían a amortiguar los efectos de las situaciones estresantes, sino que a su vez, potenciarían el bienestar y la salud de la

persona (Soderfeldt, Soderfeldt, Ohlson, Theorell y Jones, 2000; Moreno-Jiménez et al., 1999).

El SOC se refiere por tanto a factores que están en la base de un afrontamiento exitoso y que no depende de la cultura, ni de la clase social, ni del sexo, ni de la religión. Se consideran factores universales y transculturales (Antonovsky, 1996; Eriksson y Lindström, 2005; como se cita en Fernández, 2009). Se trata de un conjunto de competencias básicamente cognitivas que proporcionan una orientación disposicional generalizada (Buendía y Ramos, 2001).

Antonovsky (1979) señala que al percibir el mundo de un modo comprensible, manejable y significativo, hará que se seleccionen los recursos más eficaces para una determinada situación y para una cultura específica.

#### **2.4. Influencia del Modelo Salutogénico en la Promoción de Salud**

Una de las innovaciones de la Salud Pública al final del siglo XX fue el movimiento de la Promoción de la Salud. Éste se centró en el desarrollo de conductas y recursos saludables en las personas, como medio de generar una habilidad en éstas para conseguir una vida saludable. Estos principios sobre la promoción de la salud fueron descritos y recogidos en la Carta de Ottawa (WHO, 1986)

Antes de la proclamación de la Promoción de Salud como objetivo de las políticas de salud pública realizada en la Carta de Ottawa, existieron otros testigos de la potenciación de los recursos de salud para las personas, como en el Informe Lalonde (1974), la Declaración de Alma-Ata, realizada en la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978), la estrategia "Salud para todos" (SPT) en el año 2000 y la primera Conferencia

Internacional de Promoción de la Salud (1986). Fue en ésta última donde se sintetizó toda la producción hasta ese momento y representó el consenso de los representantes de los 35 países presentes (Rivera et al., 2011). De este modo, y basándose principalmente en los propios Derechos Humanos, se consideran a las personas como agentes activos en el proceso búsqueda y mantenimiento de su propio bienestar; por lo que tanto profesionales como las demás personas van a comprometerse desde entonces en un proceso de empoderamiento. Esto posibilitaría la adopción de medidas y toma de decisiones que permitiesen el acceso y apoyo de los recursos de salud encaminados al bienestar de las personas.

Sería en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa en el mes de octubre de 1986, cuando la Promoción de la Salud se definiría oficialmente como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Fue aquí cuando se incluyen políticas públicas saludables, ambientes favorables a la salud, acción comunitaria, habilidades personales y reorientación del sistema de salud y recomendando la participación comunitaria en los procesos decisorios, en la planificación y en la implementación de las acciones de salud (Carta de Ottawa, 1986).

La perspectiva Salutogénica, no figuraba como tal en la Carta de Ottawa, pero se encontraba en la misma línea influyendo en el desarrollo de la Promoción de la Salud. Dicha influencia comenzó formalmente en 1992, en un seminario celebrado en la Oficina Regional de la OMS en Copenhague, donde tuvo lugar un debate acerca de aquellas perspectivas subyacentes a la Promoción de la Salud. Antonovsky, médico y sociólogo estadounidense, quien propuso la orientación salutogénica que fue desarrollando desde los años 70, asistió al seminario, y propuso el modelo salutogénico como una

dirección a seguir en la Promoción de Salud, centrándose en los aspectos y factores que propician la salud (Rivera et al., 2011).

Se ofrecía un paradigma de acuerdo al enfoque de la promoción de la salud, centrándose en la salud y no en la enfermedad, y viable tanto para la investigación como para la práctica de la promoción de salud (Antonovsky, 1996). El modelo Salutogénico constituiría una buena base teórica para la Promoción de Salud, debido a tres aspectos principales: se basa en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones; identifica los Recursos Generales de Resistencia que dirigen a las personas a moverse en dirección a la salud positiva; e identifica un sentido de discernimiento global en los individuos basado en el SOC (comprensión, manejabilidad y significatividad de los acontecimientos vitales) (Lindstrom y Eriksson, 2006).

En 2007 se establece el Grupo de Trabajo sobre Salutogénesis en la International Union for Health Promotion and Education (IUHPES), 19ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y de la Educación, en Canadá. El primer encuentro internacional de investigación y seminario internacional se llevó a cabo en Finlandia (Ruano y Mercé, 2014).

Antonovsky compara el modelo patogénico con la perspectiva salutogénica usando la metáfora del "río de la vida", donde considera al primero como un río en el que sus corrientes son la enfermedad y el objetivo es rescatar y sacar de allí a las personas que se encuentran en él. Sin embargo, desde la salutogénesis, el río es considerado como la vida misma en el que hay arroyos tranquilos o peligrosas corrientes, y lo que se pretende es averiguar por qué unas personas saben nadar bien y otras no, y conseguir que éstas aprendan a nadar (Antonovsky, 1987; como se cita en Rivera et al., 2011).

Eriksson y Lindstrom (2008) realizan una representación gráfica del “río de la vida” (Figura 2.4) de Antonovsky, mostrando la evolución y el desarrollo lógico e histórico de la Salud Pública hacia la Promoción de Salud, y el desarrollo de la medicina (atención y tratamiento) y de la salud pública (promoción y prevención). Esta representación consta de cuatro etapas: 1) Curación o tratamiento de enfermedades (“salvar a la gente de ahogarse”); 2) Protección de la salud (enfoque pasivo evitando a la población riesgos de caer enfermo) (“colocar barreras para que las personas no caigan al río”) y prevención de enfermedades (participación activa de las personas) (“administrar chalecos salvavidas”); 3) Educación para la Salud (información y consejos para evitar los riesgos) (“enseñar a las personas a nadar”) y Promoción de Salud (el sujeto se convierte en responsable, activo y participante); y 4) Mejora de la percepción de salud, bienestar y calidad de vida.

La metáfora del río indica que las personas al nacer caen al río y flotan, bien al lado contrario de la cascada, o bien, al borde de ésta (malestar o enfermedad). El río, está lleno de múltiples riesgos, pero también de recursos, y el fin de la travesía por el río es el conocer y saber cuáles son aquéllos recursos necesarios para mejorar la salud y la calidad de vida. Desde el modelo biomédico se entendería esta metáfora del río como un fluir vertical donde la persona se dirige hacia la cascada final, y que hay que rescatarla cuando ya tienen problemas para escapar de ésta.

Pero, desde la perspectiva del modelo salutogénico, el río fluye horizontalmente y existen saltos en forma de cascada (muerte y enfermedad). Cuando nace la persona cae al río y flota con la corriente, pero algunas veces caerán en zonas donde la corriente les haga flotar con facilidad y veces que caerán en zonas cercanas a las cascadas.



**Figura 2.4.** Salud en el río de la vida. Eriksson, M. y Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23, p. 195.

Desde este modelo, se entiende que la persona debe identificar y escoger aquellos recursos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida, y por tanto, no caer en las zonas de las cascadas Eriksson y Lindstrom (2008).

Por tanto, la salutogénesis podría ser considerada como el marco de la promoción de la salud. La perspectiva salutogénica se centra en tres aspectos principalmente. Primero, la atención se dirige a la búsqueda de soluciones; segundo, identificar los Recursos Generales de Resistencia que ayudan a las personas a movilizarse en la dirección de la salud positiva; y tercero, identificar un sentido global y generalizado

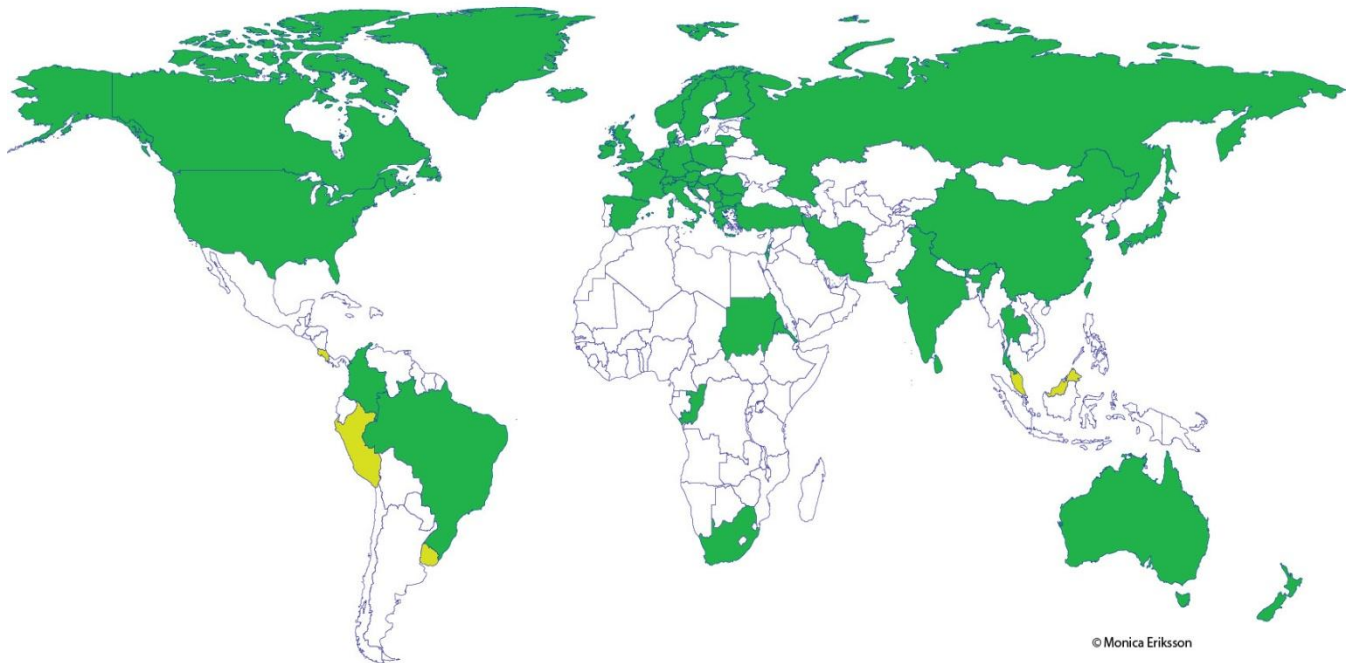
en individuos, grupos, poblaciones o sistemas que sirva como mecanismo de este proceso, el sentido de coherencia (Lindström y Eriksson, 2006).

### **2.5. Expansión del Modelo Salutogénico en la Actualidad**

A pesar de los estudios que demuestran la fiabilidad y validez del cuestionario SOC de Antonovsky (Feldt, Lintula, Suominen, Koskenvuo, Vahtera, y Kivimäki (2007); Eriksson y Lindström, 2005), hay otros que señalan la posibilidad de que dicho instrumento pueda medir algún otro constructo (Feldt y Rasku, 1998). El cuestionario podría ser utilizado como medio de identificar a personas en riesgo de desarrollar un bajo nivel de SOC; por otro lado, también decir que aún tiene dificultades para situar en el continuo salud-enfermedad a las personas (Eriksson y Lindström, 2005).

En cuanto a la estabilidad del SOC a lo largo del ciclo vital, también existe cierta controversia; Antonovsky defendía que el SOC se desarrollaba en la persona hasta los 30 años, a partir de donde se presumía resistente al cambio (Rivera et al., 2011). Eriksson y Lindström (2005) consideran que las personas que poseen un fuerte SOC van a reportar mayor estabilidad del mismo a lo largo de sus vidas. Además, estos autores consideran que el SOC sufre un incremento durante la vida de la persona, es decir, no sólo aumenta hasta los 30 años como proponía Antonovsky.

A lo largo del siglo XX el modelo salutogénico no atrajo a demasiados científicos y disciplinas, pero es a partir de 1992 cuando empieza a cambiar y evolucionar. Desde esa fecha hasta 2003 han sido publicados más de 500 trabajos (Figura 2.5) y el cuestionario se ha utilizado en 33 lenguas y 32 países diferentes (Eriksson, 2007).



**Figura 2.5.** Investigaciones publicadas sobre el Sentido de Coherencia (verde) y no publicadas (amarillo) a fecha de 2012. Centro de Recursos sobre Salutogénesis en la Universidad West (Suecia).

Se han realizado 17 versiones alternativas de puntuación, y escalas para niños y escuelas. En España, el primer estudio que se publicó sobre el SOC fue en 1997, el cual trataba la relación de la salud y variables de personalidad, como el sentido de coherencia, la personalidad resistente y la autoestima. Para ello se adaptó el SOC-29 al español, ofreciendo como resultado el sentido de coherencia como moderador de salud ante situaciones estresantes (Moreno-Jiménez, Alonso y Álvarez, 1997).

El segundo estudio sobre este concepto se hizo en 1999; el sentido de coherencia fue estudiado como mediador de estrés y salud, en una muestra de profesores de educación primaria que habían sufrido

burnout (Moreno-Jiménez et al., 1999). Después de estos dos estudios, no se volvió a publicar en España nada hasta el año 2007, en el que se publica un artículo sobre la validación transcultural del cuestionario SOC en su versión reducida (SOC-13) en una muestra de personas mayores de 70 años (Virues-Ortega, Martínez-Martín, Del Barrio y Lozano, 2007). Besteiro, Álvarez, Lemos, Muñiz, Costas y Weruaga (2008) publican un estudio realizado sobre pacientes con fibromialgia, sentido de coherencia, salud y dimensiones de personalidad.

Como se puede deducir, el modelo salutogénico es un buen enfoque para poder aplicarlo en las políticas de salud pública y en la Promoción de la Salud, basándose en modelo de activos "assets" para la salud, de forma que potencien los Recursos Generales de Resistencia en las personas y la sociedad.

En el marco de la Presidencia Española en la Unión Europea, centrada en la consecución de la equidad en salud, se llevaron a cabo algunas actividades donde el modelo salutogénico aparecía con especial relevancia, como por ejemplo, el simposio celebrado en Sevilla del 28 al 30 de abril de 2010 Health Assets for Young People's Wellbeing, organizado por el equipo español Health Behaviour in School-aged Children (Universidad de Sevilla), la Universidad de Hertfordshire (Reino Unido), la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Entre el 28 y 29 de junio de 2010 tuvo lugar en Madrid la conferencia Mental Health and well-being in Order People-Making it Happen, organizada por la Comisión Europea de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España (Rivera et al., 2011).

A partir de la consideración de la existencia de un modelo salutogénico donde se engloban ciertas variables y factores de la personalidad, que guían al individuo en la búsqueda del bienestar y de

la salud, algunos autores han puesto en marcha investigaciones sobre este tipo de “factores salutogénicos”. Así, se puede encontrar en Florez-Alarcon, Mercedes y Moreno-Jiménez (2005) un planteamiento del *modelo procesual de personalidad positiva* en el que consideran a la salud como una variable dinámica que incluye los ámbitos individual, social, laboral y ecológico de la persona. En este modelo se contemplan una serie de variables de personalidad (sentido de coherencia, personalidad resistente, optimismo o la resiliencia) que median ante las estrategias de afrontamiento que emplean los individuos, quiénes escogerían conductas más saludables y afrontamientos centrados en el problema, en resolverlo.

El 10 de octubre de 2011 se firmó el Acuerdo Marco para el Desarrollo de la Red Española de Universidades Saludables (REUS), considerándose un marco idóneo de actividad laboral, social y cultural, viendo la salud desde una orientación salutogénica. Se ponen las bases para una educación para la salud y la promoción de la salud de sus trabajadores y estudiantes, además de integrar la salud y el bienestar en la cultura universitaria, en los procesos (Ruano y Mercé, 2014).

## **2.6. Evaluación del Sentido de Coherencia**

El Sentido de Coherencia (SOC) se mide con el Cuestionario de *Orientación Ante la Vida (OLQ)* u *Orientation to Life Questionnaire*, también denominado *SOC Scale*, de 29 ítems, aparecido en el apéndice del libro escrito en 1987 (Antonovsky, 1987). Este autor desarrolló este cuestionario con el objeto de operacionalizar el constructo y ofrecer un instrumento con el que poner a prueba las hipótesis del modelo salutogénico. Antonovsky considera que la escala del SOC está compuesta por un factor general (sentido de coherencia) compuesto por tres dimensiones (comprensibilidad, manejabilidad y significatividad), considerándose un constructo unidimensional para

medir la salud (Antonovsky, 1993b). Eriksson y Lindström (2005) y Feldt et al. (2007), entre otros, por el contrario, defienden el carácter multidimensional del constructo.

El cuestionario parece tener una validez consensuada moderada (Eriksson, 2007), siendo empleadas las versiones SOC-29 y SOC-13 en la mayoría de los estudios científicos en medicina, psiquiatría, psicología, salud pública, sociología, enfermería, trabajo social o pedagogía.

En Virues-Ortega et al. (2007) se estudiaron la aceptabilidad, consistencia interna, asunciones escalares, estructura factorial, validez de constructo y precisión de la escala SOC-13 en 419 adultos mayores de 70 años en España. Se concluyó ser una escala válida y fiable para su uso en poblaciones ancianas españolas.

Aunque fue diseñado para medir el constructo como una orientación global, postura defendida por el autor (Antonovsky, 1993b), en la actualidad se utilizan también las puntuaciones que se desprenden de las escalas que miden los tres componentes descritos anteriormente y que integran el constructo.

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

Se ha llevado a cabo la elaboración de una versión abreviada de 13 ítems, diseñada para situaciones en las que existen limitaciones de

tiempo o espacio, estos se contestan en una escala tipo Likert con siete puntuaciones que van desde siempre (1) a nunca (7). En esta escala se recogen cuatro ítems sobre significatividad, cinco sobre comprensibilidad y cuatro sobre manejabilidad, con cuatro de los ítems formulados en forma negativa.

## **2.7. Propiedades psicométricas del SOC-29 y SOC-13**

El cuestionario ha sido empleado en numerosas investigaciones, diferentes países y en distintos idiomas, mostrando buenos índices psicométricos en cada uno de los estudios (Eriksson y Lindström, 2006). Este instrumento se ha empleado en 33 idiomas y en 32 países, con al menos 15 versiones diferentes del mismo desarrolladas hasta 2003 (oscilando entre 3 y 28 ítems).

A partir de ese año, se ha utilizado mayormente la versión original abreviada del SOC Scale. El cuestionario muestra una adecuada validez y fiabilidad. En 124 estudios con el SOC-29 la fiabilidad ha mostrado unos índices que oscilan entre 0.70 a 0.95; utilizando el SOC-13, la fiabilidad oscila entre 0.70 y 0.92. En el estudio de Fernández et al. (2007) aparece un alpha de Cronbach de 0.803. Las medias obtenidas con el SOC-29 fueron de 100.50 (dt = 28.50) a 164.50 (dt = 17.10) puntos; con el SOC-13 las medias estuvieron entre 35.39 (dt = 0.10) y 77.60 (dt = 13.80) puntos (Eriksson y Lindström, 2006). Los valores de referencia de la variable sentido de coherencia medidos con la escala SOC-13 se dividen en tres niveles: Muy bajo (1.00-2.33); Moderados (2.34-4.66) y Fuerte (4.67-7.00) (Antonovsky, 1993b).

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

Se han encontrado diferencias con respecto al sexo, aunque son pequeñas, parece que los hombres muestran un nivel más elevado de SOC que las mujeres (Antonovsky y Sagy, 2001; Eriksson y Lindström, 2005; Natvig et al., 2006).

La escala muestra una elevada validez de contenido, consenso y constructo (Hakanen et al., 2007; Jellesma et al., 2006). Pallant y Lae (2002) realizan un estudio en el que además de buscar las relaciones del sentido de coherencia con otras variables asociadas a la salud, analizan las propiedades psicométricas de la escala reducida SOC-13. En ese caso la fiabilidad obtenida mediante análisis de la consistencia interna resulta ser bastante buena (0.84).

Rivera et al., (2014) realizan una revisión de estudios sobre el SOC y analizan las diferentes versiones del cuestionario que se han empleado en las investigaciones con adolescentes. La versión más usada del cuestionario ha sido el SOC-13, siendo elegida por el 54% de los estudios, mostrando una buena fiabilidad (0.83 de promedio). La segunda versión más utilizada ha sido el SOC-29, siendo empleada por el 15% de los estudios, con una buena fiabilidad también (0.88).

	Índice de Fiabilidad			
SOC-29	10	.88	.94-.81	Buena
SOC-13	32	.83	.60-.87	Buena
SOC-13 HBSC	3	.85	.85	Buena
CSOC. Children-SOC	2	.71	.71-.72	Aceptable
FSOC. Family-SOC	4	.75	.73-.76	Aceptable
SOCS. School-SOC	3	.65	.64-.66	Cuestionable
OTHERS	6	.68	.61-.83	Cuestionable

**Tabla 2.2.** Versiones del cuestionario SOC utilizadas con población adolescente y fiabilidad de estos estudios. Adaptado de Rivera, F., López, A., Ramos, P. y Moreno, C. (2011). Propiedades psicométricas de la escala de Sentido de Coherencia (SOC-29) en adolescentes españoles. *Journal of Child and Adolescents Psychology*, 4, 11-39.







# CAPÍTULO 3

---

## INTELIGENCIA EMOCIONAL

---



# Capítulo 3. Inteligencia Emocional

---

## **1. Delimitación conceptual de la Inteligencia Emocional (IE)**

## **2. Aproximación histórica y modelos teóricos de la Inteligencia Emocional**

2.1. Teoría Triárquica de la Inteligencia de Robert Sternberg (1982)

2.2. Modelo de las Inteligencias Múltiples de Howard Gardner (1983)

2.3. Modelo de Salovey y Mayer (1990, 1997)

2.4. Modelo de Competencias Emocionales de Daniel Goleman (1995)

2.5. Modelo Multifactorial de Bar-On (1997)

## **3. Evaluación de la Inteligencia Emocional**

3.1. Medidas de Habilidad o Ejecución basadas en la formulación de Salovey y Mayer (2000)

3.2. Medidas de Autoinformes basadas en la formulación de Salovey y Mayer (1990)



# Inteligencia Emocional

---

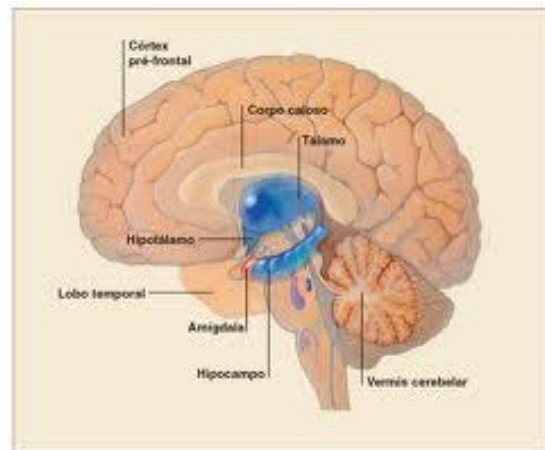
## 1. Delimitación conceptual de la Inteligencia Emocional (IE)

Cuando se comienza a definir el concepto de la Inteligencia Emocional, se debe considerar la distinción entre los dos principales integrantes del concepto, la *inteligencia* y la *emoción*. Desde el s. XVIII se ha establecido una importante división de la mente en tres partes: cognición (pensamiento), afecto (emoción) y motivación (conación). En el plano cognitivo se incluyen aspectos tales como el razonamiento, el juicio, el pensamiento abstracto, y es la “inteligencia” la que se usa para determinar el grado de funcionamiento de la esfera cognitiva.

La inteligencia engloba habilidades como el “poder combinar y separar conceptos, juzgar y razonar y engarzar con el pensamiento abstracto”. Las emociones o esfera afectiva del funcionamiento mental, contemplan los estados de humor, los sentimientos, la energía o la fatiga. Así mismo, el concepto de *inteligencia emocional* debería conectar las emociones con la inteligencia (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007, p. 26).

Las experiencias personales están caracterizadas por la presencia continua de emociones que afectan a nuestro estado de ánimo. La palabra “emoción” se refiere al estado corporal, es decir, al estado emocional. El término “sentimiento” hace referencia a la experiencia consciente de esa emoción. Las emociones, entendidas como patrones de respuesta, vienen mediadas por estructuras cerebrales subcorticales tales como el hipotálamo, la amígdala y el tronco encefálico, y presentan tres componentes: periféricos, autonómicos y hormonales. Las bases neurales de los sentimientos conscientes, por su parte, se

asentarían fundamentalmente en el córtex cerebral, e implicarían a la corteza del cíngulo y a los lóbulos frontales. Goleman entiende como “emoción” un sentimiento que afecta a los propios pensamientos, estados psicológicos, estados biológicos, y voluntad de acción. Los sentimientos y los pensamientos van unidos, pero a veces ocurre, que los primeros se superponen a los segundos (Brockert y Braun, 1997).



**Figura 3.1.** Áreas representativas de la Inteligencia Emocional

La psicología, la neuropsicología, la psiquiatría y la sociobiología, estudian el campo de la *inteligencia emocional*, y creen que hay unos sentimientos básicos, que al mezclarse generan nuevos. La inteligencia emocional (IE) integra diversos aspectos de la conducta, como la emoción, el sentimiento y la cognición, como expresiones del funcionamiento de ciertas áreas subcorticales y corticales del cerebro, así como las variadas interconexiones existentes entre ellas y que intervienen en uno u otro componente de los que se entiende por emoción, afecto o humor (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

Con frecuencia, vivimos emociones que nos provocan tensión emocional, tales como diversos estresores del trabajo, imprevistos, conflictos, malas noticias, pérdidas, enfermedades, problemas económicos, dificultades sociales, conflictos con familiares, amigos, etc.

Conforman una variedad de contradicciones y conflictos ante los cuales no sabemos cómo actuar en la mayoría de las ocasiones, lo que nos puede producir aún más malestar emocional. El desconocimiento de las mismas, el no reconocimiento o el no saber regularlas, provoca conflictos en la vida diaria, violencia, ansiedad, estrés, depresión, consumo de drogas, anorexia, suicidios, etc. Es necesario, por tanto, atender a la educación emocional del individuo como medio del desarrollo cognitivo del mismo. Una adecuada educación emocional contribuye al desarrollo integral de la personalidad de la persona, de forma que se encuentra con mayor capacidad de afrontar los retos a los que se enfrenta en la vida. La educación emocional permite el desarrollo de competencias emocionales, tales como la inteligencia emocional, para promover actitudes positivas, habilidades sociales, empatía, en conclusión, contribuir a un bienestar general del individuo ante la vida (Álvarez, 2001).

La *inteligencia* podría definirse como la capacidad para responder de la mejor manera posible a las exigencias que el mundo nos presenta. Alfred Binet fue el primero en desarrollar un test de inteligencia como respuestas a las exigencias del ministerio de enseñanza de su país, con el fin de detectar aquellos alumnos que necesitaban atención especial en el ámbito educativo.

De este contexto, se pasó durante la Primera Guerra Mundial, a la selección de los soldados menos dotados para el posterior reclutamiento del ejército. Binet y Simon, en 1908, postularon la existencia de dos tipos de inteligencia, la *ideativa*, siguiendo las teorías psicométricas, y la *instintiva*, que enfatiza los aspectos emocionales y mayormente relacionados con la intuición, y no tanto con la aptitud mental. En este caso, ambos autores ya apuntaban a la existencia de un uso inteligente de las emociones.

Más tarde, Stern introdujo el concepto de Cociente Intelectual (CI), definido como “la edad mental dividida por la edad real y multiplicada por 100”. La inteligencia (CI) se refiere a aspectos tales como la reflexión, meditación, acumulación de datos, conocimiento de significado, sopesar, pensar, examinar, lógica, es decir, todo lo que engloba la racionalidad.

La *inteligencia emocional* implica la relación con los demás, la impaciencia, los sentimientos propios y ajenos, el “aquí y ahora”, decisión espontánea, etc. Ambos tipos de inteligencia, la racional y la emocional, se complementan en el individuo en su comportamiento cotidiano (Brockert y Braun, 1997). La inteligencia emocional según Goleman (1996) es el conjunto de habilidades entre las que se pueden destacar el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad para motivarse a uno mismo.

La inteligencia emocional es el conjunto de habilidades interrelacionadas que ayudan a las personas a procesar la información emocional. Estas habilidades se desarrollan a través del aprendizaje y de la experiencia, y son susceptibles de entrenamiento. La investigación en este campo sugiere que las habilidades emocionales están asociadas con la empatía, la afabilidad, el comportamiento prosocial y la calidad de las relaciones interpersonales; además guardan cierta relación con la tolerancia al estrés, el trabajo en equipo, la toma de decisiones grupales, el potencial del liderazgo y el rendimiento en el trabajo (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

El concepto de inteligencia emocional se definió de modo formal en 1990, por los autores Salovey y Mayer, proponiéndolo como “la habilidad para regular los sentimientos y las emociones propios de uno y los otros, discriminar entre ellos y usar esta información para guiar el pensamiento y la acción de uno” (Salovey y Mayer, 1990), pero fue en

1995 cuando el psicólogo y periodista Daniel Goleman lo popularizó en la publicación de su "Bestseller" *La Inteligencia Emocional*, que se basaba en libros y artículos de diversos autores. El concepto se fue ampliando, e incluso Goleman equiparó la inteligencia emocional a un buen comportamiento social. Esto hizo que el concepto adquiriera un matiz más amplio, y se creara confusión en el término, y en el área creciente.

A pesar de ser Goleman quien popularizó el concepto y de que Mayer y Salovey llegaron a definirlo de modo formal en 1995, proponiendo un modelo teórico, existen referencias bastante anteriores de que ya se estaba usando el término "inteligencia emocional" en otros trabajos. De este modo, se puede destacar la obra de Barbara Leuner en 1966 o la disertación no publicada de Wayne Leon Payne en 1986, titulada "Un estudio de la emoción: desarrollo de la inteligencia emocional, la autointegración; relacionado con el miedo, dolor y deseo" (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

El concepto de la inteligencia emocional fue formalmente definido en dos trabajos publicados, uno por Mayer, DiPaolo y Salovey (1990) y el otro por Salovey y Mayer (1990), siendo en este último definido como:

Como un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y usar la información (afectiva) para guiar el pensamiento y las acciones de uno (Salovey y Mayer, 1990, p.189)

Años más tardes, este concepto fue redefinido enfatizando los aspectos cognitivos, quedando de este modo:

La habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa y la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros (Mayer y Salovey, 1997, p. 4).

Para Shapiro (1997) el término inteligencia emocional se identifica con las cualidades emocionales necesarias para el logro del éxito, entre las cuales se pueden incluir: la empatía, la expresión y la comprensión de los sentimientos, el control del genio, la independencia, la capacidad de adaptación, la simpatía, la capacidad de resolver los problemas en forma interpersonal, la persistencia, la cordialidad, la amabilidad y el respeto.

## **2. Aproximación histórica y modelos teóricos de la Inteligencia Emocional**

### **2.1. Teoría Triárquica de la Inteligencia de Robert Sternberg (1982)**

Para Sternberg, la inteligencia es un conjunto de habilidades de pensamiento y aprendizaje que nos sirven para solucionar problemas de la vida real o académica y que pueden analizarse por separado. En su *teoría triárquica de la inteligencia* (Sternberg y Davidson, 1982; y, Sternberg y Detterman, 1992), ésta está integrada por tres dimensiones:

- La *componencial*, que hace referencia a los mecanismos cognitivos que nos permiten aprender y desarrollar tareas inteligentes.
- La *experiencial*, que nos permite abordar una nueva tarea o situación dándole una respuesta adecuada.

- La *contextual*, de tipo práctico o social, que explica la adaptación al ambiente y es útil para resolver problemas cotidianos.

## **2.2. Modelo de las Inteligencias Múltiples de Howard Gardner (1983)**

La teoría de las inteligencias múltiples de Gardner se recoge en la obra del autor "*Frames of mind*" (estructuras de la mente) publicada en el año 1983. En ella difiere de la visión tradicional de la inteligencia; en esta última, se define la inteligencia como la habilidad para responder a una serie de cuestiones reflejadas en un test de inteligencia. La inferencia de la habilidad de una persona se realiza en base a una serie de técnicas estadísticas que comparan las respuestas de sujetos de edades similares. Así, se considera la existencia de un factor de inteligencia general (factor g) que se trata de un atributo innato y/o facultad del individuo. Por tanto, esa visión hace referencia a un concepto unitario que abarca diversas capacidades, dotándose de un estilo reduccionista, al cual se opone Gardner y propone un modelo quizá más provocativo y controvertido en el ámbito del estudio de la Inteligencia.

La teoría de este autor pluraliza el concepto tradicional de la inteligencia expuesto anteriormente, defendiendo la existencia de diversos tipos de inteligencia, que proporcionan al individuo la capacidad de resolver problemas culturales.

En esta teoría de Gardner (1995) se diferencian ocho tipos de inteligencias a partir de numerosos estudios previos realizados en este ámbito. Así, propone la existencia de la inteligencia lingüística (como la capacidad exhibida en su forma más completa); la inteligencia lógico-matemática (capacidad científica); la inteligencia espacial (capacidad de formarse un modelo mental de un mundo espacial y

operar según ese modelo); la inteligencia musical; la inteligencia corporal (capacidad de resolver problemas usando el cuerpo o partes del mismo); la inteligencia naturalista (empleada cuando se estudia y observa la naturaleza); la inteligencia interpersonal (capacidad para entender a otras personas, lo que les motiva, cómo trabajan, cómo se sienten, sus intenciones,...) y la inteligencia intrapersonal (es la capacidad de discriminar nuestras propias emociones, de formarnos un modelo ajustado, y saber utilizarlo para desenvolvernos de forma eficaz en la vida). Tanto la inteligencia interpersonal como la intrapersonal, conforman la base de la *Inteligencia Emocional* (IE) (Gardner, 2005).

Gardner concibe la inteligencia como algo que cambia y se desarrolla en función de las experiencias que el individuo. Defiende la pluralidad del intelecto, y cree en las inteligencias como potenciales biológicos que pueden observarse de forma pura en los individuos. Las inteligencias trabajan juntas para alcanzar diversos fines y objetivos, ya sean, culturales, vocacionales, aficiones, etc. Pone de relieve que la educación tiene que desarrollar a la persona de forma integral, y, por lo mismo, debe activar todas las inteligencias existentes.

El profesor, como profesional que facilita los aprendizajes y guía en el proceso de maduración, debe mostrar a cada uno de sus alumnos cómo usar sus inteligencias más desarrolladas para comprender mejor una determinada materia. Así, Gardner, permite cambiar el paradigma hasta entonces empleado, centrado en el déficit, para atender a otro donde predomine el crecimiento y el desarrollo de la persona (Pérez, 2006).

### **2.3. Modelo de las cuatro ramas de la Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer (1997)**

Salovey y Mayer consideran que para tener éxito en el medio escolar no basta con tener buenas habilidades cognitivas, tal como miden las clásicas pruebas de CI, sino que se necesitan otras habilidades de “gestión emocional” orientadas al manejo de las propias emociones y las ajenas (Zaccagnini, 2004). En la literatura especializada encontramos modelos que se focalizan en las habilidades mentales que permiten utilizar la información que nos proporcionan las emociones para mejorar el procesamiento cognitivo (“modelos de habilidad”) y otros que combinan habilidades mentales con rasgos de personalidad tales como la persistencia, el entusiasmo, el optimismo (“modelos mixtos”) (Fernández-Berrocal y Ruiz, 2008).

El **Modelo de Habilidad de la Inteligencia Emocional** de Mayer y Salovey, creado en 1990, en el contexto de la Psicología Educativa, al acuñar el término “inteligencia emocional”, se centra de forma exclusiva en el procesamiento emocional de la información y en el estudio de las capacidades relacionadas con dicho procesamiento.

Desde esta teoría, la IE se define como la habilidad de las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada, la destreza para regular y modificar nuestro estado de ánimo o el de los demás. Desde el modelo de habilidad, la IE implica cuatro grandes componentes o habilidades, que según los autores se desarrollan jerárquicamente de forma secuencial en función de la edad y de la maduración cognitiva. Estas habilidades son: *Percepción y Expresión emocional, Facilitación emocional, Comprensión emocional y Regulación emocional* (Fernández-Berrocal y Ruiz, 2008).

La primera habilidad, **percepción emocional**, implica identificar emociones en uno mismo y en los otros, así como en los objetos de arte y otros estímulos. Ello supone identificar la información transmitida por expresiones faciales, gestos, tonos de voz, color, ritmo, postura corporal, sensibilidad corporal y otros indicadores. También implica la capacidad de expresar emociones de una forma efectiva usando tales indicadores.

La segunda, **facilitación emocional**, requiere el uso de las emociones para facilitar el pensamiento, lo que supone la capacidad para generar, usar y sentir las emociones para centrar la atención, el razonamiento y la comunicación. Supone la capacidad para asociar imágenes mentales y emociones y conocer cómo las emociones influyen en los procesos cognitivos (razonamiento deductivo, resolución de problemas, creatividad y comunicación), lo que supone una mejora en la calidad de la toma de decisiones.

La tercera, **comprensión emocional**, implica comprender qué acontecimientos van a provocar las diferentes emociones, así, una buena comprensión emocional ayudaría a las personas a responder eficazmente a diferentes situaciones.

La cuarta y última es la de **regulación emocional** en uno mismo y en los demás. Supone modular la experiencia y la expresión de emociones dentro de uno mismo y en el contexto de las relaciones interpersonales para alcanzar las metas profesionales. Esta habilidad puede ayudar al sujeto a expandir sus redes sociales, a proporcionar feedback sin herir sentimientos y evitar conflictos en un grupo (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

El Modelo de Habilidad de Salovey y Mayer (1990) fue modificado por ellos mismos para clarificar las capacidades implicadas e identificar aquellas que no estaban, y el resultado fue el **Modelo de las Cuatro**

**Ramas** de Salovey y Mayer (1997) que se muestra en la Tabla 3.1.

Rama	Capacidades implicadas
<p><b>Percepción emocional (rama 1)</b></p>	<p>La capacidad de percibir las emociones en uno mismo y en los demás, así como en los objetos, el arte, las narraciones, la música y otros estímulos.</p>
<p><b>Facilitación emocional (rama 2)</b></p>	<p>La capacidad de generar, utilizar y sentir las emociones de la forma necesaria para comunicar los sentimientos o utilizarlos en otros procesos cognitivos.</p>
<p><b>Comprensión emocional (rama 3)</b></p>	<p>La capacidad para comprender la información emocional, cómo se combinan las emociones y cómo evolucionan a lo largo de las transiciones interpersonales y apreciar los significados emocionales.</p>
<p><b>Manejo emocional (rama 4)</b></p>	<p>La capacidad de abrirse a los sentimientos y de modularlos en uno mismo y en los demás, así como de promover la comprensión personal y el crecimiento.</p>

**Tabla 3.1.** Visión general del modelo de las cuatro ramas de la inteligencia emocional. Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-34). New York: Basic Books.

### Capítulo 3. Inteligencia Emocional

El nivel más bajo de las ramas pertenece a la habilidad simple de percibir y expresar la emoción. El nivel más alto, sin embargo, concierne a la habilidad de regulación consciente y reflexiva de la emoción. Cada una de las ramas tiene cuatro habilidades específicas. En cada rama, las habilidades situadas más a la izquierda son las que emergen más pronto en el desarrollo; y las que emergen más tarde están más a la derecha en la figura, cuando la personalidad adulta está más integrada y madura, y son menos distintas que las de la izquierda.

En la Tabla 3.2 se observan las cuatro ramas y las habilidades correspondientes a cada una de ellas del modelo de Mayer y Salovey (1997), como se cita en Mestre y Fernández-Berrocal (2007).

INTELIGENCIA EMOCIONAL	Regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual			
	Habilidad para estar abiertos a los sentimientos, tanto placenteros como los displacenteros	Habilidad para atraer o distanciarse reflexivamente de una emoción dependiendo de su información o utilidad juzgada	Habilidad para monitorizar reflexivamente las emociones en relación a uno mismo y a otros, tales como reconocer cómo de claros, típicos, influyentes o razonables son	Habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros, mitigando las emociones negativas e intensificando las placenteras, sin reprimir o exagerar la información que transmiten
	Comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional			
	Habilidad para etiquetar emociones y reconocer las relaciones entre las palabras y las emociones mismas, tales como la relación entre gustar y amar	Habilidad para interpretar los significados que las emociones conllevan respecto a las relaciones, tales como que la tristeza a menudo es predicha de una pérdida	Habilidad para comprender sentimientos complejos: sentimientos simultáneos de amor y odio, o mezclados, tales como el temor como una combinación de miedo y sorpresa	Habilidad para reconocer las transiciones entre las emociones, tales como la transición de la ira a la satisfacción, o de la ira a la vergüenza
	Facilitación emocional del pensamiento			
	Las emociones priorizan el	Las emociones son tan	El humor cambia la perspectiva	Los estados emocionales

	pensamiento al dirigir la atención a la información importante	intensas y disponibles que pueden ser generadas como ayuda del juicio y de la memoria sobre los sentimientos	del individuo desde el optimismo hasta el pesimismo, favoreciendo la consideración de múltiples puntos de vista	estimulan afrontar diferencialmente problemas específicos tales como cuando la felicidad facilita el razonamiento inductivo y la creatividad
Percepción, valoración y expresión de la emoción				
	La habilidad para identificar la emoción en los estados físicos, sentimientos y pensamientos de uno	La habilidad para identificar emociones en otros, en bocetos, en obras de arte, a través del lenguaje, sonido, apariencia y conducta	Habilidad para expresar emociones adecuadamente y expresar necesidades relacionadas con esos sentimientos	Habilidad para discriminar entre expresiones precisas o imprecisas, u honestas versus deshonestas, de las emociones

**Tabla 3.2.** Representación del modelo de las cuatro ramas de Mayer y Salovey (1997). Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-34). New York: Basic Books.

## 2.4. Modelo de Competencias Emocionales de Daniel Goleman (1995)

Daniel Goleman (1996) considera que los principales componentes de la inteligencia emocional son:

- 1. Autoconocimiento emocional (o conciencia de uno mismo):** Se refiere al conocimiento de nuestras propias emociones y cómo nos afectan. Es muy importante conocer el modo en el que nuestro estado de ánimo influye en nuestro comportamiento, cuáles son nuestras virtudes y nuestros puntos débiles. Nos sorprenderíamos al saber cuán poco sabemos de nosotros mismos.
- 2. Autocontrol emocional (o autorregulación):** El autocontrol nos permite no dejarnos llevar por los sentimientos del momento. Es saber reconocer qué es pasajero en una crisis y qué perdura. Es posible que nos enfademos con nuestra pareja, pero si nos dejásemos siempre llevar por el calor del momento estaríamos continuamente actuando irresponsablemente y luego pidiendo perdón por ello.
- 3. Automotivación:** Dirigir las emociones hacia un objetivo nos permite mantener la motivación y fijar nuestra atención en las metas en lugar de en los obstáculos. En esto es necesaria cierta dosis de optimismo e iniciativa, de forma que seamos emprendedores y actuemos de forma positiva ante los contratiempos.
- 4. Reconocimiento de emociones ajenas (o empatía):** Las relaciones sociales se basan muchas veces en saber interpretar las señales que los demás emiten de forma inconsciente y que a menudo son no verbales. El reconocer las emociones ajenas, aquello que los demás sienten y que se puede expresar por la expresión de la cara, por un gesto, por una mala contestación, nos puede ayudar a establecer lazos más reales y duraderos con las personas de nuestro entorno. No en vano, el reconocer las emociones ajenas es el primer paso para entenderlas e identificarnos con ellas.

**5. Relaciones interpersonales (o habilidades sociales):** Cualquiera puede darse cuenta de que una buena relación con los demás es una de las cosas más importantes para nuestras vidas y para nuestro trabajo. Y no solo tratar a los que nos parecen simpáticos, a nuestros amigos, a nuestra familia. Sino saber tratar también exitosamente con aquellos que están en una posición superior, con nuestros jefes, con nuestros enemigos...

### **2.5. Modelo Multifactorial de Bar-On (1997)**

Bar-On define la inteligencia como un conjunto de habilidades emocionales, personales e interpersonales que influyen en nuestra habilidad general para afrontar las demandas y presiones del medio ambiente. Como tal, nuestra inteligencia emocional es un factor importante en la determinación de nuestra habilidad para tener éxito en la vida. Directamente influye en nuestro bienestar emocional general.

Según este modelo: “Las personas emocionalmente inteligentes son capaces de reconocer y expresar sus emociones, comprenderse a sí mismos, actualizar sus capacidades potenciales, llevar una vida regularmente saludable y feliz. Son capaces de comprender la manera como las otras personas se sienten, de tener y mantener relaciones interpersonales satisfactorias y responsables, sin llegar a ser dependientes de los demás. Son generalmente optimistas, flexibles, realistas, tienen éxito en resolver sus problemas y afrontar el estrés, sin perder el control (Bar-On, 1997; citado en Ugarriza y Pajares, 2005).

Así, según este modelo, la inteligencia general estaría constituida por la inteligencia cognitiva, evaluada mediante CI, y la inteligencia emocional, medida por el CE (coeficiente emocional).

Bar-On concibe este modelo desde una perspectiva multifactorial, donde lo relaciona con el potencial del rendimiento, más que éste en sí mismo. El modelo de este autor propone que la inteligencia emocional está conformada por cinco componentes factoriales, que son la base del cuestionario EQ-i de Bar-On (1997):

### **C.F. Intrapersonales:**

- Autoconcepto: Esta habilidad se refiere a respetarse y ser consciente de uno mismo, tal y como uno es, percibiendo y aceptando lo bueno y malo.
- Autoconciencia Emocional: Conocer los propios sentimientos para conocerlos y saber qué los causó.
- Asertividad: Es la habilidad de expresarse abiertamente y defender los derechos personales sin mostrarse agresivo ni pasivo.
- Independencia: Es la habilidad de controlar las propias acciones y pensamiento uno mismo, sin dejar de consultar a otros para obtener la información necesaria.
- Autoactualización: Habilidad para alcanzar nuestra potencialidad y llevar una vida rica y plena, comprometiéndonos con objetivos y metas a lo largo de la vida.

### **C.F. Interpersonales:**

- Empatía: Es la habilidad de reconocer las emociones de otros, comprenderlas y mostrar interés por los demás.
- Responsabilidad social: Es la habilidad de mostrarse como un miembro constructivo del grupo social, mantener las reglas sociales y ser confiable.
- Relaciones Interpersonales: Es la habilidad de establecer y mantener relaciones emocionales caracterizadas por el dar y recibir afecto, establecer relaciones amistosas y sentirse a gusto.

### **C.F. de Adaptabilidad**

- Prueba de realidad: Esta habilidad se refiere a la correspondencia entre lo que emocionalmente experimentamos y lo que ocurre objetivamente, es buscar una evidencia objetiva para confirmar nuestros sentimientos sin fantasear ni dejarnos llevar por ellos.
- Flexibilidad: Es la habilidad de ajustarse a las cambiantes condiciones del medio, adaptando nuestros comportamientos y pensamientos.
- Solución de problemas: La habilidad de identificar y definir problemas así como generar e implementar soluciones potencialmente efectivas. Esta habilidad está compuesta de 4 partes: ser consciente del problema y sentirse seguro y motivado frente a él; definir y formular el problema claramente (recoger información relevante); generar tantas soluciones como sea posible; y tomar una decisión sobre la solución a usar, sopesando pros y contras.

### **C.F. de Manejo del Estrés**

- Tolerancia al estrés: Esta habilidad se refiere a la capacidad de sufrir eventos estresantes y emociones fuertes sin venirse abajo y enfrentarse de forma positiva con el estrés. Esta habilidad se basa en la capacidad de escoger varios cursos de acción para hacerle frente al estrés, ser optimista para resolver un problema, y sentir que uno tiene capacidad para controlar e influir en la situación.
- Control de impulsos: Es la habilidad de resistir o retardar un impulso, controlando las emociones para conseguir un objetivo posterior o de mayor interés.

### C.F. de Estado de Ánimo y Motivación

- Optimismo: Es mantener una actitud positiva ante las adversidades y mirar siempre el lado bueno de la vida.
- Felicidad: Es la habilidad de disfrutar y sentirse satisfecho con la vida, disfrutarse uno mismo y a otros, de divertirse y expresar sentimientos positivos.

Como modo de resumir los Modelos de inteligencia emocional actuales más estudiados, se especifican las características de cada uno de ellos en la siguiente Tabla 3.3.:

<b>Mayer y Salovey (1997)</b> <b>Definición:</b>	<b>Bar-On (1997)</b> <b>Definición:</b>	<b>Goleman (1995)</b> <b>Definición:</b>
<p>"IE es un conjunto de habilidades que explican las diferencias individuales en el modo de percibir y comprender nuestras emociones. Más formalmente, es la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento, para comprender emociones y razonar emocionalmente, y</p>	<p>"IE es... un conjunto de capacidades no-cognitivas, competencias y destrezas que influyen en nuestra habilidad para afrontar exitosamente las presiones y demandas ambientales" (Bar-On, 1997, p.14)</p>	<p>"IE incluye auto-control, entusiasmo, persistencia, y la habilidad para motivarse a uno mismo... hay una palabra pasada de moda que engloba todo el abanico de destrezas que integran la IE: el carácter" (Goleman, 1995, p.28)</p>

<p>finalmente la habilidad para regular emociones propias y ajenas” (Mayer y Salovey, 1997, p.10)</p>		
<p><b>Habilidades integrantes:</b></p> <p>“Percepción evaluación y expresión de las emociones” “Asimilación de las emociones en nuestro pensamiento” “Comprensión y análisis de las emociones” “Regulación reflexiva de las emociones”</p>	<p><b>Habilidades integrantes:</b></p> <p>“Habilidades intrapersonales” “Habilidades interpersonales” “Adaptabilidad” “Manejo del estrés” “Estado anímico general”</p>	<p><b>Habilidades integrantes:</b></p> <p>“Conocimiento de las propias emociones” “Manejo emocional” “Auto-motivación” “Reconocimiento de las emociones en otros” “Manejo de las relaciones interpersonales”</p>
<p><b>Tipo de Modelo:</b></p>	<p><b>Tipo de Modelo:</b></p>	<p><b>Tipo de Modelo:</b></p>
<p><b>Modelo de Habilidad</b></p>	<p><b>Modelo Mixto</b></p>	<p><b>Modelo Mixto</b></p>

**Tabla 3.3.** Modelos actuales de Inteligencia Emocional. Adaptado de Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. En R.J. Sternberg (Ed.). *Handbook of Intelligence* (2nd ed) (pp. 396-420). New York: Cambridge.

### 3. Evaluación de la Inteligencia Emocional

En Extremera, Fernández-Berrocal y Mestre (2004) se realiza una revisión de las medidas de evaluación de la inteligencia emocional, que a continuación se ampliará. El concepto de inteligencia emocional, como se ha visto antes, aumenta su popularidad tras la aparición del libro de Goleman; es cuando empiezan a surgir instrumentos de evaluación de las habilidades que integran el concepto de la inteligencia emocional.

En primer lugar, cabe destacar la diferenciación entre las medidas existentes del constructo de la inteligencia emocional, según atendamos a la “inteligencia emocional como rasgo” o a la “inteligencia emocional como capacidad”. En el primer caso, se refiere a una medida de rendimiento típico en el que se infiere una medida de *autoeficacia emocional*, y en el segundo, se obtiene una medida de rendimiento máximo, por el que se consigue un índice de la *capacidad cognitivo-emocional*. Cabe esperar que ambas medidas difieran entre sí al definir el constructo, y que correlacionen de modo diferente con otras variables, así, la medida de capacidad o rendimiento máximo correlacionará más con las medidas de inteligencia general, lo que no hará la medida de ejecución típica (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

Uno de los primeros instrumentos de rendimiento máximo o de capacidad que aparecieron fue diseñado por el grupo de Mayer y Salovey (MEIS y MSCEIT), quienes trataron de crear una medida objetiva sobre el reconocimiento emocional, evaluando la percepción no verbal de emociones en rostros, colores y diseños abstractos. Los autores pretendían demostrar una habilidad para reconocer cualidades emocionales en los objetos del ambiente (Mayer, DiPaolo y Salovey, 1990). Otras de las medidas que se crearon con el objetivo de medir la inteligencia emocional fueron: la *Toronto Alexithimia Scale (TAS-20)* de

Bagby, Parker y Taylor (1994) , el *Questionnaire of Emotional Empathy*, de Mahrabian y Epstein (1972), el *Emotional Control Questionnaire*, de Roger y Najarian (1989), el *Emotional Creativity Test*, de Averill y Nunley (1992), el *Constructive Thinking Inventory* (CTI) de Epstein, o el *Response Styles Questionnaire*, de Nolen-Hocksema y Morrow (1991). Estas primeras medidas de evaluación tal y como se citan en Extremera et al., (2004) fueron las precursoras del concepto de inteligencia emocional.

Un método clásico de la evaluación en psicología, que también ha sido utilizada en la investigación sobre IE, es el uso de cuestionarios, inventarios y escalas, ya sea mediante la propia evaluación o a través de observadores externos. Estos instrumentos normalmente evaluaban el nivel de IE de las personas a través de una serie de preguntas cortas, en formato tipo Likert, con varias opciones de respuestas. Así pues, el sujeto da una valoración subjetiva de sus niveles en ciertas habilidades y competencias afectivas. Este índice de inteligencia emocional percibida ofrece una estimación subjetiva de las propias habilidades. Tal denominación permite diferenciar este indicador del obtenido mediante otra forma de evaluación realizada con otros instrumentos denominados medidas de habilidad de IE.

Entre los instrumentos de IE basados en cuestionarios o escalas, es decir, basados en la medida de la “inteligencia emocional rasgo” o medidas de ejecución típica, más utilizados en investigación podemos destacar el *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995); el *Schutte Self Report Inventory* (SSRI; Schutte, et al.,1998); el *Emotional Quotient Inventory* de Bar-On (EQ-i, Bar-On, 1997); el *Emotional Competence Inventory* (ECI, Boyatzis, Goleman y Rhee, 2001); o el *Trait Emotional Intelligence Questionnaire* (TEIQue; Petrides y Furham, 2002), estos tres últimos citados en Extremera et al. (2004).

### **3.1. Medidas de Habilidad o Ejecución basadas en la formulación de Salovey y Mayer (2000)**

El planteamiento de las medidas de habilidad es que para evaluar si una persona es hábil o no en un ámbito, en este caso el emocional y afectivo, la mejor forma de hacerlo es comprobar sus habilidades a través de diferentes ejercicios que requieran poner a prueba tales habilidades comparando posteriormente sus respuestas con criterios de puntuación predeterminados y objetivos.

Las medidas de habilidad evalúan cuán inteligente es una persona en ese aspecto en concreto, determinan la capacidad actual de la persona en una tarea, no sólo se centran en la creencia sobre dicha capacidad, tal y como ofrecen los autoinformes que se describirán en el siguiente apartado. La prueba de habilidad más conocida actualmente y de mayor uso es el *MSCEIT*, de Mayer, Salovey, y Caruso (2002), y ofrece una medida fiable y válida en consonancia con el modelo de habilidad, evitando las dificultades inherentes al uso de las medidas de autoinforme.

Antes de la creación del *MSCEIT*, los autores crearon el *MEIS* (Multifactorial Emotional Intelligence Scale), compuesto por doce tareas divididas en cuatro áreas (percepción de emociones, asimilación de emociones, comprensión de emociones y regulación de emociones) expuestas en el modelo original de Mayer, Salovey y Caruso (1997), como se cita en Extremera, et al. (2004).

Los componentes del modelo y las diferentes subescalas presentan una consistencia interna entre 0.81 y 0.96, con un coeficiente general de 0.96. Este instrumento presentó ciertas dificultades como son lo extenso de los ítems presentados (402), y problemas de fiabilidad en algunas de las subescalas (Mayer, Salovey y Caruso, 2000). Por esto

mismo, los autores decidieron realizar una nueva versión, el MSCEIT v.1.1. "Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test", en Mayer, Salovey y Caruso, 1999, citado en Extremera et al., (2004). Existe una versión en castellano, el MSCEIT v.2.0. (Mayer, Salovey y Caruso, 2002; adaptación al castellano por Extremera y Fernández-Berrocal, 2009) que ofrece un test más corto y diseñado para el ámbito profesional y de investigación. Esta versión presenta las mismas áreas, aunque sin algunas subescalas por sus deficientes propiedades psicométricas; presenta 8 tareas y 141 ítems en total. El MSCEIT es una medida de habilidad de la inteligencia emocional con una adecuada validez factorial, de constructo y predictiva y con unas adecuadas propiedades psicométricas. Muestra una validez discriminante en cuanto a otras medidas de inteligencia analítica y otras medidas de personalidad, relacionándose con una mejor calidad en las relaciones interpersonales (Extremera et al., 2004).

#### **3.2. Medidas de autoinforme basadas en la formulación de Salovey y Mayer (1990)**

El grupo de Salovey y Mayer pretendía elaborar una medida que evaluara el conocimiento de los propios estados emocionales, es decir, una estimación personal sobre los aspectos reflexivos de nuestra experiencia emocional (Salovey et al., 1995). Esta medida, denominada "Trait Meta-Mood Scale" (TMMS) representaría la medida del metac conocimiento de los estados emocionales, los aspectos intrapersonales de la inteligencia emocional, es decir, de hasta qué punto los individuos son conscientes de sus propias emociones y de su capacidad para regularlas. El primer autoinforme que se creó constaba de 48 ítems (TMMS-48) y tres dimensiones: "atención a los sentimientos" (21 ítems) o grado en el que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos, "claridad emocional" (15 ítems) referida a cómo las personas creen percibir sus emociones, y "reparación de las

emociones" (12 ítems) que se refiere a la capacidad de interrumpir y regular los estados emocionales negativos y prolongar los positivos.

Con este test se obtienen tres factores pero no una puntuación global; muestra una validez predictiva con depresión, recuperación del estado de ánimo y orientación hacia los objetivos; y validez discriminante con correlaciones moderadas con los Cinco Grandes (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007, p.90).

El TMMS-24 (Spanish modified Trait Meta-Mood Scale-24) es la versión reducida del TMMS-48 realizado por el grupo de investigación de Málaga (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). Estos autores explican que la puntuación ofrecida por este instrumento se refiere a las percepciones que tienen las personas sobre sus propias habilidades emocionales, detallando que la puntuación puede denominarse como **Inteligencia Emocional Percibida** (IEP). Algunos de los ítems de la escala fueron depurados y otros fueron excluidos debido a su escasa fiabilidad en la versión castellana, por medir aspectos muy generales.

Esta escala mide las mismas dimensiones que su versión anterior: Atención, Claridad y Reparación, con ocho ítems en cada una de ellas, y una escala tipo likert como forma de respuesta (de 1=nada de acuerdo a 5=totalmente de acuerdo). La fiabilidad de cada dimensión es: Atención (0.90), Claridad (0.90) y Reparación (0.86). Como ocurría en la otra versión, los factores correlacionan en la dirección esperada con depresión, rumiación y satisfacción vital (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004).

En la Tabla 3.4 se exponen las principales ventajas y desventajas del uso de autoinformes y de pruebas de habilidad (o ejecución) para la evaluación de la inteligencia emocional (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004). Según Extremera et al. (2004) sería necesario indagar

más en el desarrollo de nuevos instrumentos de medida de la inteligencia emocional, demostrar la independencia de las medidas de ésta con respecto a otras variables, e investigaciones sobre si la inteligencia emocional evaluada con medidas de habilidad evalúan aspectos diferentes a los medidos con los autoinformes.

<b>Ventajas y desventajas de las herramientas de evaluación</b>	
<b>Medidas de auto-informes</b>	<b>Medidas de habilidad</b>
Proporciona una estimación de la IE percibida	Proporciona una medida de la IE actual o de los niveles de conocimiento para utilizar estrategias emocionales
Requieren menos tiempo y menos ítems para obtener una puntuación	Son más extensos e implican la realización de un mayor número tareas
Instrucciones sencillas y permite la administración colectiva	Requieren instrucciones más precisas y la administración es individual en formato informático aunque colectiva en las versiones de papel y lápiz
Implica un <i>insight</i> emocional por parte del sujeto y permite evaluar procesos conscientes de tipo emocional	No requiere un nivel de <i>insight</i> pero difícilmente evalúa vivencias internas y procesos de conciencia emocional
Problemas de deseabilidad social	Dificultad para sesgar las respuestas
Los índices de IE se solapan, en cierto grado, con variables de personalidad	Los índices de IE se solapan, en cierto grado, con medidas de inteligencia verbal
Bajas correlaciones entre sí (.2 y .3) debido a planteamientos de partida diferentes o bien que evalúan aspectos emocionales distintos	Bajas correlaciones entre sí (.2 y .3) debido a planteamientos de partida diferentes o bien que evalúan aspectos emocionales distintos
Evalúan comportamientos típicos que se relacionan con otras habilidades socioemocionales (optimismo, autoestima...)	Examinan afrontamientos más retroactivos que proactivos, evaluando estrategias emocionales una vez que los eventos negativos han ocurrido y no las estrategias que emplean para evitar esos

	acontecimientos.
Coste mínimo (papel y lápiz) y fácil entrenamiento.	Mayor gasto en recursos tanto para la versión en lápiz y papel (cuestionario más extenso, fotografías a color...) como la informatizada (ordenadores, altavoces, auriculares...).
Algunas medidas de autoinformes están disponibles libremente para su uso en investigación (TMMS, escala de Schutte, TEIQue). Otras, en cambio, requieren solicitar a las editoriales, previo pago, los test, hojas de respuestas, manuales técnicos y la puntuación final obtenida en cada dimensión (EQ-i, ECI)	El MEIS está disponible para investigación previa petición a los autores. En cambio, el MSCEIT, publicado por una editorial americana requiere solicitar previo pago todo el material necesario (test, hojas de respuesta, manual técnico) y la obtención de las puntuaciones baremadas de los sujetos.

**Tabla 3.4.** Ventajas e Inconvenientes en el uso de autoinformes y pruebas de habilidad en la evaluación de la IE. Extremera, N. y Fernández Berrocal, P. (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional: ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de autoinforme. *Boletín de Psicología*, 80, 59-77.







# CAPÍTULO 4

---

## SATISFACCIÓN LABORAL

---



# Capítulo 4. Satisfacción Laboral

---

## **1. Motivación y Satisfacción**

## **2. Concepto de Satisfacción Laboral**

## **3. Teorías sobre Satisfacción Laboral**

3.1. Teoría de la jerarquía de las necesidades de Maslow (1954)

3.2. Teoría x-Y de McGregor (1960)

3.3. Teoría bifactorial de Herzberg (1959)

3.4. Teoría de las motivaciones sociales de McClelland (1951, 1961)

3.5. Teoría Erg, de Alderfer (1969, 1972)

3.6. Teoría de las expectativas de Víctor Vroom (1964)

## **4. Factores asociados a la Satisfacción Laboral**

## **5. Evaluación de la Satisfacción laboral**

5.1. Evaluación de la Satisfacción Laboral Docente

## **6. Concepto de Satisfacción Laboral Docente**

6.1. Factores asociados a la Satisfacción Laboral Docente



# Satisfacción Laboral

---

## 1. Motivación y Satisfacción

El concepto de satisfacción laboral se encuentra muy unido al de motivación laboral, considerándose ésta como "la voluntad de ejercer altos niveles de esfuerzo hacia las metas organizacionales, condicionadas por la habilidad del esfuerzo de satisfacer alguna necesidad individual" (Robbins, 1999, p. 168), citado en Fuentes (2006).

La motivación se describe como un proceso psicológico que desencadena una necesidad (psíquica, social o física), está orientada a una meta que satisface esa necesidad y facilita la actividad puesto que es energizante y mantiene esa energía hasta la consecución de dicha meta. La motivación engloba a un concepto genérico que se puede dar en numerosos ámbitos (Guillén y Guil, 2003). Para Fuchs (1976), citado en Díaz (1990), la "satisfacción es aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objeto o fines que las reducen".

En el trabajo es necesario distinguir entre las actitudes o disposiciones a actuar de un modo determinado en relación a aspectos específicos del puesto o de la organización, y la satisfacción laboral, que sería el resultado de dichas actitudes (Peiró, 1991).

## 2. Concepto de Satisfacción Laboral

En la revisión de la literatura acerca de este concepto, se han encontrado una gran variedad de definiciones. El estudio de la

motivación surgió primero, siendo la satisfacción un concepto que llegó algo más tarde. Uno de los primeros estudios sobre este concepto fue realizado por Hoppock en 1935 (Peiró, 1991). Las definiciones sobre este constructo se pueden agrupar en tres conceptualizaciones procedentes de varios autores recogidos en Guillén y Guil (2003):

- a) Como estado emocional: Locke (1976) entiende la satisfacción laboral como el “estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona” (Guillén y Guil, 2003, p. 197). Este autor identifica nueve dimensiones en este constructo: satisfacción con el trabajo; con el salario; con las condiciones de trabajo; con la supervisión; con los compañeros; y con la empresa y dirección.
- b) Como actitud generalizada ante el trabajo (Peiró, 1984): como modelo tridimensional (dimensión afectiva, cognitivo y comportamental). Este autor recoge las dimensiones de la satisfacción laboral en dos: “eventos o condiciones que causan la satisfacción laboral”, que son factores intrínsecos al trabajo (seis primeras dimensiones de Locke); y “agentes de la satisfacción laboral” (tres últimas dimensiones de Locke).
- c) Como actitud afectiva: resaltando el componente afectivo como el más importante. Newstrom y Dawis, (1993), citado en Herranz (2004), definen la satisfacción laboral como el conjunto de sentimientos y emociones favorables o desfavorables del trabajador hacia el trabajo que realizan.

La satisfacción laboral como actitud se puede entender desde un modelo unidimensional o “actitud hacia el trabajo en general” o desde un modelo multidimensional, entendiendo la satisfacción con distintos aspectos del entorno laboral o de la propia organización (Guillén y Guil, 2003). Smith (1979), como se cita en Sáenz y Lorenzo (1993) considera la

satisfacción laboral como un constructo multidimensional compuesto de elementos como la supervisión, las prestaciones o las relaciones con los compañeros. Muchinsky (1993), como se cita en Herranz (2004), entiende la satisfacción laboral como una respuesta emocional o una respuesta afectiva hacia el trabajo.

Evans (1998), como se cita en Fuentes (2006) recoge una serie de definiciones de satisfacción laboral que han dado algunos autores relevantes en la materia. Por un lado, se encuentra la interpretación de la Satisfacción Laboral de Shaffer (1953) quien concibe este concepto como el cumplimiento o logro de necesidades de los individuos, dependiendo entonces la satisfacción laboral de la posibilidad real de satisfacer estas necesidades en el trabajo. Evans también recoge la concepción de Katzell (1964) en la que se incluye un "marco de referencia" que agrupa valores, metas, deseos o intereses. La satisfacción laboral para este autor se daría según la atracción que sienta el individuo hacia las actividades o características propias del puesto de trabajo. Por otro lado, se recoge a Lawler (1973) quien propone que la satisfacción laboral viene a ser la diferencia entre lo que la persona recibe en el trabajo y lo que desea recibir.

### **3. Teorías sobre Satisfacción Laboral**

#### **3.1. Teoría de la jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow (1956)**

Según Maslow, las personas tienen una jerarquía de cinco necesidades: fisiológicas (alimento, agua, temperatura adecuada, etc.), de seguridad (estabilidad personal, ausencia de amenazas, etc.), sociales (afecto, vinculación social, interacción y amor), estima (autoestima, reconocimiento externo) y autorrealización (el deseo de ser más, de llegar a ser lo que se es capaz de forma continuada).

Cuando las necesidades más básicas están satisfechas, el organismo se motiva a satisfacer la inmediatamente superior, pero deben estar ampliamente satisfechas las que están en un lugar inferior para motivar a conseguir la siguiente. Las personas van a estar más satisfechas en aquellos puestos de trabajo que cubran un mayor número de necesidades señaladas por este autor. Robbins (1999, p. 168), citado en Fuentes (2006) define el concepto de necesidad como:

Un estado interno que hace que ciertos resultados parezcan atractivos. Una necesidad insatisfecha crea tensión que estimula el impulso dentro del individuo. Estos impulsos generan un comportamiento de búsqueda para encontrar metas particulares que, si se logran, satisfarán la necesidad y favorecerán la reducción de la tensión.

Para motivar a una persona, es necesario comprender en qué punto se encuentran satisfechas sus necesidades, es decir, en qué nivel de la jerarquía se encuentra, para poder satisfacer las superiores. Maslow clasifica estas necesidades en órdenes altos y bajos. Aquellas de orden bajo son las necesidades fisiológicas y de seguridad, satisfechas de manera externa. Y las de orden alto son las necesidades sociales, de estima y autorrealización, satisfechas internamente. Esta teoría no ha encontrado un respaldo suficiente como para guiar el concepto de la satisfacción laboral del trabajador (Robbins, 1994), como se cita en Guillén y Guil (2003).

### **3.2. Teoría x-Y de McGregor (1960)**

Esta teoría comprende dos visiones diferentes de la condición humana en el mundo empresarial: la teoría X y la teoría Y. La teoría X es una visión pesimista de los trabajadores, comprende que éstos no tienen interés por trabajar, no quieren asumir responsabilidades y prefieren una

dirección formal. Si trabajan, la organización deberá presionarlos, controlarlos o amenazarlos para lograr las metas de la misma. La teoría Y conlleva una visión optimista de las personas. A los trabajadores sí les gusta trabajar, se autocontrolan, asumen responsabilidades y toman decisiones.

### **3.3. Teoría bifactorial de Herzberg (1959)**

La "teoría bifactorial de Herzberg" o "teoría de la motivación-higiene" (Guillén y Guil, 2003) postula que existen factores independientes que causan satisfacción o insatisfacción en el trabajo. El modelo se propuso en 1959 por Herzberg, Mausner y Snyderman en un estudio sobre las causas de la satisfacción laboral de ingenieros y contables. Las causas principales de la satisfacción laboral recogidas en el estudio hacían referencia al salario, a los logros, a la responsabilidad (el contenido real del trabajo), sin embargo, los factores causantes de la insatisfacción se referían a aspectos referidos a las normas, supervisión, salarios y a las condiciones de trabajo. Llegaron a la conclusión de que los factores que conducían a la satisfacción eran diferentes a los que generaban insatisfacción.

El factor satisfacción-no satisfacción comprende los factores intrínsecos o motivadores del trabajo (éxito, reconocimiento, responsabilidad, promoción y el trabajo mismo). El factor insatisfacción-no insatisfacción engloba los factores extrínsecos, de higiene o ergonómicos (política de la organización, condiciones de trabajo o salarios).

Si los aspectos de la organización que causan la satisfacción en el trabajo son los referidos al propio contenido del trabajo, el intento de incrementar esa satisfacción tendría que recurrir al mejoramiento del puesto de trabajo en sí, haciéndolos más desafiantes, significativos,

interesantes y que den responsabilidad, autonomía y control al trabajador. Este proceso se denominó “diseño del trabajo” o “enriquecimiento del trabajo”. De este modo, podrá satisfacer sus necesidades de logro, competencia y autorrealización (Peiró, 1991).

En 1966, Herzberg desarrolló la teoría de motivación-mantenimiento de la satisfacción laboral. En ella identifica seis factores de “motivación” o intrínsecos del trabajo, que son la política organizacional, la supervisión técnica, las relaciones interpersonales con mandos, entre compañeros y con subordinados, la retribución, la seguridad en el trabajo, la vida personal, las condiciones laborales y el estatus. Dentro de los factores de “mantenimiento” se encuentran las necesidades psicológicas y sociales del trabajador. Los factores motivacionales conducirían a la satisfacción del empleado y su ausencia a la “no satisfacción”. La ausencia de factores de mantenimiento provocaría la insatisfacción y su presencia la evitaría (Robles-García et al., 2005).

### **3.4. Teoría de las motivaciones sociales de McClelland (1951, 1961)**

La motivación laboral viene determinada según McClelland por tres necesidades o motivos que se van configurando a lo largo de la vida. La necesidad de *logro* (afán de alcanzar el éxito, evitar el fracaso y realizarse según un modelo); la necesidad de *poder* (influir en los demás y ejercer control sobre ellos); y la necesidad de *afiliación* (necesidad de tener relaciones interpersonales afectivas). Aquellas personas con una alta necesidad de logro prefieren trabajos donde el resultado dependa de su esfuerzo, donde haya un grado moderado de dificultad y donde exista una retroalimentación inmediata sobre su ejecución. La organización puede condicionar y fomentar ciertas conductas que satisfagan esas necesidades en los trabajadores.

### **3.5. Teoría Erg, de Alderfer (1969, 1972)**

Otro de los autores que elaboró una teoría sobre la satisfacción laboral fue Alderfer, considerada como una adaptación de la teoría de Maslow al ámbito laboral. Su teoría establece tres niveles de necesidades que agrupan los cinco propuestos por Maslow:

- a) Necesidades de existencia (E): incluyen las fisiológicas y las de seguridad (prestaciones, condiciones físicas del puesto de trabajo, seguridad en el empleo, etc.).
- b) Necesidades de relación (R): sociales y reconocimiento externo (comprensión y aceptación por parte de los superiores y demás compañeros del trabajo).
- c) Necesidades de crecimiento (C): autorrealización y autoestima.

Alderfer, en contraposición a Maslow, propone que aunque las necesidades satisfechas estimulan el deseo de satisfacer las de nivel superior, no deben satisfacerse primero las de nivel inferior para poder satisfacer las de nivel superior.

### **3.6. Teoría de las expectativas de Víctor Vroom (1964)**

Robbins (1999, p. 187), citado en Fuentes (2006) explica con detalle la teoría de las expectativas de Vroom, quien plantea que:

La fortaleza de una tendencia a actuar de cierta manera depende de la fortaleza de la expectativa de que el acto sea seguido de una respuesta dada y de lo atractivo del resultado para el individuo...un empleado estará motivado para ejercer un alto nivel de esfuerzo cuando crea que éste llevará a una buena apreciación del desempeño; que una buena apreciación conducirá a recompensas organizacionales como un bono, un incremento salarial o un

ascenso; y que las recompensas satisfarán las metas personales del empleado. Esta teoría especifica tres relaciones (Robbins, 1999; citado en Fuentes (2006):

- a) Relación esfuerzo-desempeño. La probabilidad percibida por el individuo de que ejercer una cantidad dada de esfuerzo conducirá a un desempeño.
- b) Relación recompensa-desempeño. El grado en el cual el individuo cree que el desempeño de un nivel particular llevará al logro o al resultado deseado.
- c) Relación recompensas-metas personales. El grado en el cual la organización premia las metas personales del individuo o sus necesidades y lo atractivo que esas recompensas potenciales son para el individuo

### **4. Factores asociados a la Satisfacción Laboral**

Existen ciertas variables asociadas a la satisfacción o insatisfacción en el trabajo, entre las que se pueden diferenciar las características personales y las propias del trabajo. Dentro de las primeras se encuentran la propia historia personal y profesional del trabajador, la edad, el sexo, la formación, las aptitudes, la autoestima, el entorno cultural y socioeconómico. La insatisfacción con el puesto de trabajo aparece cuando las características de éste no se adaptan a las expectativas, deseos o necesidades de los trabajadores.

Los factores principales que establece el INSHT a la hora de generar una sensación de satisfacción laboral o no son (CCOO, 2007):

- El contenido del trabajo.
- La organización del trabajo.
- El salario.

## Capítulo 4. Satisfacción Laboral

- La promoción.
- Las relaciones humanas.
- El reconocimiento que el individuo obtiene.
- El estilo de mando.

Según el INSHT la satisfacción laboral no debe verse como un factor de riesgo psicosocial. Deben atenderse características propias de la persona, como la historia personal y profesional, las expectativas o las estrategias de afrontamiento del trabajador, en la evaluación de la satisfacción laboral.

Dentro de los factores que conducen a la satisfacción laboral, se encuentran el carácter intrínseco del trabajo, en el que una mayor satisfacción laboral está relacionada con mayor variedad, autonomía y oportunidad de desarrollar las propias habilidades en la tarea. Las tareas complejas, variadas y difíciles satisfacen más que las que son rutinarias, puesto que éstas exigen menos capacidad. La falta de *variedad* en el trabajo conlleva mayor sensación de cansancio y aburrimiento, reduciéndose por tanto la satisfacción. La baja *autonomía* también genera insatisfacción, al igual que las tareas con niveles de *desafío* muy bajos o muy altos (Peiró, 1991).

La satisfacción con la *remuneración* parece mantener una relación positiva, pero también está mediada por la percepción de equidad en función de la categoría, de la antigüedad, de la edad, del esfuerzo o calidad de los resultados. En cuanto a la *promoción*, se considera como un incentivo que la organización ofrece al trabajador, generando una sensación de satisfacción. Herzberg y colaboradores (1959), como se cita en Peiró (1991) encontraron que el reconocimiento y la promoción eran los factores "higienizantes" del ambiente de trabajo, podría garantizar la no satisfacción, pero no determina la satisfacción. Taylor y Vest (1992) refieren que las comparaciones de los

trabajadores en función de la remuneración que perciben otros podría causar insatisfacción con el propio salario. Las condiciones físicas, no obstante, no son consideradas una fuente principal de satisfacción laboral; al menos así se ha determinado en algunos estudios empíricos, aunque hay estudios que revelan que un ambiente adecuado y la posibilidad de decorar o adecuar el entorno próximo de trabajo conlleva mayor satisfacción (Steele, 1986; Sundstrom, 1986), citados en Herranz (2004).

Algunas variables sociodemográficas han sido estudiadas en relación a la satisfacción laboral, observando un pequeño porcentaje de varianza en la satisfacción explicada por aquellas (Diener et al., 1999; como se cita en Cavalcante, 2004; Bravo, Peiró y Rodríguez (1996). La *edad* se considera que influye en la satisfacción laboral, de manera que a mayor edad mayor satisfacción perciben los profesionales (Rhodes, 1983). En cuanto al *sexo* no se encuentran diferencias significativas entre los empleados (Chiu, 1998; Davies et al., 1991; citado en Cavalcante, 2004). El *estado civil* se ha estudiado en algunos casos donde no han resultado significativas las diferencias entre los distintos estados (Sinacore, Akçcali y Winter, 1999; Bilgic, 1998), mientras que Diener y Shu (1997) si encuentran diferencias a favor de los trabajadores que están casados.

### **5. Evaluación de la Satisfacción laboral**

A la hora de medir la satisfacción laboral, es necesario saber el grado de generalidad o especificidad que se quiere evaluar. Harpaz (1983), como se cita en Cavalcante (2004) refiere la existencia de métodos directos e indirectos de medida de la satisfacción laboral, siendo dentro de los métodos directos los cuestionarios los más utilizados ya que engloban diversas dimensiones de evaluación. Los métodos

indirectos suelen ser difíciles de interpretar y conllevan mayor subjetividad, son por ejemplo, las técnicas proectivas.

Existen algunos instrumentos generales como el Cuestionario General de Satisfacción en Organizaciones Laborales (S4/82) de Meliá, Peiró y Calatayud (1986), con 82 ítems, que hace posible la evaluación de seis factores (satisfacción con la supervisión y participación en la organización, con el ambiente físico, con las prestaciones materiales y recompensas complementarias, satisfacción intrínseca del trabajo, satisfacción con la remuneración y con las prestaciones básicas, seguridad en el puesto de trabajo y relaciones interpersonales).

Este cuestionario ha sufrido algunas modificaciones dando lugar a versiones más reducidas como el S20/23 de Meliá y Peiró (1989), con menos ítems, y el S10/12, de Meliá y Peiró (1989) que a través de sus 12 ítems mide de forma global la satisfacción y de forma específica valora tres dimensiones (satisfacción con la supervisión, con el ambiente y con las prestaciones). Este último cuestionario ha sido el elegido para ser utilizado en esta tesis doctoral, por su carácter general, su brevedad en la aplicación y una buena fiabilidad (alfa = 0.88).

El Minnesota Satisfaction Questionnaire (Weiss, 1967), con 100 ítems y la Escala General de Satisfacción (Warr, 1979) son los que más se utilizan con fines de investigación (citados en López, 2009). También se encuentran la Job Diagnostic Survey (JDS) de Hackman y Oldhman (1975), citado en Cavalcante (2004), que mide los efectos del trabajo en el individuo (reacciones, satisfacción, personalidad, estados psicológicos, entre otros); la Job Satisfaction Survey (JSJ), con 36 ítems y nueve subescalas (Spector, 1985), citado en Cavalcante (2004); la Job Descriptive Index (JDI) revisada por Smith (1985), citado en Cavacante (2004), con 72 ítems, que mide la satisfacción con el trabajo, con el salario, con las promociones, con la supervisión y con los compañeros.

Todos estos cuestionarios cuentan con una fiabilidad y validez adecuada (Cavalcante, 2004).

La Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction) fue desarrollada por Warr, Cook y Wall en 1979 (Pérez y Fidalgo, 1999). Es una escala compuesta por 15 ítems con un formato de respuesta de 7 opciones (escala aditiva) que va de “muy insatisfecho” a “muy satisfecho”. En sus ítems recoge aspectos como las condiciones físicas del trabajo, la relación con los compañeros, con sus superiores, la satisfacción con el salario, el grado de responsabilidad o de decisión, el modo de gestión y organización de la empresa, el horario, las posibilidades de promoción o estabilidad. Fue creada con el objeto de disponer de un instrumento que recogiera todos los factores posibles que influyeran en la satisfacción laboral, de una manera eficaz y breve. Los ítems se agrupan en dos factores, extrínsecos e intrínsecos:

- Intrínsecos (ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14): reconocimiento, responsabilidad, promoción, tarea, etc.
- Extrínsecos (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 15): organización, horario, remuneración y condiciones físicas.

Las puntuaciones que se obtienen con esta escala se recogen en una puntuación global de satisfacción laboral, una puntuación de satisfacción laboral extrínseca y una puntuación de satisfacción laboral intrínseca. Presenta una fiabilidad de 0.85 y 0.88 la escala general, la de satisfacción intrínseca, un coeficiente alfa de 0.79 - 0.85, y la de satisfacción extrínseca, 0.74 - 0.78.

### **5.1. Evaluación de la Satisfacción Laboral Docente**

En el ámbito universitarios son muy escasos los instrumentos creados de manera específica para evaluar la satisfacción laboral. Entre los que se han construido están el de Fernández (1991) empleado en la Universidad Complutense de Madrid, que comprende una serie de dimensiones: grado de satisfacción con las instituciones universitarias (Rectorado, Decanatos, etc.); clima social (compañeros, etc.); relaciones alumno-profesor; procesos actuales de selección del profesorado; conjunto de elementos que influyen en la calidad docente (ratio profesor-alumno, autopercepción, etc.); y el funcionamiento de los principales servicios de la institución.

Sáenz y Lorenzo (1993) elaboran el Cuestionario de Evaluación del Contexto Académico (CECA) como resultado de su investigación sobre la satisfacción laboral de los docentes universitarios. El cuestionario incluye seis áreas de evaluación: docencia; realización profesional; relaciones personales; estructura organizativa; perspectiva sociolaboral del profesorado; investigación.

Padrón (1994) desarrolla el Cuestionario de Satisfacción Profesional Docente (CSPD), para evaluar la insatisfacción del profesorado universitario. Este instrumento contempla diez dimensiones: elección profesional; interacción profesor-alumno; relación con compañeros; relación con padres y madres de alumnos; organización del centro; relación con las administraciones educativas; la tarea docente; el estilo de enseñanza; formación profesional; y satisfacción con la labor docente. El cuestionario muestra una fiabilidad de 0.89.

## **6. Concepto de Satisfacción Laboral Docente**

Este apartado se encuentra mejor detallado en el capítulo 5, donde se exponen los estudios recientes que han trabajado el concepto de la satisfacción laboral en docentes. Realmente existen pocos estudios que traten este concepto en relación al profesorado del ámbito universitario. Se puede considerar la satisfacción laboral del profesorado universitario como (Sáenz y Lorenzo, 1993, p. 22):

La experiencia gozosa de crecimiento psicológico, producida por el logro de niveles cada vez más altos en la calidad de su trabajo, de reconocimiento por lo que hace, de responsabilidad, de creación del saber, de libertad científica, de disfrute en el trabajo mismo.

### **6.1. Factores asociados a la Satisfacción Laboral Docente**

La satisfacción laboral en entornos educativos viene determinada por algunos factores que tienen que ver con la propia organización, con las expectativas y percepciones del docente o con los propios contenidos de la tarea docente e investigadora. En este apartado se exponen algunas de las variables que se han estudiado en relación a la satisfacción del docente universitario, aunque se detallan en el capítulo

El hecho de pertenecer a un grupo, de recibir apoyo por parte de los compañeros generan satisfacción y reducen otros elementos desencadenantes del estrés laboral, por ejemplo (Guerrero, 1997). En este sentido Oshagbemi (2000) ha descrito algunos comportamientos que por parte de los compañeros de trabajo pueden influir en la percepción de satisfacción laboral, como el hecho de valorar el trabajo de la persona, que sean personas con las que se puede trabajar, formar equipos de trabajo, un buen clima de compañerismo y que ofrezcan

apoyo. Las relaciones con los compañeros han sido objeto de insatisfacción laboral (Dunkim, 1990; Cebrián y Serrano, 1991; Sáenz y Lorenzo, 1993).

En cuanto al género, serán las profesoras universitarias las que mayor satisfacción presenten en su relación con los *compañeros* (Li-Ping y Talpade, 1999; citado en Herranz-Bellido, Reig-Ferrer, Cabrero-García, Ferrer-Cascales y González-Gómez, 2007). El mayor grado de satisfacción se manifiesta en los docentes de mayor *categoría laboral* y en los de más *edad* (Oshagbemi, 2000; Leung et al., 2000; Beliaeva, Gorshkova y Kostikova, 2001). Los docentes de menos edad son los que se muestran más insatisfechos, al igual que los varones y los que poseen cargos de gestión (Sáenz y Lorenzo, 1993; De la Cruz y Urdiales, 1996). Algunos autores como Gmelch et al. (1986) consideran que la relación con los estudiantes conforma una de las fuentes principales de estrés en los profesores. Sin embargo, Sáenz y Lorenzo (1993) mantienen que los docentes se encuentran muy satisfechos en la relación con sus alumnos.

Gmelch et al. (1986) considera que las tareas docentes son más estresantes que la propia investigación o la gestión. Aquellos docentes con contratos temporales muestran menor satisfacción laboral y mayores niveles de estrés.







## CAPÍTULO 5

---

# ESTUDIOS EMPÍRICOS: ESTADO DE SALUD, SALUD MENTAL PERCIBIDA, SENTIDO DE COHERENCIA, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SATISFACCIÓN LABORAL EN DOCENTES UNIVERSITARIOS

---



# Capítulo 5. Estudios Empíricos

---

## **1. Salud Percibida**

1.1. Estado de Salud y Salud Mental Percibida en Docentes

## **2. El Sentido de Coherencia**

2.1. Sentido de coherencia en docentes

2.2. El Sentido de Coherencia y su relación con la Salud

2.2.1. Sentido de coherencia y salud percibida

2.2.2. Sentido de coherencia como mediador ante el estrés

2.3. Sentido de coherencia y emociones

2.3.1. Sentido de coherencia e inteligencia emocional

2.4. Sentido de coherencia y salud laboral

2.4.1. Sentido de coherencia y satisfacción laboral

2.5. Sentido de coherencia y otras variables

## **3. La Inteligencia Emocional**

3.1. Inteligencia emocional y rendimiento laboral

3.2. Inteligencia emocional en la profesión docente

3.3. Inteligencia emocional y salud

3.4. Inteligencia emocional y satisfacción laboral

3.5. Inteligencia emocional y otras variables cognitivas

## **4. La Satisfacción Laboral**

4.1. Satisfacción laboral y salud en la profesión docente

4.2. Satisfacción laboral y variables sociodemográficas



# Estudios Empíricos: Estado de Salud, Salud Mental Percibida, Sentido de Coherencia, Inteligencia Emocional y Satisfacción Laboral en Docentes Universitarios

---

## **1. Salud Percibida**

### **1.1. Estado de Salud y Salud Mental Percibida en Docentes**

Existe poca literatura que estudie el estado de salud percibido en los docentes, y en concreto, en los universitarios. En el capítulo uno se han abordado los hallazgos científicos más recientes e importantes acerca de las enfermedades profesionales que más afectan a los docentes. La literatura encontrada tiene como principal objetivo el estudio de los docentes de enseñanzas primarias y secundarias, no obstante, se han plasmado algunos de los resultados encontrados en muestras de docentes de instituciones universitarias. En este apartado del presente capítulo, se expondrán los resultados relevantes en cuanto a la percepción de salud de los docentes, intentando reflejar en mayor medida los resultados provenientes de muestras docentes universitarias.

Atendiendo a la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT) de 2011, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), se observan algunas cifras interesantes sobre la percepción del estado de salud y las enfermedades relacionadas con el trabajo por los mismos empleados. El 19.2% de los trabajadores siente que su estado de salud es muy bueno, el 63.2% considera que es bueno, el 14.7% regular, un 2.2% que es malo, y un 0.7% muy malo. El 9.6% del total de encuestados cree que tiene problemas de sueño, un 17.2%

considera que padece estrés, ansiedad o nerviosismo, el 4.9% depresión o tristeza, y el 18.9% cansancio. Resulta curioso que el 82.1% de aquellos trabajadores que contestan que tienen algún problema de salud, cree que los problemas que presentan de estrés, ansiedad o nerviosismo, están relacionados con su trabajo. El 59.9% cree que sus problemas de depresión o tristeza están relacionados con su trabajo, y el 87.3% considera lo mismo con respecto a los síntomas de cansancio.

Uno de los más importantes en este sector sería el de Seva (1985) que analiza a docentes de primaria, secundaria y universidad. El 44.88% de los docentes estudiados presentaban malestar psicológico, siendo el grupo de docentes universitarios los que mayor malestar y deterioro presentaban (46.34%).

Los docentes de disciplinas científicas presentaban mayor malestar psicológico (50.52%). En cuanto a alteraciones psicósomáticas, el 13.07% de todos los docentes de todos los niveles presentaban dichas alteraciones, siendo el grupo de docentes universitarios los que mayor sintomatología de este tipo manifestaban (14.63%). El 21.34% de los profesores universitarios presentaban síntomas de depresión, siendo mayor en varones de disciplinas científicas. En los demás datos analizados no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la variable género, pero sí con respecto a la población general.

En una muestra de 501 docentes de enseñanza secundaria de Lleida se evaluó la percepción de la salud, realizándose un cribado de enfermedades psicosociales a través del instrumento de salud general de Goldberg (GHQ-28). La media de la percepción de salud se situó en 3.3. El 19.6% presentaban enfermedades psicosociales. Las variables explicativas del estado de salud eran el género, los antecedentes psicológicos, el estar en tratamiento psiquiátrico para la depresión y la

falta de apoyo social por parte de los compañeros (San José y Méndez, 2006).

El estado de salud percibida fue investigado en una muestra de 575 docentes de una facultad de medicina estadounidense (Elliot, Goldberg y Toffler, 1994) encontrando que el 55% consideraba su salud como excelente, el 41% como buena, y el 4% indicó que era muy malo.

Sharpley, Reynolds y Acosta (1996) en un estudio con 1925 trabajadores de una universidad australiana, donde el 44.7% eran personal docente e investigador, llegaron a la conclusión de que el 0.56% consideraba su estado de salud como muy malo, el 4.44% malo, el 19.43% regular, el 46.23% bueno, y el 28.26% muy bueno. Un 13.97% presentaba unos niveles de ansiedad clínicamente significativos. Se encontraron diferencias significativas en cuanto al género, siendo los varones los que mostraban menores niveles de ansiedad, menores ausencias por enfermedad y mejor estado de salud autopercebido. La dedicación, ya sea a tiempo completo o parcial no ha influido en los resultados del estudio, no considerándose unos resultados significativos en cuanto a la salud percibida. Los docentes de más edad y experiencia son los que registraron mejores niveles de salud.

Dua (1994) estudió una muestra de 1028 docentes universitarios australianos, encontrando una relación que los niveles altos de estrés estaban asociados a mayores niveles de insatisfacción laboral, malestar psicológico, afectividad negativa, ansiedad y peor estado de salud percibido.

En Herranz (2004) encuentra en una muestra de docentes universitarios de Alicante que el 75.6% considera que su estado de salud es bueno, el 10.6% muy bueno. Las profesoras manifiestan un estado de salud mejor (77.9%) que los profesores (74%). En relación a la vinculación,

halla que los docentes asociados a tiempo completo son los que peor estado de salud manifiestan. La edad no ha presentado diferencias significativas en esta muestra. Las profesoras son las que presentan mayor sintomatología somática y psicológica

La investigación de Lousinha y Guarino (2013) con una muestra de 211 docentes de distintos centros universitarios de la ciudad de Caracas-Venezuela, refiere unos resultados no muy elevados de estrés y una percepción de salud moderadamente buena. El estilo de afrontamiento emocional y la sensibilidad emocional negativa (reaccionar de forma negativa con rabia, desesperanza,..) constituyen variables moderadoras de la relación estrés y salud percibida.

Cisneros y Ramírez (2009) llevaron a cabo un estudio en 120 docentes universitarios, encontrado que el 65% de ellos presentaban enfermedades psicosomáticas, siendo el 50% de éstos mujeres. El 53% de los docentes referían trabajar normalmente más de 48 horas semanales, el 63% trabaja en tareas pendientes en vacaciones, el 32% reconoce que su trabajo es excesivo y el 21% considera que el trabajo le afectaba a su salud.

## **2. El Sentido de Coherencia**

### **2.1. Sentido de coherencia en docentes**

El estudio de Seibt, Spitzer, Druschke, Scheuch y Hinz (2014) integra algunas variables que pueden ser consideradas como factores de protección de la salud mental. Uno de los que se incluye es el sentido de coherencia, el cual se presenta como factor predictor de la salud mental (medido con el GHQ-12 de Goldberg) y física en una muestra de mujeres docentes

Los docentes con mayores puntuaciones en variables como la personalidad resistente o el sentido de coherencia, presentan menos problemas de estrés de rol, *burnout*, y sintomatología percibida.

## **2.2. El Sentido de Coherencia y su relación con la Salud**

El sentido de coherencia se entiende como un factor promotor de la salud, puesto que es la variable que favorece el uso de los recursos adecuados conducentes a conductas saludables. A través del sentido de coherencia, entendemos las situaciones estresantes como comprensibles, manejables mediante los recursos de los que disponemos, y significativas para nuestra existencia personal. Las personas con un SOC fuerte, se verán capaces de afrontar situaciones estresantes empleando estrategias centradas en resolver el problema del modo más adaptativamente posible. Sin embargo, aquellas personas que poseen un SOC más débil, serán menos eficaces a la hora de afrontar determinadas situaciones estresantes.

Ryland y Greenfeld (1991) sugieren en sus estudios que el sentido de coherencia está relacionado negativamente con medidas del bienestar y salud tanto física como psicológica. Al igual que estos autores, Carmel y Bernstein, 1989; Carmel, Anson, Levenson, Boneh y Maoz, 1991; Langius, Björvell y Antonovsky, 1992), estudiaron las relaciones existentes entre la salud y el sentido de coherencia, encontrando similares resultados. En este sentido, Flannery y Flannery (1990), muestran asociaciones negativas entre el sentido de coherencia y síntomas depresivos.

Esta variable de Antonovsky mostró relaciones negativas con el estrés y con la sintomatología psicológica. El primero actuaría mediando el impacto del estrés diario. Personas con un alto SOC muestran menor presencia de sintomatología psicósomática, de síntomas depresivos

(Buddeberg-Fischer, et al., 2001; Flannery y Flannery, 1990), menores indicadores de psicopatología (Olsson, et al., 2006; Terja, et al., 2006) y menores problemas de salud mental (Terja, et al., 2006).

El sentido de coherencia de cada persona es un importante componente de la salud y el bienestar (Antonovsky, 1993a). En los estudios llevados a cabo en cuanto a la salud, el sentido de coherencia se ha relacionado con bajos niveles de depresión, ansiedad, estrés y síntomas físicos; SOC y ansiedad han mostrado una relación inversa en diferentes situaciones (Antonovsky y Sagy, 2001; Carmel y Bernstein, 1989; Flannery y Flannery, 1990; Moreno, Alonso y Álvarez, 1997). El SOC se ha asociado de forma negativa con los síntomas del SCL-90-R de Derogatis (Kröniger-Jungaberle y Grevenstein, 2013).

Estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud fueron objeto de estudio por Fernández et al. (2007), quienes establecieron una relación inversa entre el sentido de coherencia medido con el SOC-13 y la salud psicológica medida con el GHQ-28. Las personas con unos niveles altos de sentido de coherencia, mostraban mayor bienestar y salud psicológica.

Dos estudios se han realizado con chicas adolescentes de entre 15 y 18 años, con trastornos depresivos y ansiosos, se observaron fuertes asociaciones negativas entre las puntuaciones de sentido de coherencia y síntomas ansiosos y depresivos, evaluados mediante el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck (Blom, Serlachius, Larsson, Theorell e Ingvar, 2010). Este constructo también se ha estudiado en relación a patologías físicas como el cáncer, en el que se encuentra una relación inversa entre ambos (Motyka, Dziuback y Patycja, 2014). Las mujeres que padecen cáncer de mama, y presentan altos niveles de SOC, perciben menor número de eventos estresantes, y de menor intensidad; además, utilizan estrategias de afrontamiento activas

dirigidas hacia el problema, como son la distracción, la redefinición del problema y la relajación. Estas mujeres son las que mostraron mejores niveles de salud percibida y mejor calidad de vida (Sarenmalm, Browall, Persson, Fall-Dickson, Gaston-Johansson, 2013).

El SOC ha resultado ser un factor predictor significativo en relación a patologías coronarias (Silarova et al., 2012). En esta misma línea se encuentran los resultados procedentes del estudio de Knowlden, Sharma, Kanekar y Atri (2012), en el que el SOC se revela como factor predictor de la salud mental en estudiantes universitarios.

Se ha relacionado también con el incremento del bienestar psicológico y físico, la calidad de vida y la capacidad funcional; personas con un alto nivel del SOC consideran determinados acontecimientos de la vida como menos estresante que los que tienen un nivel más bajo (Carmel et al., 1991; Ryland y Greenfeld, 1991); además, presentan un nivel más bajo de angustia emocional autoinformada (Nyamathi, 1991), y niveles más bajos en rasgos de personalidad relacionados con la ansiedad (Antonovsky y Sagy, 2001; Carmel y Berstein, 1989; Flannery y Flannery, 1990). También se ha estudiado la relación existente con el riesgo de padecer enfermedades crónicas, siendo la relación negativa, encontrándose una reducción del riesgo de padecer enfermedades crónicas, como por ejemplo enfermedades cardiovasculares (Poppius, Tenkanen, Kalimo y Heinsalmi, 1999).

Algunos estudios muestran modestas relaciones con la salud física, con la sintomatología física. Flensburg-Madsen, Ventegodt y Merrick (2005) discuten sobre el papel del sentido de coherencia como una variable que puede relacionarse de forma más significativa con la salud psicológica, más que con la salud física. En este estudio se concluye que el SOC sirve como predictor de la salud psicológica, mientras que

no posee la capacidad de explicar las medidas de la salud obtenidas a nivel físico. Estos autores creen que esto puede deberse a que los síntomas que se recogen en la escala del SOC son de naturaleza cognitiva y emocional; creen que la emoción es la que determina la salud física.

Así, el SOC muestra las relaciones con la sintomatología psicológica, explicándola en mayor medida, y ésta a su vez, será la que determine la sintomatología física en la persona. Como se ha podido dilucidar de los estudios sobre el SOC y la salud física, no se encuentran correlaciones elevadas entre ambas variables, quizá porque la medida del SOC no refleja este componente físico en su cuestionario.

Los autores Flensburg-Madsen, Ventegodt y Merrick (2006) en sus estudios sobre estas variables, encuentran que el cuestionario para medir el SOC de Antonovsky no es lo suficientemente fiable como para establecer correlaciones con la salud física, por lo que proponen nuevas cuestiones para aportarlas al cuestionario SOC-II, instrumento que contiene nuevas esferas (*self, life* y *external world*) dentro de cada una de las tres dimensiones del constructo. Estos autores establecen que el concepto de "coherencia emocional" estaría más relacionado con la salud física, y que la "coherencia mental" se relacionaría mejor con la salud mental o psicológica (Endler, Haug y Spranger, 2008).

Algunos autores (Schumacher, 2000; Petrie y Azariah, 1990; Steiner et al., 1996; Agardt, Ahlbom, Anderson, Efendic, Grill, Hallqvist, Norman y Östenson, 2003; Korotkov, 1993) consideran que el sentido de coherencia sí está relacionado con medidas sobre salud física, pero encuentran correlaciones modestas entre ambas variables (0.17-0.51). Otros autores, sin embargo, apuestan por la relación entre el SOC y la sintomatología psicológica, encontrando relaciones altas y significativas, mayores que con las medidas de salud física (Strümpfer, Gouws y Vviers,

1998; Langius, et al., 1992; Feldt, 1997; Mroziak, Czabala y Wojtowics, 1997; Carmel et al., 1991).

El SOC se relaciona de forma positiva con medidas de salud física y psicológica (Pallant y Lae, 2002). Estos autores investigan la posible relación entre el SOC, el bienestar psicológico, las estrategias de afrontamiento y algunos factores de personalidad (autoestima, optimismo y control percibido), además de analizar las propiedades psicométricas de la escala SOC-13, datos que se detallan en el capítulo 2.

En este estudio utilizan como medida de salud el GHQ-28 de Goldberg, además de una pregunta sobre el estado de salud en los últimos tres meses (con una escala Likert que va de muy malo a muy bueno). Algunos de los resultados obtenidos muestran una correlación positiva entre el SOC y la edad, siendo más elevadas las puntuaciones en sentido de coherencia en adultos mayores. En cuanto a la salud, obtienen correlaciones moderadas (0.33) pero positivas, sin embargo, con el cuestionario de Goldberg encuentran una mayor correlación (0.50); hallan una relación negativa entre el SOC y los síntomas físicos de estrés (-0.44). Altas puntuaciones del SOC han sido asociadas a menos días de absentismo laboral (-0.15) y pocas visitas al médico en los últimos tres meses).

En esta investigación, se observa una relación negativa entre el SOC y el estrés percibido y una relación positiva con la satisfacción con la vida. Las personas de la muestra que obtuvieron puntuaciones altas en SOC mostraron un mayor uso de estrategias de afrontamiento activo, y centrado en el problema, realizando más veces reinterpretaciones positivas de la situación y menor uso de drogas y alcohol en situaciones estresantes. Similares resultados fueron encontrados por Hobfoll (2002);

Jahnsen, Villien, Straghelle y Holm (2002); Glanz, Maskarinec y Carlin (2005); y Feldt, Kivimaki, Rantala y Tolvanen (2004).

Heiman (2004) encontró que el SOC estaba correlacionado positivamente con el uso de estrategias centrada en el problema por parte de los estudiantes universitarios. Sin embargo personas con un alto nivel de SOC, utilizan menos estrategias centrada en la emoción. El SOC se encuentra relacionado positivamente con la salud, el bienestar físico y mental. En este sentido, Heiman encuentra semejantes resultados a los expuestos hasta ahora. Basinska, Andruszkiewicz y Grabowska (2011) aportan resultados favorables al sentido de coherencia en enfermeras, observando que esta variable se relaciona de forma positiva con estilos o patrones de conducta saludables en el trabajo; y se relaciona de modo negativo con patrones de comportamiento asociados al síndrome de *burnout*.

Eriksson y Lindström (2006) investigaron los resultados de 458 publicaciones y 13 tesis doctorales sobre el SOC. Encontraron algunos hallazgos interesantes en relación a esta variable y la salud. Así, el SOC estaba fuertemente asociado a la salud percibida, en concreto, a la salud mental. Personas con un fuerte SOC mostraban una mejor salud autopercebida que aquellos con un nivel bajo. El SOC parece tener un efecto moderador o predictor sobre la salud, contribuyendo al mantenimiento de la salud, pero aún no está claro que pueda explicar la salud en su totalidad. En conclusión, el SOC parece ser una variable promotora de la salud, que permite ser resiliente y desarrollar un estado subjetivo positivo de salud.

En una muestra de adolescentes bastante amplia se constató la existencia de una relación entre altos niveles de SOC y varios indicadores positivos de salud. En concreto, el SOC se mostraba asociado con la satisfacción vital y con la calidad de vida relacionada

con la salud, más incluso que con la salud percibida. Esto parece seguir la idea de Eriksson y Lindstrom (2006) de que al preguntar por el estado de salud, se obtiene una percepción más basada en los estados físicos que en los psicológicos (García-Moya, Rivera, Moreno y López, 2013).

Como se ha descrito en este apartado, disfrutar de un alto nivel de SOC, permite disfrutar de una mayor calidad de vida, o al menos, percibirse altos niveles de esta variable. Independientemente de las medidas usadas, los hallazgos de Eriksson y Lindström (2007) en una revisión de 32 estudios sobre el SOC y la calidad de vida, presentan una relación significativa y positiva entre ambas variables. Además, estos hallazgos son confirmados en estudios con niños, con adultos mayores y en las familias. A través de estudios longitudinales se ha podido comprobar que la teoría salutogénica es un factor predictor de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, con patología coronaria, entre otros.

### **2.2.1. Sentido de coherencia y salud percibida**

Un SOC alto se asoció con una mejor percepción de la salud, menor frecuencia de síntomas somáticos y psicológicos, una mayor calidad de vida y una alta satisfacción con la vida. Por lo tanto, los resultados apoyan la asociación entre el SOC y los resultados de salud positivos, especialmente para los componentes psicológicos de la salud. Además, el efecto del SOC en los diversos componentes de salud fue homogéneo entre todos los adolescentes, independientemente de su sexo y edad (García-Moya, Moreno y Rivera, 2013).

Un estudio donde se analiza el sentido de coherencia en relación al estrés y salud percibidos por los adolescentes, se encontró un efecto directo principal del SOC en relación a las quejas subjetivas de salud. Entre todas las variables analizadas en el estudio, fueron las quejas de

salud, con las que mostró el SOC mayor efecto directo. Un menor número de quejas subjetivas de salud se encontraron en los adolescentes con un mayor nivel de sentido de coherencia (Torsheim, Aaroe y Wold, 2001). Los estudiantes universitarios que muestran un fuerte SOC, manifiestan menor número de quejas subjetivas de salud; refieren menos síntomas físicos, presentan una visión más optimista en cuanto al futuro, y se adaptan mejor a las circunstancias negativas de la vida. El SOC actuaría como un factor protector en la relación entre la valoración de los sucesos negativos de la vida y la frecuencia de quejas físicas en la muestra de estudiantes (Jorgensen, Frankowski y Carey, 1999).

Moreno-Jiménez et al. (2001a) hallan que la dimensión "manejabilidad" del sentido de coherencia explica un 17% en cuanto a la sintomatología física percibida en docentes, la "comprensibilidad" un 42% de la sintomatología psicológica. La sintomatología general percibida por los docentes es explicada por la dimensión "manejabilidad" en un 33% y por "comprensibilidad" por un 4%.

Besteiro et al. (2008) llevaron a cabo un estudio con pacientes diagnosticadas con un síndrome fibromiálgico, para evaluar los rasgos de personalidad, el sentido de coherencia y la salud percibida en estos pacientes. Se les aplicó el cuestionario de personalidad NEO PI-R, el OLQ de Antonovsky para la evaluación del Sentido de Coherencia, y el SF-36 para la percepción de Salud. Los pacientes con fibromialgia mostraron puntuaciones elevadas de neuroticismo y un sentido de coherencia más débil, con niveles inferiores de comprensibilidad y significado que los casos controles (pacientes con artritis reumatoide y controles sanos). En relación a la percepción de salud, se encuentran alteraciones en todas las dimensiones en los pacientes con fibromialgia. Todo esto indica que los pacientes presentan rasgos de personalidad y creencias

de control que podrían actuar de forma patogénica en la aparición de la enfermedad y en la percepción subjetiva de la misma.

Honkinen, et al. (2005) manifiesta una relación positiva entre el sentido de coherencia y la salud percibida en los adolescentes. Así, personas con un fuerte SOC muestran una percepción más positiva de la propia salud. En el caso concreto de adolescentes con patología cardíaca congénita (Apers et al., 2013), se observa el SOC como una variable predictora de todos los aspectos de la salud percibida general (emocional, psicológica, social y funcionamiento académico) y de tres de los aspectos de la salud percibida en cuanto a la enfermedad (síntomas, apariencia física y problemas cognitivos).

Entre el SOC y la salud psicológica percibida de los alumnos universitarios de ciencias de la salud, existe una relación positiva y moderada. Los estudiantes con niveles altos de sentido de coherencia, muestran también niveles altos en salud, bienestar físico y psicológico (Fernández et al., 2008). Estos resultados son similares a los encontrados por Pallant y Lae (2002) descritos anteriormente en este capítulo.

Siguiendo esta misma línea de resultados, las personas adultas mayores de 60 años, que se autoperciben como sanas, presentan un nivel más elevado de SOC; y entre aquéllos con mayores puntuaciones de sentido de coherencia se localizan menor número de casos probables psiquiátricos en el Cuestionario de Goldberg (Hernández, Erhenzweig y Yépez, 2010). Resultados similares son los encontrados por Bíró, Balajti, Adány y Kósa (2010), quienes observan una correlación positiva entre el SOC y la salud autopercibida en estudiantes de medicina, y una correlación negativa entre el SOC y el malestar psicológico mostrado en el GHQ de Goldberg. También se ha utilizado este cuestionario para analizar su relación con el SOC, encontrando

también correlaciones negativas con la sintomatología ansiosa y depresiva en Gibson y Cook (1996).

En un estudio longitudinal sueco sobre riesgos familiares para enfermedades mentales, se detallaron 22 estrategias de afrontamiento diferentes. El SOC estaba asociado a la combinación de estas estrategias, explicando un 22% las variaciones en la salud percibida. Independientemente del sexo, se hallaron bajas puntuaciones en SOC asociadas a una pobre percepción del estado de salud. El SOC parece estar fuertemente asociado a la buena salud, sobre todo a la salud mental, ya que la relación que mantiene esta variable con la salud física no parece estar del todo clara (Eriksson y Lindström, 2006). En este sentido están los hallazgos encontrados por Drageset et al., (2008), en un grupo de residentes en los asilos de ancianos, donde el SOC es un determinante de la salud positiva y del éxito en el afrontamiento. El SOC posee correlaciones con las subescalas del SF-36, aunque la relación más fuerte la mantiene con la salud mental ( $r = 0.61$ ).

Eriksson, Lindström y Lilja (2007) examinaron la relación entre el SOC y la depresión en una isla de Finlandia, en concreto, Åland. En este lugar encontraron los niveles más bajos de consumiciones de medicamentos y un menor nivel de enfermedades crónicas, incluyendo la depresión. Estos investigadores encontraron una asociación significativa y negativa entre el SOC y la autopercepción de salud en personas depresivas, y la misma asociación entre la sintomatología depresiva. La media que corresponde al nivel de SOC en general en esta muestra era de 70.7, en la dimensión significatividad 17.1, en manejabilidad 21.4 y comprensibilidad 26.8.

Antonovsky defendía que el SOC era un mecanismo universal que podría aplicarse a todas las culturas, lo cual fue probado mediante evidencia empírica. Este mecanismo muestra una fuerte correlación

entre la salud percibida, el bienestar mental y la calidad de vida (Eriksson y Lindström, 2005).

### **2.2.2. Sentido de coherencia como mediador ante el estrés**

Antonovsky (1987) propuso que el sentido de coherencia podría influir en la salud y en el estrés de tres maneras diferentes: 1) El SOC influye en la valoración de un estímulo como estresor, no en la aparición o no del estresor, sino en la valoración que la persona hace de él; 2) El SOC influye en la manera en que un estresor crea una tensión determinada, y si ésta aparece; 3) Por último, influye en el modo en que esa tensión origina consecuencias negativas para la salud.

El sentido de coherencia va a incidir en cómo valoran las personas las situaciones vitales, si de un modo comprensible y coherente, o por el contrario, de un modo incomprensible y desbordante. Las personas que tienen un fuerte SOC perciben con menor ambigüedad las demandas de la vida, tienden a adaptarse mejor a éstas, y a definir los estímulos como no estresantes. El sentido de coherencia interviene en las expectativas que tenga una persona sobre el modo de afrontamiento ante el estrés. De este modo, las personas cuando hacen la valoración de recursos para hacer frente a la situación, aquéllas con un nivel elevado de SOC afrontarán la misma con mayor confianza (Antonovsky, 1993a).

Desde la perspectiva de Bandura (1977) en la que las expectativas de afrontamiento son consideradas como unas variables moderadoras de las reacciones ante el estrés, ya que pueden incrementarlas al tener expectativas de baja autoeficacia de resolución del problema, o bien, pueden disminuirla al tener unas expectativas altas sobre la aplicación de las estrategias de afrontamiento. El SOC, al considerarse que influye en esa valoración y en la confianza de poder o

no afrontar el problema, se podría considerar como una variable moderadora frente al estrés, puesto que predispone a la selección de estrategias de afrontamiento eficientes para resolver el problema (Fernández, 2009).

El sentido de coherencia puede actuar de manera directa en el procesamiento del estrés, como se ha comentado previamente, puesto que tiene la capacidad de poner en marcha recursos que reducen la tensión originada por el mismo (Johansson, Larsson y Harmrin, 1998; Poppius et al., 1999). Las personas que presentan un fuerte SOC experimentarán períodos más cortos de tensión, manifestarán bienestar, salud y bajos niveles en marcadores de enfermedad. Altas puntuaciones en sentido de coherencia se asocian a menores síntomas psicológicos (Natvig et al, 2006).

En concreto el papel de la dimensión *comprensibilidad* actuaría como un componente principal en la vivencia del estrés; personas con mayor puntuación en éste presentan una mayor capacidad de interpretar los estímulos del medio de manera no amenazante (Moren et al., 1999).

Estudios sobre el estrés y el sentido de coherencia revelan relaciones inversas entre las dos. Algunos estudios se han dirigido a investigar el papel del SOC en la relación con el estrés, analizando si constituye un factor moderador ante el mismo (Korotkov, 1993; Richardson y Ratner, 2005; Wolf y Ratner, 1999; citado en Fernández, 2009).

El SOC parece mantenerse como un predictor de la salud percibida por los adolescentes, y como una variable que modera los efectos negativos de los estresores académicos. Adolescentes con altos niveles de SOC, manifiestan menor número de quejas de salud, y éstas

son asociadas de forma muy leve con los estresores académicos. Por el contrario, los estresores percibidos por aquellos adolescentes con bajas puntuaciones de SOC, son fuertemente asociados con las quejas sobre la salud (Torsheim et al., 2001). Siguiendo estos resultados se encuentran los de Zirke, Schmid, Mzurek, Klapp y Rauchfuss (2007), en los que el SOC correlaciona con la autoeficacia, con el optimismo, el bienestar subjetivo físico y además, favorece las estrategias de afrontamiento y disminuye la percepción de estrés.

Con objeto de comprobar la relación del sentido de coherencia como moderador de los eventos estresantes de la vida, Richardson y Ratner (2005) llevan a cabo un estudio longitudinal durante dos años, para analizar la relación entre el SOC, las visitas al médico en los últimos 12 meses y los eventos estresantes recientes (desintegración familiar, las situaciones de crisis económicas o los abusos físicos) en una muestra de personas. El número de visitas al médico y el SOC mostraron una relación no significativa. Mientras que el SOC se relacionó con una menor experiencia de sucesos estresantes vitales.

### **2.3. Sentido de coherencia y emociones**

El sentido de coherencia, además de haber sido estudiado y relacionado con la salud física y mental, encontrando asociaciones inversas entre el SOC y ansiedad, depresión, quejas psicósomáticas, o patologías cardíacas o cáncer, entre otras; también se ha observado que mantiene una relación, en este caso positiva con variables emocionales. El SOC se ha visto relacionado negativamente con estados emocionales negativos, y de forma positiva, con aquellos estados emocionales favorables para la salud (Moksnes, Espnes, y Lillefjell, 2012).

El estado emocional, y en concreto, los síntomas depresivos y la ansiedad de los adolescentes, se han visto influidos por el sentido de coherencia. Éste es una variable predictora significativa de los estados emocionales, siendo esta relación inversa (Blom et al, 2010).

### **2.3.1. Sentido de coherencia e inteligencia emocional**

En la literatura científica actual existen muy pocos estudios sobre inteligencia emocional y sentido de coherencia. En la base de datos de PsycInfo fueron 20 los resultados encontrados al incluir esos dos descriptores, aunque realmente fueron sólo dos los que contenían los resultados que interesaban para esta tesis. Uno de los estudios que recogen ambas variables es uno llevado a cabo con una muestra de casi 800 niños, y mostraron en sus resultados una relación significativa entre inteligencia emocional y sentido de coherencia, siendo ambas predictoras de las quejas somáticas manifestadas por estos niños. Aquellos con un nivel más elevado de estas dos variables mostraban un menor número de quejas somáticas (Jellesma, Rieffe, Terwogt, y Westenberg (2011). En el segundo estudio analizado, con una muestra de estudiantes universitarios, se elabora un modelo estructural sobre bienestar subjetivo positivo en el que se incluyen algunas variables como el optimismo, la inteligencia emocional, el sentido de coherencia (la dimensión comprensibilidad), el afecto positivo y la satisfacción con la vida (Jonker, Koekemoer y Nel (2015).

### **2.4. Sentido de coherencia y salud laboral**

El SOC resulta ser una disposición estable de la persona que influye también en la vida profesional de la misma. Los estudios parecen indicar que es una disposición que capacita a la persona para movilizar y generar recursos sociales en el lugar de trabajo (Feldt et al., 2004).

En un estudio sobre trabajadores en Suecia, ha mostrado que aquellos que tenían un sentido de coherencia más bajo, mostraban más quejas psicosomáticas. Éstas, a su vez, generaban un agotamiento emocional y una despersonalización características del síndrome de *burnout* (Soderfeldt, Soderfeldt, Ohlson, Theorell y Jones, 2000).

En el ámbito laboral, se ha encontrado una correlación negativa entre el sentido de coherencia y la presión del trabajo, es decir, que a mayores niveles del SOC en un trabajador, menos presión percibe del entorno laboral. Las personas con niveles bajos de SOC mostraban mayores niveles de ansiedad en el trabajo (Soderfeldt, 2000). El SOC ha sido también relacionado con el síndrome de *burnout* en estudios que muestran que personas con un nivel alto de SOC muestran menor sintomatología propia del *burnout*. El SOC se ha relacionado de forma positiva con patrones de conducta saludables en el lugar de trabajo, y de forma negativa con el patrón de conducta asociado al *burnout* (Basinska et al., 2011).

Existen relativamente pocos estudios que se dediquen a la investigación del sentido de coherencia en el ámbito laboral, aún así, están creciendo en la última década algunos que, por ejemplo, estudian la relación entre esta variable y el estrés laboral, encontrándose una asociación inversa entre las mismas. Se han obtenido resultados donde el sentido de coherencia se asociaba de forma negativa con el agotamiento crónico del síndrome de *burnout* producido por el trabajo; así a mayor sentido de coherencia, menor será el agotamiento emocional y la despersonalización asociados a la vivencia del estrés crónico (Gilbar, 1998; Palsson, Hallberg, Norberg y Bjoervell, 1996; Ureña y Castro, 2009; Baker, North y Smith, 1997; Moreno et al., 1997; Ryland y Greenfeld, 1991).

Moreno et al. (1997) en su estudio con profesores de Educación Primaria, examinan la relación entre sintomatología física y psicológica autopercebida, la sintomatología referida al síndrome de *burnout* y el sentido de coherencia. Esta variable actúa como un facilitador o inhibidor de los procesos de estrés de rol, de *burnout*, y de la sintomatología percibida. Los docentes con niveles altos de SOC informan de mejor calidad de la supervisión recibida, y de mejores condiciones organizacionales, así como de una menor intensidad de las preocupaciones acerca de su profesión. El SOC parece actuar como un moderador en los procesos de estrés y de *burnout*. El índice global de SOC parece explicar menos que cada una de las dimensiones del mismo. Estos autores aconsejan el uso de las dimensiones por separado hasta que exista literatura científica suficiente sobre el uso del índice global como predictor.

Existen estudios que se han centrado en la salud de los trabajadores sanitarios como se ha expuesto en este capítulo antes, en los que se investiga el papel del estrés y la influencia de alguna variable que se considere protectora o moderadora del mismo. En esta línea, los resultados a los que llegan Rothman, Scholtz, Rothman y Fourie (2002) exponen el papel protector del sentido de coherencia en relación a la patología del síndrome de *burnout*. El SOC se encuentra relacionado con la satisfacción y el rendimiento en el trabajo. Aquellos trabajadores que muestran un SOC elevado padecen menor número de síntomas propios del *burnout*. El SOC se encuentra relacionado con las tres dimensiones de este síndrome (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal). Tanto el SOC, como la satisfacción laboral, como el rendimiento laboral explican un 46% del agotamiento emocional, un 37% de la despersonalización y un 50% de la baja autorrealización.

Kivimäki, Feldt, Vahterac, y Nurmi (2000) observaron que los empleados que presentaban un nivel alto de sentido de coherencia, tenían menores cifras de ausencia por enfermedad en su trabajo, encontrándose que el SOC se comportaba como un factor predictor de los absentismos por enfermedad en mujeres, pero no así en hombres.

Feldt (1997) investigó el rol del sentido de coherencia en el bienestar en el trabajo y su posible efecto moderador en la relación entre las características del trabajo y el bienestar de diseñadores técnicos finlandeses, y encontró que un fuerte SOC en esta muestra se relacionaba con bajos niveles de síntomas psicossomáticos informados por éstos y menor agotamiento emocional. Por otro lado, este estudio apoyó la hipótesis sobre el papel moderador del SOC en la relación entre las características de trabajo y el bienestar en el mismo. De este modo, un fuerte SOC protegía de los efectos adversos de las características laborales.

El SOC resulta ser una variable protectora de los estresores laborales en los contextos sanitarios. Este hecho se ha puesto de manifiesto en numerosos estudios que han sido revisados por Malagón-Aguilera et al. (2012). Niveles bajos en sentido de coherencia en enfermeros han sido asociados con problemas de salud, además de con sintomatología propia del síndrome de *burnout* o depresión, así como con ciertos rasgos de personalidad. García y Robles (2011) estudiaron a 114 profesionales sanitarios de Cuidados Intensivos, encontrando niveles medios-altos de *burnout* y observó una correlación negativa entre éste y la personalidad resistente estudiada. El SOC, en concreto el componente de comprensibilidad, junto a la personalidad resistente, actuaban modulando los efectos de los estresores laborales en el citado síndrome.

Otras variables similares al sentido de coherencia, como la fortaleza, el optimismo o la confianza en sí mismo, fueron encontrados como variables de personalidad moduladoras del estrés en docentes universitarios (Paulik y Ostrava, 2001).

#### **2.4.1. Sentido de coherencia y satisfacción laboral**

Urakawa y Yokoyama (2009) en una investigación con una muestra de trabajadores y con el objetivo de estudiar el SOC como factor predictor de la salud mental y de la satisfacción laboral de los mismos, encontró resultados favorables y acordes con este objetivo. El SOC presentaba la capacidad en las personas con puntuaciones altas en éste, de movilizar los recursos necesarios para afrontar el estrés laboral en los trabajadores. El SOC se muestra como un factor predictor y protector frente al estrés laboral, además de predecir el estado de salud mental de los trabajadores, y la satisfacción laboral de éstos. En la misma dirección se encuentran los resultados de Malinauskiene, Leisyte y Malinauskas (2009) pero en el colectivo de enfermeras. En este caso, se encontraron que las características laborales adversas fueron asociadas con alteraciones en la salud mental de estos profesionales. Poseer un alto y fuerte SOC se muestra predictor de estos estados de malestar psíquico y de bienestar en el trabajo.

En un meta-análisis sobre sentido de coherencia y satisfacción laboral realizado por Strümpfer y Bruin (2009) encontraron 33 estudios llevados a cabo con los cuestionarios SOC-29 y SOC-13, que mostraban correlaciones entre ambas variables de 0,43 y 0,41 respectivamente. Concluyen tras la revisión de estudios que el SOC está positivamente relacionado con la satisfacción laboral, explicando la primera de un 18% a un 25% de la segunda.

Strümpfer y Mionzi (2001) proceden a realizar tres estudios con muestras distintas de trabajadores, para analizar el sentido de coherencia a través de las escalas de Antonovsky, el SOC-29 y el SOC-13, y actitudes en el trabajo como la satisfacción laboral, la implicación en el trabajo y el compromiso organizacional. Encuentran que ambas escalas correlacionan significativamente con la satisfacción laboral. En un análisis de regresión múltiple donde se analizan las tres variables junto con las puntuaciones en el SOC-29, sólo la satisfacción laboral pudo explicar el 35% de la varianza de las puntuaciones en sentido de coherencia.

La actitud positiva hacia el trabajo también ha sido estudiada, mostrando una asociación positiva con el sentido de coherencia (Axelsson et al., 2005). Un estudio realizado con docentes de enfermería en Finlandia mostró resultados peculiares en cuanto a la actitud hacia el trabajo, ya que se encontraron relaciones positivas entre sentido de coherencia y la satisfacción laboral de éstas. Enfermeras con un nivel más alto de SOC, mostraban una mayor satisfacción en su lugar de trabajo, percibían menor carga de trabajo, y menores efectos del estrés, además de percibirse con mayor competencia y mejor estado de salud (Harri, 1998)

El concepto de salutogénesis se examinó con objeto de saber de qué manera podría influir en el contexto organizacional (compromiso organizacional, implicación en el trabajo y la satisfacción laboral). Se comprobó que existía una relación significativa entre los componentes de la salutogénesis (sentido de coherencia, personalidad resistente) y los componentes del contexto organizacional (Viviers, 1998).

## 2.5. Sentido de Coherencia y otras variables

En cuanto a otras variables personales como la edad o el género, se pueden citar los siguientes estudios. En 16 de los 67 trabajos analizados se estudió la influencia de la edad en las puntuaciones de sentido de coherencia. Entre ellos se encontró únicamente un trabajo longitudinal (Honkinen et al. 2008; citado en Rivera et al. 2014), en el que se encontró que no existían diferencias significativas ( $d=0,02$ ) en el sentido de coherencia de adolescentes finlandeses entre los 15 y los 18 años.

En relación a esta variable, existen estudios con resultados contradictorios, puesto que algunos apuestan por la estabilidad del SOC durante la adolescencia (Jellesma, Rieffe, Terwogt y Kneepkens, 1990). Otros estudios transversales apuntan la existencia de diferencias significativas asociadas a la edad, con puntuaciones más elevadas en los grupos de menor edad (Natvig, et al., 2006; Nilsson, et al., 2007; citado en Rivera, et al., 2014). Resultados éstos que resultan ser contradictorios a aquellos que muestran mayores puntuaciones en adolescentes mayores (Magen, et al., 1992; Rivera, et al., 2014).

En Zirke et al. (2007), con pacientes psicossomáticos, no se encuentran diferencias significativas en género pero sí en la edad. Como se puede apreciar, son necesarios más estudios que analicen la existencia de diferencias o no en este sentido, atendiendo a diferentes grupos de edad, para comprobar la estabilidad o las diferencias que puedan haber entre personas de distinta edad.

Un 65% (15) de los 23 trabajos analizados por Rivera et al. (2014) destacan la influencia del género en las puntuaciones de sentido de coherencia, encontrando diferencias entre chicos y chicas adolescentes, aunque con un tamaño del efecto bajo ( $d$  de Cohen

entre 0.2 y 0.4), observándose una tendencia a admitir diferencias a favor de los chicos en esta etapa evolutiva. Tan sólo uno de los 15 trabajos mostró un tamaño del efecto medio ( $d=0.64$ ). En el resto de los 23 trabajos no se encontraron diferencias significativas o el tamaño del efecto fue mínimo ( $d < 0.1$ ). Estos resultados son similares a los encontrados en los estudios con adultos, donde se muestran niveles superiores del SOC en hombres (Eriksson y Lindström, 2005; 2007). Un estudio sobre el SOC y el estrés laboral en enfermeros puso de manifiesto que no había diferencias en relación al género, no siendo significativas las diferencias encontradas en SOC en este sentido (Yoshida, Yamada y Morioka, 2014). Los tres estudios llevados a cabo por Strümpfer y Mionzi (2001) no revelan diferencias significativas en cuanto a la variable género, al igual que en Hernández, et al. (2010).

En cuanto al *nivel socioeconómico*, son pocos los estudios que revelan resultados en relación al sentido de coherencia. De hecho, fueron 6 los trabajos que trataron esa variable, y de todos ellos, 4 no mostraron diferencias significativas. Dos de los estudios sí mostraron diferencias significativas en el SOC asociadas al nivel socioeconómico. Existe un vacío en la investigación sobre el nivel socioeconómico en relación al sentido de coherencia, haciéndose necesaria la ampliación de estudios en este sentido (Rivera et al., 2014).

### **3. Estudios Empíricos sobre Inteligencia Emocional**

Como se indica en Mestre y Fernández-Berrocal (2007), el aumento considerable del interés por el concepto de la inteligencia emocional se produjo tras la popularización del término por Goleman, a partir de 1995 y de su segunda obra en 1998. Estos autores revisaron los artículos publicados entre 1999 y 2005, obteniendo un gran volumen de publicaciones, sobre todo, en tres principales ámbitos: trabajo (22,03%), salud (20,58%) y educación (14,78%), y otros (42,61%). A continuación

detallaremos los aspectos más relevantes encontrados en torno a las principales variables del presente estudio, y otras variables de importancia por su relación con las estudiadas.

### **3.1. Inteligencia Emocional y rendimiento laboral**

Diversos estudios han mostrado la correlación positiva que presenta la inteligencia o competencia emocional con algunas variables en el ámbito laboral o profesional. Así mismo, los individuos emocionalmente inteligentes son mejores líderes, capaces de generar entusiasmo y esperanza en sus ideas. Además, presentan un mayor rendimiento en la toma de decisiones en grupo, en la efectividad grupal y un alto rendimiento en su trabajo.

Otros estudios muestran que la inteligencia emocional está también relacionada positivamente con la sensibilidad interpersonal, la sociabilidad, la tolerancia al estrés y el potencial para el liderazgo. Se puede destacar, por tanto, que las habilidades emocionales contribuyen tanto al rendimiento de la tarea como a la facilitación interpersonal. Así, la habilidad para regular emociones puede ayudar a los miembros de una organización a desempeñar eficazmente una tarea y a tomar las decisiones adecuadas bajo presión. Puede llegar a reducir en los empleados el *burnout* y a mantenerse productivos y motivados en períodos estresantes de cambio en la organización (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

La inteligencia emocional favorece el rendimiento laboral de los individuos, permitiéndoles cultivar relaciones positivas entre los compañeros, o trabajando de forma eficaz en equipo. Por otro lado, la inteligencia emocional permite regular las emociones de una manera correcta, por lo que favorece un afrontamiento positivo frente al estrés laboral, un buen desempeño bajo circunstancias de presión y una

buena adaptación a los cambios organizacionales. La inteligencia emocional se relaciona con el mérito y el rango en la empresa, pero no con el salario (Lopes, Grewal, Kadis, Gall y Salovey, 2006).

Al igual que en otros ámbitos de la vida, en el trabajo ejerce una gran influencia las habilidades emocionales, considerándolas como una variable facilitadora de las metas u objetivos a conseguir, entre otros aspectos. Así, por ejemplo, las habilidades emocionales ayudan a desempeñar una tarea correctamente bajo un estado de presión o estrés, ayuda a reducir el *burnout* (síndrome de estar quemado por el trabajo) en los empleados, ayuda a mantenerse productivos y motivados en los períodos estresantes de la organización, y a tomar las decisiones adecuadas en momentos de conflicto o presión. Al igual que en la ejecución de la tarea, las habilidades emocionales ayudan en la relación interpersonal en una organización, facilitando la conducta prosocial, la adaptación a los cambios de la misma, a influir en los demás de forma eficaz para conseguir que hagan lo que se pretende y cumplan su tarea, aumentando por tanto el rendimiento laboral de los empleados de la organización (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

Un estudio de Cummings, Hayduk, y Estabooks (2005), demostró que los profesionales de enfermería que mejoraban las competencias propias de la inteligencia emocional, desarrollaban un menor cansancio emocional, menos síntomas psicósomáticos, mayor salud emocional, más satisfacción con su trabajo, y mayor conocimiento de las necesidades de sus pacientes, al contrario de los profesionales que no basaban su liderazgo en dichas competencias.

Ortiz-Acosta y Beltrán-Jiménez (2011) indagaron acerca de la posible existencia de una relación entre la inteligencia emocional y el desgaste laboral, medido con el MBI (*Maslach Burnout Inventory*), encontrando que el factor “atención emocional” se relacionaba

negativamente con el “agotamiento”, la “claridad emocional” se relacionaba de forma positiva significativamente con “realización personal”, y de forma negativa con “agotamiento” y “despersonalización”, al igual que “reparación emocional”. Los análisis de regresión mostraron que el desgaste laboral se predecía por una baja atención y claridad emocional.

La habilidad emocional, y en concreto, la habilidad para regular las emociones, desde el punto de vista del modelo de habilidad de Salovey y Mayer (1997), se encuentra relacionada con algunas variables en el ámbito laboral, y en concreto en el ámbito docente. Así, se han hallado resultados donde la regulación de las emociones estaba relacionada con el *burnout* y con la salud mental de profesores de enseñanza secundaria. Las puntuaciones en regulación emocional del MSCEIT estaban positivamente relacionadas con autoinformes de salud mental (felicidad, nerviosismo y depresión en las semanas previas al estudio); además, también se encontraron puntuaciones en regulación emocional negativamente asociadas con las encontradas en “despersonalización” del Maslach *Burnout* Inventory (Maslach y Jackson, 1986), citado en Mestre y Fernández-Berrocal (2007).

### **3.2. Inteligencia Emocional en la profesión Docente**

La responsabilidad del docente en el ámbito educativo va más allá de la mera enseñanza de unos contenidos teóricos o prácticos. La calidad del proceso educativo incluye también la enseñanza de valores éticos, morales, facilitador de la motivación y de ciertas competencias necesarias para afrontar situaciones o problemas. Por tanto, la calidad del docente universitario debe contemplar una serie de competencias, habilidades o actitudes que conduzcan a una praxis centrada en la formación integral del alumno como persona. Estos argumentos reflejan el pensamiento educativo de Savater (2000), citado en Rietveldt,

Fernández y Luquez, 2009), donde muestra la relevancia de lo ontológico de la educación, haciendo hincapié en el crecimiento humano en valores, hábitos, actitudes, convivencia y calidad de vida, con el objetivo de formar al ser humano en la interrelación y convivencia social.

Los docentes asumen una formación en competencias socioemocionales de manera “formal” en los centros educativos, pero también la capacidad de modelar que tienen éstos en cuanto a resolución de problemas y conflictos o la habilidad para manejar diversas situaciones, conforman el aspecto “informal” de esta enseñanza socioemocional. Colom y Froufe (1999), citado en Mestre y Fernández-Berrocal (2007), enumeran algunos aspectos esenciales que deben desarrollar los profesores y los alumnos en el ámbito escolar, como por ejemplo: a) aprender a etiquetar las sensaciones, no a las personas o las situaciones; b) analizar sus propias sensaciones, en lugar de las acciones o los motivos de los demás; c) acostumbrarse a preguntar a los demás cómo se sienten; d) tomarse tiempo para reflexionar sobre las propias sensaciones; e) identificar los deseos y temores; f) identificar las necesidades emocionales insatisfechas; g) ser responsables de sus emociones y de su felicidad, evitando la creencia de que son los demás los responsables de sus propias sensaciones; h) no esperar a que los demás le hagan a uno feliz; i) expresar las emociones y averiguar a quién le importan; j) desarrollar el valor para ser consecuente con las propias sensaciones.

En definitiva, atendiendo a estos supuestos, se pretende que las personas valoren sus propios sentimientos en las situaciones, que pongan en práctica un proceso de autoconocimiento de las emociones que surgen en las diversas circunstancias, de modo que una vez reconocidas, seamos capaces de mejorarlas y de transformar aquellas sensaciones negativas en otras más adaptativas.

En Rietveldt et al. (2009) se exponen los resultados que se obtuvieron tras la realización de varias entrevistas a los docentes sobre las competencias necesarias del docente universitario. Una vez analizadas se consiguieron vislumbrar una serie de competencias básicas como son: competencia académica (conocer la asignatura), competencia didáctica, competencia organizativa (analizar la situación, establecer las prioridades,..) y unas competencias emocionales basadas en la autoconciencia de las emociones (conocer los propios estados de ánimo) y la autorregulación (manejo de las emociones), además de factores como la motivación, la empatía o las habilidades sociales. Así, los docentes, al intentar desarrollar ciertas competencias en los estudiantes, deben reflexionar primero y seleccionar aquellas estrategias que le permitan dicho cambio.

El docente deberá guiar al estudiante en su proceso de aprendizaje, motivándole, enseñándole a descubrir sus potenciales, mostrándole estrategias para permitir que su aprendizaje sea más eficaz. La inteligencia emocional, como vínculo para poder desarrollar dichas competencias en el alumnado, deberá estar presente en el docente, con el objetivo de que éste pueda llegar hasta el alumno, comprender su estado emocional y ayudarlo en el proceso de aprendizaje no sólo de los conocimientos de la materia, sino de como se ha mencionado antes, los valores, la autoconciencia, el trabajo en equipo, el trabajo cooperativo, en definitiva, competencias que los estudiantes deben desarrollar durante su proceso de aprendizaje.

Se propone un modelo de formación para maestros y maestras que atienda, no sólo a conceptos, procedimientos y actitudes por separado, sino que deriven en una competencia integrada en "un saber, un saber hacer y un saber estar". Este hecho supone atender a una inteligencia integral, a la que se puede definir como la unión e integración de la inteligencia racional, emocional, actitudinal o social.

Esta visión integradora, que está presente también en la finalidad de la educación que formula la UNESCO (1996), se sintetiza en un "aprender a ser" (García y Colom, 2002).

Los currículos para la formación de los docentes no pueden basarse únicamente en los aspectos científicos, puesto que lo afectivo y emocional es fundamental para el desarrollo cognitivo y, además, conduce al equilibrio psíquico del ser humano (Sastre, Moreno y Timón, 1998; citado en García y Colom, 2002). De ahí la necesidad de que la propuesta sea desarrollar la inteligencia integral del futuro docente y profesorado en activo.

La inteligencia racional implicará un enfoque científico-racional de la realidad, teniendo una visión ecológica, sistémica de la realidad, que abarca desde la evaluación y comprensión de ésta, las relaciones entre los elementos del sistema, la visión histórica-evolutiva de las personas, los procesos y las instituciones hasta la evaluación de aspectos positivos y necesidades. La inteligencia emocional exigirá el dominio de las relaciones interpersonales, capacidad para motivarse uno mismo, saber tomar decisiones en equipo, resolver conflictos, negociar soluciones y propuestas de mediación. Mientras que la inteligencia actitudinal permitirá una predisposición positiva y de mejora ante la situación y las demandas del contexto (García y Colom, 2002). Autores como Edannur (2010) también otorgan una gran importancia a la inteligencia emocional como aspecto básico para la formación de las personas, y sobre todo, de los docentes, por ello, indagó en el nivel de inteligencia emocional que presentaba una muestra de formadores de profesores.

La puesta en práctica de programas de educación emocional requiere una formación previa del profesorado. Por los datos de que disponemos, se puede afirmar que el desarrollo de competencias

emocionales de forma intencional y sistemática está, en general, bastante ausente en los programas de formación de maestros. Consideramos que la formación inicial debería dotar de un bagaje sólido en materia de emociones y sobre todo en competencias emocionales. Esto por diversas razones: como aspecto esencial del desarrollo profesional del maestro y por extensión para potenciar el desarrollo en el alumnado. Esto permite afrontar mejor la tarea educativa en toda su complejidad. Para ello, sería necesario recurrir a instaurar una asignatura sobre *Educación emocional* en la formación inicial del profesorado, tanto de educación infantil y primaria como de secundaria (Bisquerra, 2005).

El estudio de Extremera y Fernández-Berrocal (2005) mostró que los profesores que puntuaban más en la dimensión de manejo emocional del MSCEIT informaban mayor claridad emocional, mejor salud mental, mayor realización personal y menores niveles de despersonalización. Además, los análisis de regresión demostraron que los niveles de manejo emocional de los profesores eran significativos aún cuando se controlaba la edad, sexo y sus niveles percibidos de manejo emocional. En general, este estudio indica que las pruebas de ejecución o habilidad de manejo emocional proporcionan validez incremental en la predicción de la salud mental y los niveles de *burnout* de los profesores independientemente de sus niveles percibidos de manejo emocional. Estos resultados apoyarían la diferencia conceptual entre nuestra capacidad percibida de manejo emocional y nuestra capacidad real de manejarlos emocionalmente en situaciones de nuestra vida cotidiana.

Las mujeres se perciben con mayor capacidad para atender a las emociones mientras que los jóvenes y estudiantes de educación comprenden mejor las emociones propias y los docentes de más edad son capaces de reparar mejor sus emociones activando una serie de

estrategias (Palomera, Gil-Olarte y Brackett, 2006). El estudio de Corcoran y Tormey (2013) presenta sus resultados no muy favorables puesto que muestra una ausencia de relación entre la inteligencia emocional y el desempeño docente de una muestra de profesores. Al igual les ocurrió con la variable género y los logros académicos previos.

Cougar y West (2011) analizaron los indicadores tradicionales de la calidad docente, por medio de puntuaciones en pruebas a las que se sometían una muestra de profesores en formación, de los niveles de inteligencia y de inteligencia emocional. Uno de los objetivos del estudio era demostrar la independencia de ésta última con respecto a la inteligencia general, como una competencia necesaria en la formación de los docentes para su praxis diaria, pero a la vez, independiente de resultados generados por la capacidad cognitiva general. El estudio mostró resultados a favor de esta hipótesis, mostrando a la inteligencia emocional como una variable predictora de la calidad docente, pero a la vez, independiente de la inteligencia general del individuo, tal y como proponían Mayer et al. (2004) y Rosen y Kranzler (2009), citados en Cougar y West (2011). En esta misma línea, se encuentra el estudio de Haskett (2003) en el que se relaciona un buen nivel de inteligencia emocional de docentes universitarios con prácticas exitosas en su labor docente.

Se ha analizado la inteligencia emocional como variable predictora del éxito de futuros profesionales de la educación, estudiando a alumnos de Pedagogía, e investigando la relación entre la IE y las evaluaciones de sus trabajos prácticos. Así Walter y Marcel (2013) encontraron una relación positiva y significativa entre algunos de los componentes de la IE, como la regulación y utilización de las emociones. Sin embargo, la relación entre la IE y la expresión de emociones se mostró negativa en la muestra escogida.

Los docentes universitarios son un grupo relativamente poco estudiado. El estudio de Barraca (2010) revela que existen niveles medios de estrés laboral, de *mobbing* y *burnout* en este sector de la enseñanza, y más en concreto, los profesores asociados y ayudantes. Esta situación genera en el docente un bajo rendimiento en su trabajo, un descenso en su satisfacción laboral, además de ocasionarle problemas a nivel físico y emocional.

### **3.3. Inteligencia Emocional y Salud**

En Bermúdez, Teva y Sánchez (2003) se presentan unos resultados curiosos acerca de la relación existente entre la inteligencia emocional, la estabilidad emocional y el bienestar psicológico. En el estudio se concluye que a mayor inteligencia emocional, mayor bienestar psicológico percibe la persona. Así, como indica Goleman (1995), citado en Bermúdez, et al. (2003), la inteligencia emocional comprende numerosas capacidades, tales como el autocontrol, la persistencia, la demora de la gratificación y la automotivación, por lo tanto, la persona emocionalmente competente, sentirá un mayor bienestar psicológico porque presentará una mayor percepción de control sobre las demandas del entorno, y como consecuencia, reflejará una mayor satisfacción personal, laboral y en otros ámbitos diferentes de su vida.

El estudio citado también pone de manifiesto una relación positiva y significativa entre la inteligencia emocional y la estabilidad emocional. De este modo, una persona con elevada inteligencia emocional, presentará una serie de habilidades tales como, tolerancia a la frustración, mayor control de estados tensionales, actitud más positiva con respecto a uno mismo, y como conclusión, un mayor control conductual y emocional, que haría que una persona supiese afrontar de forma adaptativa los sucesos y situaciones difíciles que se le presentasen. De igual forma, en Avsec, Mansec y Komidar (2009)

aparece una relación positiva y significativa entre la inteligencia emocional y el bienestar psicológico de docentes de enseñanzas básicas y secundarias.

Algunas investigaciones se han centrado en el análisis de ciertas variables como factores protectores de la salud mental, o para discriminar entre grupos clínicos, con algún diagnóstico de grupos no clínicos. Góngora y Casullo (2009) estudiaron la inteligencia emocional, la autoestima, y los valores en una muestra de sujetos con trastornos depresivos y de ansiedad, y con población normal. Encontraron que tanto la "autoestima" como algunos aspectos de la inteligencia emocional (medida con la Escala de Bar-On), tales como "felicidad", "manejo del estrés" y "estado de ánimo", distinguieron entre sujetos con alta y baja ansiedad, y entre sujetos clínicos y no clínicos. Estas autoras concluyen que ciertas variables incluidas dentro de la llamada Psicología Positiva influyen en las variables psicopatológicas, por lo que pueden ser objeto de intervención clínica.

La inteligencia emocional posee una relación con la salud percibida positiva, es decir, niveles altos de inteligencia emocional se asocian con niveles elevados de salud percibida. Además, estudios hechos con directivos y mandos intermedios estudiados han mostrado una relación negativa entre la inteligencia emocional percibida y el nivel de estrés percibido (Luque-Reca, Augusto-Landa y Pulido-Martos, 2014).

### **3.3.1. Estudios empíricos con TMMS y Salud**

Goldman, Kreaemer y Salovey (1996) abrieron el camino en el ámbito de los estudios que trataban sobre la relación de la inteligencia emocional y la salud. Comenzaron con el estudio del papel moderador de la inteligencia emocional sobre el estrés y la percepción de síntomas

físicos y de salud general de los estudiantes universitarios. Constató el papel moderador de la inteligencia emocional en cuanto al estado de salud y percepción del estrés en esta muestra. A estos estudios les siguieron otros, como los de Martínez-Pons (1997), citado en Mestre y Fernández-Berrocal (2007), encontrando correlaciones positivas entre la inteligencia emocional y la satisfacción vital y correlaciones negativas con la sintomatología depresiva.

La inteligencia emocional percibida medida con el TMMS-24 en un miembro de una pareja no posee una relación directa con la salud mental del otro miembro. Sin embargo, la salud mental de los miembros de la pareja parece ser predicha primero por su propia percepción de inteligencia emocional, y en segundo lugar por la salud mental de su pareja (Sánchez, Montañés, Latorre y Fernández-Berrocal, 2006).

Otros estudios han puesto de manifiesto la relación entre el apego parental y la inteligencia emocional, así, los hijos que presentaban mayores niveles de apego parental informaban de menores niveles de estrés percibido, mayor confianza en su habilidad para atender y regular sus emociones negativas, mayor uso de estrategias para bloquear pensamientos que llevan a emociones negativas (McCarthy, Moller y Fouladi, 2001; citado en Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

Gohm y Clore (2002) en una revisión de estudios mostraron que la capacidad para atender, comprender y regular nuestras propias emociones se asociaba con un estilo de afrontamiento más adaptativo, incluyendo estrategias tales como la reinterpretación positiva, el afrontamiento activo, la planeación de la acción y mayor búsqueda de apoyo social y emocional. En consonancia con lo expuesto aquí, estos autores encontraron también una relación positiva entre bienestar emocional y puntuaciones elevadas en el TMMS en estudiantes universitarios.

Otro de los aspectos investigados en este sentido ha sido la relación entre la ansiedad, la percepción de salud, las conductas de salud y la inteligencia emocional. Latorre y Montañez (2004) han obtenido unos resultados favorecedores hacia el constructo de la inteligencia emocional, mostrando que una baja ansiedad se encontraba relacionada con la claridad y reparación emocional y con una alta percepción de salud y de bienestar. En la misma línea se encuentran los resultados obtenidos por Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro (2006) o Extremera y Fernández-Berrocal (2006) en cuanto al carácter predictivo de la atención, claridad y reparación emocional sobre los niveles de ansiedad y depresión, y diferentes áreas relacionadas con la salud mental, social y física de los estudiantes universitarios.

Los estudios basados en la medida de la inteligencia emocional percibida (IEP) evaluada con el TMMS, y puesto en relación con la salud, manifiestan unos resultados positivos en cuanto al papel moderador o protector de la inteligencia emocional en cuanto a la puesta en marcha de ciertas conductas favorecedoras de la salud. Así, presentar puntuaciones altas en inteligencia emocional, nos hace menos vulnerables a sintomatología ansiosa o depresiva, y eleva nuestra sensación de felicidad y bienestar emocional.

El perfil adecuado de una persona que se percibe con inteligencia emocional en el TMMS, es cuando obtiene una puntuación media en “atención”, y niveles altos en “claridad” y “reparación”. En ocasiones se ha investigado cuál es la mejor medida de la inteligencia emocional con respecto a la salud, si la evaluada con el MSCEIT o con el TMMS; sin duda con el primero obtenemos una medida real de la habilidad en cuanto a inteligencia emocional. No obstante, con el segundo se obtiene una medida de la percepción o la creencia acerca de nuestras habilidades en ese sentido, de forma que como demuestra

con sus estudios Gohm, citado en (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007), el uso efectivo de las habilidades en inteligencia emocional viene determinado por la percepción que se tenga de las mismas.

### **3.4. Inteligencia Emocional y Satisfacción Laboral**

En este punto del capítulo se describen los principales hallazgos sobre el papel de la inteligencia emocional encontrados en el ámbito laboral, en concreto, las relaciones que puede mantener con la satisfacción laboral. Se abordarán algunos ámbitos de trabajo citando algunos estudios en docentes universitarios, aunque son escasas las investigaciones en este sector de la enseñanza.

Johnson e Indvik (1999) estudiaron la relación entre la inteligencia emocional y diversas variables implicadas en el ámbito laboral. Así, objetivaron que las personas que poseían una alta inteligencia emocional, podrían desempeñar una mejor comprensión de las emociones y de las demás personas con las que trabajaban, dando como resultado unas relaciones sociales mejores. Así, también se ha mostrado que una alta IE se relaciona con una mayor habilidad para persistir y tolerar la frustración, una mayor capacidad de controlar los impulsos, un mayor control de las emociones y una mayor capacidad de empatizar con los demás.

Naderi (2011) en su estudio sobre la inteligencia emocional y la relación con la satisfacción y el compromiso laboral, indica que existen diferencias significativas en cuanto a los dos primeros. También mostró resultados significativos en cuanto a la relación de la IE con el género, encontrando resultados más elevados de IE en mujeres que en hombres, pero no así en satisfacción laboral o en compromiso.

Augusto, López, Martínez de Antoñana y Pulido (2006) estudiaron la inteligencia emocional percibida y la satisfacción vital y laboral de docentes universitarios. En él, la relación entre satisfacción laboral e inteligencia emocional no resultó significativa, por lo que proponen que se investigue más a fondo esta cuestión, ya que los resultados de las correlaciones apenas explican el 1% de la varianza de ambas variables. Sin embargo, sí resultaron significativos los resultados obtenidos en el análisis de la relación entre la IE y la satisfacción vital.

Un estudio con docentes universitarios muestra una alta correlación entre las subescalas del TMMS-24, claridad y reparación emocional, y la satisfacción con la vida. El afecto positivo y negativo, además de la claridad emocional, fueron predictores de la satisfacción con la vida en estos docentes (Landa, López-Zafra, de Antoñana y Pulido, 2006).

Berrios, Augusto y Aguilar (2006) alcanzaron a objetivar una relación positiva entre la inteligencia emocional percibida, medida con el TMMS-24, y la satisfacción laboral, medida con el Overall Job Satisfaction (OJS) de Warr, Cook y Wall (1979), en una muestra de enfermeras. Además, la dimensión "reparación emocional" mantiene una relación positiva con los factores "satisfacción intrínseca" y "satisfacción general". Aquellos profesionales con mayor regulación emocional presentan índices más elevados de satisfacción laboral. La inteligencia emocional percibida explica parte de la varianza de la satisfacción laboral no explicada por otros factores evaluados (sexo, edad, elección de destino y turno de trabajo). Similares resultados encuentran Sener, Demirel y Sarlak (2009); Weng et al. (2011); y Gülerüz, Güney, Aydın y Asan (2008).

El estudio de Perea, Sánchez y Fernández-Berrocal (2008) expone los hallazgos relativos a la relación entre la inteligencia emocional

percibida, la satisfacción laboral, el síndrome de *burnout*, y las estrategias de afrontamiento. En este caso, la muestra fue de enfermeras, y aquellas con una alta regulación emocional presentaban mayor satisfacción laboral, tanto de forma global como en relación a la satisfacción laboral extrínseca.

Los niveles en inteligencia emocional de una muestra de docentes universitarios mostraron un fuerte impacto en la satisfacción laboral de éstos en cuanto a la enseñanza realizada (Hong-biao, John Chi Kin, Zhong-hua y Jin, Y, 2013).

### **3.5. Inteligencia Emocional y otras variables cognitivas**

Davies, Stankov y Roberts (1998) estudiaron las propiedades del constructo de la inteligencia emocional, las diferentes medidas de evaluación de la misma, y la relación de ésta con otras variables, como la personalidad y la inteligencia. Encontraron que la inteligencia emocional se relacionaba de forma negativa con los niveles de Neuroticismo y Psicoticismo encontrados en una muestra de estudiantes de Psicología, o de forma positiva, por ejemplo con las puntuaciones de Extraversión. Mientras que observaron independencia entre la inteligencia emocional y la inteligencia fluida y cristalizada. También encontró que la medida de inteligencia emocional se mostraba relacionada de forma negativa con medidas de ajuste emocional, tales como depresión y ansiedad, y también con la alexitimia.

Las emociones influyen en el pensamiento de diversas maneras. En el momento de tomar una decisión, las emociones influyen en la medida de riesgo que uno acepta, así, la felicidad puede estimular el pensamiento creativo. Comprender las consecuencias de la emoción puede aumentar la habilidad para usar la emoción como guía del

pensamiento y la toma de decisiones (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

La inteligencia emocional percibida (IEP) ha mostrado su influencia directa como factor explicativo de la varianza de las dimensiones del *burnout* en los docentes; además ejerce un efecto indirecto sobre la estrategias de afrontamiento "supresión de pensamientos" en el síndrome (Extremera, Fernández-Berrocal y Durán, 2003).

La inteligencia emocional se correlaciona positivamente con la estabilidad emocional de la persona. Los sujetos con mayor estabilidad emocional presentan una mejor autoestima, aceptan mejor las críticas, toleran más la frustración, y controlan mejor las situaciones de tensión emocional y su propio comportamiento en condiciones adversas. Por tanto, en el estudio de Paz, Teva y Sánchez (2003) se infiere de los resultados que a mayor inteligencia emocional, mayor bienestar psicológico de la persona.

La inteligencia emocional muestra relaciones positivas y estadísticamente significativas con la autoeficacia emprendedora; una estrecha asociación encontrada entre una categoría de la escala de autoeficacia, denominada *desarrollo de nuevos productos y oportunidades de mercado*, y algunas dimensiones que componen la inteligencia emocional (Salvador, 2008). En definitiva, las personas que tienen un adecuado desarrollo emocional se sienten más satisfechas, son más eficaces y más capaces de dominar los hábitos mentales que determinan la productividad (Goleman, 1996).

#### 4. La Satisfacción Laboral

En el ámbito sanitario Esteve, Larraz y Jiménez (2006), estudiando a unos 300 médicos aproximadamente, observan un 25,7% de morbilidad psiquiátrica, evaluada con el GHQ, sin encontrarse diferencias significativas con las variables propias del entorno laboral. La satisfacción laboral evaluada parecía proteger a las personas del malestar psíquico y de la sintomatología del *burnout*. La salud mental de los médicos parece estar protegida por una mayor satisfacción laboral. Ésta mantiene una relación inversa con el nivel de estrés laboral percibido por los médicos, protege del impacto del estrés laboral en la salud mental de los sanitarios. Los problemas de salud mental se asocian principalmente con la poca satisfacción en el trabajo.

Un estudio de Appleton, House y Dowell (1998) mostró que la salud mental y física de una muestra de médicos estaba influida por la carga de trabajo excesiva, el número de horas a la semana dedicada a él o las cuestiones administrativas. Casi el 60% de la muestra expuso que el trabajo estaba afectando a su salud y mostraron menores niveles de satisfacción laboral que en una encuesta anterior realizada.

Previamente, estudios como el de Rosse y Hulin (1985) o Verbrugge (1982) encontraron relaciones positivas y significativas entre la satisfacción laboral y la salud general.

En un estudio realizado con personal sanitario de un Hospital español se analizó la satisfacción laboral, la salud mental y el síndrome de *burnout*. Los trabajadores que estaban más satisfechos con su trabajo en general, mostraban mejor salud mental, no manifestaban malestar psíquico significativo. Aquellos en los que su satisfacción laboral era menor, presentaban mayor malestar psíquico, además de mayores niveles de *burnout*. La satisfacción con los aspectos intrínsecos del

trabajo resultó ser el factor que con más fuerza protege de este síndrome. La satisfacción con los compañeros y con los superiores se asociaba a un menor agotamiento emocional (Olza, 1998).

#### **4.1. Satisfacción laboral y salud en la profesión docente**

En el ámbito educativo es donde se han encontrado tasas más altas de ansiedad y estrés, junto con los profesionales del sector sanitario; niveles que afectan a la satisfacción laboral de los mismos (Milczarek, Schneider y Rial González, 2009). La baja satisfacción correlaciona con el nivel de salud mental de los docentes, reflejándose a través de síntomas como el agotamiento, debilidad, estrés, ansiedad e insomnio o intención de renuncia (Linares y Gutiérrez, 2010). Una mejor satisfacción laboral y una actitud optimista y positiva ante las presiones y demandas laborales generan una mayor movilización de recursos y de conductas saludables (Cohen, Kearney, Zegans, Kememy, Neuhausd y Stites, 1999). Cohen (1974) refiere que los docentes universitarios estudiados proponen como determinantes de su satisfacción laboral, la propia satisfacción con los alumnos y con su proceso de aprendizaje, mientras que los factores conducentes a la insatisfacción laboral tienen que ver con procesos administrativos o de la propia organización.

En el estudio llevado a cabo por Linares y Gutiérrez (2010) con 205 profesores de primaria, secundaria, preparatoria y universitarios, hallan niveles elevados de satisfacción con la supervisión, con los compañeros y con la naturaleza misma del trabajo. Los profesores universitarios son los que mejor satisfacción laboral manifiestan. No encuentran diferencias en relación a la edad y a la satisfacción laboral. Sin embargo, en cuanto al género, son las mujeres las que perciben menos satisfacción con el nivel de desarrollo y con los ingresos. En cuanto a la salud mental, la muestra presenta unos niveles altos; son los profesores de enseñanza primaria los que se perciben con menos salud mental. Los

factores que inciden en la salud mental de los docentes son, las relaciones con los compañeros y en menor grado, la naturaleza del trabajo. El factor más importante a la hora de predecir la salud mental deficitaria fue la naturaleza del trabajo. La satisfacción de los docentes en el ámbito universitario fue asociado positiva y significativamente con un buen clima organizacional percibido (Jaik, Tena y Villanueva, 2010).

En Padrón (1994) los profesores de enseñanzas no universitarias están muy satisfechos en cuanto a la interacción con sus alumnos, con la organización del centro, con la tarea, el estilo de enseñanza y con los compañeros de trabajo. Se muestran menos satisfechos con los padres de los alumnos, con la administración educativa y con su formación profesional.

Alonso (2006) en una muestra de personal de administración en la Universidad de Huelva evalúa la satisfacción laboral, encontrando algunas diferencias en cuanto al sexo, siendo las mujeres las que están más satisfechas en general, sobre todo con el salario. Están menos satisfechas con el horario de trabajo y con las oportunidades de promoción. En cuanto a la edad, son los mayores de 45 años los que están más satisfechos. Referente al tipo de contrato, los funcionarios están más satisfechos, sobre todo con la relación con los compañeros y con el jefe inmediato. También encuentra una diferencia significativa en cuanto a la antigüedad, siendo los que llevan más de 8 años los que están más satisfechos en general.

Una tercera parte de los docentes universitarios de los Institutos Universitarios de Camibas y Maracaibo, del Estado de Zulia, estaban satisfechos con su trabajo, en concreto, fueron los determinantes intrínsecos los que les condujeron les a ese estado, sobre todo, los que tienen que ver con el reconocimiento propio del trabajo y la capacidad para motivarse. Además, una tercera parte de estos sujetos

presentaban estrés laboral, producido en su mayoría por la percepción de sobrecarga de trabajo (González, 2008). La insatisfacción se relaciona con la intención de abandonar la profesión, encontrándose una asociación positiva y significativa entre ambas (Padilla, Jiménez y Ramírez, 2013).

En Sánchez y Clavería (2005) estudiaron la salud, la satisfacción laboral y los niveles de *burnout* en una muestra de docentes universitarios de Lleida. Tuvieron en cuenta algunas variables laborales como la antigüedad en el puesto, la facultad, el departamento, la categoría laboral o si tenían algún cargo de gestión. La mayor insatisfacción se encontró en las categorías de asociados y titulares. El nivel de insatisfacción general fue moderado. En la muestra hubo un porcentaje alto de personas sintomáticas y presentaron un nivel moderado de *burnout* siendo mayor en mujeres y en docentes jóvenes.

#### **4.2. Satisfacción laboral y variables sociodemográficas**

Aunque los resultados no son concluyentes en cuanto a la relación de la satisfacción laboral de los docentes universitarios y el género, existen estudios que abogan por unos mayores niveles de estrés, mayores tensiones y menor grado de satisfacción laboral en las mujeres docentes (Beliaeva et al., 2001; Sharpley et al., 1996). En Herranz (2004) el 90.6% de los docentes universitarios se muestran muy satisfechos o satisfechos con su trabajo; siendo las mujeres las que están más satisfechas con su trabajo, pero no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Los docentes de más edad se muestran más satisfechos con su trabajo, como se ha expuesto en el apartado anterior del capítulo (Sáenz y Lorenzo, 1993). Se estudió la satisfacción laboral en una muestra de docentes universitarios británicos (Oshangbemi, 1997) obteniendo resultados favorables según tenían más edad. Sólo un 7% de los docentes de más de 55 años se mostraba

insatisfecho con su trabajo. En cuanto a las variables relacionadas con la satisfacción laboral, estudiadas en una muestra de sanitarios, se puede decir que con respecto a la edad y el sexo no se encuentran diferencias significativas, mientras que en otros estudios sí se hallan diferencias en cuanto al sexo, siendo más alta la satisfacción en los varones (Olivar, González y Martínez, 1999).

Al contemplar el *estado civil* en relación a la satisfacción laboral, no se puede contrastar de forma clara con los estudios existentes, puesto que son muy escasos. En concreto, Leung et al. (2000) considera que los docentes casados tendrán menos tensiones y mayor satisfacción laboral. En el mismo camino se hallan los resultados de Álvarez (2007).

En general, los docentes no suelen estar muy satisfechos con la *remuneración* percibida, así lo muestran estudios como el de Guerrero (1997) o Beliaeva et al. (2001). En Fernández (1991) el 67% de los docentes mostraron insatisfacción con la remuneración. Semejante cifra encontramos en Sáenz y Lorenzo (1993), siendo el 50% de la muestra la que se encuentra insatisfecha por este aspecto. El 31.1% de los docentes universitarios en Herranz (2004) consideraban que su remuneración estaba bastante mal.

El apoyo social y las *relaciones con los compañeros* en el trabajo se consideran un factor importante en el desarrollo de los sentimientos de insatisfacción hacia el trabajo (Sáenz y Lorenzo, 1993; Cebrían y Serrano, 1991). La interacción del profesorado con los *estudiantes* parece ser una de las fuentes principales de estrés laboral (Gmelch et al., 1986). Sin embargo, Sáenz y Lorenzo (1993) consideran que ésta se trataría de una fuente de satisfacción en los docentes, sobre todo en aquéllos con mayor edad, puesto que los docentes noveles presentan mayores niveles de insatisfacción.

Existen diversas fuentes de presión laboral en el contexto docente universitario, por ejemplo, en el estudio de Álvarez (2007) se contemplan como tales las presiones derivadas de la labor educativa en el aula, las derivadas de la vida cotidiana en el aula, las propias de la organización administrativa y la flexibilidad de la tarea docente.

Aquellos docentes que imparten clase en pregrado obtienen mayores niveles de satisfacción en general, que los que imparten clase en posgrado. La satisfacción laboral no presenta diferencias significativas en cuanto a la *categoría laboral* del docente, siendo algo mayor en categorías superiores. En cuanto al *tipo de contrato*, contratado o funcionario, el primero obtiene mayores niveles de satisfacción laboral, siendo una diferencia significativa. Los docentes con dedicación exclusiva están más satisfechos con su puesto de trabajo.

En general, con las *tareas docentes*, de investigación y gestión, los docentes suelen tender a manifestar una satisfacción baja, siendo más acusada con las tareas de gestión. La satisfacción laboral aumenta a la vez que la categoría laboral del docente. La vinculación laboral indefinida junto a una categoría superior conforman uno de los mayores pilares de la satisfacción laboral docente (Leung, Siu y Spector, 2000; Beliaeva et al., 2001).

El 90% de los docentes encuestados por Believa et al. (2001) se sentían satisfechos con su trabajo, y únicamente un 8% se mostró realmente insatisfecho. En cuanto a la categoría laboral no se encuentran diferencias significativas, aunque sí es mayor el porcentaje de casos satisfechos en catedráticos de universidad (Herranz, 2004). Con respecto a la *antigüedad en el puesto de trabajo*, se observa una mayor satisfacción laboral en el grupo de personas que llevaban menos de tres años trabajando. La edad, el sexo y la categoría laboral

muestran menor influencia en la alta satisfacción (Robles-García et al., 2005).





## II. MARCO EMPÍRICO. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

---



# CAPÍTULO 6

---

## OBJETIVOS E HIPÓTESIS

---



# Capítulo 6. Objetivos e Hipótesis

---

## **1. Objetivos**

1.1. Objetivos Generales

1.2. Objetivos Específicos

## **2. Hipótesis**

2.1. Descriptivas

2.2. Contraste de Hipótesis

2.3. Correlacionales

2.4. Predictivas



# Objetivos e Hipótesis

---

## 1. Objetivos

### 1.1. Objetivo General

- 1.1.1. Analizar en qué medida la Salud Mental y la Satisfacción Laboral de los docentes universitarios están influidos por el Sentido de Coherencia, la Inteligencia Emocional, y ciertas variables sociodemográficas y propias del entorno laboral.

### 1.2. Objetivos Específicos

- 1.2.1. Describir las variables personales (edad, género, estado civil, hijos) y laborales (años de antigüedad en docencia, categoría profesional, dedicación, titulación, grado académico, departamento, tipo de docencia, asignaturas asignadas, y cargos de gestión).
- 1.2.2. Explorar la Salud Mental percibida y el Estado de Salud en los docentes universitarios (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión).
- 1.2.3. Estudiar el nivel de Inteligencia Emocional Percibida (IEP) en una muestra de docentes universitarios.
- 1.2.4. Describir el Sentido de Coherencia (SOC) de una muestra de docentes universitarios.
- 1.2.5. Conocer el grado de Satisfacción Laboral de una muestra de docentes universitarios.
- 1.2.6. Establecer las diferencias entre las variables *personales* (edad, género, estado civil, hijos) y *laborales* (años de antigüedad en docencia, categoría profesional, dedicación, titulación, grado académico, departamento, tipo de docencia, asignaturas asignadas, y cargos de gestión) en relación a la

Inteligencia Emocional Percibida, la Salud Percibida, el Sentido de Coherencia y la Satisfacción Laboral.

- 1.2.7. Hallar las relaciones existentes entre la Inteligencia Emocional Percibida y la Salud Percibida en los docentes.
- 1.2.8. Describir la relación entre Inteligencia Emocional Percibida y Sentido de Coherencia.
- 1.2.9. Examinar el tipo de relación que mantienen la Inteligencia Emocional Percibida y la Satisfacción Laboral.
- 1.2.10. Analizar la relación entre el Sentido de Coherencia y la Salud Percibida.
- 1.2.11. Identificar de qué manera están asociados el Sentido de Coherencia y la Satisfacción Laboral.

## 2. Hipótesis

### 2.1. Descriptivas

- **H1:** En la muestra de Docentes Universitarios habrá un elevado Estado de Salud Percibido.
- **H2:** En la muestra de Docentes Universitarios habrá una Salud Mental elevada y positiva.
- **H3:** En la muestra de Docentes Universitarios habrá un elevado Sentido de Coherencia.
- **H4:** En la muestra de Docentes Universitarios habrá una elevada Inteligencia Emocional percibida.
- **H5:** En la muestra de Docentes Universitarios habrá una elevada Satisfacción Laboral.

### 2.2. Contraste de Hipótesis

- **H6:** Existen diferencias en el Estado de Salud percibido por los docentes en relación con las variables personales y laborales.
- **H7:** Existen diferencias en la Salud Mental autopercibida por los docentes en relación con las variables personales y laborales.

- **H8:** Existen diferencias en el Sentido de Coherencia de los docentes en relación con las variables personales y laborales.
- **H9:** Existen diferencias en la Inteligencia Emocional percibida por los docentes en relación con las variables personales y laborales.
- **H10:** Existen diferencias en la Satisfacción Laboral de los docentes en relación con las variables personales y laborales.

### 2.3. Correlacionales

- **H11:** El Sentido de Coherencia está relacionado con la Salud Mental percibida por los docentes. El Sentido de Coherencia se relaciona de forma positiva con el Estado de Salud percibido por los docentes.
- **H12:** El Sentido de Coherencia está asociado con los niveles de Inteligencia Emocional Percibida mostrados por los docentes, de manera que, a mayores niveles de Sentido de Coherencia, mayores serán los de Inteligencia Emocional Percibida.
- **H13:** El Sentido de Coherencia está asociado de forma positiva con la Satisfacción Laboral. De modo que a mayor Sentido de Coherencia informado por los docentes universitarios, mayor serán los niveles encontrados de Satisfacción Laboral.
- **H14:** La Inteligencia Emocional Percibida está relacionada con la percepción del Estado de Salud. A mayor Inteligencia Emocional Percibida, mayor será el grado de Salud Mental percibida.
- **H15:** La Inteligencia Emocional Percibida está relacionada con la Satisfacción Laboral de los docentes. A mayor nivel de Inteligencia Emocional Percibida, mayor será la Satisfacción Laboral.
- **H16:** La Satisfacción Laboral está relacionada con la Salud Mental percibida por los Docentes. A mayor Satisfacción Laboral mostrada por los docentes, mayor será el grado de Salud Mental percibido por los mismos.

#### **2.4. Predictivas**

- **H17:** El Sentido de Coherencia y la Inteligencia Emocional Percibida actuarán como variables predictoras del Estado de Salud percibido y la Salud Mental del docente universitario.
- **H18:** El Sentido de Coherencia y la Inteligencia Emocional Percibida actuarán como variables predictoras de la Satisfacción Laboral del docente universitario.





# CAPÍTULO 7

---

## METODOLOGÍA

---



# Capítulo 7. Metodología

---

## **1. Muestra**

## **2. Variables e Instrumentos**

2.1. Variables sociolaborales

2.2. Estado de salud percibido

2.2.1. Pregunta general sobre el Estado de Salud (ENSE)

2.3. Salud general percibida

2.3.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28

2.4. Inteligencia emocional

2.4.1. Trait Meta-Mood Scale. TMMS-24

2.5. Sentido de Coherencia

2.5.1. Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13)

2.6. Satisfacción laboral

2.6.1. Cuestionario de Satisfacción Laboral S10/12

## **3. Diseño y procedimiento**

3.1. Diseño

3.2. Procedimiento

3.2.1. Búsqueda Bibliográfica

3.2.2. Administración de cuestionarios y recogida de datos

3.3. Cronograma

## **4. Análisis de Datos**



# Metodología

---

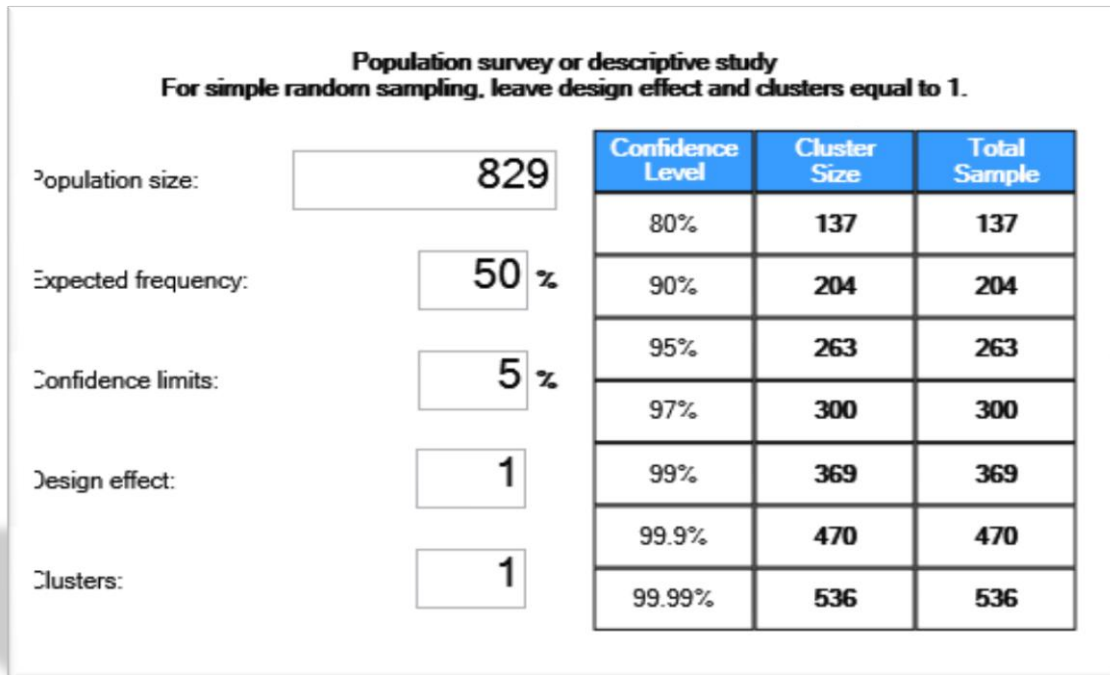
## 1. Muestra

La población escogida para el presente estudio han sido los Docentes Universitarios, conformando la muestra los docentes de la Universidad de Huelva.

Para la búsqueda de la población, se preguntó al servicio de Personal Docente por la lista total de docentes, que por el cumplimiento de la protección de datos, no fue facilitada para el objetivo del estudio.

Se optó por la búsqueda informatizada en las webs de cada una de las Facultades y Escuelas de dicha Universidad. De este modo, se accedió al total de docentes que imparten docencia en las distintas titulaciones. La población total fue de 829 docentes de todas las Facultades. Se procedió al cálculo del tamaño muestral mediante el programa EPI INFO 7.0. (Figura 7.1) de modo que se obtuvo un tamaño de 263 docentes (31.72% del total), con un intervalo de confianza del 95%.

Una vez obtenido el tamaño muestral, se procedió a seleccionar los casos en la población de docentes mediante el programa informático SPSS 20.0. En éste, se introdujo un porcentaje aproximado al número de  $n$ , siendo un 32% del total de la población.



**Figura 7.1.** Cálculo de tamaño muestral.

Dicho proceso dio lugar a la selección de 263 docentes (Tabla 7.1) repartidos por las diferentes facultades. La muestra que se consiguió al final del proceso de recogida de datos fue de 160 docentes, es decir, un 60.84% de participación final (muestra) y un 19.30% de la población total.

Tabla 7.1. Comparación docentes seleccionados y obtenidos al final para conformar la muestra. Por Facultad y Departamento.

<b>CENTRO/FACULTAD</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>SELECCIONADOS</b>	<b>OBTENIDOS</b>
	Anton Menger	10	8
<b>DERECHO</b>	Derecho Público	6	3
	Theodor Mommsem	5	5
<b>CIENCIAS EXPERIMENTALES</b>	Biología Ambiental y Salud Pública	11	11
	Geodinámica y Paleontología	7	5
	Didáctica de las Ciencias y la Filosofía	10	5
<b>CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN</b>	Educación	19	12
	Educación Física, Música y Artes Plásticas	13	7
	Psicología Clínica, Experimental y Social	12	12
	Psicología Evolutiva y de la Educación	13	13
	Economía	6	2
	Métodos Cuant., Economía y Empresa	8	8
<b>CIENCIAS EMPRESARIALES</b>	Economía Financiera, Contabilidad y Dirección de Operaciones	8	6
<b>ENFERMERÍA</b>	Enfermería	23	16
	Filología Española y sus Didácticas	11	2
<b>HUMANIDADES</b>	Filología Inglesa	9	1
	Filologías Integradas	10	3
	Historia I	7	4

	Historia II y Geografía	9	4
	Historia del Arte	3	1
<b>CIENCIAS DEL TRABAJO</b>	Sociología y Trabajo Social	9	9
	Ciencias Agroforestales	8	4
	Tecnologías de la Información	9	2
	Ingeniería electrónica, Sistemas Informáticos y Automática	7	4
	DIESIA	8	3
<b>ETSI</b>	Química y CC Materiales	7	3
	Ingeniería Minera, Mecánica y Energética	9	3
	Física Aplicada	4	3
	Ingeniería de Diseños y Proyectos	2	1
	<b>TOTAL</b>	<b>263</b>	<b>160</b>

La muestra se especifica con detalle en el capítulo 8 (Resultados) en función de cada variable sociolaboral empleada en el estudio.

## **2. Instrumentos**

### **2.1. Variables sociolaborales**

Para el estudio de las variables personales y laborales de los sujetos de la muestra elegida, se optó por el diseño y elaboración de un cuestionario que recogiera de forma breve las principales variables a investigar. El cuestionario recoge algunos de los datos más destacados relacionados con el mundo laboral del docente universitario, con su formación y algunos datos personales. Estas variables son las que más se han incluido en otros trabajos realizados en esta misma población. Dicho Cuestionario se recoge en el Anexo A.1 del presente trabajo. Las principales variables que se recogen en él son: edad, género, estado civil, hijos, antigüedad como docente, en la universidad en general y en la de Huelva en concreto, categoría laboral, dedicación, titulación académica, grado académico conseguido, departamento, tipo de docencia, número de asignaturas y titulaciones donde imparte docencia, si posee cargos de gestión, y si es así, desde cuándo. Estas variables aparecen detalladas en la Tabla 7.2:

Tabla 7.2. Cuadro resumen de frecuencias de las variables sociolaborales.

<b>VARIABLES SOCIOLABORALES</b>		
<b>Edad</b>	Menos 45 años	67
	46 o más años	93
<b>Género</b>	Hombre	98
	Mujer	62
<b>Estado Civil</b>	Soltero	21
	Divorciado/Separado	14
<b>Hijos</b>	Casado/Pareja Hecho	125
	Si	125
<b>Nº Hijos</b>	No	35
	Uno	37
<b>Antigüedad Docencia</b>	Dos o más	89
	Hasta 15 años	79
<b>Antigüedad Universidad Huelva</b>	Más de 16 años	81
	Hasta 15 años	84
<b>Tipo de Contrato</b>	Más de 16 años	76
	Funcionario	87
	Contratado	73
	Catedrático Universidad	14
	Catedrático E.U.	2
	Titular Universidad	59
	Titular E.U.	12
	Ayudante Doctor	4
<b>Categoría Profesional</b>	Colaborador	11
	Contratado Doctor	15
	Profesor Asociado	26
	Prof. Sustituto Interino TP	10
	Prof. Sustituto Interino TC	5
	Becario Predoctoral	2
<b>Dedicación</b>	Tiempo completo	102
	Tiempo parcial	58
<b>Titulación</b>	Bellas Artes	1

---

Biología	10
CC. Actividad Física	5
CC. Educación	2
Derecho	17
Económicas	4
Enfermería	13
Filosofía	3
Geológicas	5
Matemáticas	1
Medicina	5
Pedagogía	5
Psicología	21
Psicopedagogía	9
Trabajo Social	4
Empresariales	2
Matemáticas y CC Estadísticas	1
Geografía e Historia	4
Historia	5
CC. Políticas	1
Sociología	3
Humanidades	2
Filología Hispánica	1
Filología	1
Filología Clásica	2
Farmacía	2
Filología Inglesa	1
Filosofía y CC Educación (Psicología)	1
CC. Económicas y Empresariales	8
Ingeniería	14
Química	1
Ciencias Físicas	4
Historia del Arte	1

---

---

	Arquitectura	1	
<b>Grado Académico</b>	DEA	42	
	Doctorado	118	
	Anton Menger	8	
	Biología Ambiental y Salud Pública	11	
	Derecho Público	3	
	Didáctica de las Ciencias y la Filosofía	5	
	Economía	2	
	Educación	12	
	Educación Física, Música y Artes Plásticas	7	
	Enfermería	16	
	Filología Española y sus Didácticas	2	
	Filología Inglesa	1	
	Filologías Integradas	3	
	Geodinámica y Paleontología	5	
	Historia I	4	
	<b>Departamento</b>	Historia II y Geografía	4
		Métodos Cuant., Economía y Empresa	8
		Psicología Clínica, Experimental y Social	12
		Psicología Evolutiva y de la Educación	13
Sociología y Trabajo Social		9	
Theodor Mommsem		5	
Economía Financiera, Contabilidad y Dirección de Operaciones		6	
Ciencias Agroforestales		4	
Tecnologías de la Información		2	
Ingeniería electrónica, Sistemas, Informáticos y Automática		4	
DIESIA		3	
Química y CC Materiales		3	
Ingeniería Minera, Mecánica y Energética		3	
Física Aplicada	3		
Historia del Arte	1		

---

	Ingeniería de Diseños y Proyectos	1
<b>Docencia</b>	Grado	129
	Posgrado	7
	Ambas	24
<b>Nº Asignaturas</b>	3 o menos	98
	4 o más	62
<b>Nº Titulaciones</b>	0	1
	1	51
	2	61
	3	27
	4	14
	5	4
	6	1
<b>Cargo de Gestión</b>	7	1
	Sí	52
	No	108
<b>Tiempo en el cargo</b>	Hasta 5 años	36
	Más de 6 años	16

## **2.2. Estado de Salud**

### **2.2.1. Pregunta general sobre el Estado de Salud (ENSE)**

En el cuestionario se realiza una pregunta acerca del estado de salud percibido por los docentes, para que contesten en una escala Likert de 1 a 5 su percepción sobre cómo se encuentran de salud en los últimos meses. Esta pregunta se ha cogido de la Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE), explicada con detalle en el capítulo primero de este trabajo. Su elección para formar parte de este cuestionario se vio favorecida por la brevedad de respuesta y su robustez y consistencia que ha tenido en numerosos estudios acerca de la salud (Idler y Benyamini, 1997). La salud autopercebida se ha mostrado como un indicador capaz de captar dimensiones más complejas del bienestar y la calidad de vida de los individuos (Rajmil et al., 2001; Moons, 2004). El enunciado de la pregunta sobre la autopercepción de la salud así como las categorías de respuestas han permanecido invariables en todas las ediciones de la ENSE (Encuesta Nacional de Salud de España):

*En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo? Señale rodeando con un círculo la respuesta. 1) Muy bueno; 2) Bueno; 3) Regular; 4) Malo; 5) Muy malo*

## **2.3. Salud General Percibida, Salud Mental Percibida o Bienestar Psicológico**

### **2.3.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28**

El cuestionario de salud general (General Health Questionnaire, GHQ) fue diseñado para ser utilizado como un test de screening autoadministrado, destinado a detectar trastornos psíquicos entre los

encuestados en un ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos, tal como la atención primaria o los pacientes médico-quirúrgicos ambulatorios. Su propósito fue detectar aquellas formas de trastorno psíquico que pudieran tener relevancia en la práctica médica y, por tanto, se centra en los componentes psicológicos de una mala salud.

El GHQ o GHQ-28 (Goldberg y Williams, 1996) consiste en 4 subescalas para síntomas somáticos (A), ansiedad e insomnio (B), disfunción social (C) y depresión grave (D). Las subescalas representan dimensiones de sintomatología y no se corresponden necesariamente con diagnósticos psiquiátricos. El GHQ tiene tres formas de puntuarse: *puntuación Likert* de 0 a 3 puntos; con una puntuación de los síntomas actuales, *puntuación GHQ*, y con la puntuación de la sintomatología a nivel crónico, la *puntuación CGHQ*.

Con la primera forma de puntuación, cada una de las escalas y sus 7 ítems se puntúan de 0 a 3 puntos con puntuaciones intermedias, puntuaciones altas indican más problemas de salud. En cada ítem la persona señala su situación actual en comparación con las últimas semanas marcando una de 4 alternativas, desde encontrarse mejor de lo habitual hasta peor de lo habitual. La *puntuación GHQ* se obtiene asignando 0,0,1,1. Y la *puntuación CGHQ* se obtiene asignando 0,0,1,1 a los ítems referentes a la salud, y 0,1,1,1 a los referidos a la enfermedad.

Es un cuestionario muy utilizado y se considera que tiene una buena validación (Schaufeli, 2004; Lobo y Muñoz, 1996; Goldberg y Hillier, 1979). Con las puntuaciones GHQ y CGHQ se necesita establecer un punto de corte para diferenciar los casos de los no casos. Para un punto de corte de 5/6 (5 no caso /6 caso) se obtiene una sensibilidad del 84.6%, una especificidad del 82%, un VPP del 75%, un VPN del 89.3% y un índice de mal clasificados del 17%; para un punto de corte de 6/7

una sensibilidad del 76.9%, especificidad del 90.2%, VPP del 83.3%, VPN del 85.9% e índice de mal clasificados del 15% (Lobo et al. 1986).

Se ha optado por este cuestionario en lugar del SF-36, expuesto en el capítulo 2, debido a que se pretende conocer la relación de la auto percepción de la salud de los docentes y su relación con el sentido de coherencia que éstos presentan. El cuestionario que mide esta variable correlaciona mejor con la salud psicológica, y no tanto con la salud física (Flensburg-Madsen et al., 2005) y puesto que el SF-36 contiene mayores escalas referentes al aspecto físico, no se ha creído conveniente emplear este cuestionario.

## **2.4. Inteligencia Emocional**

### **2.4.1. Trait Meta-Mood Scale. TMMS-24**

La TMMS-24 está basada en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La versión reducida utilizada en esta tesis, la TMMS-24, contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional. A los sujetos se les pide que evalúen el grado en el que están de acuerdo con cada uno de los ítems sobre una escala de tipo Likert de 5 puntos (1= Nada de acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo). La escala final está compuesta por 24 ítems, 8 ítems por factor, y su fiabilidad para cada componente es: Atención (0.90); Claridad (0.90) y Reparación (0.86). Asimismo, presenta una fiabilidad test-retest adecuada. Como ocurre

con la versión extensa, los tres subfactores correlacionan en la dirección esperada con variables criterios tales como depresión, rumiación y satisfacción vital (Fernández-Berrocal et al. 2004).

Se ha optado por el TMMS-24 por la mayor afinidad del estudio con el modelo propuesto por Mayer y Salovey, atendiendo a la inteligencia emocional como una habilidad mental compuesta por procesos emocionales básicos (percepción, comprensión,...). Además, el instrumento tiene la particularidad de que es fácilmente administrable, de fácil acceso para la investigación; con un número de ítems adecuado, ya que en conjunto con los demás test que conforman la batería de pruebas del estudio, ofrece un buen número de preguntas que se contestan rápidamente y no suponen un rechazo inicial en este tipo de muestras. Con la elección de esta prueba también evitamos ciertos sesgos, tales como el debido al cansancio por ser una prueba relativamente corta.

## **2.5. Sentido de Coherencia**

### **2.5.1. Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13)**

Este cuestionario ha sido explicado y descrito con detalle en el segundo capítulo dedicado a la perspectiva Salutogénica, exponiendo las propiedades psicométricas, las distintas versiones existentes, el uso del mismo, y los estudios de validación realizados al respecto.

El constructo de sentido de coherencia se mide con el Cuestionario de Orientación hacia la Vida (OLQ) de Antonovsky (1985). A pesar de haber otra versión de 29 ítems, se ha optado por la versión reducida, el Cuestionario SOC-13 (Antonovsky, 1993b) que consta de 13 ítems, debido a que se pretendía lograr una administración rápida de los test en la muestra, evitando sobrecargarla. Los ítems se responden en

una escala tipo Likert con siete puntuaciones. Se incluyen tres escalas correspondientes a las tres dimensiones del constructo:

- *Comprensibilidad*. Se refiere a la sensación de que es posible comprender lo que sucede. Se evalúa con los cinco ítems siguientes, que se corresponden con los números 2, 6, 8, 9 y 11 del cuestionario.
- *Manejabilidad*. Se refiere a que los recursos necesarios para solucionar los problemas están a disposición de la persona. Esta escala está compuesta por los ítems 3, 5, 10 y 13.
- *Significatividad*. Es la experiencia de que la vida vale la pena, de que los retos se merecen los esfuerzos, de que son significativos y dignos de nuestro compromiso. Se mide con cuatro ítems, los números 1, 4, 7 y 12.

## **2.6. Satisfacción Laboral**

### **2.6.1. Cuestionario de Satisfacción Laboral S10/12**

El Cuestionario de Satisfacción Laboral s10/12 es una versión reducida del cuestionario original S4/82, con solo 12 ítems y que mantiene presenta una consistencia interna apreciable (Alpha 0.88) y unos niveles de validez que mejoran la escala original. Presenta una escala Likert de 1 a 7, que va desde "muy insatisfecho" a "muy satisfecho".

El s10/12 de Meliá y Peiró (1989) presenta tres factores que permiten evaluar (I) la satisfacción con la supervisión, (II) con el ambiente físico de trabajo, y (III) con las prestaciones recibidas. Ha sido diseñado para poder obtener una evaluación útil y breve de la satisfacción laboral teniendo en muy cuenta las importantes restricciones motivacionales y temporales a que puede estar expuesto

el trabajo del investigador o del consultor en contextos organizacionales sin perjuicio de mantener la calidad de la medida. Presenta una adecuada fiabilidad (Alpha 0.88).

### **3. Diseño y procedimiento**

#### **3.1. Diseño**

Se trata de un diseño transversal, en el que existe sólo un momento de recogida de datos. En el apartado de este capítulo dedicado a los análisis de datos se expondrá con mayor detalle los análisis aplicados a cada uno de los objetivos establecidos del estudio.

#### **3.2. Procedimiento**

##### **3.2.1. Búsqueda Bibliográfica**

El proceso de búsqueda bibliográfica comenzó en el año 2011 a partir de la elección final del tema de la tesis doctoral. Se comenzó con descriptores relacionados con el segundo capítulo, empezando por aquellos más generales y terminando por las relaciones específicas entre cada uno de los constructos abordados en el estudio. Las bases de datos que se consultaron fueron *PubMed*, *PsycInfo*, *Medline*, *Proquest*, *Ovid SP* e *ISI Web of Knowledge*, utilizando como descriptores básicos en la aparición del título, el *abstract* y en las palabras clave: “*Sense of Coherence*”, “*Salutogenic*”, “*Antonovsky*”, “*Emotional Intelligence*”, “*Job Satisfaction*”, “*Perceived Health*” y “*Health*”. Para obtener artículos útiles en esta revisión, se fueron filtrando los resultados, afinando la búsqueda limitando la edad de la población (adultos), aunque en algunos aspectos sólo existían estudios en dicha población.

Por otro lado, se limitó la búsqueda en la mayoría de las ocasiones a los últimos 10 años. En cada capítulo se amplió la búsqueda con otros descriptores más concretos para la población estudiada.

En la Tabla 7.3 se exponen algunos de los resultados más relevantes acerca de la búsqueda bibliográfica realizada, detallando el número de artículos encontrados a través de diversas combinaciones de los descriptores, en dos de las bases de datos principalmente utilizadas.

Tabla 7.3. Descriptores y resultados en la búsqueda bibliográfica.

<b>DESCRIPTORES</b>	<b>MEDLINE</b>	<b>PSYCINFO</b>
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	298	2078
SALUTOGENIC MODEL	127	150
ANTONOVSKY	402	507
SOC SALUTOGENIC	100	94
SOC SALUTOGENIC AND HEALTH	82	69
SOC SALUTOGENIC AND HEALTH AND WORK	22	15
SOC SALUTOGENIC AND JOB SATISFACTION	1	2
SENSE OF COHERENCE	1.967	2.744
SENTIDO DE COHERENCIA	4	3
SENSE OF COHERENCE AND HEALTH	1.326	1.419
SENSE OF COHERENCE AND MENTAL HEALTH	369	636
SENSE OF COHERENCE AND GOLDBERG QUESTIONNAIRE	3	1
SENSE OF COHERENCE AND JOB SATISFACTION	35	62
SENSE OF COHERENCE AND EMOTIONAL INTELLIGENCE	6	20
SALUD PERCIBIDA	42	27
PERCEIVED HEALTH	72.041	55.044
PERCEIVED MENTAL HEALTH	10.018	23.484
GOLDBERG'S GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE	85	60
SALUD MENTAL Y TRABAJO	37	67

### **3.2.2. Administración de cuestionarios y recogida de datos**

Una vez seleccionada la muestra de docentes, tal y como se ha detallado al principio del capítulo, y tras la selección de los cuestionarios más adecuados al objeto de estudio, se procedió a la elaboración del cuadernillo con el conjunto de tests. Junto al cuadernillo se entregó una hoja de consentimiento informado donde tenían que plasmar su firma, únicamente para saber la persona que ya lo había entregado. Tras su recogida, el sujeto era asociado a un número, siguiendo el orden de entrega, y se separaba esta hoja del resto del cuadernillo para asegurar su anonimato durante el estudio.

La primera página del cuadernillo contenía las instrucciones básicas de cumplimentación, el tiempo en el que se podía contestar, se aseguraba la confidencialidad de los resultados y también, dónde proceder a llevar el cuestionario una vez cumplimentado.

Tras la finalización del cuestionario y los detalles de las condiciones de administración, se procedió a la misma a los miembros de la muestra. Este proceso comenzó en abril de 2013 y acabó en mayo de 2014, con un descanso intermedio durante los meses de julio y agosto.

El procedimiento que se siguió fue el de contactar con cada uno de los docentes primero por vía telefónica y/o email, para concertar una cita y poder entregarle el cuestionario. Los cuestionarios podían rellenarlo durante la visita o bien dejarlos en un lugar destinado para ello en cada Servicio de Conserjería de cada una de las Facultades y/o Escuelas. La administración del cuestionario tenía una duración máxima de 45 minutos, siendo normalmente el tiempo inferior a éste en la mayoría de los casos. Algunos de los docentes se negaban a cumplimentar el cuestionario por falta de tiempo y/o desinterés y otros por no poder contactar con ellos, por lo que se procedió a elegir al

siguiente docente (no elegido al principio) de la muestra, y así sucesivamente.

En los dos últimos meses de recogida de datos se procedió de una forma diferente a la llevada a cabo hasta ese momento (contacto previo a la entrevista, administración personal y recogida). Se elaboró un cuestionario online que recogiese todo el cuestionario en papel pero en formato electrónico empleando la herramienta de Google Formularios para elaborar cuestionarios y encuestas. Una vez finalizada, se envió por email a cada uno de los docentes que faltaban por contestar de la muestra. Se establecía previamente un contacto telefónico para explicarles el motivo del cuestionario. Cuando los docentes lo cumplimentaban de forma online, los datos se recogían directamente en una hoja de cálculo del mismo programa. De este modo se recogieron todos los cuestionarios que faltaban, siendo más rápida la contestación por parte de los docentes. Con el cuestionario online se recogieron en los meses de abril y mayo de 2014 el 31.9% del total.

### **3.3. Cronograma**

La Tabla 7.4 recoge los intervalos de tiempo dedicados a cada una de las fases de investigación de la tesis doctoral, desde el año 2011 hasta el presente 2015.

Tabla 7.4. Cronograma Tesis Doctoral.

AÑO	TAREAS DE INVESTIGACIÓN	MESES											
		E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D
2011	Propuesta y Elección de tema de tesis												
	Revisión Bibliográfica												
2012	Búsqueda Bibliográfica												
	Redacción del marco teórico												
2013	Selección de la muestra												
	Elección de cuestionarios												
	Elaboración propia de cuestionario de datos socio-laborales												
	Elaboración cuadernillo de test												
	Estudio Piloto												
	Búsqueda Bibliográfica												



#### 4. Análisis de los datos

Todos los datos recogidos en la base de datos elaborada para el estudio se han analizado mediante el programa de análisis estadístico SPSS 20, utilizando métodos de análisis no paramétricos puesto que la muestra no sigue una distribución normal (descrito en el capítulo 8).

Para los análisis descriptivos de las variables sociolaborales y las psicológicas (estado de salud, salud mental percibida, sentido de coherencia, inteligencia emocional y satisfacción laboral) se ha utilizado la estadística *univariable*, índices como la media, la desviación típica, las frecuencias y porcentajes, y la mediana en algunas ocasiones.

Para poner en relación las variables personales y las laborales, se han empleado dentro de la estadística *bivariable*, las tablas de contingencia, con objeto de conocer las frecuencias y porcentajes correspondientes.

Con el objeto de saber si existen diferencias entre las variables psicológicas y las variables sociolaborales, se han utilizado pruebas de *contraste de hipótesis*. En concreto, las pruebas que se han realizado han sido la U de Mann-Whitney para variables de agrupación dicotómicas y a contrastar cuantitativas, y la prueba de Kruskal-Wallis para variables de agrupación de más de dos niveles y a contrastar cuantitativas. Se han llevado a cabo estos análisis por cada variable psicológica teniendo en cuenta cada una de las variables sociolaborales, observando las diferencias existentes.

Para verificar la asociación entre las variables psicológicas entre sí y comprobar las hipótesis de asociación entre ellas detalladas en el capítulo 6 (objetivos e hipótesis) se ha utilizado la correlación de

Spearman y en algunos casos donde una de las variables era dicotómica como el estado de salud, se ha realizado la prueba U de Mann-Whitney para comprobar si existían diferencias en esta variable en función de la inteligencia emocional, el sentido de coherencia o la satisfacción laboral.

En esta tesis interesa analizar qué variables son las que influyen de una manera más clara en la percepción de la salud y la satisfacción laboral del docente. Una vez obtenidas las correlaciones principales y los análisis bivariantes sobre las variables psicológicas del estudio, se ha procedido a escoger el análisis de Regresión Logística Binaria para construir modelos e identificar aquellas variables principales en la predicción del estado de salud y la salud percibida.

Se ha optado por este análisis para variables dependientes dicotómicas (estado de salud, salud mental percibida y satisfacción laboral) y variables independientes cuantitativas. Este tipo de análisis se puede llevar a cabo debido a que no necesita que el supuesto de normalidad de la distribución se cumpla.

Se han llevado a cabo estos análisis de regresión a través del método "Adelante: Wald". El Test de Hosmer Lemeshow de la regresión logística indica si el modelo que se ha construido es válido o no en la predicción de las variables. Una vez que este test indica que es válido, se atenderá a las variables que se incluyen en la ecuación y en qué porcentaje explica la variación o el efecto en las variables dependientes.

El estado de salud se ha transformado en una variable dicotómica para ser analizada con la regresión y para conocer el efecto en la percepción de la salud mental, se emplearon las puntuaciones de Goldberg de casos clínicos agudos y crónicos.





# CAPÍTULO 8

---

## RESULTADOS

---



# Capítulo 8. Resultados

---

## 0. Prueba Normalidad de Kolmogorov-Smirnov

### 1. Análisis Descriptivo

#### 1.1. Variables personales

- 1.1.1. Edad
- 1.1.2. Género
- 1.1.3. Estado Civil
- 1.1.4. Hijos y número de hijos

#### 1.2. Variables Laborales

- 1.2.1. Antigüedad en la docencia universitaria y en la Universidad de Huelva
- 1.2.2. Categoría Laboral (Tipo de Contratación)
- 1.2.3. Categoría
- 1.2.4. Dedicación
- 1.2.5. Grado Académico y Tiempo con Doctorado
- 1.2.6. Docencia
- 1.2.7. Número de asignaturas y titulaciones
- 1.2.8. Cargo de gestión y tiempo en éste

#### 1.3. Relación entre variables personales y laborales

- 1.3.1. Género y Categoría Profesional
- 1.3.2. Género y Grado Académico
- 1.3.3. Género y Docencia
- 1.3.4. Género y Cargos de Gestión
- 1.3.5. Género y Antigüedad en la docencia universitaria
- 1.3.6. Cargos de Gestión y Categoría Profesional
- 1.3.7. Estado civil y Tipo de Contrato
- 1.3.8. Estado civil y Dedicación
- 1.3.9. Edad y Categoría Profesional

1.3.10. Edad y Grado Académico

1.3.11. Edad y Cargos de Gestión

#### **1.4. Variables Psicológicas**

1.4.1. **Estado de salud**

1.4.2. **Salud General Percibida**

1.4.2.1. Síntomas Somáticos

1.4.2.2. Ansiedad-Insomnio

1.4.2.3. Disfunción Social

1.4.2.4. Depresión

1.4.3. **Sentido de Coherencia**

1.4.3.1. Significatividad

1.4.3.2. Manejabilidad

1.4.3.3. Comprensibilidad

1.4.4. **Inteligencia Emocional**

1.4.4.1. Atención a los sentimientos

1.4.4.2. Claridad de los sentimientos

1.4.4.3. Reparación de los sentimientos

1.4.5. **Satisfacción Laboral**

1.4.5.1. Satisfacción con el ambiente

1.4.5.2. Satisfacción con la supervisión

1.4.5.3. Satisfacción con las prestaciones

1.4.6. **Resumen**

## **2. Análisis de Inferencias**

### **2.1. Análisis de Contraste de Hipótesis**

2.1.1. **Estado de Salud y variables sociolaborales**

2.1.1.1. Edad y Estado de Salud

2.1.1.2. Género y Estado de Salud

2.1.1.3. Estado Civil y Estado de Salud

2.1.1.4. Hijos y Estado de Salud

2.1.1.5. Número de hijos y Estado de Salud

2.1.1.6. Antigüedad en Docencia y Estado de Salud

- 2.1.1.7. Categoría Profesional y Estado de Salud
- 2.1.1.8. Dedicación y Estado de Salud
- 2.1.1.9. Grado Académico y Estado de Salud
- 2.1.1.10. Docencia y Estado de Salud
- 2.1.1.11. Asignaturas, Titulaciones y Estado de Salud
- 2.1.1.12. Cargo de Gestión y Estado de Salud
- 2.1.1.13. Casos Agudos y Estado de Salud
- 2.1.1.14. Casos Crónicos y Estado de Salud
- 2.1.1.15. Resumen

#### **2.1.2. Salud Mental y variables sociolaborales**

- 2.1.2.1. Edad y Salud Mental Percibida
- 2.1.2.2. Género y Salud Mental Percibida
- 2.1.2.3. Estado Civil y Salud Mental Percibida
- 2.1.2.4. Hijos y Salud Mental Percibida
- 2.1.2.5. Número de Hijos y Salud Mental Percibida
- 2.1.2.6. Antigüedad en Docencia y Salud Mental Percibida
- 2.1.2.7. Categoría profesional y Salud Mental Percibida
- 2.1.2.8. Dedicación y Salud Mental Percibida
- 2.1.2.9. Grado Académico y Salud Mental Percibida
- 2.1.2.10. Docencia y Salud Mental Percibida
- 2.1.2.11. Asignaturas y Salud Mental Percibido
- 2.1.2.12. Titulaciones y Salud Mental Percibida
- 2.1.2.13. Cargo de Gestión y Salud Mental Percibida
- 2.1.2.14. Resumen

#### **2.1.3. Sentido de Coherencia y variables sociolaborales**

- 2.1.3.1. Edad y Sentido de Coherencia
- 2.1.3.2. Género y Sentido de Coherencia
- 2.1.3.3. Estado Civil y Sentido de Coherencia
- 2.1.3.4. Hijos y Sentido de Coherencia
- 2.1.3.5. Antigüedad en Docencia y Sentido de Coherencia
- 2.1.3.6. Categoría profesional y Sentido de Coherencia
- 2.1.3.7. Dedicación y Sentido de Coherencia

- 2.1.3.8. Grado Académico y Sentido de Coherencia
- 2.1.3.9. Docencia y Sentido de Coherencia
- 2.1.3.10. Asignaturas, Titulaciones y Sentido de Coherencia
- 2.1.3.11. Cargo de Gestión y Sentido de Coherencia
- 2.1.3.12. Resumen

#### 2.1.4. **Inteligencia Emocional y variables sociolaborales**

- 2.1.4.1. Edad e Inteligencia Emocional Percibida
- 2.1.4.2. Género e Inteligencia Emocional Percibida
- 2.1.4.3. Estado Civil e Inteligencia Emocional Percibida
- 2.1.4.4. Hijos, número de hijos e Inteligencia Emocional Percibida
- 2.1.4.5. Antigüedad en Docencia e Inteligencia Emocional Percibida
- 2.1.4.6. Categoría profesional e Inteligencia Emocional Percibida
- 2.1.4.7. Dedicación e Inteligencia Emocional Percibida
- 2.1.4.8. Grado Académico e Inteligencia Emocional Percibida
- 2.1.4.9. Docencia e Inteligencia Emocional Percibida
- 2.1.4.10. Asignaturas, Titulaciones e Inteligencia Emocional Percibida
- 2.1.4.11. Cargo de Gestión e Inteligencia Emocional Percibida
- 2.1.4.12. Resumen

#### 2.1.5. **Satisfacción Laboral y variables sociolaborales**

- 2.1.5.1. Edad y Satisfacción Laboral
- 2.1.5.2. Género y Satisfacción Laboral
- 2.1.5.3. Estado Civil y Satisfacción Laboral
- 2.1.5.4. Hijos y Satisfacción Laboral
- 2.1.5.5. Antigüedad y Satisfacción Laboral
- 2.1.5.6. Categoría Profesional y Satisfacción Laboral
- 2.1.5.7. Dedicación y Satisfacción Laboral
- 2.1.5.8. Grado Académico y Satisfacción Laboral
- 2.1.5.9. Docencia y Satisfacción Laboral

2.1.5.10. Asignaturas, Titulaciones y Satisfacción Laboral

2.1.5.11. Cargo de Gestión y Satisfacción Laboral

2.1.5.12. Resumen

## **2.2. Análisis de Correlaciones**

2.2.1. Sentido de coherencia-Salud

2.2.2. Sentido de coherencia-Salud percibida

2.2.3. Sentido de coherencia-Inteligencia emocional

2.2.4. Sentido de coherencia-Satisfacción laboral

2.2.5. Inteligencia Emocional-Salud

2.2.6. Inteligencia Emocional-Salud percibida

2.2.7. Inteligencia Emocional-Satisfacción laboral

2.2.8. Satisfacción laboral-Salud

2.2.9. Satisfacción laboral-Salud percibida

## **2.3. Análisis de Regresión**

2.3.1. Modelo explicativo del estado de Salud y de la Salud  
Mental Percibida

2.3.2. Modelo explicativo de la Satisfacción Laboral



# Resultados

---

## 0. Prueba Normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Los resultados (Anexo A.2) indican que en la mayoría de variables del estudio no se puede aceptar la hipótesis de normalidad de la distribución, tal y como se puso de manifiesto mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En cuanto a las variables sociolaborales, las únicas que siguen una distribución normal son la *edad* ( $z = 0.787, p = .566$ ), la *antigüedad en la docencia* ( $z = 0.979, p = .293$ ) y en la *Universidad de Huelva* ( $z = 0.856, p = .456$ ) y el *tiempo que lleva siendo Doctor* ( $z = 0.700, p = .711$ ). Dentro de las variables psicológicas del estudio (estado de salud, salud mental percibida, sentido de coherencia y satisfacción laboral), únicamente la puntuación global de sentido de coherencia pertenece a un conjunto de datos que siguen la distribución normal ( $Z = 1.326, p = .059$ ).

Las demás variables no siguen una distribución normal ( $p < .05$ ), por ello, se ha optado por los análisis de datos no paramétricos. La muestra de la que se ha dispuesto para esta investigación es relativamente pequeña ( $n = 160$ ) y algunas de las categorías de las variables no llegan a ser representadas eficazmente, por lo que estos análisis son la mejor opción para asegurar la robustez y fiabilidad de los resultados.

## 1. Análisis descriptivo univariable y bivariable

### 1.1. Variables personales

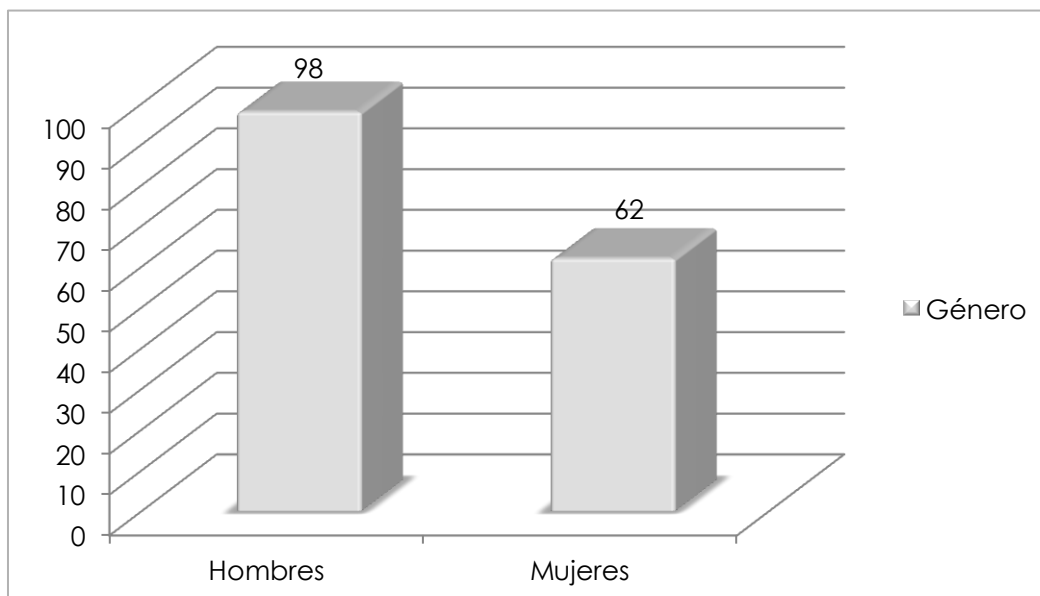
#### 1.1.1. Edad

La muestra de docentes universitarios está formada por un total de 160 personas, que presentan una media de edad de 46.57 años y desviación típica de 7.646. Comprende un rango edad que va desde los 29 años a un máximo de 65. El 41.9% (67) son docentes menores de 45 años.

#### 1.1.2. Género

El Gráfico 8.1 muestra que el 61.3% (98) de los docentes son hombres.

Gráfico 8.1. Frecuencia de hombres y mujeres.



### 1.1.3. Estado Civil

En cuanto al *estado civil*, hay 21 docentes que están solteros (13.1%), 14 de ellos están divorciados/separados (8.8%) y 125 están casados (78.1%). Ninguna persona encuestada ha señalado la opción "viudo/a" del cuestionario.

Observando las variables *género* y *estado civil*, del total de hombres (98), un 12.2% (12) se encuentra soltero, un 6.1% (6) divorciado o separado, un 81.6% (80) casado o es pareja de hecho, y nadie se encuentra viudo. Del total de mujeres (62), un 14.5% (9) se encuentran solteras, un 12.9% (8) divorciadas o separadas, y un 72.6% (45) casadas o son pareja de hecho, no habiendo ningún caso de viudez tampoco.

### 1.1.4. Hijos y número de hijos

De toda la muestra, el 78.1% (125) de los docentes tienen *hijos*. De los que sí los tienen, el *número de hijos* más frecuente (moda) es 2, representando el 41.3% (66). El número máximo de hijos que se ha encontrado es 3, un 14.4% del total. Un 23.1% tiene 1 hijo. La media del número de hijos es 1.49 y la desviación típica de 0.984.

En cuanto a las variables *hijos* y *género*, decir que del total de personas que tienen hijos, el 65,6% (82) son hombres.

## 1.2. Variables Laborales

### 1.2.1. Antigüedad en la docencia universitaria

Como se observa en la Tabla 8.2, los docentes presentan una media de años en la docencia universitaria de 16.55 años y una desviación típica de 8.039.

La media de los años que llevan impartiendo docencia en la Universidad de Huelva es menor, 14.62 años ( $DT = 6.887$ ).

Tabla 8.1. Estadísticos descriptivos en relación a las variables *Antigüedad en la docencia universitaria* y *Antigüedad en la docencia en la Universidad de Huelva*.

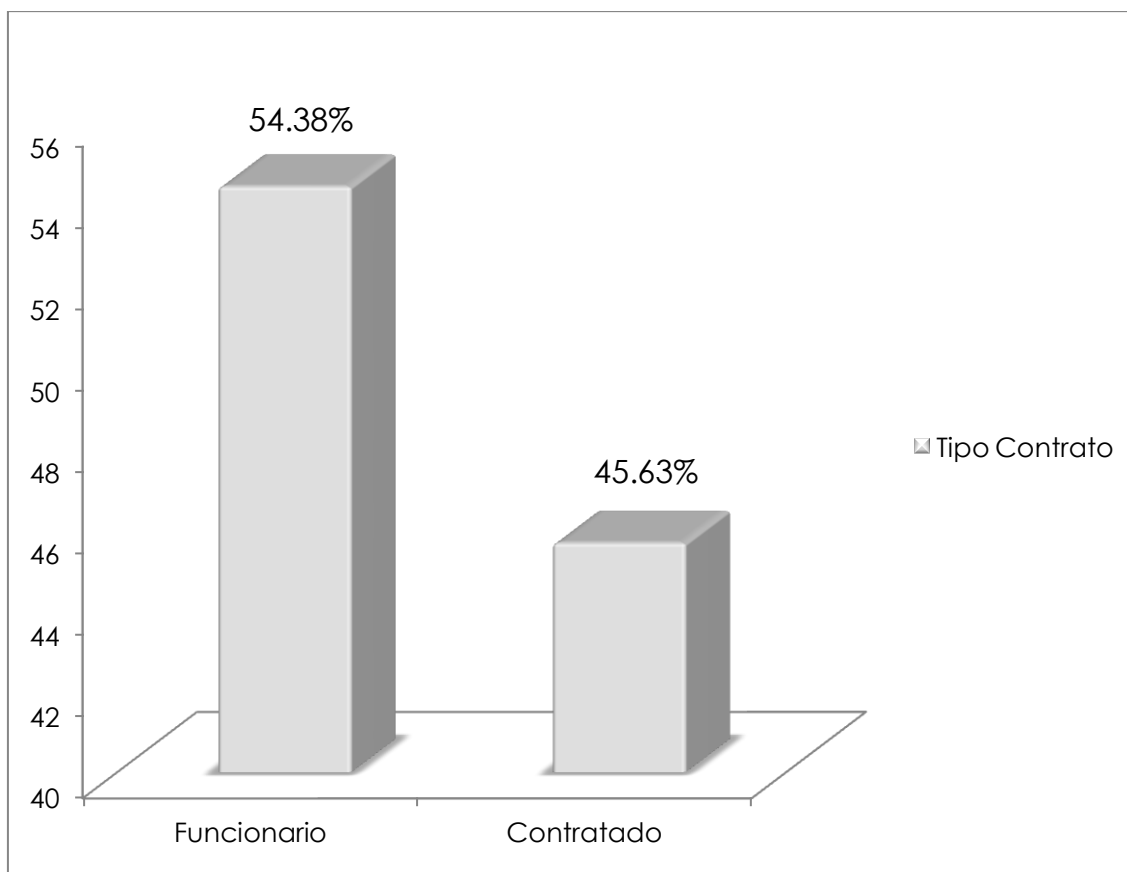
Estadísticos descriptivos Antigüedad en Docencia						
	N	Mínimo	Máximo	Media	Mdn	Desv. típ.
Antigüedad (años) en docencia universitaria	160	1	39	16,55	16,00	8,039
Antigüedad (años) en docencia universitaria (Univ. Huelva)	160	1	34	14,62	15,00	6,887
<b>N válido (según lista)</b>	<b>160</b>					

Con la intención de aportar más claridad a esta variable, se ha dicotomizado, estableciendo dos grupos: los que llevan menos de 15 años y los docentes de 16 años o más de antigüedad. Los del grupo de hasta 15 años, representan el 49.4% de la muestra. En la Universidad de Huelva, el mayor porcentaje es el que corresponde a los que llevan menos de 15 años dando clase en esta institución (52.5%).

### 1.2.2. Categoría Laboral (Tipo de Contrato)

Como se observa en el Gráfico 8.2 los docentes *funcionarios* representan el 54.38% (87) del total de los docentes.

Gráfico 8.2: Porcentaje de docentes según el *tipo de contrato* que tienen actualmente con la Universidad de Huelva.



### 1.2.3. Categoría profesional

Atendiendo a las frecuencias de docentes según la categoría profesional a la que pertenecen en la Universidad de Huelva (Anexo a.3), se puede apreciar, que la que aparece con mayor frecuencia es la de *Titular de Universidad*, con un 36.9% (59), seguida de *Profesor Asociado* con un 16.3% (26), *Contratado Doctor*, un 9.4% (15),

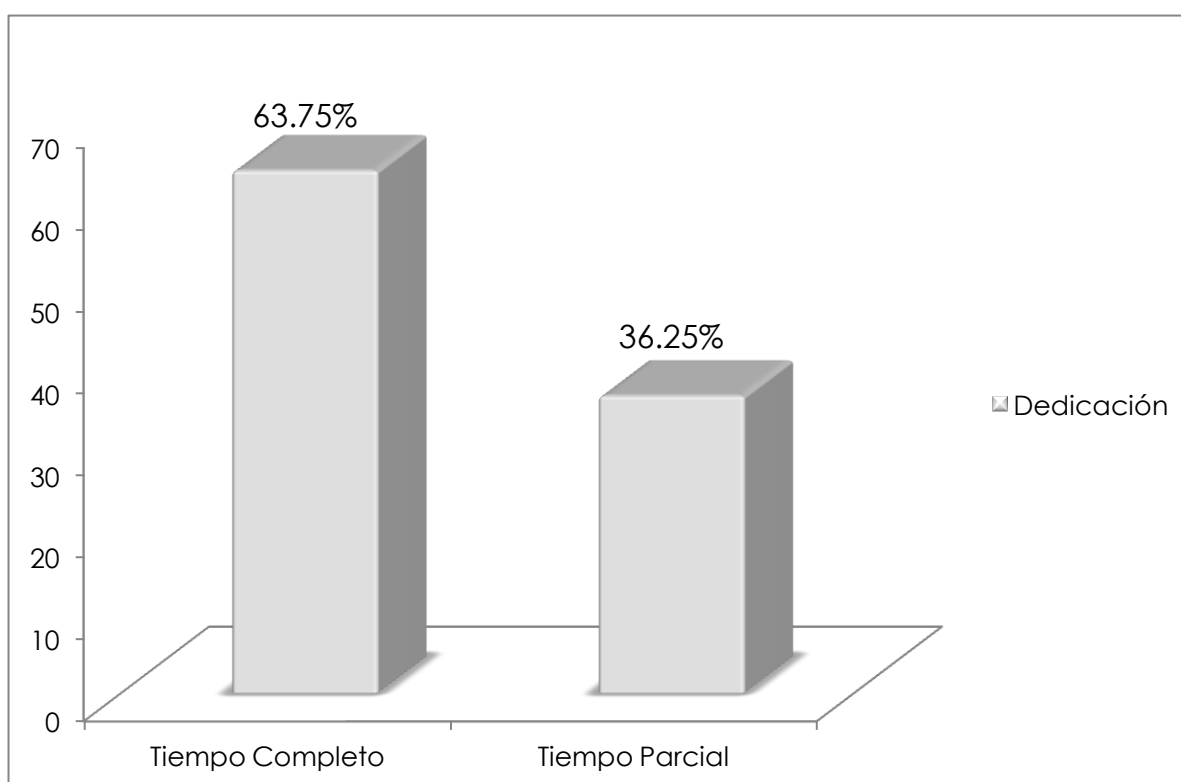
*Catedrático de Universidad*, un 8.8% (14) y *Titular de Escuela Universitaria*, 7.5% (12).

No se ha entrevistado a ningún *Ayudante* ni *Becario Predoctoral*, y a pocos *Catedráticos de Escuela Universitaria* y *Becarios Predoctorales*, con 1.3% (2), en ambas categorías, seguidos de la categoría *Ayudante Doctor*, 2.5% (4), los *Profesores Sustitutos Interinos a tiempo completo*, 3.1% (5), los *Profesores Sustitutos Interinos a tiempo parcial*, 6.3% (10), y la categoría *Colaborador*, 6.9% (11).

#### 1.2.4. Dedicación

Como se puede observar en el Gráfico 8.3, el 63.75% (102) de los docentes tiene un contrato a tiempo completo (TC).

Gráfico 8.3: Porcentaje de docentes según la *dedicación* (tiempo completo o tiempo parcial) que tienen actualmente en la Universidad de Huelva.



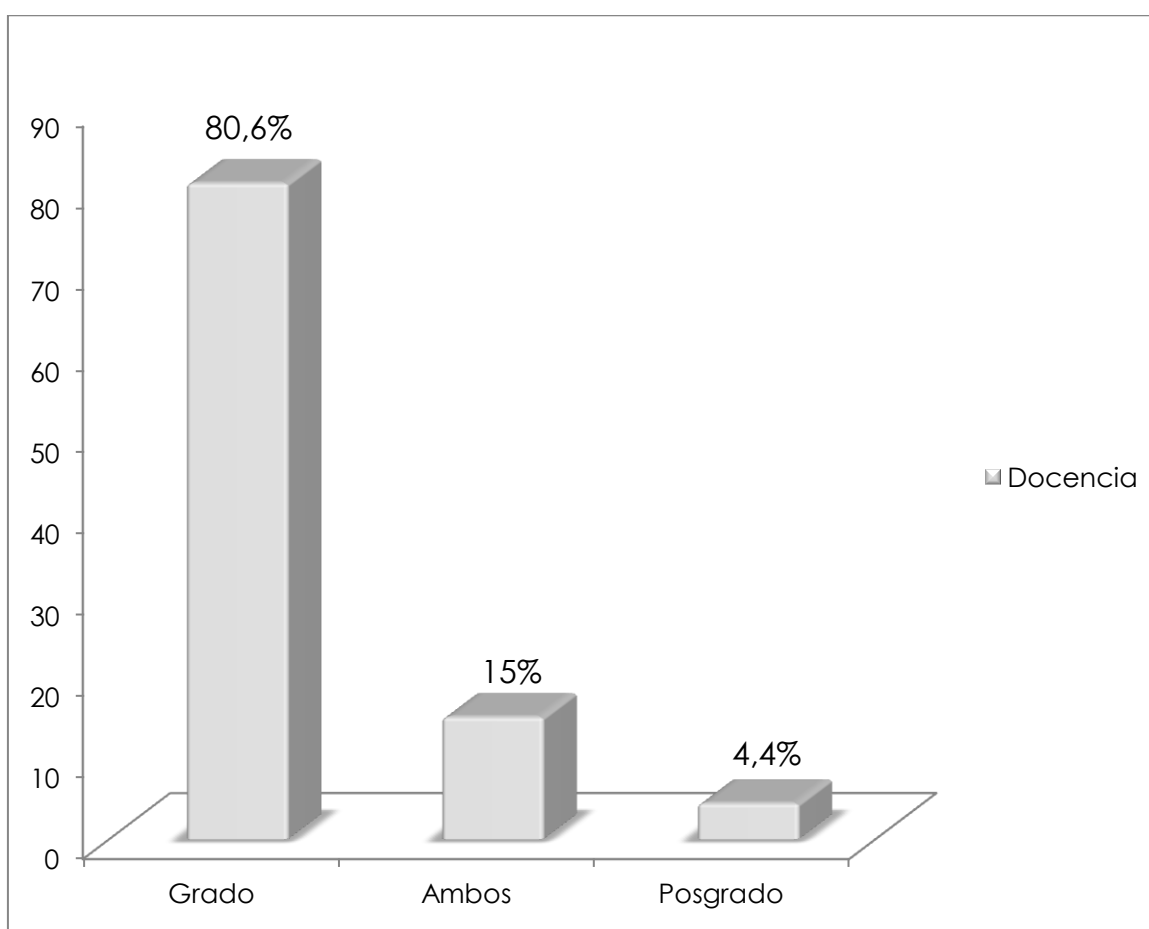
### 1.2.5. Grado Académico y Tiempo con Doctorado

En la muestra estudiada el 73.8% (118) de los docentes dispone del título de *Doctor*, y el resto del *Diploma de Estudios Avanzados*. De los que tienen el grado de *Doctor*, la media total de *tiempo* que llevan con dicha mención es de 12.65 años, con una desviación típica de 6.827.

### 1.2.6. Docencia

En el Gráfico 8.4 se ve que el porcentaje de docentes que imparten su docencia sólo en *Grado* es de 80.63% (129), seguido de los que dan clase tanto en *Grado* como en *Posgrado* (15%), siendo menor el grupo que da clase sólo en *Posgrado* (4.4%).

Gráfico 8.4: Porcentaje de docentes según *tipo de docencia*.

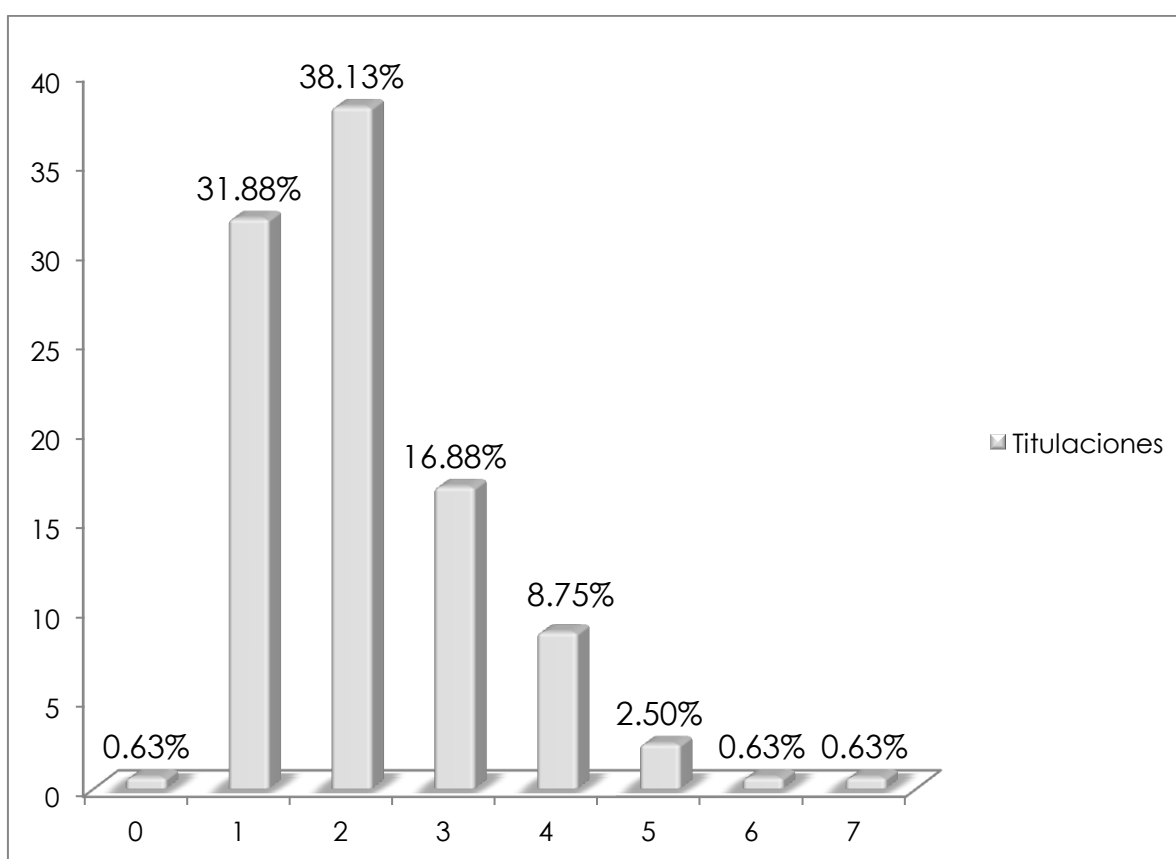


### 1.2.7. Número de asignaturas y titulaciones

Otro dato que se ha considerado en este estudio es el *número de asignaturas impartidas* por el docente durante el presente curso académico, así como el *número de titulaciones* donde imparte su docencia. En cuanto a la primera de las dos variables, decir que hay un 61.3% (98) que imparten 3 o menos asignaturas, y un 38.8% (62) que imparten más de 4.

En relación al *número de titulaciones* (Gráfico 8.5), se observa que el mayor porcentaje (38.1%) es para los docentes que dan clase en dos titulaciones, seguidos por aquéllos que imparten docencia en una sola titulación (31.87%), y por aquéllos que dan docencia en tres titulaciones (16.87%).

Gráfico 8.5: Porcentaje de docentes según el *número de titulaciones* donde dan docencia.



1.2.8. *Cargo de gestión y tiempo en éste*

La última variable contemplada en el estudio ha sido analizar si los docentes tienen algún *cargo de gestión administrativo* dentro de la Universidad, y conocer el tiempo que llevan en el mismo. Dentro de la muestra son 52 los docentes los que sí tienen un cargo, un 32.5% del total. El tiempo medio con un cargo de gestión administrativo, es de 4.36 años ( $DT = 3.903$ ), en un rango de 1 a 20 años y el 69.2% (36) lleva menos de 5 años.

### 1.3. Relación entre variables personales y laborales

#### 1.3.1. Género y Categoría Profesional

Entre las variables *género* y *categoría* (tipo de contrato), se observa que 87 de los docentes tienen un contrato de *funcionario*, de los que el 65.5% son hombres y 73 docentes son *contratados*, siendo el 56.2% hombres.

Tabla 8.2: Frecuencias de hombres y mujeres por *categoría profesional*.

<b>Categoría Profesional y Género</b>		<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
<b>Categoría Profesional</b>	Catedrático Universidad	13	1	14
	<b>Titular Universidad</b>	<b>41</b>	<b>18</b>	<b>59</b>
	Catedrático EU	1	1	2
	Titular EU	3	9	12
	Contratado Doctor	10	5	15
	Colaborador	4	7	11
	Ayudante Doctor	2	2	4
	Profesor Asociado	18	8	26
	Profesor Sustituto Interino TP	5	5	10
	Profesor Sustituto Interino TC	0	5	5
	Becario Predoctoral	1	1	2
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>62</b>	<b>160</b>	

EU: Escuela Universitaria, TC: Tiempo Completo, TP: Tiempo Parcial.

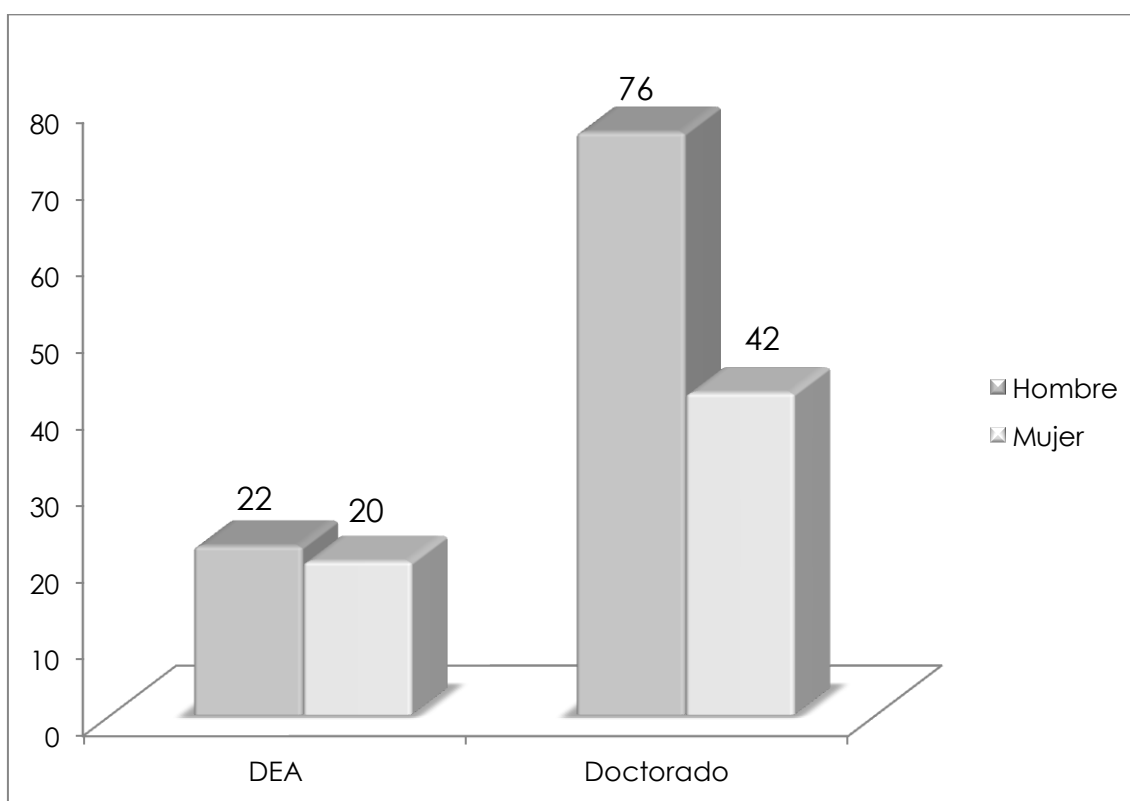
La categoría que está más representada en la muestra es la de los *Titulares de Universidad* (36.9%), tanto en hombres como en mujeres, seguida de los profesores *Asociados* (Tabla 8.2). Se aprecia que la categoría más representada por hombres es la de *Titular de Universidad* (41) y *Profesor Asociado*, y hay más mujeres en *Titular de Universidad* (18) y en *Titular de Escuela Universitaria* (9).

Las categorías donde hay menos hombres es en la de *Catedrático EU* y en *Becario Predoctoral*, y las menos representadas por las mujeres son la de *Catedrático de Universidad*, *Catedrático de Escuela Universitaria* y *Becario Predoctoral* (Tabla 8.2).

### 1.3.2. Género y Grado Académico

El grado académico de Doctor lo poseen el 77.6% (76) de los hombres y el 67.7% de las mujeres. El resto de docentes posee el Diploma de Estudios Avanzados (Gráfico 8.6).

Gráfico 8.6: Recuento de docentes según el género y el grado académico obtenido.



### 1.3.3. Género y Docencia

El 80.6% (79) de los hombres imparten su docencia sólo en *Grado*, mismo porcentaje que el de las mujeres. El 14.3% (14) en *Grado* y *Posgrado* siendo el porcentaje de las mujeres algo mayor (16.1%). Los hombres que sólo imparten su docencia en *Posgrado* supone el 5.1% (5), y el 3.2% de las mujeres.

### 1.3.4. Género y Cargos de Gestión

En relación a las variables *género* y *cargos de gestión*, destacar que de todas las personas que tienen o han tenido un cargo de gestión dentro de la Universidad (52), hay 34 hombres y 18 mujeres. El 36.8% (32) de los docentes que son *funcionarios* tienen un cargo de gestión, y el 27.4% (20) de personas *contratadas* también tienen actualmente un cargo de gestión administrativa dentro de la Universidad.

### 1.3.5. Género y Antigüedad en la docencia universitaria

Los hombres tienen un mayor porcentaje de antigüedad en la docencia universitaria (54.1% más de 16 años) que las docentes mujeres (45.2% más de 16 años) (Tabla 8.3). Igual que antigüedad de docencia en la Universidad de Huelva. De los hombres un 51% tenían una antigüedad de más de 16 años mientras que el porcentaje de las mujeres baja al 41.9% (Tabla 8.4).

Tabla 8.3: Frecuencia y Porcentaje de docentes según género y la antigüedad en la docencia universitaria.

<b>Género y Antigüedad Total</b>			
		<b>Menos de 15</b>	<b>Más de 16</b>
Género	Hombre	45 (45,9%)	53 (54,1%)
	Mujer	34 (54,8%)	28 (45,2%)
<b>Total</b>		<b>79 (100%)</b>	<b>81 (100%)</b>

Tabla 8.4: Frecuencia y Porcentaje de docentes según género y la antigüedad en la docencia universitaria, en la Universidad de Huelva.

<b>Género y Antigüedad Universidad Huelva</b>			
		<b>Menos de 15</b>	<b>Más de 16</b>
Género	Hombre	48 (49%)	50 (51%)
	Mujer	36 (58,1%)	26 (41,9%)
<b>Total</b>		<b>84 (100%)</b>	<b>76 (100%)</b>

1.3.6. Cargos de Gestión y Categoría Profesional

Tabla 8.5: Frecuencia de Cargos de Gestión según la categoría profesional del docente

		<b>Cargos de Gestión según Categoría Profesional</b>		
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
<b>Categoría Profesional</b>	Catedrático Universidad	3	11	14
	<b>Titular Universidad</b>	26	33	59
	Catedrático EU	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	Titular EU	3	9	12
	Contratado Doctor	8	7	15
	Colaborador	4	7	11
	Ayudante Doctor	3	1	4
	Profesor Asociado	2	24	26
	Profesor Sustituto Interino TP	0	10	10
	Profesor Sustituto Interino TC	2	3	5
	Becario Predoctoral	0	2	2
<b>Total</b>		<b>52</b>	<b>108</b>	<b>160</b>

EU: Escuela Universitaria, TC: Tiempo Completo, TP: Tiempo Parcial.

En la Tabla 8.5 se muestran aquellos docentes que según la categoría laboral que tienen, poseen o no un cargo de gestión administrativo dentro de la institución. Como se puede ver, dentro de los que sí poseen un cargo de gestión, la mayoría pertenecen a la categoría *Titular de Universidad*, seguida por *Contratado Doctor* y *Colaborador*. Los *profesores sustitutos interinos a Tiempo Completo* y a *Tiempo Parcial* encuestados nunca han tenido un cargo de gestión en la Universidad. De todos los docentes que tienen un cargo de gestión, el 63.5% (33) es mayor de 45 años.

### 1.3.7. Estado civil y Tipo de Contrato

En la Tabla 8.6 se observa como en los *funcionarios*, el porcentaje más alto, 82.8% (72) están casados o viven en pareja, y en menores porcentajes, solteros, 9.2% (8) y divorciados o separados, 8% (7). Entre los *contratados*, 72.6% (53) están casados o son pareja de hecho, y en porcentajes menores pero mayores que los funcionarios, están solteros 17.8% y divorciados o separados 9.6%.

### 1.3.8. Estado civil y Dedicación

Tabla 8.6: Dedicación según el estado civil del docente

<b>Dedicación según Estado Civil</b>			
	<b>Dedicación</b>		
	<b>Tiempo Completo</b>	<b>Tiempo Parcial</b>	<b>Total</b>
Soltero	14 (13,7%)	7 (12,1%)	21(13,1%)
Divorciado/Separado	10 (9,8%)	4 (6,9%)	14 (8,8%)
Casado/Pareja de hecho	78 (76,5%)	47 (81%)	125 (78,1%)
<b>Total</b>	102	58	160
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

### 1.3.9. Edad y Categoría Profesional

El 23% (20) de los *funcionarios* y el 64.4% (47) de los *contratados* son menores de 45 años. Del grupo de personal funcionario, las categorías están representadas en su mayoría por docentes mayores de 45 años. En las categorías *catedrático de Universidad* y *catedrático de Escuela Universitaria* hay mayor porcentaje de personas de más de 45 años e igualmente se observa en los *titulares de Universidad* y los

*titulares de EU*, en los que los mayores de 45 años representan el 71.2% y 75% respectivamente.

Las figuras de *ayudante doctor, colaborador y contratado doctor* son en su mayoría menores de 45 años (75%, 63.6% y 53.3% respectivamente). En cuanto al último grupo de docentes que están contratados temporalmente en la Universidad, las categorías de *profesor asociado, profesor sustituto interino a tiempo parcial, profesor sustituto interino a tiempo completo y becario predoctoral*, están representadas en su mayoría por personas de menos de 45 años (53.8%, 90%, 80% y 100%).

### 1.3.10. Edad y Grado Académico

Tabla 8.7: Grado académico por grupo de edad.

Edad y Grado Académico			
	Grado Académico		
	DEA	Doctorado	Total
Hasta 45 años	23 (54,8%)	44 (37,3%)	67 (49,9%)
Más de 46 años	19 (45,2%)	74 (62,7%)	93 (58,1%)
<b>Total</b>	42	118	160
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

DEA: Diploma de Estudios Avanzados.

El 62.7% de los *Doctores* son docentes de más de 46 años, mientras que el *Diploma de Estudios Avanzados*, lo poseen mayormente personas de menos de 45 años.

1.3.11. *Edad y Cargos de Gestión*

El 63.5% de los docentes con cargo de gestión tienen más de 45 años y esta cifra baja al 55.6% entre aquellos que no tienen un cargo de gestión en la actualidad.

**1.3.12. Resumen**

Tabla 8.8: Cuadro resumen variables sociolaborales.

<b>Variables Sociolaborales</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	Menos 45 años	67	41.9
	46 o más años	93	58.1
<b>Género</b>	Hombre	98	61.3
	Mujer	62	38.8
<b>Estado Civil</b>	Soltero	21	13.1
	Divorciado/Separado	14	8.8
	Casado/Pareja Hecho	125	78.1
<b>Hijos</b>	Si	125	78.1
	No	35	21.9
<b>Nº Hijos</b>	Uno	37	23.1
	Dos o más	89	55.6
<b>Antigüedad</b>	Hasta 15 años	79	49.4
<b>Docencia</b>	Más de 16 años	81	50.6
<b>Antigüedad</b>	Hasta 15 años	84	54.4
<b>Universidad</b>	Más de 16 años	73	45.6
<b>Huelva</b>			
<b>Tipo de Contrato</b>	Funcionario	87	54.4
	Contratado	73	45.6
<b>Dedicación</b>	Tiempo completo	102	63.8
	Tiempo parcial	58	36.3

Capítulo 8. Resultados

<b>Grado Académico</b>	DEA	42	26.3
	Doctorado	118	73.8
<b>Docencia</b>	Grado	129	80.6
	Posgrado	7	4.4
	Ambas	24	15
<b>Nº Asignaturas</b>	3 o menos	98	61.3
	4 o más	62	38.8
<b>Nº Titulaciones</b>	0	1	.6
	1	51	31.9
	2	61	38.1
	3	27	16.9
	4	14	8.8
	5	4	2.5
	6	1	.6
	7	1	.6
<b>Cargo de Gestión</b>	Sí	52	32.5
	No	108	67.5
<b>Tiempo en el cargo</b>	Hasta 5 años	36	22.5
	Más de 6 años	16	10

## 1.4. Variables Psicológicas

### 1.4.1. Estado subjetivo de Salud

#### **H1: En la muestra de Docentes Universitarios habrá un elevado Estado de Salud Percibido.**

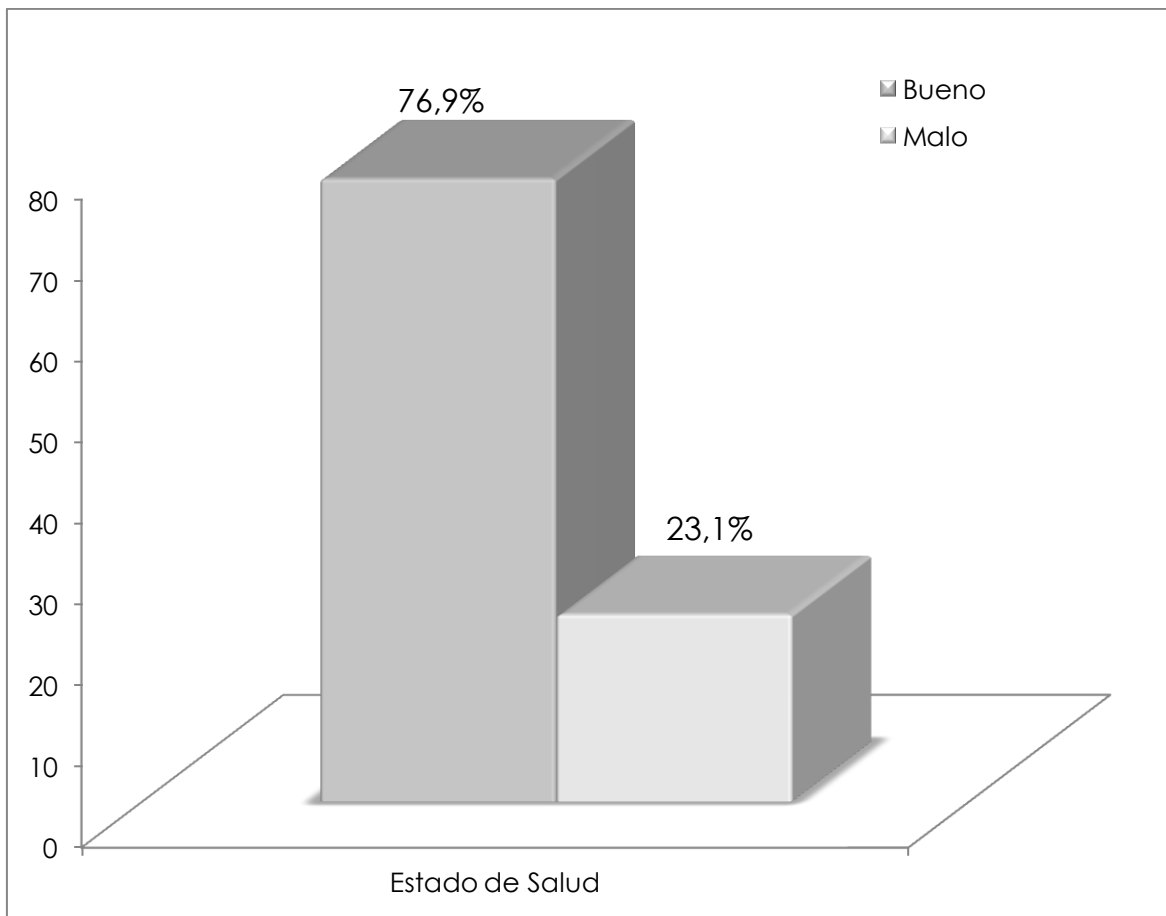
En este apartado se van a describir las principales variables psicológicas de estudio: estado subjetivo de salud, salud mental percibida, sentido de coherencia, inteligencia emocional y satisfacción laboral.

El estado subjetivo de salud se ha estudiado a partir de la pregunta “En los últimos doce meses, ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?”.

La media del estado de salud en la muestra es de 2.03 ( $DT = 0.872$ ). Los niveles mínimo y máximo están entre 1 (muy bueno) y 4 (malo). Ningún docente ha elegido la opción “muy malo”.

Los resultados muestran que el valor más frecuentemente elegido por los participantes es un estado de salud *Bueno*, con un 48.8% (78) del total. La opción más elegida detrás de esta, ha sido *Muy Bueno* con un 28.1% (45), seguida de la opción *Regular*, con 15% (24), y por último, la opción *Malo* con un 8.1% (13). Nadie ha señalado la respuesta *Muy malo*. Así, las personas que perciben su estado de salud como *Muy bueno* o *Bueno* representan el 76.9%, y el resto perciben su salud como *Regular* y *Malo* (Gráfico 8.7).

Gráfico 8.7: Porcentaje Estado de Salud.



### 1.4.2. Salud General Percibida o Salud Mental Percibida

**H2: En la muestra de Docentes Universitarios habrá una Salud Mental elevada y positiva.**

Tabla 8.9: Descriptivos *Salud Mental* autopercebida por los docentes.

Estadísticos descriptivos						
	N	Mínimo	Máximo	Media	Mdn	DT
Puntuación Global	160	2	54	17,14	15,00	9,054
Salud Mental						
A. Síntomas Somáticos	160	0	19	4,69	4,00	3,651
B. Ansiedad-Insomnio	160	0	20	4,71	4,00	3,950
C. Disfunción Social	160	0	17	6,99	7,00	2,342
D. Depresión	160	0	13	,76	,00	1,971
<b>N válido (según lista)</b>	<b>160</b>					

Mdn: Mediana, DT: Desviación Típica.

La escala se ha evaluado teniendo en cuenta la puntuación de 0 (Mejor que lo habitual) a 3 (Mucho peor que lo habitual) para el cálculo total de puntos. En cada escala se puede conseguir desde 0 a 21 puntos y en el cuestionario global, de 0 a 84 puntos.

La puntuación global de la salud mental percibida de los docentes ofrece una media de 17.14 ( $DT = 9.054$ ), con un rango de 2 a 54 puntos. La media más alta encontrada corresponde a la escala C (disfunción social), y la menor corresponde a la escala D (depresión), como puede observarse en la Tabla 8.9.

El cuestionario de salud general de Goldberg permite obtener dos puntuaciones, una que se refiere a la probabilidad de pertenecer a la categoría de *caso clínico*, y la otra a *no caso clínico*, con posible psicopatología a nivel agudo y crónico. A continuación se exponen el número de casos posibles de clasificar con síntomas psicopatológicos a nivel agudo y los casos a nivel crónico detectados en la muestra. Para ello se ha empleado la puntuación dicotómica, estableciendo la puntuación 0 a respuestas "mejor que lo habitual" e "igual que lo habitual" y 1 a "peor que lo habitual" y "mucho peor que lo habitual" para conseguir las puntuaciones en sintomatología *aguda*. Para lograr la sintomatología *crónica*, se estableció la puntuación 1 además de a las dos últimas mencionadas, a "igual que lo habitual".

Como se observa en el Gráfico 8.8 los casos clínicos agudos están representados por 34 casos (21.3%); y analizando las puntuaciones y las respuestas que han dado los docentes en "Igual que lo habitual" o "No más que lo habitual", se obtiene el índice de casos clínicos crónicos existentes, siendo de 46 en total (28.7%).

El mayor porcentaje de sintomatología existente entre los docentes corresponde a la ansiosa con un 10% a la que le sigue las quejas a nivel somático (Gráfico 8.9).

Gráfico 8.8: Frecuencia de Casos Clínicos Agudos y Crónicos.

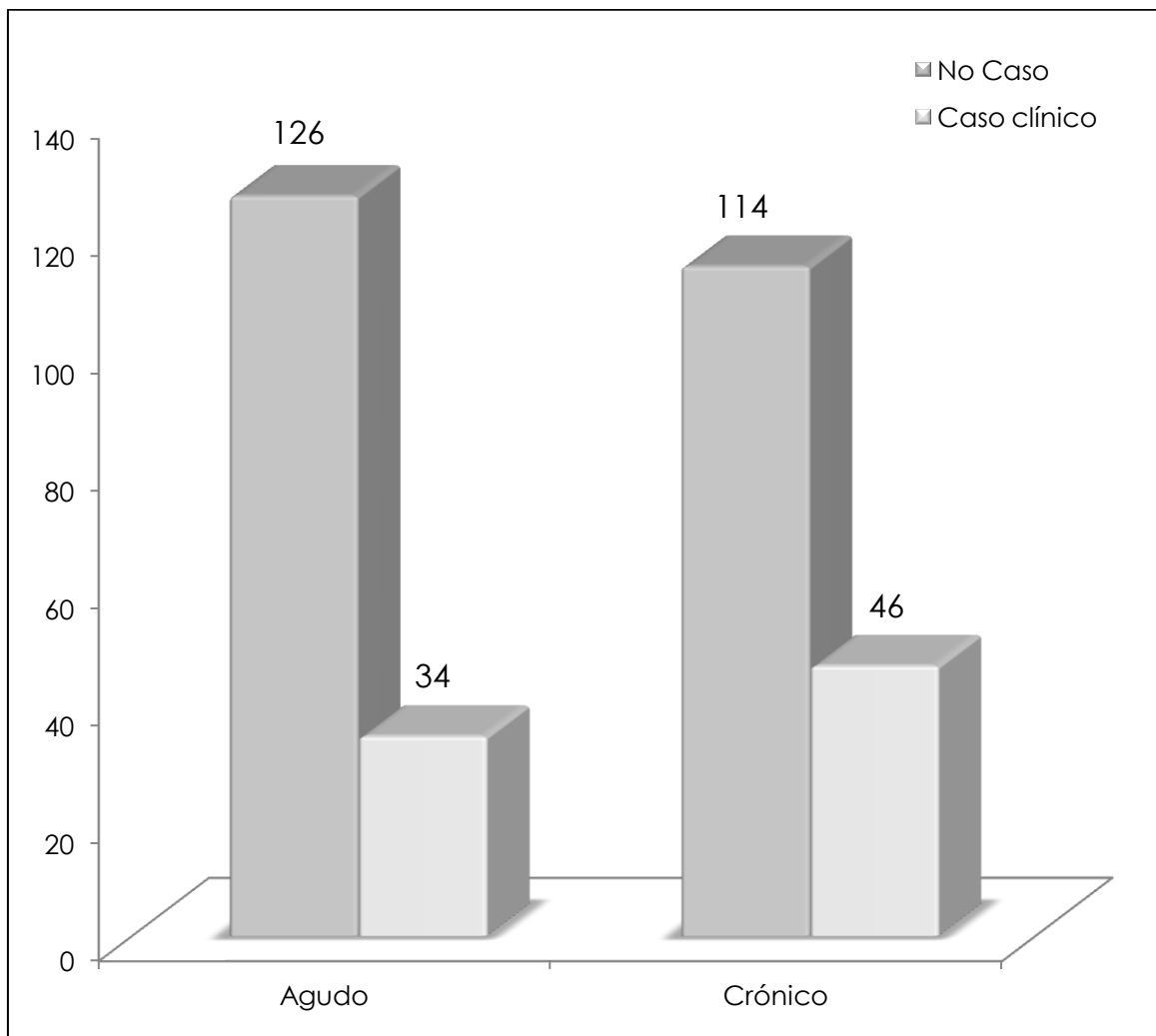


Gráfico 8.9: Porcentaje Sintomatología Psíquica.

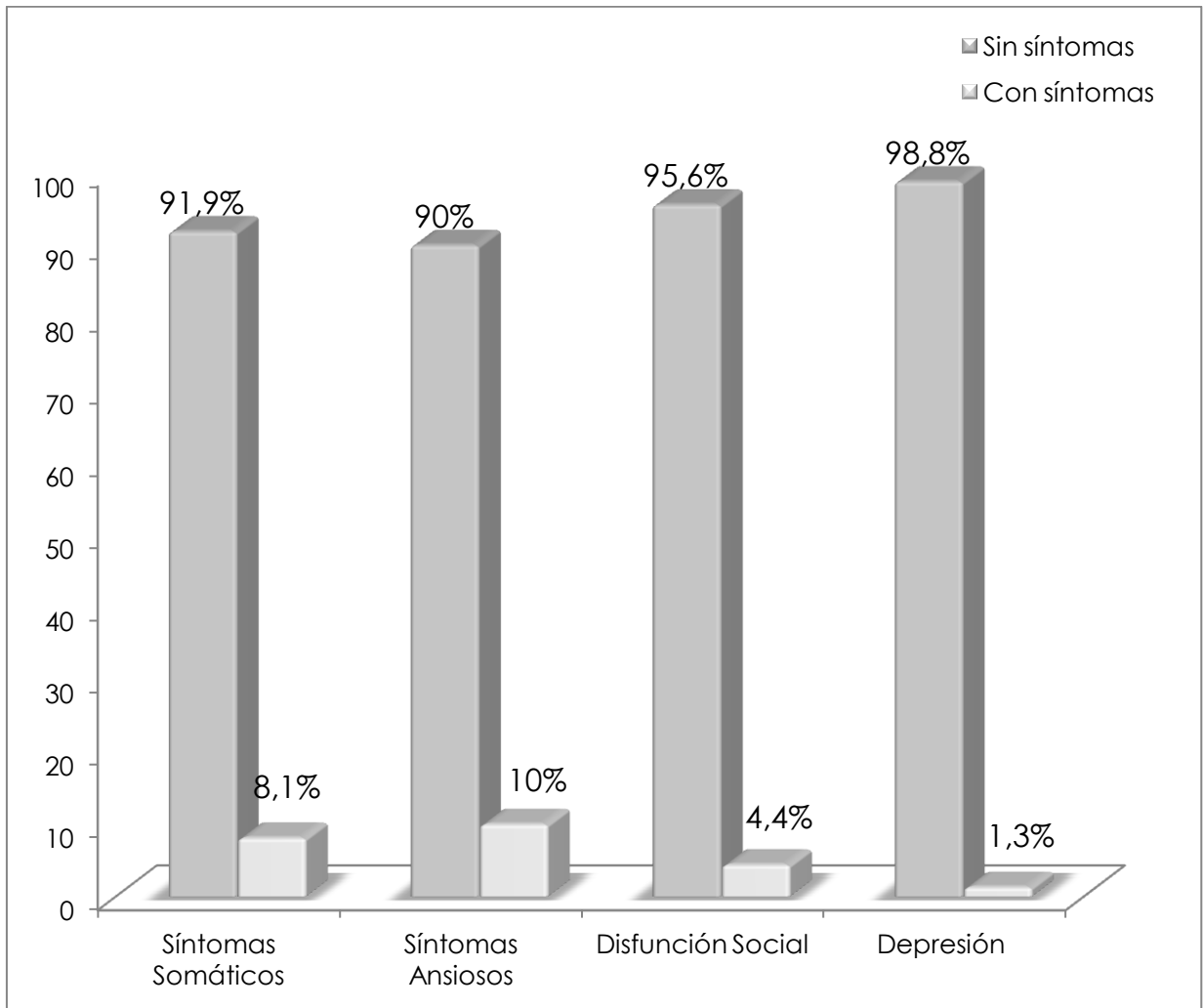


Tabla 8.10: Porcentaje según respuesta al cuestionario GHQ-28.

ESCALAS	ÍTEMS	0	1	2	3
		Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
SÍNTOMAS SOMÁTICOS	A1	5%	73.1%	18.1%	3.8%
	A2	51.9%	31.9%	13.1%	3.1%
	A3	40%	41.9%	15.6%	2.5%
	A4	56.9%	28.7%	11.9%	2.5%
	A5	50.6%	35.6%	11.9%	1.9%
	A6	68.1%	21.3%	9.4%	1.3%
	A7	73.8%	20.6%	5.6%	0%
ANSIEDAD INSOMNIO	B1	40.6%	40.6%	15.6%	3.1%
	B2	40%	40%	13.8%	6.3%
	B3	32.5%	48.8%	16.3%	2.5%
	B4	34.4%	46.9%	16.3%	2.5%
	B5	79.4%	15%	4.4%	1.3%
	B6	61.9%	28.1%	8.1%	1.9%
	B7	62.5%	26.9%	8.8%	1.9%
DISFUNCIÓN SOCIAL	C1	15%	78.8%	5.6%	0.6%
	C2	8.8%	80%	8.8%	2.5%
	C3	8.1%	85%	6.3%	0.6%
	C4	8.8%	80.6%	8.8%	1.9%
	C5	13.1%	81.9%	5%	0%
	C6	13.1%	81.3%	5%	0.6%
	C7	10%	69.4%	17.5%	3.1%
DEPRESIÓN	D1	87.5%	10.6%	1.3%	0.6%
	D2	89.4%	7.5%	2.5%	0.6%
	D3	91.9%	6.9%	1.3%	0%
	D4	95%	2.5%	2.5%	0%
	D5	85.6%	10.6%	3.1%	0.6%
	D6	96.3%	3.1%	0.6%	0%
	D7	95%	3.8%	1.3%	0%

Podemos ver en la Tabla 8.10 como en la escala A (síntomas somáticos) del cuestionario GHQ-28 de Goldberg, los mayores porcentajes de personas que responden “peor que lo habitual” (18.1%) se encuentran en el ítem A1 (*¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?*), y “mucho peor que lo habitual” (3.8%) en el A3 (*¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?*).

Dentro de la escala B (ansiedad-insomnio), las personas que contestan “mucho peor que lo habitual” lo hacen en su mayoría al ítem B2 (*¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?*). Y aquellos que han respondido con más frecuencia “peor que lo habitual” lo han hecho para los ítems B3 (*¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?*) y B4 (*¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?*).

En la escala C (disfunción social) las personas contestan con un 17.5% a “peor que lo habitual” y “mucho peor que lo habitual” en el ítem C7 (*¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?*).

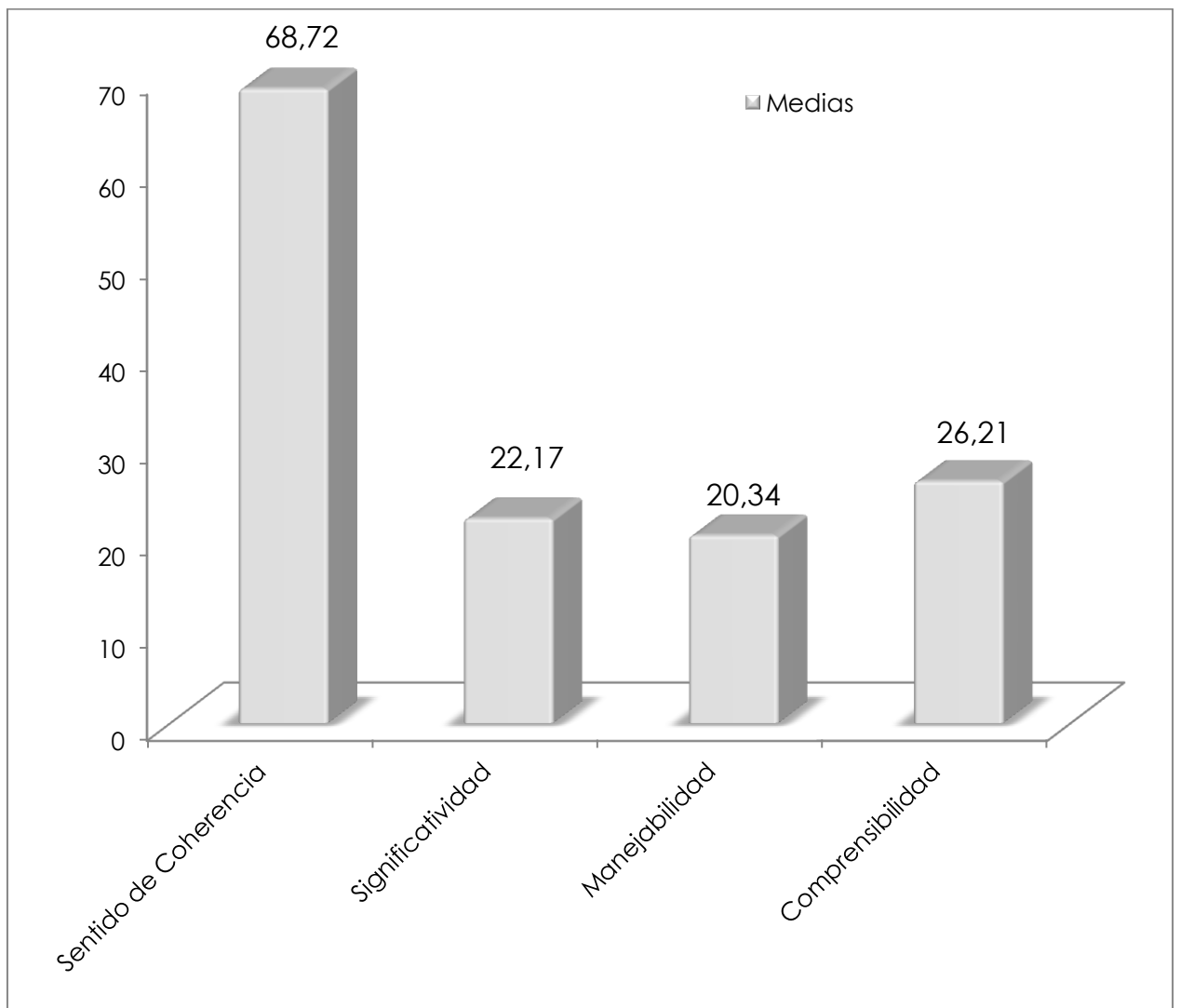
En la escala D (depresión) son pocas las personas que contestan “peor que lo habitual” o “mucho peor que lo habitual”, lo hacen sobre todo en el ítem D5 (*¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?*).

### 1.4.3. Sentido de Coherencia

#### **H3: En la muestra de Docentes Universitarios habrá un elevado Sentido de Coherencia.**

Tal y como se aprecia en el Gráfico 8.8, la variable *sentido de coherencia* ofrece una puntuación media total de 68.72 ( $DT = 10.140$ ) y  $Mdn = 70$ , oscilando la puntuación entre 13 y 91 puntos posibles, y siendo el intervalo de confianza al 95% entre 67.14 y 70.30. La dimensión *Significatividad* ofrece una  $M = 22.17$  ( $DT = 3.814$ ) y  $Mdn = 23$ . Esta dimensión oscila entre 4 y 28 puntos posibles; IC 95% (21.58-22.77). La dimensión *Manejabilidad* muestra una  $M = 20.34$  ( $DT = 3.675$ ) y  $Mdn = 21$ , siendo el intervalo entre 4 y 28 puntos como máximo, e IC 95% (19.76-20.91). La última dimensión, *Comprensibilidad* presenta una media de 26.21 ( $DT = 4.313$ ) y  $Mdn = 27$ , y su intervalo mínimo y máximo de puntuaciones se encuentra entre 5 y 35 puntos (IC, 95%: 25.53-26.88).

Gráfico 8.10: Medias en Sentido de Coherencia y sus dimensiones por separado.



#### 1.4.4. Inteligencia Emocional Percibida

**H4: En la muestra de Docentes Universitarios habrá una elevada Inteligencia Emocional percibida.**

Las puntuaciones medias en cada una de las dimensiones de la inteligencia emocional percibidas por los docentes se reflejan en la Tabla 8.11. Las puntuaciones se obtienen mediante una escala Likert de 1 (Nada de acuerdo) a 5 puntos (Totalmente de acuerdo), y se evalúa cada dimensión con 8 ítems, con un rango de 8 a 40 en cada una.

Tabla 8.11: Descriptivos *Inteligencia Emocional Percibida*.

Estadísticos descriptivos							
	N	Mínimo	Máximo	Media	DT	Mdn	IC (95%)
IEP	160	40	117	91,93	22,203	102	88,46-95,40
Atención	160	11	40	30,21	8,184	33	28,93-31,48
Claridad	160	11	40	30,87	7,855	33	29,64-32,10
Reparación	160	12	40	30,86	7,333	33	29,71-32,00
<b>N válido</b>	<b>160</b>						
<b>(según lista)</b>							

IEP: Inteligencia Emocional Percibida, M: Mediana, DT: Desviación Típica, IC: Intervalo de Confianza.

Las puntuaciones en cada una de las dimensiones de la inteligencia emocional ofrecen un punto de corte diferenciado en función del género. Así, se establecen tres puntos de corte para cada dimensión, tal y como se ejemplifica en la Tabla 8.12:

Tabla 8.12: Puntuación de corte en *Inteligencia Emocional Percibida* según género.

DIMENSIÓN INTELIGENCIA EMOCIONAL		HOMBRES	MUJERES
ATENCIÓN EMOCIONAL	Debe mejorar su atención: presta poca atención	<21	<24
	Adecuada atención	22 a 32	25 a 35
	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención	>33	>36
CLARIDAD EMOCIONAL	Debe mejorar su claridad	<25	<23
	Adecuada claridad	26 a 35	24 a 34
	Excelente claridad	>36	>35
REPARACIÓN EMOCIONAL	Debe mejorar su reparación	<23	<23
	Adecuada reparación	24 a 35	24 a 34
	Excelente reparación	>36	>35

### 1.4.5. Satisfacción Laboral

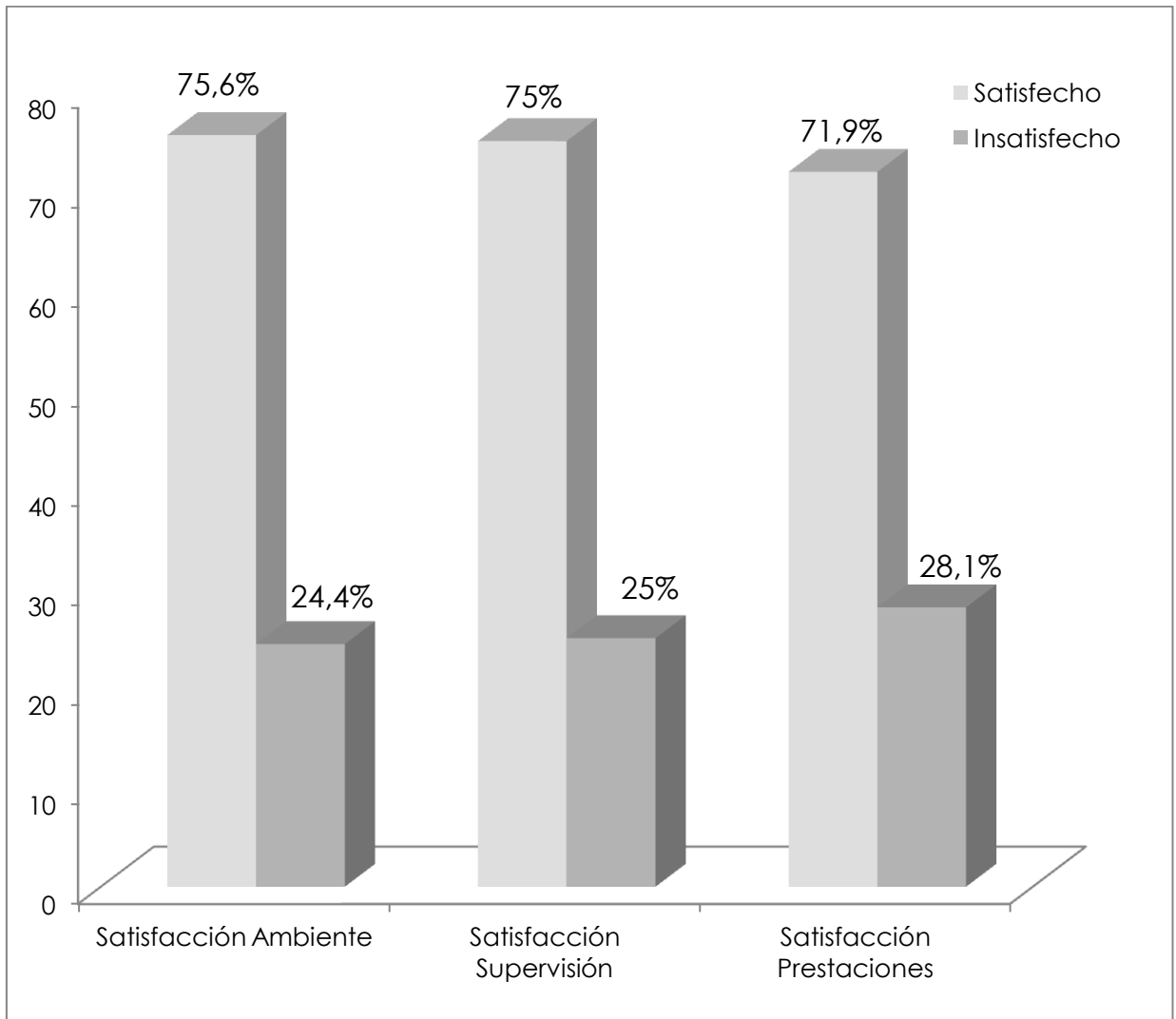
#### **H5: En la muestra de Docentes Universitarios habrá una elevada Satisfacción Laboral.**

La satisfacción laboral se ha medido con un instrumento ya descrito anteriormente, de 12 ítems, en el que se utiliza una escala Likert que va de 1 (Muy insatisfecho) a 7 (Muy satisfecho); por tanto, el intervalo de puntuaciones oscila entre 12 y 84. La media de la satisfacción laboral total es de 60.63 ( $DT = 18.642$ ) y  $Mdn = 69$ . En la dimensión *satisfacción con el ambiente*  $M = 20.32$  ( $DT = 6.378$ ) y  $Mdn = 23$ . En esta dimensión el intervalo de puntuaciones va de 4 a 28 puntos. La dimensión *satisfacción con la supervisión* ofrece una media de 30.55 ( $DT = 9.465$ ) y  $Mdn = 34$ . En esta escala el intervalo oscila entre 5 y 35. Y la media de la dimensión *satisfacción con las prestaciones* es 9.76 ( $DT = 3.539$ ) y  $Mdn = 11$ ; siendo el intervalo de puntuaciones entre 2 y 14.

El intervalo de confianza al 95% de la Satisfacción Laboral en cuanto al índice global es de 57.71 a 63.54; para la dimensión *satisfacción con el ambiente* es de 19.32 a 21.31; para la *satisfacción con la supervisión* es de 29.07 a 32.03; y para la *satisfacción con las prestaciones* es de 9.20 a 10.31.

Los docentes se muestran más insatisfechos con las prestaciones y menos con el ambiente físico (Gráfico 8.11).

Gráfico 8.11. Porcentajes satisfacción laboral.



### 1.4.6. Resumen

Tabla 8.13: Cuadro resumen estadísticos descriptivos de las variables psicológicas.

<b>Variables Sociolaborales</b>		<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>DT</b>
<b>Estado de Salud</b>		2.03	2	.872
<b>Sentido de Coherencia (SOC)</b>	<b>SOC Total</b>	68.72	70	10.140
	<b>Significatividad</b>	22,18	23	3,814
	<b>Manejabilidad</b>	20.34	21	3.675
	<b>Comprensibilidad</b>	26.21	27	4.313
<b>Inteligencia Emocional Percibida</b>	<b>IEP</b>	91.93	102	22.203
	<b>Atención</b>	30.21	33	8.184
	<b>Claridad</b>	30.87	33	7.855
	<b>Reparación</b>	30.86	33	7.333
<b>Salud Mental o General Percibida</b>	<b>Salud Mental Global</b>	17.14	15	9.054
	<b>A. Síntomas Somáticos</b>	4.69	4	3.651
	<b>B. Ansiedad-Insomnio</b>	4.71	4	3.950
	<b>C. Disfunción Social</b>	6.99	7	2.342
	<b>D. Depresión</b>	.76	.0	1.971
<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Satisfacción Laboral total</b>	60.63	69	18.642
	<b>Ambiente</b>	20.32	23	6.378
	<b>Supervisión</b>	30.55	34	9.465
	<b>Prestaciones</b>	9.76	11	3.539

M: Media, Mdn: Mediana, DT: Desviación Típica.

## 2. Análisis de Inferencias

### 2.1. Análisis de Contraste de Hipótesis

#### 2.1.1. Estado de Salud y variables sociolaborales

**H6: Existen diferencias en el Estado de Salud percibido por los docentes en relación con las variables personales y laborales.**

Después de exponer a nivel descriptivo las variables personales y laborales de la muestra, se pasa ahora contrastar con análisis bivariados la relación de estas variables con las psicológicas empleadas en este estudio (estado de salud, salud general percibida, sentido de coherencia, inteligencia emocional y satisfacción laboral). Con estos análisis se pretende determinar si existen o no diferencias significativas en función de las citadas variables.

La variable estado de salud, al no haberse recogido elementos en la categoría estado de salud *muy malo*, y muy pocos en *malo* y *regular*, se ha transformado en una variable dicotómica, con objeto de conseguir una agrupación más válida al hacer los análisis de datos.

##### 2.1.1.1. Edad y Estado de Salud

Un 46.3% de las personas menores de 45 años contestan que su estado de salud es *Bueno* y el 29.9% lo perciben como *Muy Bueno*, mientras que un 10.4% creen que es *Regular* y un 13.4% lo perciben como *Malo*. De las personas mayores de 45 años, el 50.5% contesta que su estado de salud es *Bueno* y el 26.9% *Muy Bueno*. Por el contrario, el 18.3% de los docentes creen que su salud es *Regular* y el 4.3% que es *Mala*.

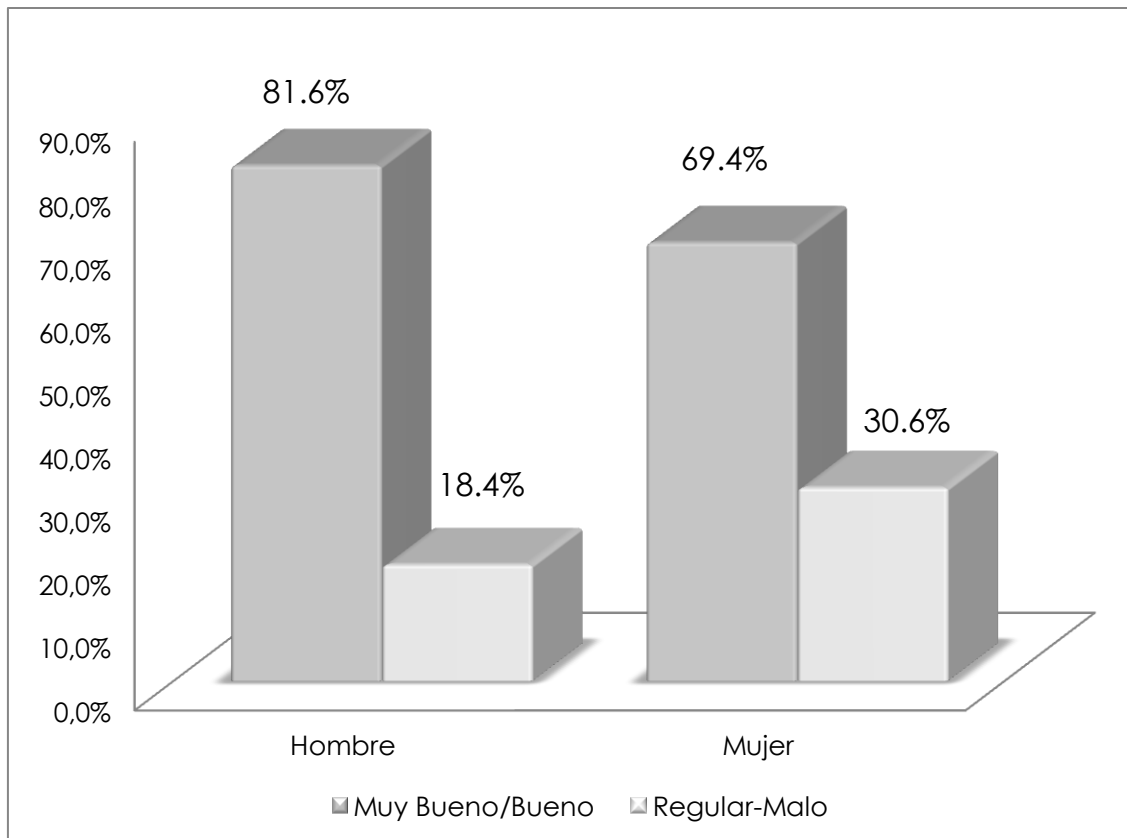
El 58.5% de los docentes que se perciben con un estado de salud elevado son mayores de 45 años.

Para analizar si la *edad* está asociada al *estado de salud* se ha utilizado el estadístico Chi-Cuadrado,  $X^2 (1, N = 160) = 0.037$  y  $p = .847$ , por lo que se asume que no están relacionadas ambas variables.

#### 2.1.1.2. Género y Estado de Salud

Del Gráfico 8.9 se deduce que de todos los hombres, el 81.6% cree que su estado de salud es *Muy Bueno* o *Bueno*, al igual que ocurre con el 69.4% de las mujeres. El resto de personas opina que su estado de salud es *Regular* o *Malo*. Sólo 5 hombres contestan que su estado de salud es *Malo* (5.1%), y 8 mujeres (12.9%).

Gráfico 8.12: Estado de salud según el género.



El estado de salud y el género no se encuentran relacionados significativamente, Chi-Cuadrado  $X^2(1, N = 160) = 3.220, p = .073$ ). Son variables independientes, aunque se observan ciertas diferencias en la percepción de salud en el grupo de hombres y mujeres.

#### 2.1.1.3. Estado Civil y Estado de Salud

Las personas que están casadas o son pareja de hecho responden que su estado de salud es *Bueno* más frecuentemente (48%) que al resto de categorías; siendo su perfil: *Bueno, Muy Bueno, Regular* y *Malo*. Los docentes que están divorciados o separados contestan que su estado de salud es *Bueno* en un 35.7%, seguido en porcentajes similares que *Muy Bueno, Regular* o *Malo*. Por último, aquellos que están solteros, son los que dan un mayor porcentaje a que su estado de salud es *Bueno* (61.9%), seguido de *Muy Bueno, Regular* y *Malo*. Como se puede apreciar, las tres categorías del estado civil muestran el mismo perfil de respuesta en cuanto a su estado de salud, prevaleciendo el de *Bueno*, aunque el porcentaje de los que afirma que su estado de salud es bueno es mayor entre los solteros, seguido de casados o con pareja de hecho y en menor medida por los divorciados o separados. Para analizar si el estado civil está relacionado con el estado de salud, se obtuvo la Chi-Cuadrado,  $X^2(2, N = 160) = 3.487, p = .175$ , por lo que podemos decir que no hay asociación entre ambas variables.

#### 2.1.1.4. Hijos y Estado de Salud

Un 75.6% de los docentes que perciben su estado de salud como *Muy Bueno* o *Bueno* tienen hijos, siendo mayor esta cifra que en aquellos que no tienen.

Los docentes que tienen hijos afirman tener un *Buen* estado de salud en un 45.6% y *Muy Bueno* en un 28.8%, porcentajes mayores que

los que no los tienen. Mientras que los primeros dicen que su estado de salud es *Regular* en un 16.8% y *Malo* en solo un 8.8%. La variable *hijos* no se relaciona con el estado de salud, puesto que el estadístico  $X^2(1, N = 160) = 1.969$  y  $p = .161$ , por lo que se acepta la hipótesis de relación de independencia entre ambas variables.

#### 2.1.1.5. Número de hijos y Estado de Salud

El 54.1% de las personas que tienen sólo un hijo perciben su salud como *Buena*, el 21.6% los perciben como *Muy buena*, el 13.5% como *Regular* y el 10.8% como *Mala*. De aquellas personas que tienen dos o más hijos, el 42.7% se perciben con un *Buen* estado de salud, seguido de aquellos que se perciben con un *Muy buen* estado de salud (31.5%), *Regular* (18%) y *Malo* (7.9%). El 77.8% de los docentes que creen que su estado de salud es *Muy bueno* corresponde a aquellos que tienen dos o más hijos. El número de hijos de los docentes no se encuentra relacionado de forma significativa con el estado de salud con el que éstos se perciben,  $X^2(3, N = 160) = 0.032$ ,  $p = .858$ .

#### 2.1.1.6. Antigüedad en Docencia y Estado de Salud

Destacar de la Tabla 8.14 que si sumamos las valoraciones de salud *Muy Bueno* y *Bueno* no hay diferencias importantes entre los que tienen una antigüedad en la docencia hasta 15 años y 16 años o más, pero entre los primeros hay un mayor porcentaje que afirma tener un nivel de salud *Muy Buena*.

Tabla 8.14: Frecuencias y Porcentajes de la variable *Estado de Salud* en relación a la *Antigüedad en la docencia*.

<b>Antigüedad en la Docencia y Estado de Salud</b>					
	<b>Estado de Salud</b>				<b>Total</b>
	<b>Muy Bueno</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	
Hasta 15 años	23 (29,1%)	38 (48,1%)	9 (11,4%)	9 (11,4%)	79 (100,0%)
Igual o más 16 años	22 (27,2%)	40 (49,4%)	15 (18,5%)	4 (4,9%)	81 (100,0%)
<b>Total</b>	45	78	24	13	<b>160</b>

Si nos centramos en la *Antigüedad en la docencia en la Universidad de Huelva*, aparecen similares porcentajes que en la tabla anterior, no viendo grandes diferencias cuando unimos los que afirman tener una salud *Muy Buena* o *Buena* entre los de una antigüedad en la Universidad de Huelva de hasta 15 años (28.6% y 48.8% respectivamente) y los que tienen una antigüedad de 16 años o más. Con porcentajes de distribución similar en ambos grupos entre *Muy Buena* y *Buena* (27.6% y 48.7%). El 77.2% de los docentes que llevan menos de 15 años consideran que su estado de salud es ligeramente superior a los que llevan más tiempo.

La antigüedad en la docencia no llega a establecer una relación significativa con el estado de salud, ambas variables son independientes entre sí. Una Chi-Cuadrado igual a  $X^2(3, N = 160) = 0.010$  y  $p = .920$ . Igual ocurre con la antigüedad en la Universidad de Huelva, con la que tampoco hay una asociación con el estado de salud  $X^2(3, N = 160) = 0.025$  y  $p = .873$ .

2.1.1.7. Categoría Profesional y Estado de Salud

Observando la Tabla 8.15, se pueden destacar que los funcionarios perciben su nivel de salud algo mejor que los contratados. Mientras los primeros tienen mayor porcentaje los que lo valoran como *Bueno*, en los contratados el porcentaje de los que lo califican como *Malo* supera al de los funcionarios.

Tabla 8.15: *Estado de salud en relación al Tipo de Contrato con la Universidad.*

<b>Estado de Salud y Tipo de Contrato</b>					
	<b>Estado de Salud</b>				<b>Total</b>
	<b>Muy Bueno</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>	
Funcionario	25 (28,7%)	45 (51,7%)	15 (17,2%)	2 (2,3%)	87 (100,0%)
Contratado	20 (27,4%)	33 (45,2%)	9 (12,3%)	11 (15,1%)	73 (100,0%)
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>78</b>	<b>24</b>	<b>13</b>	<b>160</b>

El tipo de contrato establecido con la Universidad no está asociado de forma significativa con el estado de salud percibido por los docentes, siendo  $X^2 (1, N = 160) = 1.378$  y  $p = .240$ , como se muestra en la Tabla 8.16, son los Catedráticos de Escuela Universitaria y los Profesores Sustitutos Interinos los que perciben su nivel de salud *Muy Buena* o *Buena* con un mayor porcentaje (100%), seguido de los Titulares de Escuela Universitaria que la perciben en un 83.3%, y algo menor porcentaje entre los Catedráticos de Universidad, Asociados y Ayudantes Doctores.

Por el contrario, los que presentan un porcentaje menor que consideran su salud como *Muy Buena* o *Buena* son los Becarios Predoctorales (50%, solo 1), los Sustitutos Interinos a Tiempo Completo

(60%) y los Contratados Doctores (67.7%). La Chi-Cuadrado es  $X^2(10, N = 160) = 9.758$  y  $p = .462$ , por lo que se acepta la hipótesis de independencia de ambas variables. En la tabla 16 se detallan todos los porcentajes referidos a las frecuencias del estado de salud en relación a la categoría profesional a la que pertenecen los docentes.

Tabla 8.16: *Estado de Salud en relación a la Categoría Profesional.*

Categoría	Estado de Salud		
	Muy Bueno-Bueno	Regular-Malo	Total
Catedrático Universidad	11 (78,6%)	3 (21,45%)	14 (100,0%)
Titular Universidad	47 (79,7%)	12 (20,3%)	59 (100,0%)
Catedrático EU	2 (100,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)
Titular EU	10 (83,3%)	2 (16,7%)	12(100,0%)
Colaborador	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (100,0%)
Contratado Doctor	10 (67,7%)	5 (33,3%)	15 (100,0%)
Ayudante Doctor	3 (75%)	1 (25%)	4 (100,0%)
Profesor Asociado	20 (76,9%)	6 (23,1%)	26 (100,0%)
Prof. Sustituto Interino TP	10 (100,0%)	0 (0,0%)	10 (100,0%)
Prof. Sustituto Interino TC	3 (60%)	2 (40%)	5 (100,0%)
Becario Predoctoral	1 (50%)	1 (50%)	2 (100,0%)

EU: Escuela Universitaria, TC: Tiempo Completo, TP: Tiempo Parcial.

2.1.1.8. Dedicación y Estado de Salud

En cuanto al tiempo de *dedicación* a la docencia, es decir, si lo son a tiempo completo o a tiempo parcial, estos últimos dan un mayor porcentaje si sumamos los que afirman tener un nivel de salud *Muy bueno* y *Bueno*, siendo del 82.8% entre los de Tiempo Parcial y del 73.5% a Tiempo Completo. Pero si nos centramos en los que afirman que su salud es *Muy Buena* el porcentaje ente los que su dedicación es a tiempo completo es de 29.4% mientras que entre los de tiempo parcial es del 25.9%.

El estadístico Chi-Cuadrado de Pearson muestra que ambas variables son independientes, por lo que deducimos que no está asociado el tipo de dedicación del docente en la universidad con el estado de salud que percibe  $X^2 (1, N = 160) = 1.772$  y  $p = .183$ .

2.1.1.9. Grado Académico y Estado de Salud

Tanto las personas que han alcanzado el Diploma de Estudios Avanzados (DEA) como aquellos que tienen el grado de Doctor, perciben su estado de salud como *Bueno* más frecuentemente que otras opciones, seguido de la opción *Muy Bueno*. Así, de los que tienen el DEA, el 42.9% creen que es *Bueno* y de los que tienen el Doctorado, el 50.8% responde a esta misma opción. El 74.8% de los que creen que su estado de salud es *Muy Bueno* o *Bueno* son Doctores, y el resto posee el DEA.

El estadístico Chi-Cuadrado de Pearson muestra que ambas variables son independientes, indicando que no está asociado el tipo de dedicación del docente en la universidad con el estado de salud que percibe,  $X^2 (1, N = 160) = .301$  y  $p = .583$ .

2.1.1.10. Docencia y Estado de Salud

Los valores del estado de salud con respecto al tipo de *docencia* que imparten, muestran que todos los grupos perciben su estado de salud bueno en general. Sin embargo, el mayor porcentaje de personas que considera que su estado de salud es *Muy bueno* o *Bueno* se corresponde con los que imparten su docencia sólo en *Grado* (81.3%), seguido de los que dan clase tanto en *Grado* como en *Posgrado* (14.6%). Dentro de los que sólo imparten en *Grado* perciben su estado de salud *Bueno* un 48.8% y *Muy Bueno* (28.7%).

El tipo de docencia que imparten los profesores universitarios de la muestra no se encuentra relacionado con la estado de salud con el que se perciben,  $\chi^2 (2, N=160) = .194$  y  $p = .907$ .

2.1.1.11. Asignaturas, Titulaciones y Estado de Salud

El mismo patrón de respuestas que en la variable anterior se muestra en la variable *número de asignaturas impartidas*. El 64.2% de personas que creen que su salud es *Muy buena* o *Buena*, corresponde a los docentes que dan clase en hasta en 3 asignaturas. Dentro de este grupo, el 50% de las personas que imparten clase en tres asignaturas como máximo, creen que su estado de salud es *Bueno*, y el 46.8% de aquellas que dan docencia en más de cuatro asignaturas, creen que es *Bueno* también.

Atendiendo a la variable *número de titulaciones* en las que imparte docencia, se observa que el 39% de docentes que perciben su estado de salud *Muy bueno* o *Bueno*, corresponde a aquellos que dan clase en dos titulaciones, seguido de los que dan en una sola titulación (31.7%). El 100% de docentes que dan clase en 5, 6 y 7 titulaciones

consideran que su estado de salud es *Muy bueno* o *Bueno*. Para analizar si existe alguna relación entre el número de asignaturas y el estado de salud, o entre el número de titulaciones en el que imparten docencia y el estado de salud se he realizado una prueba Chi-Cuadrado de Pearson, siendo en el primer caso  $X^2 (1, N = 160) = 1.987$  y  $p = .159$ , y en el segundo caso,  $X^2 (7, N = 160) = .3.829$  y  $p = .799$ .

#### 2.1.1.12. Cargo de Gestión y Estado de Salud

Analizando el estado de salud percibido según tienen o no un cargo de gestión en la Universidad, se observa que el 75% de las personas con cargo se perciben con *Muy Buena* o *Buena* salud; porcentaje similar a los docentes que no tienen cargo (77.8%). De todos los que creen que su estado de salud es *Muy Bueno* o *Bueno*, el 68.3% no poseen cargos de gestión. No se encuentra una relación significativa, Chi-Cuadrado  $X^2 (1, N = 160) = .0.152$  y  $p = .696$ .

Con respecto al *tiempo que llevan en el cargo de gestión*, los docentes que llevan hasta 5 años en el cargo perciben su salud como *Muy Buena* o *Buena*, un 72.2% y un 27.8% *Regular* o *Mala*. Los que llevan más años creen que su estado de salud es *Muy Bueno* o *Bueno* un 81.2% y un 18.8% *Regular* o *Malo*. Si atendemos a la percepción del estado de salud como *Muy Bueno* o *Bueno* en general, se encuentra un mayor porcentaje en aquellos docentes que llevan menos de 5 años en el cargo (66.7%). En cuanto a la verificación de la existencia de asociación entre el tiempo que llevan en el cargo y el estado de salud, se acepta la hipótesis de independencia de ambas variables con  $X^2 (1, N = 160) = .481$  y  $p = .488$ .

2.1.1.13. Casos Agudos y Estado de Salud

Son los docentes considerados como *no casos clínicos*, aquellos que no reúnen la sintomatología necesaria como para ser un posible caso clínico, los que perciben en un mayor porcentaje que su estado de salud es *Muy Bueno* o *Bueno* (84.1%), mientras que esta cifra baja al 50% entre los posibles *casos clínicos agudos*.

Podemos rechazar la hipótesis de igualdad entre el nivel de salud percibido entre los que son un caso clínico agudo y los que no lo son, puesto que la probabilidad de obtener por azar un valor de Chi-cuadrado superior al mostrado es inferior al valor de significación determinado, siendo  $X^2 (1, N = 160) = 17.541, p = .000$ . Ambas variables están relacionadas de forma significativa.

2.1.1.14. Casos Crónicos y Estado de Salud

Los *casos clínicos* crónicos son aquellos que según han contestado al cuestionario de Goldberg, muestran una duración en su sintomatología superior a un año. Al igual que en el caso de la sintomatología aguda, los *casos clínicos crónicos* responden que su estado de salud es *Muy bueno* o *Bueno* en un 54.3% (25), subiendo este porcentaje en los *no casos clínicos* a un 86% (98).

Las puntuaciones en la percepción del estado de salud es diferente según se sea *caso clínico* o *no*, así lo muestra el estadístico de contraste elegido,  $X^2 (1, N = 160) = 18.430, p = .000$ .

### 2.1.1.15. Resumen

Los docentes mayores y menores de 45 años no difieren en cuanto a la percepción de su estado de salud, considerándolo en mayor medida como *Bueno*. Un 81.6% de los docentes varones perciben su estado de salud como *Muy Bueno* o *Bueno*, superando a las mujeres (69.4%), aún así, no son diferencias estadísticamente significativas. Los docentes que están solteros perciben que su estado de salud es *Bueno* en mayor porcentaje (61.9%) que los casados (48%) y que los divorciados o separados (35.7%). El hecho de tener hijos hace que perciban su estado de salud mejor (45.6% cree que es *Bueno*) que los que no tienen, siendo los que tienen dos o más los que mejor salud consideran que tienen (77.8%).

Las diferencias encontradas entre las variables personales y el estado de salud no son estadísticamente significativas.

En relación a la antigüedad en la docencia universitaria a nivel general y en la propia Universidad de Huelva, los docentes que llevan menos y más de 15 años manifiestan que su estado de salud es *Bueno*, siendo este dato similar en ambos grupos de antigüedad. Los funcionarios consideran que su estado de salud es mejor que aquellos que están contratados. Dentro de las categorías, son los Catedráticos de Escuela Universitaria, los Profesores Sustitutos Interinos a tiempo completo y los Titulares de Escuela Universitaria los que mejor perciben su estado de salud. El 82.8% de los profesores a tiempo parcial creen que su estado de salud es *Muy Bueno* o *Bueno*, mientras que este dato baja al 73.5% entre los que están contratados a tiempo completo. El 71.8% de los que opinan que su estado de salud es *Muy Bueno* o *Bueno*, son Doctores, y el 81.3% corresponde a los que imparten su docencia en Grado solamente. Aquellos que dan clase en tres o menos asignaturas y en dos titulaciones perciben mejor su estado de salud (64.2% y 39%

respectivamente). Aquellos que no tienen cargos de gestión perciben su estado de salud mejor (68.3%) que aquellos que sí lo tienen, lo mismo que los que llevan menos de 5 años en él (66.7%).

Las diferencias que se han encontrado entre las variables sociolaborales y el estado de salud no han resultado significativas.

Si se tiene en consideración el hecho de ser *caso o no caso clínico agudo* (síntomatología psíquica), aquellos que no son considerados casos clínicos perciben mejor su estado de salud (84.1%), de igual forma que a nivel crónico (86%). Estas diferencias entre ser caso clínico o no (agudo o crónico) y el estado de salud sí han resultado significativas.

## 2.1.2. Salud General Percibida y variables sociolaborales

**H7: Existen diferencias en la Salud Mental autopercibida por los docentes en relación con las variables personales y laborales.**

### 2.1.2.1. Edad y Salud Mental Percibida

Como se ha visto anteriormente la puntuación en cada escala del cuestionario de Salud de Goldberg oscila entre 0 y 21 puntos. En la siguiente Tabla (8.17) se exponen las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en salud mental percibida según la edad. Para ello se ha elegido para verse de una manera más clara la *edad* dicotomizada (menores y mayores de 45 años). Se observan puntuaciones más elevadas en todas las escalas en aquellos docentes menores de 45 años, por tanto, presentan mayor sintomatología psiquiátrica este grupo de edad.

Tabla 8.17: Descriptivos de *salud mental* en función de la *edad*.

	<b>Mayores de 45 años</b>	<b>Menores de 46 años</b>
	M (DT)	M (DT)
Salud Mental	19,46 (10,545)	15,47 (7,427)
Escala A. Síntomas Somáticos	5,58 (4,189)	4,05 (3,076)
Escala B. Ansiedad-Insomnio	5,63 (4,579)	4,04 (3,297)
Escala C. Disfunción Social	7,27 (2,794)	6,78 (1,941)
Escala D. Depresión	0,99 (2,538)	0,59 (1,424)

M: Media, DT: Desviación Típica.

Para el cálculo estadístico de ambas variables se ha optado por elegir la variable *edad* en una escala de razón, en lugar de la dicotómica, siendo la correlación de Spearman la opción elegida en este caso. La edad mantiene una relación significativa ( $p < .05$ ) con la *puntuación global de salud mental*, y las dimensiones *síntomas somáticos* y *ansiedad e insomnio*, aunque con correlaciones muy bajas, siendo  $r = -.195$ ,  $p = .014$ ;  $r = -.190$ ,  $p = .016$ ; y  $r = -.168$ ,  $p = .034$  respectivamente. No obstante, se puede decir que mantienen una relación negativa aunque muy pequeña, pero con significación estadística. No ocurre lo mismo con la edad y las dimensiones *disfunción social* ( $r = -.034$ ,  $p = .667$ ) y *depresión* ( $r = -.090$ ,  $p = .259$ ).

### 2.1.2.2. Género y Salud Mental Percibida

Como se puede apreciar en la Tabla 8.18, la media de las mujeres es más elevada que la de los hombres en todas las escalas y en la puntuación total, excepto en la escala de *depresión*, en la que por muy poco, es superada por la media de los hombres. Esto indica que son las mujeres las que presentan una mayor sintomatología a nivel psiquiátrico (más síntomas somáticos, más problemas de ansiedad e insomnio, mayores dificultades en la vida diaria, y más sintomatología depresiva).

Tabla 8.18: Descriptivos de *salud mental* en función del género.

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
	M (DT)	M (DT)
Salud Mental	15,85 (8,653)	19,19 (9,361)
Escala A. Síntomas Somáticos	3,93 (3,124)	5,90 (4,100)
Escala B. Ansiedad-Insomnio	4,26 (3,533)	5,42 (4,470)
Escala C. Disfunción Social	6,89 (2,337)	7,15 (2,360)
Escala D. Depresión	0,78 (2,074)	0,73 (1,812)

M: Media, DT: Desviación Típica.

En este caso se ha llevado a cabo la prueba U de Mann-Withney (Tabla 8.19) para analizar si las diferencias encontradas en las diferentes dimensiones de la salud mental en relación al género, son significativas a nivel estadístico.

Los resultados muestran diferencias significativas en la *puntuación total en salud mental* ( $z = -2.621$ ,  $p = .009$ ), y en la dimensión *síntomas somáticos* ( $z = -3.439$ ,  $p = .001$ ) en función del género. Por esto, cabe decir que hombres y mujeres difieren significativamente en la puntuación total de salud mental y en la dimensión referente a los síntomas somáticos informados, siendo las mujeres las que presentan mayor sintomatología en ambas puntuaciones.

Tabla 8.19: Diferencias en *salud mental* en función del género.

	Estadísticos de contraste <sup>a</sup>				
	Salud Mental	Síntomas Somáticos	Ansiedad Insomnio	Disfunción Social	Depresión
U de Mann-Whitney	2291,000	2065,000	2634,000	2822,000	3005,000
W de Wilcoxon	7142,000	6916,000	7485,000	7673,000	4958,000
Z	-2,621	-3,439	-1,423	-,824	-,145
Sig. asintót. (bilateral)	,009	,001	,155	,410	,885

**a. Variable de agrupación: Género**

### 2.1.2.3. Estado Civil y Salud Mental Percibida

Para analizar la relación existente entre el estado civil y la salud mental, se ha optado por realizar la prueba de Kruskal-Wallis para k muestras independientes. La prueba indica que se debe aceptar la hipótesis de igualdad de las medianas, y aceptar que las medianas de cada grupo establecido según el *estado civil* en relación a la puntuación obtenida en cada uno en las diferentes dimensiones de la salud mental y en la puntuación global, son similares y que no difieren significativamente ( $p > .05$ ). Aún así, las personas casadas presentan mayor sintomatología a nivel general, síntomas somáticos y depresivos. Los docentes divorciados y/o separados manifiestan más problemas ansiosos y de insomnio y más dificultades de relación social (Tabla 8.20).

Tabla 8.20: Descriptivos de *salud mental* en función del estado civil.

	<b>Soltero</b>	<b>Divorciado/Separado</b>	<b>Casado</b>
	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Salud Mental	16,33 (9,567)	17 (7,049)	17,30 (9,220)
Escala A. Síntomas Somáticos	4,33 (3,454)	4,00 (3,282)	4,83 (3,735)
Escala B. Ansiedad-Insomnio	4,90 (4,253)	5,43 (3,936)	4,59 (3,923)
Escala C. Disfunción Social	6,71 (3,180)	7,29 (1,383)	7,00 (2,275)
Escala D. Depresión	0,38 (0,669)	0,29 (0,825)	0,87 (2,185)

M: Media, DT: Desviación Típica.

#### 2.1.2.4. Hijos y Salud Mental Percibida

Tabla 8.21: Descriptivos de *salud mental* en función de la variable *hijos*.

	<b>Hijos</b>	<b>No Hijos</b>
	M (DT)	M (DT)
Salud Mental	16,80 (8,402)	18,37 (11,130)
Escala A. Síntomas Somáticos	4,59 (3,529)	5,06 (4,094)
Escala B. Ansiedad-Insomnio	4,46 (3,616)	5,60 (4,924)
Escala C. Disfunción Social	7,05 (2,173)	6,77 (2,891)
Escala D. Depresión	0,70 (1,947)	0,94 (2,071)

M: Media, DT: Desviación Típica.

En la Tabla 8.21 se observan las diferencias en salud mental según tengan hijos o no los docentes. La prueba U Mann-Whitney indica que se debe que aceptar la hipótesis de igualdad de medianas, y concluir que las diferencias encontradas según si los docentes tienen o no hijos, en relación a la percepción de su salud mental, no resultan significativas ( $p > .05$ ).

#### 2.1.2.5. Número de Hijos y Salud Mental Percibida

El nivel de salud mental percibido por los docentes según el número de hijos se expone en la Tabla (8.22), donde se clasifica esta variable mediante dos categorías (con un hijo; con dos o más hijos).

Tabla 8.22: Descriptivos de *salud mental* en función del *número de hijos*.

	<b>Un hijo</b>	<b>Dos o más hijos</b>
	M (DT)	M (DT)
Salud Mental	16,32 (5,883)	17,29 (9,632)
Escala A. Síntomas Somáticos	4,73 (3,229)	4,53 (3,643)
Escala B. Ansiedad-Insomnio	4,46 (3,254)	4,63 (4,099)
Escala C. Disfunción Social	6,73 (1,710)	7,19 (2,325)
Escala D. Depresión	0,41 (0,686)	0,94 (2,502)

M: Media, DT: Desviación Típica.

La prueba U Mann-Whitney contrasta si existen diferencias entre el número de hijos que tienen los docentes y el nivel percibido de salud mental, indicando en todas las dimensiones (puntuación global, síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión) resultados no significativos ( $p > .05$ ).

#### 2.1.2.6. Antigüedad en Docencia y Salud Mental Percibida

Sólo la *puntuación total en salud mental* y en la dimensión *ansiedad-insomnio* del cuestionario de salud mental de Goldberg, difiere significativamente ( $p < .05$ ) según lleven los docentes hasta 15 años de docencia en la universidad, o 16 años o más (Tabla 8.24). En las demás dimensiones se acepta la hipótesis de igualdad de medianas atendiendo a esta variable. En concreto, son los que llevan menos de 15 años los que presentan más sintomatología (Tabla 8.23).

Tabla 8.23: Descriptivos de *salud mental* en función de la *antigüedad en la docencia*.

	Hasta 15 años	16 años o más
	M (DT)	M (DT)
Salud Mental	19,03 (10,283)	15,31 (7,274)
Escala A. Síntomas Somáticos	5,23 (4,194)	4,17 (2,966)
Escala B. Ansiedad-Insomnio	5,61 (4,430)	3,83 (3,209)
Escala C. Disfunción Social	7,29 (2,632)	6,69 (1,991)
Escala D. Depresión	0,90 (2,394)	0,62 (1,445)

M: Media, DT: Desviación Típica.

Tabla 8.24: Diferencias en *salud mental* en función de la *antigüedad en la docencia*.

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>					
	Salud Mental	Síntomas Somáticos	Ansiedad Insomnio	Disfunción Social	Depresión
U de Mann-Whitney	2507,000	2869,500	2417,000	2843,500	3167,000
W de Wilcoxon	5828,000	6190,500	5738,000	6164,500	6327,000
Z	-2,367	-1,137	-2,686	-1,323	-,139
Sig. asintót. (bilateral)	,018	,256	,007	,186	,889
<b>a. Variable de agrupación: Antigüedad Docencia</b>					

Del mismo modo, existen diferencias en la salud mental de los docentes en función de si llevan menos de 15 años en la Universidad de Huelva o llevan 16 años o más. En concreto, sólo existen diferencias en la *puntuación total de salud mental* ( $z = -2.043$ ,  $p = .041$ ) y en la dimensión *ansiedad-insomnio* ( $z = -2.210$ ,  $p = .027$ ), siendo mayor la sintomatología en los docentes que llevan menos de 15 años (Tablas 8.25 y 8.26).

Tabla 8.25: Descriptivos de *salud mental* en función de la *antigüedad en la UHU*.

	Hasta 15 años	16 años o más
	M (DT)	M (DT)
Salud Mental	18,81 (10,228 )	15,30(7,174)
Escala A. Síntomas Somáticos	5,12 (4,111)	4,22 (3,023)
Escala B. Ansiedad-Insomnio	5,48 (4,487)	3,86 (3,067)
Escala C. Disfunción Social	7,27 (2,552)	6,67 (2,055)
Escala D. Depresión	0,94 (2,422)	0,55 (1,290)

M: Media, DT: Desviación Típica.

Tabla 8.26: Diferencias en *salud mental* en función de la *antigüedad en la UHU*.

	Estadísticos de contraste <sup>a</sup>				
	Salud Mental	Síntomas Somáticos	Ansiedad Insomnio	Disfunción Social	Depresión
U de Mann-Whitney	2595,000	2917,000	2549,000	2831,000	3171,000
W de Wilcoxon	5521,000	5843,000	5475,000	5757,000	6097,000
Z	-2,043	-,948	-2,210	-1,343	-,090
Sig. asintót. (bilateral)	,041	,343	,027	,179	,928

**a. Variable de agrupación: Antigüedad UHU**

2.1.2.7. Categoría profesional y Salud Mental Percibida

Tabla 8.27: Descriptivos de salud mental en función del Tipo de Contrato.

	<b>Funcionario</b>	<b>Contratado</b>
	M (DT)	M (DT)
Salud Mental	15,21 (6,123)	19,45 (11,239)
Escala A. Síntomas Somáticos	4,15 (3,052)	5,34 (4,187)
Escala B. Ansiedad-Insomnio	3,79 (2,796)	5,79 (4,787)
Escala C. Disfunción Social	6,72 (1,568)	7,30 (4,999)
Escala D. Depresión	0,54 (1,388)	1,01 (2,480)

M: Media, DT: Desviación Típica.

Como se puede apreciar en la Tabla 8.27, los docentes *contratados* son los que mayor puntuación obtienen en el cuestionario de salud general, y por tanto, informan de una mayor sintomatología, en todas las dimensiones de la salud mental.

Existen diferencias en las puntuaciones en salud mental según el tipo de contrato que mantienen los docentes, pero existen diferencias estadísticamente significativas en la *puntuación total de salud mental* y en la dimensión *ansiedad-insomnio* (escala B) del cuestionario de Goldberg, en función de la variable *tipo de contrato*, es decir, si son funcionarios o personal contratado. Entre estos dos grupos existen diferencias apreciables de forma significativa (Tabla 8.28).

Tabla 8.28: Diferencias en *salud mental* en función del *tipo de contrato*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>					
	<b>Salud Mental</b>	<b>Síntomas Somáticos</b>	<b>Ansiedad Insomnio</b>	<b>Disfunción Social</b>	<b>Depresión</b>
U de Mann-Whitney	2588,000	2718,500	2492,000	2920,500	2914,000
W de Wilcoxon	6416,000	6546,500	6320,000	6748,500	6742,000
Z	-2,016	-1,580	-2,355	-,951	-1,126
Sig. asintót. (bilateral)	,044	,114	,019	,341	,260

**a. Variable de agrupación: Tipo Contrato**

Atendiendo a la variable *categoría profesional* (Tabla 8.29), existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por los docentes en la valoración global de su salud mental,  $X^2(10, N = 160) = 18.795, p = .043$  y en la escala de *ansiedad-insomnio*,  $X^2(10, N = 160) = 19.043, p = .040$ .

Tabla 8.29: Diferencias en *salud mental* en función de la *categoría profesional*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>					
	<b>Salud Mental</b>	<b>Síntomas Somáticos</b>	<b>Ansiedad Insomnio</b>	<b>Disfunción Social</b>	<b>Depresión</b>
Chi-cuadrado	18,795	16,333	19,043	17,549	12,961
gl	10	10	10	10	10
Sig. asintót.	,043	,090	,040	,063	,226

**a. Prueba de Kruskal-Wallis**

**b. Variable de agrupación: Categoría Profesional**

## Capítulo 8. Resultados

La salud mental difiere significativamente en cuanto a la *puntuación global* y en *ansiedad-insomnio*, según la categoría profesional del docente (Tabla 8.29). En la escala *ansiedad-insomnio* es mayor en el docente *Colaborador*, al igual que en la *puntuación global de salud mental*. En la Tabla 8.30 se especifican las medias y desviaciones típicas en las dos puntuaciones que han resultado diferentes de modo significativo. Destacan las figuras de profesor *Colaborador* y *Profesor Sustituto a Tiempo Completo* como aquellos con mayor sintomatología.

Tabla 8.30: Descriptivos de *salud mental* y *ansiedad-insomnio* en función de la *Categoría Profesional*.

	<b>Salud Mental</b>	<b>Escala B. Ansiedad-Insomnio</b>
	M (DT)	M (DT)
Catedrático Universidad	15,96 (7,620)	3,93 (2,586)
Titular Universidad	15,25 (6,299)	4,00 (3,017)
Catedrático EU	13,50 (2,121)	2,00 (1,414)
Titular EU	13,92 (3,630)	2,75 (1,815)
Colaborador	29,36 (14,016)	9,64 (5,818)
Contratado Doctor	19,93 (10,389)	5,40 (4,239)
Ayudante Doctor	15,75 (3,862)	4,25 (2,872)
Profesor Asociado	16,19 (10,253)	4,27(4,016)
Prof. Sustituto Interino TP	17,30 (10,467)	6,30 (5,599)
Prof. Sustituto Interino TC	23,20 (8,758)	6,80 (4,764)
Becario Predoctoral	15,50 (4,950)	6,80 (2,121)

M: Media, DT: Desviación Típica.

2.1.2.8. Dedicación y Salud Mental Percibida

En la Tabla 8.31 se ven las medias obtenidas en salud mental en función de la dedicación (tiempo completo o parcial).

En ella se refleja una puntuación ligeramente superior en sintomatología ansiosa, en problemas de insomnio y en sintomatología depresiva, en profesores que están con contrato a *tiempo parcial*.

Tabla 8.31: Descriptivos de *salud mental* en función de la *dedicación*.

	<b>Tiempo Completo</b>	<b>Tiempo Parcial</b>
	M (DT)	M (DT)
Salud Mental	17,28 (8,381)	16,90 (10,203)
Escala A. Síntomas Somáticos	4,96 (3,997)	4,22 (2,920)
Escala B. Ansiedad-Insomnio	4,66 (3,570)	4,79 (4,576)
Escala C. Disfunción Social	7,10 (2,227)	6,79 (2,539)
Escala D. Depresión	0,57 (1,278)	1,09 (2,786)

M: Media, DT: Desviación Típica.

Tabla 8.32: Diferencias en *salud mental* en función de la *dedicación*.

	<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Salud Mental</b>	<b>Síntomas Somáticos</b>	<b>Ansiedad Insomnio</b>	<b>Disfunción Social</b>	<b>Depresión</b>
U de Mann-Whitney	2688,000	2799,000	2805,000	2623,500	2908,500
W de Wilcoxon	4399,000	4510,000	4516,000	4334,500	8161,500
Z	-,960	-,570	-,546	-1,293	-,221
Sig. asintót. (bilateral)	,337	,569	,585	,196	,825

**a. Variable de agrupación: Dedicación**

Se acepta la hipótesis de igualdad de medianas, ya que el nivel de significación es mayor de 0.05 en todas las escalas de la salud mental y en la puntuación global, concluyendo que el nivel de salud mental de los docentes no difiere significativamente según la dedicación que tengan, si es a tiempo completo o parcial.

#### 2.1.2.9. Grado Académico y Salud Mental Percibida

Los docentes que tienen el grado de doctor son los que muestran una menor sintomatología psíquica, objetivándose en la Tabla 8.33 una menor puntuación en cada una de las dimensiones de la salud mental analizadas, en comparación con aquellos que tienen el Diploma de Estudios Avanzado.

Tabla 8.33: Descriptivos de *salud mental* en función del *grado académico*.

	<b>DEA</b>	<b>Doctorado</b>
	M (DT)	M (DT)
Salud Mental	19,24 (10,947)	16,40 (8,202)
Escala A. Síntomas Somáticos	5,31 (3,966)	4,47 (3,525)
Escala B. Ansiedad-Insomnio	5,40 (4,373)	4,46 (3,777)
Escala C. Disfunción Social	7,71 (3,300)	6,73 (1,383)
Escala D. Depresión	0,81 (2,308)	0,74 (1,846)

M: Media, DT: Desviación Típica, DEA: Diploma de Estudios Avanzados.

Al igual que con la variable anterior, con respecto al grado académico (DEA o Doctorado) también se puede decir que no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de salud mental, según pertenezcan al grupo que posee el DEA o a aquellos que tienen el título de Doctor. El estadístico U de Mann-Whitney ofrece los siguientes resultados: Puntuación global de salud mental ( $z = -1.422, p = .155$ ); escala A ( $z = -1.276, p = .202$ ); escala B ( $z = -1.223, p = .221$ ); escala C ( $z = -1.305, p = .192$ ); escala D ( $z = -.095, p = .924$ ).

#### 2.1.2.10. Docencia y Salud Mental Percibida

Los docentes que informan mayormente de una peor salud mental percibida son aquellos que imparten su docencia en *Grado* y *Posgrado* a la vez, y los que sólo lo hacen en *Grado* (Tabla 8.34). Los que imparten sólo en *Posgrado* manifiestan una mejor salud mental.

Tabla 8.34: Descriptivos de *salud mental* en función de la *docencia*.

	<b>Grado</b>	<b>Posgrado</b>	<b>Ambas</b>
	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Salud Mental	17,30 (9,125)	13,57 (6,554)	17,33 (9,384)
Escala A. Síntomas Somáticos	4,73 (3,672)	3,29 (2,215)	4,92 (3,900)
Escala B. Ansiedad-Insomnio	4,73 (4,035)	3,86 (2,545)	4,83 (3,919)
Escala C. Disfunción Social	7,04 (2,470)	6,00 (2,708)	7,00 (1,319)
Escala D. Depresión	0,81 (2,129)	0,43 (1,134)	0,58 (1,100)

M: Media, DT: Desviación Típica.

En la Tabla 8.35 se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la salud mental y el tipo de docencia impartida.

Se acepta la hipótesis de igualdad de medianas en la variable *salud mental percibida* en función de los grupos generados en la variable *docencia* (en grado, en posgrado, en ambas). No se han encontrado diferencias en la salud mental de los docentes según impartan clase mayormente en cada uno de los grupos establecidos.

Tabla 8.35: Diferencias en *salud mental* en función de la *docencia impartida*.

Estadísticos de contraste <sup>a,b</sup>					
	Salud Mental	Síntomas Somáticos	Ansiedad Insomnio	Disfunción Social	Depresión
Chi-cuadrado	1,008	,983	,102	,446	,533
gl	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	,604	,612	,950	,800	,766
<b>a. Prueba de Kruskal-Wallis</b>					
<b>b. Variable de agrupación: Docencia</b>					

#### 2.1.2.11. Asignaturas y Salud Mental Percibido

Los docentes que informan de una peor salud mental son los que imparten su docencia en más de cuatro asignaturas durante el curso académico. Las puntuaciones que revelan la sintomatología psíquica es ligeramente superior en este grupo frente al otro (hasta tres asignaturas). La U de Mann-Whitney informa (Tabla 8.36) que es la escala D donde el nivel de significación es menor de 0.05, pero se ajusta mucho ( $z = -1.966$ ,  $p = .049$ ). Por ello, las puntuaciones de los docentes en esta escala difieren significativamente según den clase en hasta tres asignaturas, o en más de cuatro durante el curso académico. En concreto, la media en esta escala es de 7.56 ( $DT = 2.653$ ), mientras que en los que dan menos de tres asignaturas es de 6.62 ( $DT = 2.053$ ). Otro dato importante es que la puntuación global en el grupo de más de cuatro asignaturas es de 18.95 (7.921) mientras que en el otro es de 16.00 ( $DT = 10.415$ ).

Tabla 8.36: Diferencias en *salud mental* en función de las *asignaturas*.

	Estadísticos de contraste <sup>a</sup>				
	Salud Mental	Síntomas Somáticos	Ansiedad Insomnio	Disfunción Social	Depresión
U de Mann-Whitney	2558,500	2727,500	2678,000	2522,500	2982,000
W de Wilcoxon	7409,500	7578,500	7529,000	7373,500	4935,000
Z	-1,682	-1,098	-1,268	-1,966	-,246
Sig. asintót. (bilateral)	,093	,272	,205	,049	,805

**a. Variable de agrupación: Asignaturas**

#### 2.1.2.12. Titulaciones y Salud Mental Percibida

Atendiendo a la puntuación global en salud mental, aquellos docentes que imparten en cuatro titulaciones manifiestan una puntuación más elevada ( $M = 22.79$ ,  $DT = 11.151$ ).

Los niveles también son superiores en la escala A, síntomas somáticos ( $M = 7.00$ ,  $DT = 5.129$ ), en la escala B, ansiedad e insomnio ( $M = 6.64$ ,  $DT = 3.855$ ) y en la escala C, disfunción social, ( $M = 8.57$ ,  $DT = 3.228$ ). En la escala D, depresión, es mayor en el grupo que da clase sólo en una titulación ( $M = 1.08$ ,  $DT = 2.841$ ).

El estadístico Chi-Cuadrado asociado a la prueba de Kruskal-Wallis ofrece niveles de significación superiores a 0.05, en todas las dimensiones de la salud mental, y en la puntuación global. Por tanto, no es posible decir que existan diferencias en la salud mental atendiendo a si imparte asignaturas cada docente en una titulación o en más de una.

2.1.2.13. Cargo de Gestión y Salud Mental Percibida

Las medias en salud mental en relación si los docentes poseen o no un cargo de gestión resultan muy similares entre sí (Tabl 8.37). La U de Mann-Whitney (Tabla 8.38) muestra que no existen diferencias significativas en salud mental según tengan o no un cargo de gestión los docentes.

Tabla 8.37: Descriptivos de *salud mental* en función del *cargo de gestión*.

	<b>sí</b>	<b>NO</b>
	M (DT)	M (DT)
Salud Mental	17,13 (8,557)	17,15 (9,323)
Escala A. Síntomas Somáticos	4,58 (3,821)	4,75 (3,584)
Escala B. Ansiedad-Insomnio	5,02 (3,812)	4,56 (4,024)
Escala C. Disfunción Social	7,15 (2,508)	6,91 (2,265)
Escala D. Depresión	0,38 (0,745)	0,94 (2,325)

M: Media, DT: Desviación Típica.

Tabla 38: Diferencias en *salud mental* en función del *cargo de gestión*.

	<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Salud Mental</b>	<b>Síntomas Somáticos</b>	<b>Ansiedad Insomnio</b>	<b>Disfunción Social</b>	<b>Depresión</b>
U de Mann-Whitney	2786,500	2655,000	2539,000	2683,000	2673,000
W de Wilcoxon	8672,500	4033,000	8425,000	8569,000	4051,000
Z	-,078	-,563	-,986	-,496	-,618
Sig. asintót. (bilateral)	,937	,574	,324	,620	,537

**a. Variable de agrupación: Cargo Gestión**

En relación al tiempo que llevan en el cargo de gestión los docentes, no resultan significativas las diferencias existentes en función de si llevan menos o más de 5 años (Tabla 8.39).

Tabla 8.39: Diferencias en Salud Mental en función del *tiempo en el cargo de gestión*.

	<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Salud Mental</b>	<b>Síntomas Somáticos</b>	<b>Ansiedad Insomnio</b>	<b>Disfunción Social</b>	<b>Depresión</b>
U de Mann-Whitney	225,500	270,000	232,000	223,500	256,000
W de Wilcoxon	361,500	406,000	368,000	359,500	392,000
Z	-1,242	-,362	-1,116	-1,508	-,817
Sig. asintót. (bilateral)	,214	,718	,264	,132	,414

**a. Variable de agrupación: Tiempo Cargo**

#### **2.1.2.14. Resumen**

Los docentes con más de 45 años por lo general se ha observado que presentan mayor sintomatología psíquica, una peor salud mental con la que se perciben, diferencia que resulta ser significativa en los síntomas somáticos y los problemas de ansiedad e insomnio, en comparación con los más jóvenes.

Las mujeres docentes puntuán más alto en la sintomatología percibida, considerando que tienen una peor salud mental. Estas diferencias resultan ser significativas en la consideración global de la salud mental y en los problemas relacionados con los síntomas somáticos que presentan.

Los docentes casados muestran peor salud mental a nivel general, más problemas somáticos y depresivos. Los divorciados o separados manifiestan más desórdenes en el ámbito social. Estas diferencias no son consideradas significativas desde el punto de vista estadístico.

El hecho de tener hijos o no, y de tenerlos, el número de éstos por familia, no influye en la percepción de salud de los profesores, aunque los que tienen hijos perciben peor su salud mental en todas las dimensiones evaluadas, excepto en el ámbito social donde mejoran su puntuación.

La antigüedad en la docencia ocasiona diferencias significativas en la percepción global de la salud mental y en la sintomatología referente a problemas ansiosos y de insomnio. Aquellos docentes con una percepción peor de su salud en estos dos aspectos son los que llevan menos de 15 años en la docencia en total y en la Universidad de Huelva. En estos dos aspectos de la salud mental también difieren los profesores según sean funcionarios o contratados, siendo estos últimos

quienes mayor sintomatología informan, y según la categoría laboral a la que pertenecen. Los profesores Colaboradores manifiestan más problemas de ansiedad e insomnio, y a nivel global en su percepción de salud.

La dedicación, si es a tiempo completo o parcial, la docencia que imparten (grado, posgrado o ambas) y el grado académico (DEA o Doctorado) no presentan diferencias significativas en función de la salud mental percibida; aunque sí es cierto que los que poseen el Doctorado perciben mejor su salud mental.

El impartir docencia en más de cuatro asignaturas hace que los profesores de la muestra puntúen más alto en sintomatología psíquica, siendo una diferencia significativa en el ámbito social.

Entre los docentes que poseen un cargo de gestión y los que no, no se encuentran diferencias perceptibles ni significativas en cuanto a la salud mental con la que éstos se suelen percibir.

Tabla 8.40. Cuadro resumen de variables significativas en la Salud Mental Percibida.

Variable	Salud Mental	Estadístico	Significación
Edad	Salud Mental	$r = -.195$	$p = .014$
	Síntomas Somáticos	$r = -.190$	$p = .016$
	Ansiedad-Insomnio	$r = -.168$	$p = .034$
Género	Salud Mental	$z = -2.621$	$p = .009$
	Síntomas Somáticos	$z = -3.439$	$p = .001$
Antigüedad Total	Salud Mental	$z = -2.367$	$p = .018$
	Ansiedad-Insomnio	$z = -2.686$	$p = .007$
Antigüedad UHU	Salud Mental	$z = -2.043$	$p = .041$
	Ansiedad-Insomnio	$z = -2.210$	$p = .027$
Contrato	Salud Mental	$z = -2.016$	$p = .044$
	Ansiedad-Insomnio	$z = -2.355$	$p = .019$
Categoría Profesional	Salud Mental	$\chi^2 = 18.795$	$p = .043$
	Ansiedad-Insomnio	$\chi^2 = 19.043$	$p = .040$
Asignaturas	Disfunción Social	$z = -1.966$	$p = .046$

### 2.1.3. Sentido de Coherencia y variables sociolaborales

#### H8: Existen diferencias en el Sentido de Coherencia de los docentes en relación con las variables personales y laborales.

##### 2.1.3.1. Edad y Sentido de Coherencia

Las puntuaciones en sentido de coherencia mantienen unas relaciones significativas en algunas de sus dimensiones con la edad. En cuanto a la *puntuación global de SOC* ( $r = .189$  y  $p = .016$ ), siendo una relación significativa aunque la fuerza de la misma sea muy pequeña. La dimensión *significatividad* y la edad presentan una correlación no significativa ( $p > .05$ ). *Manejabilidad* ( $r = .196$  y  $p = .013$ ) y *Comprensibilidad* ( $r = .223$  y  $p = .005$ ) mantienen una relación significativa con la edad. Se podría decir que a más edad, mayores niveles en estas dimensiones.

Si se considera la variable *edad* desde su carácter dicotómico, la U de Mann-Whitney, arroja similares resultados (Tabla 8.41). Los mayores de 45 años muestran un alto sentido de coherencia en general (Mdn = 75), una alta *manejabilidad* (Mdn = 22) y *comprensibilidad* (Mdn = 29).

Tabla 8.41: Sentido de Coherencia según la edad.

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>				
	SOC Total	Significat.	Manejab.	Comprensib.
U de Mann-Whitney	2554,500	2915,500	2515,500	2398,000
W de Wilcoxon	4832,500	5193,500	4793,500	4676,000
Z	-1,942	-,695	-2,084	-2,490
Sig. asintót. (bilateral)	,052	,487	,037	,013

**a. Variable de agrupación: Edad**

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.42: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función de la edad.

<b>Rangos</b>				
	<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
SOC Total	< 45	67	72,13	4832,50
	≥46	93	86,53	8047,50
Significatividad	< 45	67	77,51	5193,50
	≥ 46	93	82,65	7686,50
Manejabilidad	< 45	67	71,54	4793,50
	≥ 46	93	86,95	8086,50
Comprensibilidad	< 45	67	69,79	4676,00
	≥ 46	93	88,22	8204,00

SOC: Sentido de Coherencia.

### 2.1.3.2. Género y Sentido de Coherencia

Tabla 8.43: Descriptivos de Sentido de Coherencia según el género.

	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
	M (DT)	Mdn	M (DT)	Mdn
SOC	68,76 (10,07811)	73	68,66 (10,31940)	70
Significatividad	22,29 (3,67494)	24	22,00 (4,04888)	23
Comprensibilidad	26,30 (4,38651)	21	26,06 (4,22666)	21,50
Manejabilidad	20,17 (3, 76370)	27	20,6 (3,54576)	27

SOC: Sentido de Coherencia.

Las medias en sentido de coherencia y sus tres dimensiones están relativamente próximas en hombres y mujeres, siendo ligeramente superior en hombres (Tabla 8.43 y Gráfico 8.10), pero no llegan a ser diferencias estadísticamente significativas (Tabla 8.44).

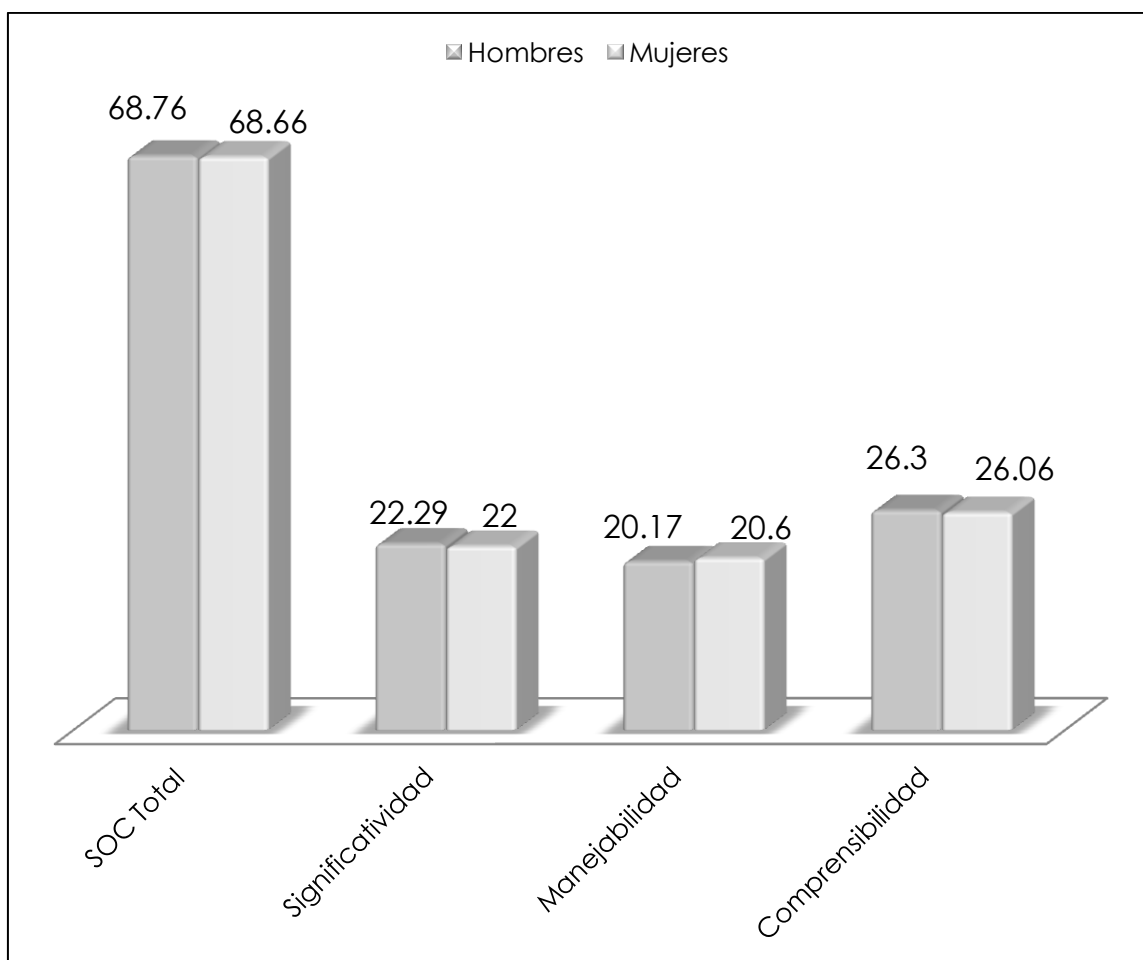
Tabla 8.44: Diferencias en Sentido de Coherencia según el género.

	<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>			
	<b>SOC Total</b>	<b>Significat.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
U de Mann-Whitney	2989,000	2958,500	2809,500	2943,000
W de Wilcoxon	7840,000	4911,500	7660,500	4896,000
Z	-,172	-,280	-,804	-,334
Sig. asintót. (bilateral)	,864	,780	,422	,738

**a. Variable de agrupación: Genero Género**

SOC: Sentido de Coherencia.

Gráfico 8.13. Medias en Sentido de Coherencia según el género.



### 2.1.3.3. Estado Civil y Sentido de Coherencia

En la puntuación total, en *manejabilidad* y en *comprensibilidad* la puntuación es ligeramente superior en docentes divorciados o separados. *Significatividad* es más elevada en personas casadas o que viven en pareja (Tabla 8.45). En este caso se acepta la hipótesis de igualdad de promedios poblacionales, concluyendo que los docentes no difieren significativamente en sus puntuaciones de sentido de coherencia según el estado civil (Tabla 8.46).

Tabla 8.45: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función del *estado civil*.

<b>Rangos</b>			
	<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>
SOC Total	Soltero	21	78,29
	Divorciado/Separado	14	89,18
	Casado/pareja de hecho	125	79,90
Significatividad	Soltero	21	86,14
	Divorciado/Separado	14	81,68
	Casado/pareja de hecho	125	79,42
Manejabilidad	Soltero	21	78,64
	Divorciado/Separado	14	95,50
	Casado/pareja de hecho	125	79,13
Comprensibilidad	Soltero	21	72,14
	Divorciado/Separado	14	89,64
	Casado/pareja de hecho	125	80,88

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.46: Diferencias en Sentido de Coherencia según el *estado civil*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>				
	<b>SOC Total</b>	<b>Signifi.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
Chi-cuadrado	,561	,392	1,623	1,246
gl	2	2	2	2
Sig. asintót.	,755	,822	,444	,536

**a. Prueba de Kruskal-Wallis**

**b. Variable de agrupación: E Civil**

SOC: Sentido de Coherencia.

2.1.3.4. Hijos y Sentido de Coherencia

Las puntuaciones en sentido de coherencia son superiores en todas las dimensiones en docentes que tienen hijos (Tabla 8.47), aún así, no difieren de forma significativa (Tabla 8.48), ni en cuanto al número de hijos (Tabla 8.49).

Tabla 8.47: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función de la variable *hijos*.

<b>Rangos</b>				
	<b>Hijos</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
SOC Total	Sí	125	81,85	10231,00
	No	35	75,69	2649,00
Significatividad	Sí	125	80,97	10121,00
	No	35	78,83	2759,00
Manejabilidad	Sí	125	82,10	10262,50
	No	35	74,79	2617,50
Comprensibilidad	Sí	125	81,24	10155,00
	No	35	77,86	2725,00

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.48: Diferencias en Sentido de Coherencia según la variable *hijos*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>SOC Total</b>	<b>Significat.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
U de Mann-Whitney	2019,000	2129,000	1987,500	2095,000
W de Wilcoxon	2649,000	2759,000	2617,500	2725,000
Z	-,696	-,243	-,829	-,383
Sig. asintót. (bilateral)	,486	,808	,407	,702

**a. Variable de agrupación: Hijos**

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.49: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del número de hijos.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>SOC Total</b>	<b>Significat.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
U de Mann-Whitney	1472,000	1370,500	1500,000	1628,000
W de Wilcoxon	2175,000	2073,500	2203,000	2331,000
Z	-,935	-1,486	-,788	-,099
Sig. asintót. (bilateral)	,350	,137	,431	,921

**a. Variable de agrupación: N° Hijos**

SOC: Sentido de Coherencia.

#### 2.1.3.5. Antigüedad en Docencia y Sentido de Coherencia

Los rangos promedio son ligeramente más altos en los docentes que llevan más de 16 años en la docencia, a nivel general y en la Universidad de Huelva (Tablas 8.47 y 8.49). No existen diferencias significativas en sentido de coherencia según la antigüedad total en la docencia universitaria y en la Universidad de Huelva (Tablas 8.48 y 8.50).

Tabla 8.50: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función de la antigüedad en la docencia.

<b>Rangos</b>				
	<b>Años Docencia</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
SOC Total	< 15 años	79	75,87	5994,00
	≥ 16 años	81	85,01	6886,00
Significatividad	< 15 años	79	76,79	6066,50
	≥ 16 años	81	84,12	6813,50
Manejabilidad	< 15 años	79	77,06	6087,50
	≥ 16 años	81	83,86	6792,50
Comprensibilidad	< 15 años	79	75,70	5980,00
	≥ 16 años	81	85,19	6900,00

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.51: Diferencias en Sentido de Coherencia en función de la variable antigüedad en la docencia.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>SOC Total</b>	<b>Significat.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
U de Mann-Whitney	2834,000	2906,500	2927,500	2820,000
W de Wilcoxon	5994,000	6066,500	6087,500	5980,000
Z	-1,248	-1,005	-,932	-1,300
Sig. asintót. (bilateral)	,212	,315	,351	,194

**a. Variable de agrupación: Años Docencia**

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.52: Rangos promedio en Sentido de Coherencia en función de la antigüedad en la docencia en la Universidad de Huelva.

<b>Rangos</b>				
	<b>Años UHU</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
SOC Total	< 15 años	84	76,13	6394,50
	≥ 16 años	76	85,34	6485,50
Significatividad	< 15 años	84	75,97	6381,50
	≥ 16 años	76	85,51	6498,50
Manejabilidad	< 15 años	84	77,65	6523,00
	≥ 16 años	76	83,64	6357,00
Comprensibilidad	< 15 años	84	76,73	6445,00
	≥ 16 años	76	84,67	6435,00

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.53: Diferencias en Sentido de Coherencia en función de la variable antigüedad en la docencia en la Universidad de Huelva.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>SOC Total</b>	<b>Significat.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
U de Mann-Whitney	2824,500	2811,500	2953,000	2875,000
W de Wilcoxon	6394,500	6381,500	6523,000	6445,000
Z	-1,257	-1,306	-,820	-1,087
Sig. asintót. (bilateral)	,209	,191	,412	,277

**a. Variable de agrupación: Años UHU**

SOC: Sentido de Coherencia.

2.1.3.6. Categoría profesional y Sentido de Coherencia

El grupo de *funcionarios* muestra un nivel ligeramente superior al de *contratados* en sentido de coherencia (Tabla 8.54). Como se observa en la Tabla 8.55, existen diferencias en las puntuaciones de *manejabilidad* ( $z = -2.418, p = .016$ ) en función del tipo de contrato con la Universidad, siendo mayor en funcionarios ( $Mdn = 27.50$ ), al igual que en la puntuación global de SOC ( $z = -2.095, p = .036$ ) y  $Mdn = 73$ . En función de la categoría profesional a la que pertenecen no se muestran resultados significativos en los niveles de sentido de coherencia (Tabla 8.55).

Tabla 8.54: Descriptivos de Sentido de Coherencia en función del *tipo de contrato*.

	Funcionarios		Contratados	
	M (DT)	Mdn	M (DT)	Mdn
SOC Total	70.26 (9.304)	73	68.88 (10.832)	69
Significatividad	22.70 (3.310)	24	21.55 (4.279)	23
Comprensibilidad	26.61 (4.079)	22	25.73 (4.559)	21
Manejabilidad	20.95 (3.566)	27.50	19.60 (3.692)	27

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.55: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del *tipo de contrato*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>SOC Total</b>	<b>Significat.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
U de Mann-Whitney	2564,500	2763,000	2472,500	2816,000
W de Wilcoxon	5265,500	5464,000	5173,500	5517,000
Z	-2,095	-1,420	-2,418	-1,236
Sig. asintót. (bilateral)	,036	,156	,016	,216

**a. Variable de agrupación: Tipo de Contrato**

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.56: Diferencias en Sentido de Coherencia en función de la *categoría profesional*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>				
	<b>SOC Total</b>	<b>Significat.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
Chi-cuadrado	9,614	7,627	8,771	8,056
gl	9	9	9	9
Sig. asintót.	,383	,572	,459	,529

**a. Prueba de Kruskal-Wallis**

**b. Variable de agrupación: Categoría Profesional**

SOC: Sentido de Coherencia.

2.1.3.7. Dedicación y Sentido de Coherencia

El hecho de ejercer la profesión a tiempo completo o a tiempo parcial no influye en las puntuaciones observadas en sentido de coherencia, a nivel global ni en las dimensiones que componen esta variable.

A nivel descriptivo se observan rangos promedio superiores en docentes a tiempo completo, en la *puntuación global* y en las dimensiones *significatividad* y *manejabilidad* (Tabla 8.57). Se acepta la hipótesis de igualdad de promedios, no encontrando diferencias significativas con un nivel crítico superior a 0.05 (Tabla 8.58).

Tabla 8.57: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función de la *dedicación*.

<b>Rangos</b>				
	<b>Dedicación</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
SOC Total	TC	102	81,10	8272,00
	TP	58	79,45	4608,00
Significatividad	TC	102	80,85	8247,00
	TP	58	79,88	4633,00
Manejabilidad	TC	102	82,85	8451,00
	TP	58	76,36	4429,00
Comprensibilidad	TC	102	79,73	8132,00
	TP	58	81,86	4748,00

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.58: Diferencias en Sentido de Coherencia en función de la dedicación.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>SOC Total</b>	<b>Significat.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
U de Mann-Whitney	2897,000	2922,000	2718,000	2879,000
W de Wilcoxon	4608,000	4633,000	4429,000	8132,000
Z	-,217	-,128	-,855	-,281
Sig. asintót. (bilateral)	,828	,898	,392	,778

**a. Variable de agrupación: Dedicación**

SOC: Sentido de Coherencia.

2.1.3.8. Grado Académico y Sentido de Coherencia

Los rangos promedio en sentido de coherencia son superiores en los docentes que tienen el título de Doctor (Tabla 8.59). Estas diferencias no resultan significativas (Tabla 8.60).

Tabla 8.59: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función del grado académico.

<b>Rangos</b>				
	<b>Grado Académico</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
SOC Total	DEA	42	72,57	3048,00
	Doctorado	118	83,32	9832,00
Significatividad	DEA	42	71,40	2999,00
	Doctorado	118	83,74	9881,00
Manejabilidad	DEA	42	76,85	3227,50
	Doctorado	118	81,80	9652,50
Comprensibilidad	DEA	42	74,20	3116,50
	Doctorado	118	82,74	9763,50

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.60: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del *grado académico*.

	<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>			
	<b>SOC Total</b>	<b>Significat.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
U de Mann-Whitney	2145,000	2096,000	2324,500	2213,500
W de Wilcoxon	3048,000	2999,000	3227,500	3116,500
Z	-1,292	-1,488	-,598	-1,029
Sig. asintót. (bilateral)	,196	,137	,550	,303

**a. Variable de agrupación: Grado Académico**

SOC: Sentido de Coherencia.

2.1.3.9. Docencia y Sentido de Coherencia

La dimensión *comprensibilidad* no tiene la misma distribución según el tipo de docencia que imparta el docente ( $X^2 (1, N = 160) = 3.113, p = .012$ ). Se rechaza la hipótesis de igualdad de promedios poblacionales. Los docentes que imparten su docencia en *Grado*, y en *Grado y Posgrado* a la vez, tienen un menor nivel de *comprensibilidad* (Mdn = 27) que aquellos que sólo dan en *Posgrado* (Mdn = 30).

Tabla 8.61: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función de la *docencia*.

<b>Rangos</b>			
	<b>Docencia</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>
SOC Total	Grado	129	79,19
	Posgrado	7	110,14
	Ambas	24	78,90
Significatividad	Grado	129	82,50
	Posgrado	7	84,71
	Ambas	24	68,54
Manejabilidad	Grado	129	78,55
	Posgrado	7	108,43
	Ambas	24	82,83
Comprensibilidad	Grado	129	77,89
	Posgrado	7	123,07
	Ambas	24	82,13

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.62: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del *tipo de docencia*.

	<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>			
	<b>SOC Total</b>	<b>Significat.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
Chi-cuadrado	3,113	,011	2,744	6,325
gl	1	1	1	1
Sig. asintót.	,078	,917	,098	,012

**a. Prueba de Kruskal-Wallis**

**b. Variable de agrupación: Docencia**

SOC: Sentido de Coherencia.

2.1.3.10. Asignaturas, Titulaciones y Sentido de Coherencia

Los niveles de sentido de coherencia no difieren de modo significativo al tener en cuenta el número de asignaturas en el que los docentes imparten docencia, si es en menos de tres asignaturas al año o en más de cuatro (Tabla 8.63). Igualmente sucede con la variable *número de titulaciones* donde imparten docencia, donde se acepta la hipótesis de igualdad de promedios (Tabla 8.64).

Tabla 8.63: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del *número de asignaturas*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>SOC Total</b>	<b>Significat.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
U de Mann-Whitney	2812,500	2857,500	2818,500	2818,000
W de Wilcoxon	4765,500	4810,500	4771,500	4771,000
Z	-,790	-,635	-,772	-,773
Sig. asintót. (bilateral)	,429	,525	,440	,439

**a. Variable de agrupación: Asignaturas**

SOC: Sentido de Coherencia.

Tabla 8.64: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del *número de titulaciones*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>				
	<b>SOC Total</b>	<b>Significat.</b>	<b>Manejab.</b>	<b>Comprensib.</b>
Chi-cuadrado	7,638	10,091	9,790	4,530
gl	6	6	6	6
Sig. asintót.	,266	,121	,134	,605

**a. Prueba de Kruskal-Wallis**

**b. Variable de agrupación: N°Titulaciones Titulaciones donde imparte**

SOC: Sentido de Coherencia.

2.1.3.11. Cargo de Gestión y Sentido de Coherencia

Tabla 8.65: Diferencias en Sentido de Coherencia en función si tiene un cargo de gestión.

	Estadísticos de contraste <sup>a</sup>			
	SOC Total	Significat.	Manejab.	Comprensib.
U de Mann-Whitney	2250,000	2267,500	2255,500	2463,500
W de Wilcoxon	8136,000	8153,500	8141,500	8349,500
Z	-2,034	-1,978	-2,021	-1,259
Sig. asintót. (bilateral)	,042	,048	,043	,208

**a. Variable de agrupación: Cargos Gestión**

SOC: Sentido de Coherencia.

Las dimensiones *significatividad* ( $z = -1.978$ ,  $p = .048$ ) y *manejabilidad* ( $z = -2.021$ ,  $p = .043$ ), y la *puntuación global de SOC* muestran puntuaciones diferentes y significativas en función de si el docente posee o no un cargo de gestión (Tabla 8.65).

Las medianas son superiores en los docentes que poseen cargos de gestión. Estos presentan una mediana en puntuación global de SOC de 72, en significatividad, de 24 y en manejabilidad de 21. Para aquellos que no poseen cargos, la mediana de la puntuación global de SOC es de 69, en significatividad de 22 y en manejabilidad de 20.

Si se contempla el tiempo que lleva la persona en el cargo, no se observan diferencias significativas en las puntuaciones de sentido de coherencia. Se acepta la hipótesis de igualdad de promedios, concluyendo que éstos no difieren entre sí.

### 2.1.3.12. Resumen

Los docentes de mayor edad, en concreto, más de 45 años, muestran mayores niveles de sentido de coherencia en general, y sobre todo en las dimensiones de *manejabilidad* y *comprensibilidad*. Los hombres suelen puntuar más alto, aunque no son diferencias que deban ser consideradas desde el punto de vista estadístico. Tampoco son significativas las diferencias en cuanto a tener hijos o no, ni en el estado civil, aún así, los que están casados tienen una *significatividad* más elevada, mientras que los que están divorciados o separados puntúan más alto en *manejabilidad* y *comprensibilidad*.

De todas las variables personales, la única variable que se encuentra relacionada de forma significativa con el sentido de coherencia es la edad, siendo mayor en los docentes de más edad (> 45 años).

Observando las variables propiamente laborales, los docentes de más de 15 años de antigüedad refieren mayores niveles en sentido de coherencia (sin diferencias significativas). Los funcionarios también muestran un sentido de coherencia más elevado que los contratados, sobre todo en la puntuación global y en *manejabilidad*, donde resultan significativas estas diferencias. No ocurre lo mismo dentro de las diferentes categorías profesionales, siendo similares los resultados en esta variable.

Se aprecia un nivel más alto en sentido de coherencia, en *significatividad* y en *manejabilidad* en los docentes contratados a tiempo completo; y puntuaciones superiores en general en aquellos que poseen el Doctorado. Aquellos que imparten clase en *Posgrado* poseen un sentido de coherencia mayor que los que dan sólo en Grado en ambos a la vez, siendo la diferencia en *comprensibilidad* significativa. El

número de asignaturas o de titulaciones donde imparte docencia no difiere de modo significativo en sentido de coherencia. En cuanto a si poseen o no un *cargo de gestión*, los docentes que sí lo tienen puntúan más alto, de manera significativamente distinta en la puntuación global del sentido de coherencia, y en las dimensiones de *significatividad* y *manejabilidad*.

Tabla 8.66: Cuadro resumen de variables significativas en Sentido de Coherencia.

Variable	SOC	Estadístico	Significación
Edad	SOC Total	$r = -.189$	$p = .016$
	Manejabilidad	$r = -.196$	$p = .013$
	Comprensibilidad	$r = -.223$	$p = .005$
Contrato	SOC Total	$z = -2.095$	$p = .036$
	Manejabilidad	$z = -2.418$	$p = .016$
Docencia	Comprensibilidad	$X^2 = 3.113$	$p = .012$
Cargo	SOC Total	$z = -2.034$	$p = .042$
	Significatividad	$z = -1.978$	$p = .048$
	Manejabilidad	$z = -2.021$	$p = .043$

SOC: Sentido de Coherencia

### 2.1.4. Inteligencia Emocional Percibida y variables sociolaborales

**H9: Existen diferencias en la Inteligencia Emocional percibida por los docentes en relación con las variables personales y laborales.**

#### 2.1.4.1. *Edad e Inteligencia Emocional Percibida*

Observando las medias referidas a la *puntuación total en inteligencia emocional percibida, claridad y reparación emocional*, resultan ser más elevadas en las personas de menos de 45 años (Tabla 8.67). Como se observa en la Tabla 8.68, no presenta diferencias significativas ( $p > .05$ ) en ningún grupo de edad.

Tabla 8.67: Descriptivos de Inteligencia Emocional Percibida en función de la edad.

	Menor 45 años		Más 45 años	
	M (DT)	Mdn	M (DT)	Mdn
<b>IEP</b>	91.36 (21.922)	103	88 (24.721)	99
<b>Atención</b>	28.64 (8.400)	31.50	29.04 (9.071)	33
<b>Claridad</b>	31.14 (7.624)	34	29.08 (9.508)	32
<b>Reparación</b>	31.57 (6.869)	34.50	30.76 (7.305)	33

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.68: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de la edad.

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>				
	IEP	Atención	Claridad	Reparación
U de Mann-Whitney	3102,500	3044,500	3099,000	2951,500
W de Wilcoxon	5380,500	7415,500	7470,000	5229,500
Z	-,045	-,246	-,057	-,569
Sig. asintót. (bilateral)	,964	,805	,954	,569

**a. Variable de agrupación: Edad**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

2.1.4.2. Género e Inteligencia Emocional Percibida

Tabla 8.69: Perfil de Inteligencia Emocional según género.

DIMENSIÓN INTELIGENCIA EMOCIONAL		HOMBRES	MUJERES
ATENCIÓN EMOCIONAL	Debe mejorar su atención: presta poca atención	10%	13.1%
	Adecuada atención	11.3%	15.6%
	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención	40%	10%
CLARIDAD EMOCIONAL	Debe mejorar su claridad	10.6%	11.3%
	Adecuada claridad	30%	9.4%
	Excelente claridad	20.6%	18.1%
REPARACIÓN EMOCIONAL	Debe mejorar su reparación	10%	10%
	Adecuada reparación	35%	10.6%
	Excelente reparación	16.3%	18.1%

La Tabla 8.69 refleja que en *atención emocional* son los hombres los que presentan una excesiva atención a sus emociones, sin embargo las mujeres prestan una atención adecuada. En la dimensión *claridad emocional*, los hombres muestran una adecuada claridad, y las mujeres una excelente claridad respecto a sus emociones. Y en relación a la dimensión *reparación emocional*, al igual que en la anterior, son las mujeres las que presentan una excelente capacidad para regular sus emociones.

En la siguiente Tabla (8.70) se presentan los estadísticos descriptivos de las dimensiones de inteligencia emocional, según el género.

Tabla 8.70: Medias en Inteligencia Emocional Percibida según el género.

<b>Estadísticos descriptivos</b>						
	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>	<b>Mdn</b>
IEP Hombres	98	40	115.00	90.76	23.462	100
IEP Mujeres	62	45	117.00	86.90	24.597	99.50
Atención Hombres	98	11.00	40.00	29.69	8.524	33
Atención Mujeres	62	12.00	39.00	26.60	9.359	31.50
Claridad Hombres	98	11.00	40.00	30.21	8.986	33
Claridad Mujeres	62	13.00	40.00	28.70	8.731	30.50
Reparación Hombres	98	13.00	40.00	30.86	6.963	33
Reparación Mujeres	62	12.00	40.00	31.60	7.734	36
N válido (según lista)	0					

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.71: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del género.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>IEP</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
U de Mann-Whitney	2938,500	2481,500	3028,500	2888,000
W de Wilcoxon	4891,500	4434,500	7879,500	7739,000
Z	-,349	-1,957	-,033	-,527
Sig. asintót. (bilateral)	,727	,050	,973	,598

**a. Variable de agrupación: Género**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Se observa en la Tabla 8.71 que la dimensión *atención a las emociones* es la única que presenta diferencias en sus promedios en función del género, siendo más elevada en los hombres ( $M = 29.69$ ,  $Mdn = 33$ ) que en mujeres ( $M = 26.60$ ,  $Mdn = 31.50$ ).

#### 2.1.4.3. Estado Civil e Inteligencia Emocional Percibida

La inteligencia emocional, a nivel global, y en todas sus dimensiones, es más elevada en los docentes que están casados (Tabla 8.72). Estas diferencias según el estado civil no resultan estadísticamente significativas (Tabla 8.73).

Tabla 8.72: Descriptivos en Inteligencia Emocional Percibida según el estado civil.

	Divorciado/Separado		Casado/Pareja Hecho	
	M (DT)	Mdn	M (DT)	Mdn
IEP	79.13 (25.514)	78.50	92.13 (22.845)	102
Atención	25.50 (9.258)	26	29.53 (8.557)	33
Claridad	25 (9.562)	25	31 (8.481)	34
Reparación	28.63 (7.891)	29	31.60 (6.946)	34

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.73: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del estado civil.

	Estadísticos de contraste <sup>a,b</sup>			
	IEP	Atención	Claridad	Reparación
Chi-cuadrado	4,165	4,753	4,348	1,417
gl	2	2	2	2
Sig. asintót.	,125	,093	,114	,492

**a. Prueba de Kruskal-Wallis**

**b. Variable de agrupación: E Civil**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

2.1.4.4. Hijos, número de hijos e Inteligencia Emocional Percibida

El hecho de tener hijos o no, y el número de éstos no hace que las puntuaciones en inteligencia emocional percibida sean diferentes de forma significativa, aunque la inteligencia emocional en todas sus dimensiones son ligeramente superiores en aquellos que no tienen hijos (Tablas 8.74, 8.75 y 8.76).

Tabla 8.74: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en relación a los *hijos*.

<b>Rangos</b>				
	<b>Hijos</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
Inteligencia Emocional Percibida	Sí	125	77,77	9721,00
	No	35	90,26	3159,00
Atención	Sí	125	78,44	9805,00
	No	35	87,86	3075,00
Claridad	Sí	125	77,16	9644,50
	No	35	92,44	3235,50
Reparación	Sí	125	77,76	9719,50
	No	35	90,30	3160,50

Tabla 8.75: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de *hijos*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>IEP</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
U de Mann-Whitney	1846,000	1930,000	1769,500	1844,500
W de Wilcoxon	9721,000	9805,000	9644,500	9719,500
Z	-1,411	-1,067	-1,730	-1,420
Sig. asintót. (bilateral)	,158	,286	,084	,156

**a. Variable de agrupación: Hijos**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.76: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del *número de hijos*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>IEP</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
U de Mann-Whitney	1585,000	1614,000	1599,000	1545,500
W de Wilcoxon	5590,000	2317,000	5604,000	5550,500
Z	-,330	-,175	-,255	-,543
Sig. asintót. (bilateral)	,742	,861	,799	,587

**a. Variable de agrupación: N° Hijos**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

2.1.4.5. Antigüedad en Docencia e Inteligencia Emocional Percibida

El nivel de inteligencia emocional percibida en los docentes no difiere de modo significativo al tener en cuenta la antigüedad en la docencia universitaria, tanto a nivel general como en la propia Universidad estudiada (Tablas 8.78 y 8.80), aunque las puntuaciones sean en general algo más elevadas en aquellos que llevan menos de 15 años (Tablas 8.77 y 8.79).

Tabla 8.77: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en relación a la *antigüedad en la docencia*.

<b>Rangos</b>				
	<b>Años Docencia</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
IEP	< 15	79	82,05	6482,00
	≥ 16	81	78,99	6398,00
Atención	< 15	79	81,09	6406,50
	≥ 16	81	79,92	6473,50
Claridad	< 15	79	82,49	6516,50
	≥ 16	81	78,56	6363,50
Reparación	< 15	79	80,84	6386,50
	≥ 16	81	80,17	6493,50

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.78: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de la antigüedad en la docencia.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>IEP</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
U de Mann-Whitney	3077,000	3152,500	3042,500	3172,500
W de Wilcoxon	6398,000	6473,500	6363,500	6493,500
Z	-,418	-,161	-,537	-,092
Sig. asintót. (bilateral)	,676	,872	,591	,926

**a. Variable de agrupación: Años Docencia**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.79: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en relación a la antigüedad en la Universidad de Huelva.

<b>Rangos</b>				
	<b>Años Docencia</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
IEP	< 15	79	81,51	6847,00
	≥ 16	81	79,38	6033,00
Atención	< 15	79	81,77	6868,50
	≥ 16	81	79,10	6011,50
Claridad	< 15	79	82,08	6895,00
	≥ 16	81	78,75	5985,00
Reparación	< 15	79	80,33	6748,00
	≥ 16	81	80,68	6132,00

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.80: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de *antigüedad en la Universidad de Huelva*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>IEP</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
U de Mann-Whitney	3107,000	3085,500	3059,000	3178,000
W de Wilcoxon	6033,000	6011,500	5985,000	6748,000
Z	-,291	-,365	-,456	-,048
Sig. asintót. (bilateral)	,771	,715	,649	,962

**a. Variable de agrupación: Años en UHU**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

#### 2.1.4.6. Categoría profesional e Inteligencia Emocional Percibida

Las puntuaciones en inteligencia emocional percibida son muy similares teniendo en cuenta si son *funcionarios* o *contratados*, siendo algo más diferente el rango promedio en *atención* y *reparación emocional* (Tabla 8.81). Estas diferencias no suponen una cifra estadísticamente significativa (Tabla 8.82).

Tabla 8.81: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en relación al *tipo de contrato*.

<b>Rangos</b>				
	<b>Categoría</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
IEP	Funcionario	87	80,66	7017,00
	Contratado	73	80,32	5863,00
Atención	Funcionario	87	82,24	7155,00
	Contratado	73	78,42	5725,00
Claridad	Funcionario	87	80,32	6987,50
	Contratado	73	80,72	5892,50
Reparación	Funcionario	87	82,83	7206,50
	Contratado	73	77,72	5673,50

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.82: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del *tipo de contrato*.

	<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>			
	<b>IEP</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
U de Mann-Whitney	3162,000	3024,000	3159,500	2972,500
W de Wilcoxon	5863,000	5725,000	6987,500	5673,500
Z	-,046	-,521	-,055	-,698
Sig. asintót. (bilateral)	,963	,602	,956	,485

**a. Variable de agrupación: Categoría o Tipo Contrato**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Lo mismo que se ha encontrado en cuanto al tipo de contrato, se puede observar en la Tabla 8.83 si se considera la categoría profesional a la que pertenecen los docentes.

Tabla 8.83: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de la *categoría profesional*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>				
	<b>IEP</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
Chi-cuadrado	12,283	9,879	15,513	13,275
gl	10	10	10	10
Sig. asintót.	,267	,451	,114	,209

**a. Prueba de Kruskal-Wallis**

**b. Variable de agrupación: Categoría Profesional**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Los rangos promedios de la inteligencia emocional y sus dimensiones en función de la categoría profesional, se detallan en el Anexo A.4. Los catedráticos de EU son los que mayores rangos promedio presentan de inteligencia emocional a nivel global, y en cada una de sus dimensiones.

2.1.4.7. Dedicación e Inteligencia Emocional Percibida

Los rangos promedio son en todas las dimensiones superiores en los docentes que se encuentran a tiempo parcial (Tabla 8.84), aunque estas diferencias no son significativas a nivel estadístico (Tabla 8.85).

Tabla 8.84: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en función de la *dedicación*.

<b>Rangos</b>				
	<b>Dedicación</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
IEP	TC	102	76,79	7833,00
	TP	58	87,02	5047,00
Atención	TC	102	76,39	7791,50
	TP	58	87,73	5088,50
Claridad	TC	102	77,63	7918,50
	TP	58	85,54	4961,50
Reparación	TC	102	77,75	7930,50
	TP	58	85,34	4949,50

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.85: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de la *dedicación*.

	<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>			
	<b>IEP</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
U de Mann-Whitney	2580,000	2538,500	2665,500	2677,500
W de Wilcoxon	7833,000	7791,500	7918,500	7930,500
Z	-1,343	-1,495	-1,041	-,999
Sig. asintót. (bilateral)	,179	,135	,298	,318

**a. Variable de agrupación: Dedicación**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

2.1.4.8. Grado Académico e Inteligencia Emocional Percibida

Las diferencias obtenidas en inteligencia emocional percibida clasificando las puntuaciones en función del *grado académico* de los docentes y visualizando los rangos promedio (Tabla 8.85), se concluye que no son significativas (Tabla 8.86), aunque son algo superiores en las personas que poseen el título de Doctor.

Tabla 8.85: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en función del *grado académico*.

<b>Rangos</b>				
	<b>Grado Académico</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
IEP	DEA	42	77,44	3252,50
	Doctorado	118	81,59	9627,50
Atención	DEA	42	79,90	3356,00
	Doctorado	118	80,71	9524,00
Claridad	DEA	42	76,05	3194,00
	Doctorado	118	82,08	9686,00
Reparación	DEA	42	76,87	3228,50
	Doctorado	118	81,79	9651,50

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.86: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del *grado académico*.

	<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>			
	<b>IEP</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
U de Mann-Whitney	2349,500	2453,000	2291,000	2325,500
W de Wilcoxon	3252,500	3356,000	3194,000	3228,500
Z	-,499	-,097	-,727	-,593
Sig. asintót. (bilateral)	,618	,922	,467	,553

**a. Variable de agrupación: Grado Académico**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

2.1.4.9. Docencia e Inteligencia Emocional Percibida

Tabla 8.87: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en función de la docencia.

<b>Rangos</b>			
	<b>Docencia</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>
IEP	Grado	129	80,85
	Posgrado	7	77,86
	Ambas	24	79,38
Atención	Grado	129	80,03
	Posgrado	7	89,21
	Ambas	24	80,50
Claridad	Grado	129	82,28
	Posgrado	7	65,29
	Ambas	24	75,38
Reparación	Grado	129	81,18
	Posgrado	7	75,07
	Ambas	24	78,44

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Aquellos que dan clase en *grado*, poseen un nivel ligeramente superior en *claridad*, *reparación emocional* y en la *puntuación global de inteligencia emocional percibida*, mientras que los que dan clase en *posgrado* ofrecen un nivel más alto de *atención a las emociones* (Tabla 8.87). Se acepta la hipótesis de igualdad de medianas entre los grupos de docentes que imparten clase en *grado*, en *posgrado* o en *ambas* (Tabla 8.88).

Tabla 8.88: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de la *docencia impartida*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>				
	<b>IEP</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
Chi-cuadrado	,044	,263	1,246	,172
gl	2	2	2	2
Sig. asintót.	,978	,877	,536	,917

**a. Prueba de Kruskal-Wallis**

**b. Variable de agrupación: Docencia**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

#### 2.1.4.10. Asignaturas, Titulaciones e Inteligencia Emocional Percibida

La prueba U de Mann-Whitney (Tabla 8.90) muestra una diferencia significativa en las puntuaciones de *reparación* en cuanto al número de asignaturas impartidas ( $z = -2.168$ ,  $p = .030$ ), siendo mayor los niveles en aquellos docentes que dan clase en tres o menos asignaturas.

Tabla 8.89: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en función del *número de asignaturas*.

<b>Rangos</b>				
	<b>Asignaturas</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
IEP	< 3	98	84,67	8297,50
	≥ 4	62	73,91	4582,50
Atención	< 3	98	84,37	8268,00
	≥ 4	62	74,39	4612,00
Claridad	< 3	98	83,05	8139,00
	≥ 4	62	76,47	4741,00
Reparación	< 3	98	86,80	8506,00
	≥ 4	62	70,55	4374,00

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.90: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del número de asignaturas.

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>				
	IEP	Atención	Claridad	Reparación
U de Mann-Whitney	2629,500	2659,000	2788,000	2421,000
W de Wilcoxon	4582,500	4612,000	4741,000	4374,000
Z	-1,432	-1,332	-,878	-2,168
Sig. asintót. (bilateral)	,152	,183	,380	,030

**a. Variable de agrupación: Asignaturas**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

En cuanto al número de titulaciones, la prueba Kruskal-Wallis (Tabla 8.91) refleja una diferencia significativa en la *puntuación global de inteligencia emocional*,  $X^2 (6, N = 160) = 13.391, p = .037$ ). En las tres dimensiones por separado, no se puede asumir la independencia de las puntuaciones según el número de titulaciones donde se imparte docencia. En la Tabla 8.92 se observa que el mayor rango promedio se localiza en aquellos docentes que dan clase en siete titulaciones (RP = 156.50) y el menor en los que dan en tres (60.98).

Tabla 8.91: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del número de titulaciones.

Estadísticos de contraste <sup>a,b</sup>				
	IEP	Atención	Claridad	Reparación
Chi-cuadrado	13,391	9,276	9,107	11,023
gl	6	6	6	6
Sig. asintót.	,037	,159	,168	,088

**a. Prueba de Kruskal-Wallis**

**b. Variable de agrupación: N° Titulaciones**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.92: Rangos promedio en Inteligencia Emocional Percibida en función del número de titulaciones en las que imparte.

<b>Rangos</b>			
	<b>NºTitulaciones</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>
Inteligencia Emocional Percibida	1	51	88,39
	2	61	75,99
	3	27	60,98
	4	14	84,86
	5	4	110,25
	6	1	144,50
	7	1	156,50
Atención	1	51	83,46
	2	61	79,58
	3	27	64,57
	4	14	79,75
	5	4	119,00
	6	1	136,50
	7	1	136,50
Claridad	1	51	83,84
	2	61	78,57
	3	27	64,09
	4	14	86,71
	5	4	105,25
	6	1	129,50
	7	1	156,50
Reparación	1	51	91,62
	2	61	74,69
	3	27	64,04
	4	14	79,11
	5	4	94,50
	6	1	133,50
	7	1	143,50

2.1.4.11. Cargo de Gestión e Inteligencia Emocional Percibida

El hecho de ostentar un *cargo de gestión* en la institución (Tabla 8.94), y el *tiempo* que lleva en él el docente (Tabla 8.95), no determina que existan diferencias significativas en los promedios de la inteligencia emocional de éstos. Los resultados de las pruebas de U Mann-Whitney ( $p > .05$ ) indican que se debe aceptar la hipótesis de igualdad de promedios, y por tanto no difieren sus medianas de modo estadísticamente significativo al tener en cuenta estas variables laborales.

Tabla 8.93: Rangos promedio de la Inteligencia Emocional en función de si ocupan o no un *cargo de gestión*.

<b>Rangos</b>				
	<b>Cargo Gestión</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
Inteligencia Emocional Percibida	Sí	52	77,96	4054,00
	No	108	81,72	8826,00
Atención	Sí	52	73,11	3801,50
	No	108	84,06	9078,50
Claridad	Sí	52	81,88	4258,00
	No	108	79,83	8622,00
Reparación	Sí	52	81,22	4223,50
	No	108	80,15	8656,50

Tabla 8.94: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del *cargo de gestión*.

	<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>			
	<b>IEP</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
U de Mann-Whitney	2676,000	2423,500	2736,000	2770,500
W de Wilcoxon	4054,000	3801,500	8622,000	8656,500
Z	-,481	-1,406	-,263	-,137
Sig. asintót. (bilateral)	,630	,160	,793	,891

**a. Variable de agrupación: Cargos Gestión**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.95: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del *tiempo en el cargo*.

	<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>			
	<b>IEP</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
U de Mann-Whitney	223,000	228,500	276,500	213,500
W de Wilcoxon	889,000	894,500	942,500	879,500
Z	-1,291	-1,183	-,229	-1,483
Sig. asintót. (bilateral)	,197	,237	,819	,138

**a. Variable de agrupación: Tiempo Cargo**

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

#### **2.1.4.12. Resumen**

No existen diferencias en inteligencia emocional percibida que sean realmente significativas. A pesar de esto se puede apreciar que los docentes que tienen menos de 45 años presentan algo más de atención y claridad en sus sentimientos. Las mujeres presentan en general una adecuada atención a sus sentimientos, una excelente claridad y reparación emocional, siendo significativas las diferencias encontradas en atención. En cuanto al estado civil, las personas que están casadas o que viven en pareja muestran niveles más altos de inteligencia emocional en todas sus dimensiones, pero no son significativas estas diferencias en las puntuaciones. Tampoco lo son entre aquellos que tienen hijos o que no los tienen, siendo éstos últimos los que mayor inteligencia emocional presentan.

Respecto a las variables propias del entorno laboral y vida académica, los docentes con mayor inteligencia emocional observada se encuentran entre los que tienen una antigüedad menor de 15 años en la docencia, algo mayores también entre funcionarios (diferencias muy escasas), entre los contratados a tiempo parcial, en los Doctores y los que imparten su docencia mayormente en Grados. No se encuentran diferencias en esta variable según tengan o no un cargo de gestión.

Todas estas diferencias no resultan ser significativas, a excepción de las puntuaciones en *reparación emocional* en función del número de asignaturas impartidas, siendo mayores los niveles en los que imparten en hasta tres asignaturas. También se encuentran diferencias en la inteligencia emocional a nivel general (suma de todas las dimensiones) en relación al número de titulaciones, siendo mayor en los que dan clase en siete titulaciones.

Tabla 8.96: Cuadro resumen de variables significativas en Inteligencia Emocional Percibida.

Variable	IEP	Estadístico	Significación
Género	Atención	$z = -.349$	$p = .050$
Nº Asignaturas	Reparación	$z = -2.168$	$p = .030$
Nº Titulaciones	IEP	$\chi^2 = 13.391$	$p = .037$

IEP: Inteligencia Emocional Percibida.

### 2.1.5. Satisfacción Laboral y variables sociolaborales

#### H10: Existen diferencias en la Satisfacción Laboral de los docentes en relación con las variables personales y laborales.

##### 2.1.5.1. *Edad y Satisfacción Laboral*

El análisis correlacional entre la satisfacción laboral y la edad, permite deducir que no se dan asociaciones significativas entre ambas. Se aprecian correlaciones bajas y negativas, es decir, a más edad menor satisfacción laboral, pero no se puede confirmar debido a que los niveles de significación no resultan estadísticamente significativos para satisfacción laboral y edad ( $r = -.135$ ,  $p = .089$ ), ambiente ( $r = -.029$ ,  $p = .720$ ), supervisión ( $r = -.142$ ,  $p = .074$ ) y prestaciones ( $r = -.128$ ,  $p = .107$ ).

Tabla 8.97. Rangos promedio entre *Satisfacción Laboral* y *edad*.

Rangos				
	Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos
Satisfacción Laboral	< 45	67	86,02	5763,50
	≥ 46	93	76,52	7116,50
Ambiente	< 45	67	80,52	5395,00
	≥ 46	93	80,48	7485,00
Supervisión	< 45	67	86,31	5783,00
	≥ 46	93	76,31	7097,00
Prestaciones	< 45	67	85,16	5706,00
	≥ 46	93	77,14	7174,00

Los menores de 45 años presentan un nivel algo más elevado de satisfacción laboral, sobre todo, las diferencias se acentúan en torno a la satisfacción con la supervisión y con las prestaciones. Estas diferencias, como se observa en la Tabla 8.98, y según la cual podemos aceptar la hipótesis de igualdad de medianas, no se consideran estadísticamente significativas.

Tabla 8.98. Diferencias en Satisfacción Laboral en función de la edad.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
U de Mann-Whitney	2745,500	3114,000	2726,000	2803,000
W de Wilcoxon	7116,500	7485,000	7097,000	7174,000
Z	-1,281	-,005	-1,351	-1,094
Sig. asintót. (bilateral)	,200	,996	,177	,274

**a. Variable de agrupación: Edad**

2.1.5.2. Género y Satisfacción Laboral

Tabla 8.99: Rangos promedio de Satisfacción Laboral en función del género.

<b>Rangos</b>				
	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
Satisfacción Laboral	Hombre	98	83,43	8176,50
	Mujer	62	75,86	4703,50
Ambiente	Hombre	98	83,55	8188,00
	Mujer	62	75,68	4692,00
Supervisión	Hombre	98	83,51	8183,50
	Mujer	62	75,75	4696,50
Prestaciones	Hombre	98	83,77	8209,50
	Mujer	62	75,33	4670,50

Los *hombres* en general están más satisfechos con su trabajo, al menos en las tres áreas evaluadas (Tabla 8.99), aunque estas diferencias no se consideren estadísticamente significativas (Tabla 8.100).

Tabla 8.100: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del género.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
U de Mann-Whitney	2750,500	2739,000	2743,500	2717,500
W de Wilcoxon	4703,500	4692,000	4696,500	4670,500
Z	-1,008	-1,054	-1,035	-1,136
Sig. asintót. (bilateral)	,313	,292	,301	,256

**a. Variable de agrupación: Género**

2.1.5.3. Estado Civil y Satisfacción Laboral

Tabla 8.101: Rangos promedio de Satisfacción Laboral según el estado civil.

<b>Rangos</b>			
	<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>
Satisfacción Laboral	Soltero	21	94,74
	Divorciado/Separado	14	75,46
	Casado/pareja de hecho	125	78,67
Ambiente	Soltero	21	89,24
	Divorciado/Separado	14	72,04
	Casado/pareja de hecho	125	79,98
Supervisión	Soltero	21	93,76
	Divorciado/Separado	14	74,43
	Casado/pareja de hecho	125	78,95
Prestaciones	Soltero	21	94,31
	Divorciado/Separado	14	74,64
	Casado/pareja de hecho	125	78,84

A nivel descriptivo, las puntuaciones medias de satisfacción laboral suelen ser más elevadas en personas solteras, siguiéndoles un nivel más bajo en las casadas y por último, en las divorciadas (Tabla 8.101). Al realizar el contraste de hipótesis se acepta la igualdad de medianas en los tres grupos del estado civil (Tabla 8.102).

Tabla 8.102: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del estado civil.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
Chi-cuadrado	2,350	1,247	2,113	2,306
gl	2	2	2	2
Sig. asintót.	,309	,536	,348	,316

**a. Prueba de Kruskal-Wallis**  
**b. Variable de agrupación: E Civil**

#### 2.1.5.4. Hijos y Satisfacción Laboral

Los docentes más satisfechos con su trabajo a nivel general suelen ser los que no tienen hijos, aunque no se considera una diferencia estadísticamente significativa (Tablas 8.103 y 8.104). Igualmente sucede en cuanto al *número de hijos*, no siendo estadísticamente diferentes las medianas de dichas poblaciones (Tabla 8.105).

Tabla 8.103: Rangos promedio en Satisfacción Laboral en función de la variable *hijos*.

<b>Rangos</b>				
	<b>Hijos</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
Satisfacción Laboral	Sí	125	78,48	9809,50
	No	35	87,73	3070,50
Ambiente	Sí	125	78,30	9787,50
	No	35	88,36	3092,50
Supervisión	Sí	125	78,94	9867,00
	No	35	86,09	3013,00
Prestaciones	Sí	125	78,75	9843,50
	No	35	86,76	3036,50

Tabla 8.104: Diferencias en Satisfacción Laboral en función de si tiene hijos.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
U de Mann-Whitney	1934,500	1912,500	1992,000	1968,500
W de Wilcoxon	9809,500	9787,500	9867,000	9843,500
Z	-1,046	-1,143	-,809	-,915
Sig. asintót. (bilateral)	,296	,253	,418	,360
<b>a. Variable de agrupación: Hijos</b>				

Tabla 8.105: Diferencias en Satisfacción Laboral según el número de hijos.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
U de Mann-Whitney	1512,000	1473,000	1448,500	1565,000
W de Wilcoxon	5517,000	5478,000	5453,500	2268,000
Z	-,721	-,937	-1,064	-,442
Sig. asintót. (bilateral)	,471	,349	,287	,659
<b>a. Variable de agrupación: N° Hijos</b>				

2.1.5.5. *Antigüedad y Satisfacción Laboral*

Tabla 8.106: Rangos promedio en Satisfacción Laboral en función de la antigüedad en la docencia y en la Universidad de Huelva.

<b>Rangos</b>				
	<b>Años Docencia</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio Docencia</b>	<b>Rango promedio Docencia UHU</b>
Satisfacción Laboral	< 15	79	85,22	83,97
	≥ 16	81	75,90	76,66
Ambiente	< 15	79	82,65	82,15
	≥ 16	81	78,40	78,67
Supervisión	< 15	79	84,78	83,12
	≥ 16	81	76,33	77,61
Prestaciones	< 15	79	84,59	84,82
	≥ 16	81	76,51	75,73

El rango promedio de las puntuaciones en satisfacción laboral y en sus dimensiones suele ser más elevado en las personas que llevan menos de 15 años en la docencia, tanto en la Universidad de Huelva como a nivel general (Tabla 8.106). La U de Mann-Whitney requiere aceptar la hipótesis de igualdad de medianas y establecer que la antigüedad en la docencia no establece diferencias en la satisfacción del docente (Tablas 8.107) ni la antigüedad en la Universidad de Huelva (Tabla 8.108).

Tabla 8.107: Diferencias en Satisfacción Laboral en función de la antigüedad en la docencia.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
U de Mann-Whitney	2827,000	3029,500	2861,500	2876,000
W de Wilcoxon	6148,000	6350,500	6182,500	6197,000
Z	-1,273	-,584	-1,157	-1,118
Sig. asintót. (bilateral)	,203	,559	,247	,264

**a. Variable de agrupación: Años Docencia**

Tabla 8.108: Diferencias en Satisfacción Laboral en función de la antigüedad en la Universidad de Huelva.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
U de Mann-Whitney	2900,500	3053,000	2972,000	2829,500
W de Wilcoxon	5826,500	5979,000	5898,000	5755,500
Z	-,997	-,478	-,754	-1,254
Sig. asintót. (bilateral)	,319	,633	,451	,210

**a. Variable de agrupación: Años UHU**

2.1.5.6. Categoría Profesional y Satisfacción Laboral

La Tabla 8.109 muestra que los *contratados* están más satisfechos con sus prestaciones, con la supervisión, y con su trabajo en general. Los *funcionarios* están más satisfechos con el ambiente. Estas diferencias entre los grupos considerando el tipo de contrato no arroja resultados significativos a tener en cuenta (Tabla 8.110). Tampoco son destacables a nivel estadístico las diferencias encontradas entre las distintas categorías profesionales (Tabla 8.111).

Tabla 8.109: Rangos promedio en Satisfacción Laboral en función del *tipo de contrato*.

<b>Rangos</b>				
	<b>Categoría</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
Satisfacción Laboral	Funcionario	87	79,21	6891,50
	Contratado	73	82,03	5988,50
Ambiente	Funcionario	87	84,86	7383,00
	Contratado	73	75,30	5497,00
Supervisión	Funcionario	87	78,07	6792,00
	Contratado	73	83,40	6088,00
Prestaciones	Funcionario	87	79,04	6876,50
	Contratado	73	82,24	6003,50

Tabla 8.110: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del *tipo de contrato*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
U de Mann-Whitney	3063,500	2796,000	2964,000	3048,500
W de Wilcoxon	6891,500	5497,000	6792,000	6876,500
Z	-,384	-1,309	-,727	-,440
Sig. asintót. (bilateral)	,701	,191	,467	,660
<b>a. Variable de agrupación: Tipo Contrato</b>				

Tabla 8.111: Diferencias en Satisfacción Laboral en función de la *categoría profesional*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
Chi-cuadrado	16,379	13,886	13,067	11,806
gl	10	10	10	10
Sig. asintót.	,089	,178	,220	,298
<b>a. Prueba de Kruskal-Wallis</b>				
<b>b. Variable de agrupación: Categoría Profesional</b>				

2.1.5.7. Dedicación y Satisfacción Laboral

La satisfacción laboral general con el trabajo, con el ambiente, la supervisión y las prestaciones, es más elevada en los docentes que tienen un contrato a tiempo parcial (Tabla 8.112). Se rechaza la hipótesis de igualdad de medianas (Tablas 8.113 y 8.114), concluyendo que los docentes que están a tiempo parcial están más satisfechos a nivel general con su trabajo (Mdn = 70.5), con la supervisión (Mdn = 36) y con las prestaciones (Mdn = 12).

Tabla 8.112: Rangos promedio en Satisfacción Laboral en función de la dedicación.

<b>Rangos</b>				
	<b>Dedicación</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
Satisfacción Laboral	TC	102	73,28	7474,50
	TP	58	93,20	5405,50
Ambiente	TC	102	75,97	7748,50
	TP	58	88,47	5131,50
Supervisión	TC	102	73,44	7491,00
	TP	58	92,91	5389,00
Prestaciones	TC	102	74,68	7617,50
	TP	58	90,73	5262,50

TC: Tiempo Completo, TP: Tiempo Parcial.

Tabla 8.113: Diferencias en Satisfacción Laboral en función de la dedicación.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
U de Mann-Whitney	2221,500	2495,500	2238,000	2364,500
W de Wilcoxon	7474,500	7748,500	7491,000	7617,500
Z	-2,618	-1,653	-2,563	-2,132
Sig. asintót. (bilateral)	,009	,098	,010	,033

**a. Variable de agrupación: Dedicación**

Tabla 8.114: Medianas de Satisfacción Laboral según dedicación.

<b>Medianas</b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
Tiempo Completo	68	23	33	10
Tiempo Parcial	70.5	24	36	12

#### 2.1.5.8. Grado Académico y Satisfacción Laboral

Los docentes Doctores están más satisfechos a nivel general con su trabajo y con el ambiente, mientras que los que poseen el DEA lo están con la supervisión y con las prestaciones (Tabla 8.115). Aun habiendo diferencias, no se consideran que éstas sean estadísticamente significativas, sólo se encuentra muy próxima la significación con el ambiente (Tabla 8.116).

Tabla 8.115: Medianas de Satisfacción Laboral según *grado académico*.

Medianas				
	Satisfacción Laboral	Ambiente	Supervisión	Prestaciones
DEA	68	22	35	12
Doctor	69	23	34.50	10

Tabla 8.116: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del *grado académico*.

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>				
	Satisfacción Laboral	Ambiente	Supervisión	Prestaciones
U de Mann-Whitney	2148,500	1993,000	2312,000	2274,500
W de Wilcoxon	3051,500	2896,000	3215,000	3177,500
Z	-1,280	-1,894	-,646	-,799
Sig. asintót. (bilateral)	,201	,058	,519	,424

**a. Variable de agrupación: Grado Académico**

#### 2.1.5.9. *Docencia y Satisfacción Laboral*

Como se observa en la Tabla 8.117, el rango promedio de puntuaciones en satisfacción laboral general y con el ambiente es mayor en docentes que imparten sólo en posgrado, y los que dan sólo en grado están más satisfechos con la supervisión y con las prestaciones, no considerándose estas diferencias significativas (Tabla 8.118).

Tabla 8.117: Rangos promedio en Satisfacción Laboral en función de la docencia impartida.

<b>Rangos</b>			
	<b>Docencia</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>
Satisfacción Laboral	Grado	129	80,78
	Posgrado	7	85,07
	Ambas	24	77,69
Ambiente	Grado	129	78,92
	Posgrado	7	107,36
	Ambas	24	81,15
Supervisión	Grado	129	81,50
	Posgrado	7	73,29
	Ambas	24	77,23
Prestaciones	Grado	129	82,24
	Posgrado	7	67,86
	Ambas	24	74,83

Tabla 8.118: Diferencias en Satisfacción Laboral en función de la docencia impartida.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
Chi-cuadrado	,162	2,541	,351	1,088
gl	2	2	2	2
Sig. asintót.	,922	,281	,839	,580
<b>a. Prueba de Kruskal-Wallis</b>				
<b>b. Variable de agrupación: Docencia</b>				

2.1.5.10. Asignaturas, Titulaciones y Satisfacción Laboral

Tabla 8.119: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del número de asignaturas.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
U de Mann-Whitney	2559,000	2841,500	2497,000	2670,500
W de Wilcoxon	4512,000	4794,500	4450,000	4623,500
Z	-1,680	-,693	-1,900	-1,303
Sig. asintót. (bilateral)	,093	,488	,057	,193

**a. Variable de agrupación: Asignaturas**

En las puntuaciones de satisfacción laboral, tanto a nivel global, como en cada una de las dimensiones, no se observan diferencias estadísticamente significativas con respecto a aquellos docentes que imparten clase en menos de tres asignaturas y los que dan en más de 4 (Tabla 8.119). En la misma línea se encuentran los resultados hallados en cuanto al número de titulaciones en las que imparten docencia (Tabla 8.120).

Tabla 8.120: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del número de titulaciones.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
Chi-cuadrado	7,376	6,746	8,148	2,951
gl	6	6	6	6
Sig. asintót.	,287	,345	,227	,815

**a. Prueba de Kruskal-Wallis**

**b. Variable de agrupación: N° Titulaciones**

2.1.5.11. Cargo de Gestión y Satisfacción Laboral

Tabla 8.121: Rangos promedio en Satisfacción Laboral en función del cargo de gestión.

		Rangos		
	Cargos Gestión	N	Rango promedio	Suma de rangos
Satisfacción Laboral	Sí	52	79,01	4108,50
	No	108	81,22	8771,50
Ambiente	Sí	52	78,39	4076,50
	No	108	81,51	8803,50
Supervisión	Sí	52	80,39	4180,50
	No	108	80,55	8699,50
Prestaciones	Sí	52	76,91	3999,50
	No	108	82,23	8880,50

Los docentes que no poseen ningún cargo de gestión muestran niveles más elevados de satisfacción laboral, con el ambiente, la supervisión y las prestaciones (Tabla 8.121). No obstante, no se puede considerar que sea una diferencia estadísticamente significativa el tener o no un cargo de gestión, ni el tiempo que lleve en éste (Tablas 8.122 y 8.123).

Tabla 8.122: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del *cargo de gestión*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
U de Mann-Whitney	2730,500	2698,500	2802,500	2621,500
W de Wilcoxon	4108,500	4076,500	4180,500	3999,500
Z	-,283	-,402	-,020	-,688
Sig. asintót. (bilateral)	,777	,688	,984	,492

**a. Variable de agrupación: Cargos Gestión**

Tabla 8.123: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del *tiempo en el cargo de gestión*.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Satisfacción Laboral</b>	<b>Ambiente</b>	<b>Supervisión</b>	<b>Prestaciones</b>
U de Mann-Whitney	246,500	257,000	261,500	243,000
W de Wilcoxon	912,500	923,000	927,500	909,000
Z	-,825	-,618	-,527	-,903
Sig. asintót. (bilateral)	,409	,536	,598	,367

**a. Variable de agrupación: Tiempo Cargo**

### **2.1.5.12. Resumen**

Las puntuaciones obtenidas por los docentes que han participado en el estudio en general no han resultado significativas. Únicamente lo han sido las que se detallan en las Tablas 8.124 y 8.125.

De modo descriptivo se puede decir que los que presentan mayor nivel de satisfacción laboral son los menores de 45 años, los docentes varones, aquellos que se encuentran solteros y quienes no tienen hijos.

En cuanto al ambiente laboral, los más satisfechos son los que llevan menos de 15 años en la docencia universitaria, y los contratados, a excepción de los funcionarios que están más satisfechos por lo general con el ambiente de trabajo, más que con la supervisión o las prestaciones. También refieren mayor nivel de satisfacción los que están contratados a tiempo parcial.

Los que poseen el grado de Doctor están más satisfechos con el ambiente y los que poseen el DEA con la supervisión y con las prestaciones, aunque, estas diferencias son muy leves y simplemente descriptivas. Aquellos docentes que dan sus clases en Posgrado únicamente, suelen puntuar más alto en satisfacción con el ambiente, sin embargo, aquellos que dan sólo en Grado, están más satisfechos con la supervisión que tienen y con su salario. Por último, también muestran un nivel elevado en esta variable los docentes que no poseen cargos de gestión actualmente.

Tabla 8.124: Cuadro resumen variables significativas en Satisfacción Laboral.

Variable	SL	Estadístico	Significación
Dedicación	SL	$z = -2.618$	$p = .009$
	Supervisión	$z = -2.563$	$p = .010$
	Prestaciones	$z = -2.132$	$p = .033$

Tabla 8.125: Cuadro resumen variables cercanas al nivel de significación en Satisfacción Laboral.

Variable	SL	Estadístico	Significación
Grado académico	Ambiente	$z = -1.894$	$p = .058$
Nº Asignaturas	Supervisión	$z = -1.900$	$p = .057$

## 2.2. Análisis de Correlaciones

### 2.2.1. Sentido de coherencia y Salud

**H11: El Sentido de Coherencia está relacionado con la Salud percibida por los docentes. El Sentido de Coherencia se relaciona de forma positiva con el estado de Salud percibido por los docentes.**

Tabla 8.126: Rangos promedio en Sentido de Coherencia según el Estado de Salud.

Rangos				
	Estado Salud	N	Rango promedio	Suma de rangos
Sentido Coherencia	Muy Bueno-Bueno	123	87,88	10809,00
	Regular-Malo	37	55,97	2071,00
Significatividad	Muy Bueno-Bueno	123	86,11	10591,50
	Regular-Malo	37	61,85	2288,50
Manejabilidad	Muy Bueno-Bueno	123	87,04	10705,50
	Regular-Malo	37	58,77	2174,50
Comprensibilidad	Muy Bueno-Bueno	123	88,05	10830,50
	Regular-Malo	37	55,39	2049,50

Tabla 8.127: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del Estado de Salud.

	Estadísticos de contraste <sup>a</sup>			
	SOC	Significat.	Manejab.	Comprensib.
U de Mann-Whitney	1368,000	1585,500	1471,500	1346,500
W de Wilcoxon	2071,000	2288,500	2174,500	2049,500
Z	-3,675	-2,806	-3,267	-3,773
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,005	,001	,000

#### a. Variable de agrupación: Estado de Salud

SOC: Sentido de Coherencia.

Como se observa en la Tabla 8.126, los docentes que perciben su estado de salud como *muy bueno* o *bueno*, muestran un mayor sentido de coherencia. Esta diferencia es estadísticamente significativa para todas las dimensiones de esta variable, y para la puntuación global (Tabla 8.127).

Tabla 8.128: Diferencias en Sentido de Coherencia en función de la Salud Mental Percibida.

<b>Coefficiente de correlación (significación)</b>				
	<b>SOC</b>	<b>S</b>	<b>M</b>	<b>C</b>
<b>SMP</b>	-.464** (.000)	-.402** (.000)	-.322** (.000)	-.476** (.000)
<b>A</b>	-.414** (.000)	-.339** (.000)	-.293** (.000)	-.444** (.000)
<b>B</b>	-.357** (.000)	-.318** (.000)	-.270** (.001)	-.332** (.000)
<b>C</b>	-.217** (.006)	-.234** (.003)	-.158* (.046)	-.177* (.026)
<b>D</b>	-.541** (.000)	-.390** (.000)	-.470** (.000)	-.501** (.000)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

SOC: Sentido de Coherencia, S: Significatividad, M: Manejabilidad, C: Comprensibilidad, SMP: Salud Mental Percibida, A: Síntomas Somáticos, B: Ansiedad-Insomnio, C: Disfunción Social, D: Depresión.

Todas las correlaciones entre sentido de coherencia y la salud mental percibida son significativas y negativas, tanto en a nivel de puntuaciones globales, como en cada una de las dimensiones (Tabla 8.128). Cuanto mayor es el nivel de sentido de coherencia en los docentes, menor sintomatología psicológica presentan.

Cuando aumentan los niveles de significatividad, manejabilidad y comprensibilidad, disminuyen los síntomas somáticos, de ansiedad e insomnio, de disfunción social y los depresivos. La correlación más

elevada se aprecia entre *comprensibilidad* y *depresión* ( $r = -.501, p < .001$ ), así, los docentes con una alta habilidad de percibir el mundo de manera lógica y predecible, presentan menos sintomatología depresiva.

Los docentes que puntúan alto en *comprensibilidad* muestran también menos síntomas somáticos ( $r = -.444, p < .001$ ), ansiosos ( $r = -.332, p < .001$ ), sociales ( $r = -.177, p = .026$ ) y depresivos ( $r = -.501, p < .001$ ). Aquellos que conceden valor a las cosas que suceden y le dan un significado, muestran menos síntomas somáticos ( $r = -.339, p < .001$ ), ansiosos ( $r = -.318, p < .001$ ), sociales ( $r = -.234, p = .003$ ) y depresivos ( $r = -.390, p < .001$ ). Y los que creen que tienen los recursos necesarios de afrontamiento también presentan un nivel más bajo de sintomatología somática ( $r = -.293, p < .001$ ), ansiosa ( $r = -.270, p < .001$ ), sociales ( $r = -.158, p = .026$ ) y depresivos ( $r = -.470, p < .001$ ).

Por ello, se puede confirmar la hipótesis del estudio acerca de la influencia del sentido de coherencia en el estado de salud y en la salud mental percibida, de modo significativo y negativo.

### 2.2.2. Sentido de coherencia y la Inteligencia Emocional Percibida

**H12: El Sentido de Coherencia está asociado con los niveles de Inteligencia Emocional Percibida mostrados por los docentes, de manera que, a mayores niveles de Sentido de Coherencia, mayores serán los de Inteligencia Emocional Percibida.**

En la Tabla 8.129 se aprecian correlaciones positivas entre sentido de coherencia e inteligencia emocional. Todas son significativas a excepción de la relación entre *manejabilidad* y *claridad* ( $r = .152, p = .056$ ). La correlación más alta se encuentra entre *comprensibilidad* y *reparación* ( $r = .295, p < .001$ ). Se puede decir que las personas que puntúan alto en sentido de coherencia, en concreto, en significatividad, manejabilidad y comprensibilidad, tienden a prestar más atención a sus sentimientos, a percibirlos con mayor claridad y a reparar los negativos. Se confirma la hipótesis sobre la asociación entre estas dos variables en un sentido positivo y significativo.

Tabla 8.129: Correlaciones entre Sentido de Coherencia e Inteligencia Emocional Percibida.

Correlaciones				
	SOC	S	M	C
<b>IEP</b>	,269**(.001)	,246**(.002)	,163*(.040)	,279**(.000)
<b>At</b>	,253**(.001)	,207**(.009)	,195*(.013)	,271**(.001)
<b>CI</b>	,234**(.003)	,220**(.005)	,152(.056)	,232**(.003)
<b>R</b>	,284**(.000)	,232**(.003)	,198*(.012)	,295**(.000)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

SOC: Sentido de Coherencia, S: Significatividad, M: Manejabilidad, C: Comprensibilidad, IEP: Inteligencia Emocional Percibida, At: Atención, CI: Claridad, R: Reparación.

### 2.2.3. Sentido de coherencia y Satisfacción laboral

**H13: El Sentido de Coherencia está asociado de forma positiva con la Satisfacción Laboral. De modo que a mayor Sentido de Coherencia informado por los docentes universitarios, mayor serán los niveles encontrados de Satisfacción Laboral.**

Tabla 8.130: Correlaciones entre Sentido de Coherencia y Satisfacción Laboral.

Correlaciones				
	SOC	S	M	C
SL	,255** (.001)	,222** (.005)	,218** (.006)	,265** (.001)
Am	,350** (.001)	,251** (.001)	,305** (.000)	,369** (.000)
Su	,229** (.004)	,204** (.010)	,193* (.014)	,258** (.001)
P	,184* (.020)	,183* (.021)	,148 (.062)	,145 (.067)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

SOC: Sentido de Coherencia, S: Significatividad, M: Manejabilidad, C: Comprensibilidad, SL: Satisfacción Laboral, Am: Ambiente, Su: Supervisión, P: Prestaciones.

Observando los datos de las correlaciones, se puede confirmar la hipótesis del estudio sobre la relación positiva y significativa entre el sentido de coherencia y la satisfacción laboral.

A mayores niveles de sentido de coherencia más elevada es la satisfacción laboral del docente universitario. La asociación más elevada se observa entre *comprensibilidad* y *satisfacción con el ambiente* ( $r = .369, p < .001$ ), siendo una relación moderada.

La habilidad para conocer y disponer de los recursos de afrontamiento (*manejabilidad*) y la habilidad para entender el mundo de una manera lógica y predecible (*comprensibilidad*) se encuentran relacionadas con la satisfacción con las prestaciones ( $r = .148, p = .062$  y  $r = .145, p = .067$ ), pero no de manera significativa (Tabla 8.130).

Aquellos docentes que le dan valor a lo que les ocurre y le dan un significado (*significatividad*) se encuentran más satisfechos con el ambiente de trabajo ( $r = .251, p = .001$ ), con la supervisión ( $r = .204, p = .010$ ), y con las prestaciones ( $r = .183, p = .021$ ). Los que suelen confiar en sus recursos y saben cómo disponer de ellos (*manejabilidad*) están más satisfechos con el ambiente ( $r = .305, p < .001$ ) y con la supervisión ( $r = .193, p = .014$ ). Personas que entienden el mundo de una manera comprensible, se muestran más satisfechos con el ambiente ( $r = .369, p < .001$ ) y con la supervisión ( $r = .258, p = .001$ ).

### 2.2.4. Inteligencia Emocional y Salud

**H14: La Inteligencia Emocional Percibida está relacionada con la percepción del Estado de Salud. A mayor Inteligencia Emocional Percibida, mayor será el grado de Salud Mental percibida.**

Tabla 8.131: Rangos promedio en Inteligencia Emocional Percibida y según el Estado de Salud.

<b>Rangos</b>				
	<b>Estado de Salud</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
Inteligencia Emocional	Muy Bueno-Bueno	123	99,00	12177,00
	Regular-Malo	37	19,00	703,00
Atención	Muy Bueno-Bueno	123	98,94	12170,00
	Regular-Malo	37	19,19	710,00
Claridad	Muy Bueno-Bueno	123	98,96	12172,50
	Regular-Malo	37	19,12	707,50
Reparación	Muy Bueno-Bueno	123	98,90	12165,00
	Regular-Malo	37	19,32	715,00

Tabla 8.132: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del Estado de Salud.

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>				
	<b>Inteligencia Emocional</b>	<b>Atención</b>	<b>Claridad</b>	<b>Reparación</b>
U de Mann-Whitney	,000	7,000	4,500	12,000
W de Wilcoxon	703,000	710,000	707,500	715,000
Z	-9,217	-9,215	-9,217	-9,188
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000	,000

**a. Variable de agrupación: Estado de Salud**

Los rangos promedio en inteligencia emocional son muy superiores en aquellos docentes que perciben que su estado de salud es *muy bueno* o *bueno*, que en los que creen que su estado de salud en el último año es regular o malo (Tabla 8.131).

Las diferencias encontradas en inteligencia emocional, en todas sus dimensiones, atendiendo al estado de salud percibido por los docentes, son significativas. Las personas con una mayor inteligencia emocional, una mayor atención, claridad y habilidad de reparar sus emociones percibirán su estado de salud mejor que aquellos con un nivel más pequeño en esta variable (Tabla 8.132).

Tabla 8.133: Correlaciones entre Inteligencia Emocional Percibida y Salud Mental percibida.

<b>Correlaciones</b>				
	<b>IEP</b>	<b>At</b>	<b>Cl</b>	<b>R</b>
<b>SMP</b>	-.353** (.000)	-.355** (.000)	-.317** (.000)	-.344** (.000)
<b>A</b>	-.315** (.000)	-.322** (.000)	-.308** (.000)	-.298** (.000)
<b>B</b>	-.278** (.000)	-.293** (.000)	-.263** (.001)	-.236** (.003)
<b>C</b>	-.261** (.000)	-.246** (.002)	-.175* (.026)	-.316** (.000)
<b>D</b>	-.299** (.000)	-.205** (.009)	-.271** (.001)	-.332** (.000)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

IEP: Inteligencia Emocional Percibida, At: Atención, Cl: Claridad, R: Reparación, SMP: Salud Mental Percibida, A: Síntomas Somáticos, B: Ansiedad-Insomnio, C: Disfunción Social, D: Depresión.

Se puede observar en la Tabla 8.133 que todas las correlaciones entre inteligencia emocional percibida y salud mental son significativas y negativas, es decir, que a mayor puntuación en inteligencia emocional en los docentes, menor será la sintomatología psíquica que presenten éstos.

La correlación más elevada que se observa explica que los docentes que prestan mayor atención a sus emociones manifiestan menor sintomatología en general ( $r = -.355, p < .001$ ).

Dejando a un lado las puntuaciones globales, se ve como los docentes con mayor capacidad para reparar sus emociones y prolongar las positivas, manifiestan menores síntomas depresivos ( $r = -.332, p < .001$ ). Aquellos que prestan más atención a sus emociones muestran menos síntomas somáticos ( $r = -.322, p < .001$ ), menos problemas ansiosos ( $r = -.293, p < .001$ ), de disfunción social ( $r = .246, p < .001$ ) y menos síntomas depresivos ( $r = -.205, p < .001$ ). Los que tienen una mayor claridad respecto a sus emociones, tienen menos síntomas somáticos ( $r = -.308, p < .001$ ), ansiosos ( $r = -.263, p < .001$ ), sociales ( $r = -.175, p = .026$ ) y depresivos ( $r = -.271, p < .001$ ).

Cuando los docentes tienen la habilidad de reparar sus emociones y transformarlas en otras positivas, tienen menos síntomas somáticos ( $r = -.298, p < .001$ ), ansiosos ( $r = -.236, p = .003$ ), sociales ( $r = -.316, p = .026$ ) y depresivos ( $r = -.332, p < .001$ ).

### **2.2.5. Inteligencia Emocional y Satisfacción laboral**

**H15: La Inteligencia Emocional Percibida está relacionada con la Satisfacción Laboral de los docentes. A mayor nivel de Inteligencia Emocional Percibida, mayor será la Satisfacción Laboral.**

Teniendo en cuenta la Tabla 8.134, la inteligencia emocional percibida por los docentes muestra una relación positiva, moderada y significativa con la satisfacción laboral.

Las personas que tienden a puntuar alto en inteligencia emocional, lo hacen también en satisfacción laboral. Los docentes que prestan atención a sus emociones, las perciben con claridad y reparan las que son negativas, muestran mayores niveles de satisfacción laboral con el propio ambiente de trabajo, con la supervisión y con las prestaciones.

Los docentes que suelen reparar sus emociones negativas muestran más satisfacción en su trabajo en general ( $r = .611, p < .001$ ), con el ambiente ( $r = .553, p < .001$ ), con la supervisión ( $r = .622, p < .001$ ) y con las prestaciones ( $r = .591, p < .001$ ).

Aquellos que presentan mayor claridad en sus emociones están más satisfechos con su trabajo en general ( $r = .565, p < .001$ ), con el ambiente ( $r = .529, p < .001$ ), con la supervisión ( $r = .569, p < .001$ ) y con las prestaciones ( $r = .562, p < .001$ ).

En cuanto a aquellos profesores que muestran una mayor atención a sus emociones, manifiestan más satisfacción laboral en general ( $r = .585, p < .001$ ), con el ambiente ( $r = .640, p < .001$ ), con la supervisión ( $r = .581, p < .001$ ) y con las prestaciones ( $r = .505, p < .001$ ).

Tabla 8.134: Correlaciones entre Inteligencia Emocional Percibida y Satisfacción Laboral.

<b>Correlaciones</b>				
	<b>IEP</b>	<b>At</b>	<b>Cl</b>	<b>R</b>
<b>SL</b>	,600** (.000)	,585** (.000)	,565** (.000)	,611** (.000)
<b>Am</b>	,587** (.000)	,640** (.000)	,529** (.000)	,553** (.000)
<b>Su</b>	,608** (.000)	,581** (.000)	,569** (.000)	,622** (.000)
<b>P</b>	,547** (.000)	,505** (.000)	,562** (.000)	,591** (.000)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

IEP: Inteligencia Emocional Percibida, At: Atención, Cl: Claridad, R: Reparación, SL: Satisfacción Laboral, Am: Ambiente, Su: Supervisión, P: Prestaciones.

### 2.2.6. Satisfacción laboral y Salud

**H16: La Satisfacción Laboral está relacionada con la Salud Mental percibida por los Docentes. A mayor Satisfacción Laboral mostrada por los docentes, mayor será el grado de Salud Mental percibido por los mismos.**

Tabla 8.135: Rangos promedio en Satisfacción Laboral según Estado de Salud.

<b>Rangos</b>				
	<b>Estado de Salud</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
Satisfacción Laboral	Muy Bueno-Bueno	123	99,00	12177,00
	Regular-Malo	37	19,00	703,00
Ambiente	Muy Bueno-Bueno	123	99,00	12177,00
	Regular-Malo	37	19,00	703,00
Supervisión	Muy Bueno-Bueno	123	99,00	12177,00
	Regular-Malo	37	19,00	703,00
Prestaciones	Muy Bueno-Bueno	123	98,73	12143,50
	Regular-Malo	37	19,91	736,50

Como se puede apreciar en la Tabla 8.135, la satisfacción laboral es mucho más elevada en aquellos docentes que perciben su estado de salud como *Muy Bueno* o *Bueno*, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Tabla 8.136).

Tabla 8.136: Diferencias en Satisfacción Laboral según Estado de Salud.

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>				
	Satisfacción Laboral	Ambiente	Supervisión	Prestaciones
U de Mann-Whitney	,000	,000	,000	33,500
W de Wilcoxon	703,000	703,000	703,000	736,500
Z	-9,222	-9,272	-9,236	-9,184
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000	,000

**a. Variable de agrupación: E.Salud**

La Tabla 8.137 refleja unas correlaciones de bajas a moderadas entre la satisfacción laboral y la salud mental percibida por los docentes. Todas las correlaciones son significativas y muestran una relación inversa.

Las personas que están más satisfechas con su trabajo, manifiestan una mejor salud mental. Aquellos que están satisfechos con el ambiente de trabajo muestran menos síntomas somáticos ( $r = -.302, p < .001$ ), ansiosos ( $r = -.179, p = .023$ ), sociales ( $r = -.265, p = .001$ ), y depresivos ( $r = -.246, p = .002$ ).

De la misma forma, los docentes más satisfechos con la supervisión también muestran menos síntomas ( $r_{\text{supervisión, somático}} = -.278, p < .001$ ), ( $r_{\text{supervisión, ansioso}} = -.231, p = .003$ ), ( $r_{\text{supervisión, social}} = -.355, p < .001$ ), ( $r_{\text{supervisión, depresión}} = -.219, p = .005$ ) respectivamente. Por último, aquellos más satisfechos con las prestaciones que reciben en su trabajo, también manifiestan menos síntomas psicológicos ( $r_{\text{prestaciones, somático}} = -.246, p =$

Capítulo 8. Resultados

.002), ( $r_{\text{prestaciones, ansioso}} = -.231, p = .003$ ), ( $r_{\text{prestaciones, social}} = -.252, p = .001$ ), ( $r_{\text{prestaciones, depresión}} = -.299, p < .001$ )

Tabla 8.137: Correlaciones entre Satisfacción Laboral y Salud Mental percibida.

<b>Correlaciones</b>				
	<b>SL</b>	<b>Am</b>	<b>Su</b>	<b>P</b>
<b>SMP</b>	-,333** (.000)	-,302** (.000)	-,336** (.000)	-,305** (.000)
<b>A</b>	-,276** (.000)	-,302** (.000)	-,278** (.000)	-,246** (.002)
<b>B</b>	-,220** (.005)	-,179* (.023)	-,231** (.003)	-,231** (.003)
<b>C</b>	-,342** (.000)	-,265** (.001)	-,355** (.000)	-,252** (.001)
<b>D</b>	-,248** (.002)	-,246** (.002)	-,219** (.005)	-,299** (.000)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

SL: Satisfacción Laboral, Am: Ambiente, Su: Supervisión, P: Prestaciones, SMP: Salud Mental Percibida, A: Síntomas Somáticos, B: Ansiedad-Insomnio, C: Disfunción Social, D: Depresión.

### **2.2.7. Resumen**

El estado de salud muestra una relación positiva y significativa con el sentido de coherencia, dándose niveles más positivos en la percepción del estado de salud en aquellos que presentaban un sentido de coherencia más elevado.

El sentido de coherencia mantiene una relación negativa y significativa con la salud mental percibida, por lo que a más sentido de coherencia, menos sintomatología somática, ansiosa, menos problemas a nivel de relación y adaptación al ambiente, y menores síntomas depresivos. Destacar que las correlaciones más elevadas corresponden a la puntuación general de sentido de coherencia, a las dimensiones de manejabilidad y comprensibilidad en relación a la sintomatología depresiva.

Esta variable también muestra relaciones positivas y significativas con la inteligencia emocional, aunque todas son bajas.

A mayor nivel de sentido de coherencia en el docente, mayor satisfacción laboral presenta, así lo muestran las correlaciones positivas y significativas entre ambas variables. Manejabilidad y comprensibilidad no mantienen una relación significativa con la satisfacción con las prestaciones.

Los docentes que disfrutan de una mayor inteligencia emocional perciben mejor su estado de salud. Se hallan correlaciones de bajas a moderadas, negativas y significativas en la relación entre la inteligencia emocional y la salud general. Los que poseen mayor inteligencia emocional manifiestan menos síntomas psíquicos en general. Se observa que este constructo mantiene una relación positiva, moderada y significativa con la satisfacción laboral, siendo por tanto, de ayuda el

disfrutar de un manejo correcto de las emociones para sentirse bien en el trabajo.

La salud se encuentra relacionada también con la satisfacción labora, los docentes con mejor salud se encuentran más satisfechos. Aquellos que presentan un elevado grado de satisfacción laboral describen menos sintomatología psíquica en los últimos meses.

En la Tabla 8.138 se detallan las correlaciones significativas señalando aquéllas que no lo son.

Tabla 8.138: Cuadro resumen correlaciones significativas.

	Variables	Estadístico	Significación
Estado de Salud	SOC	$z = -3.675$	$p < .001$
	Significatividad	$z = -2.806$	$p = .005$
	Manejabilidad	$z = -3.267$	$p = .001$
	Comprensibilidad	$z = -3.773$	$p < .001$
	IEP	$z = -9.217$	$p < .001$
	Atención	$z = -9.215$	$p < .001$
	Claridad	$z = -9.217$	$p < .001$
	Reparación	$z = -9.188$	$p < .001$
	SL	$z = -9.222$	$p < .001$
	Ambiente	$z = -9.272$	$p < .001$
	Supervisión	$z = -9.236$	$p < .001$
	Prestaciones	$z = -9.184$	$p < .001$
Salud Mental	SOC	$r = -.464$	$p < .001$
	Significatividad	$r = -.402$	$p < .001$
	Manejabilidad	$r = -.322$	$p < .001$
	Comprensibilidad	$r = -.476$	$p < .001$
	IEP	$r = -.353$	$p < .001$
	Atención	$r = -.355$	$p < .001$
	Claridad	$r = -.317$	$p < .001$
	Reparación	$r = -.344$	$p < .001$
	SL	$r = -.333$	$p < .001$
	Ambiente	$r = -.302$	$p < .001$

	Supervisión	$r = -.336$	$p < .001$
	Prestaciones	$r = -.305$	$p < .001$
Síntomas Somáticos	SOC	$r = -.414$	$p < .001$
	Significatividad	$r = -.339$	$p < .001$
	Manejabilidad	$r = -.293$	$p < .001$
	Comprensibilidad	$r = -.444$	$p < .001$
	IEP	$r = -.315$	$p < .001$
	Atención	$r = -.322$	$p < .001$
	Claridad	$r = -.308$	$p < .001$
	Reparación	$r = -.298$	$p < .001$
	SL	$r = -.276$	$p < .001$
	Ambiente	$r = -.302$	$p < .001$
	Supervisión	$r = -.278$	$p < .001$
	Prestaciones	$r = -.246$	$p = .002$
	Ansiedad-Insomnio	SOC	$r = -.357$
Significatividad		$r = -.318$	$p < .001$
Manejabilidad		$r = -.270$	$p = .001$
Comprensibilidad		$r = -.332$	$p < .001$
IEP		$r = -.278$	$p < .001$
Atención		$r = -.293$	$p < .001$
Claridad		$r = -.263$	$p = .001$
Reparación		$r = -.236$	$p = .003$
SL		$r = -.220$	$p = .005$
Ambiente		$r = -.179$	$p = .023$
Supervisión		$r = -.231$	$p = .003$
Prestaciones	$r = -.231$	$p = .003$	
Disfunción Social	SOC	$r = -.217$	$p = .006$
	Significatividad	$r = -.234$	$p = .003$
	Manejabilidad	$r = -.158$	$p = .046$
	Comprensibilidad	$r = -.177$	$p = .026$
	IEP	$r = -.261$	$p < .001$
	Atención	$r = -.246$	$p = .002$
	Claridad	$r = -.175$	$p = .026$
	Reparación	$r = -.316$	$p < .001$
	SL	$r = -.342$	$p < .001$
	Ambiente	$r = -.265$	$p = .001$
	Supervisión	$r = -.355$	$p < .001$
Prestaciones	$r = -.252$	$p = .001$	
Depresión	SOC	$r = -.541$	$p < .001$

	Significatividad	$r = -.390$	$p < .001$
	Manejabilidad	$r = -.470$	$p < .001$
	Comprensibilidad	$r = -.501$	$p < .001$
	IEP	$r = -.299$	$p < .001$
	Atención	$r = -.205$	$p = .009$
	Claridad	$r = -.271$	$p = .001$
	Reparación	$r = -.332$	$p < .001$
	SL	$r = -.248$	$p = .002$
	Ambiente	$r = -.246$	$p = .002$
	Supervisión	$r = -.219$	$p = .005$
	Prestaciones	$r = -.299$	$p < .001$
SOC	IEP	$r = .269$	$p = .001$
	Atención	$r = .253$	$p = .001$
	Claridad	$r = .234$	$p = .003$
	Reparación	$r = .284$	$p < .001$
	SL	$r = .255$	$p = .001$
	Ambiente	$r = .350$	$p = .001$
	Supervisión	$r = .229$	$p = .004$
	Prestaciones	$r = .184$	$p = .020$
Significatividad	IEP	$r = .246$	$p = .002$
	Atención	$r = .207$	$p = .009$
	Claridad	$r = .220$	$p = .005$
	Reparación	$r = .232$	$p = .003$
	SL	$r = .222$	$p = .005$
	Ambiente	$r = .251$	$p = .001$
	Supervisión	$r = .204$	$p = .010$
	Prestaciones	$r = .183$	$p = .021$
Manejabilidad	IEP	$r = .163$	$p = .040$
	Atención	$r = .195$	$p = .013$
	Claridad	$r = .152$	$p = .056$
	Reparación	$r = .198$	$p = .012$
	SL	$r = .218$	$p = .006$
	Ambiente	$r = .305$	$p < .001$
	Supervisión	$r = .193$	$p = .014$
	Prestaciones	$r = .148$	$p = .062$
Comprensibilidad	IEP	$r = .279$	$p < .001$
	Atención	$r = .271$	$p = .001$
	Claridad	$r = .232$	$p = .003$
	Reparación	$r = .295$	$p < .001$

## Capítulo 8. Resultados

SL	$r = .265$	$p = .001$
Ambiente	$r = .369$	$p < .001$
Supervisión	$r = .258$	$p = .001$
Prestaciones	$r = .145$	$p = .067$

SOC: Sentido de Coherencia, IEP: Inteligencia Emocional Percibida, SL: Satisfacción Laboral.

z: estadístico U de Mann-Whitney, p = significación.

r: Rho de Spearman, p = significación.

## **2.3. Análisis de Regresión Logística Binaria**

### **2.3.1. Modelo explicativo del Estado de Salud y de la Salud Mental percibida.**

**H17: El Sentido de Coherencia y la Inteligencia Emocional Percibida actuarán como variables predictoras del Estado de Salud percibido y la Salud Mental del docente universitario.**

#### **Estado de Salud**

En los análisis de correlaciones llevados a cabo con el estado de salud se ha encontrado que ninguna de las variables sociolaborales está relacionada con ésta de modo estadísticamente significativo. Sí lo está con el sentido de coherencia y con la inteligencia emocional percibida objetivándose en la prueba U de Mann-Whitney (Tabla 8.127 y Tabla 8.132).

La capacidad de predicción del sentido de coherencia y de la inteligencia emocional sobre el estado de salud de los docentes, viendo si esta variable aumenta o disminuye la probabilidad de tener o no un buen estado de salud, se ha evaluado mediante un análisis de regresión logística binaria.

La variable dependiente es el *estado de salud* (0 = estado de salud regular o malo o nivel *Bajo*; 1 = estado de salud muy bueno o bueno, o nivel *Alto*) y las covariables el *sentido de coherencia global* y sus *dimensiones*.

La bondad de ajuste del modelo se ha examinado mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow  $X^2 (8, N = 160) = 6.281, p = .616,$

concluyendo que este modelo se ajusta bien a los datos. El modelo más significativo es el paso cuatro,  $X^2(4, N = 160) = 184.384, p = .000$ .

En el modelo obtenido mediante el método “Adelante: Wald” (Tabla 8.139) en el paso cuatro deja cuatro variables que están influyendo en el estado de salud de los docentes. Las personas que prestan mayor *atención a sus emociones* y las *reparan*, cambiando las negativas por positivas tienen una probabilidad menor de percibir como malo o bajo su estado de salud. La significatividad y la comprensibilidad del sentido de coherencia hacen que sean un 0.75 y un 0.71 veces más probable de percibirse con una peor salud. Este modelo explicaría un 91.2% la variabilidad encontrada en el estado de salud.

Tabla 8.139. Modelo explicativo del estado de salud.

		Variables en la ecuación					I.C. 95% para EXP(B)		
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Paso 1 <sup>a</sup>	Atención	-,062	,008	59,649	1	,000	,940	,926	,955
Paso 2 <sup>b</sup>	Significat.	,437	,088	24,941	1	,000	1,549	1,304	1,839
Paso 3 <sup>c</sup>	Atención	-,416	,075	30,794	1	,000	,659	,569	,764
	Significat.	,567	,118	23,194	1	,000	1,762	1,399	2,219
	Atención	-,255	,084	9,219	1	,002	,775	,657	,913
	Reparac.	-,259	,101	6,545	1	,011	,772	,632	,941
<b>Paso 4<sup>d</sup></b>	<b>Significat.</b>	,298	,146	4,140	1	,042	1,347	1,011	1,794
	<b>Comprens.</b>	,353	,148	5,740	1	,017	1,424	1,066	1,901
	<b>Atención</b>	-,284	,091	9,842	1	,002	,752	,630	,899
	<b>Reparación</b>	-,349	,115	9,246	1	,002	,706	,564	,883

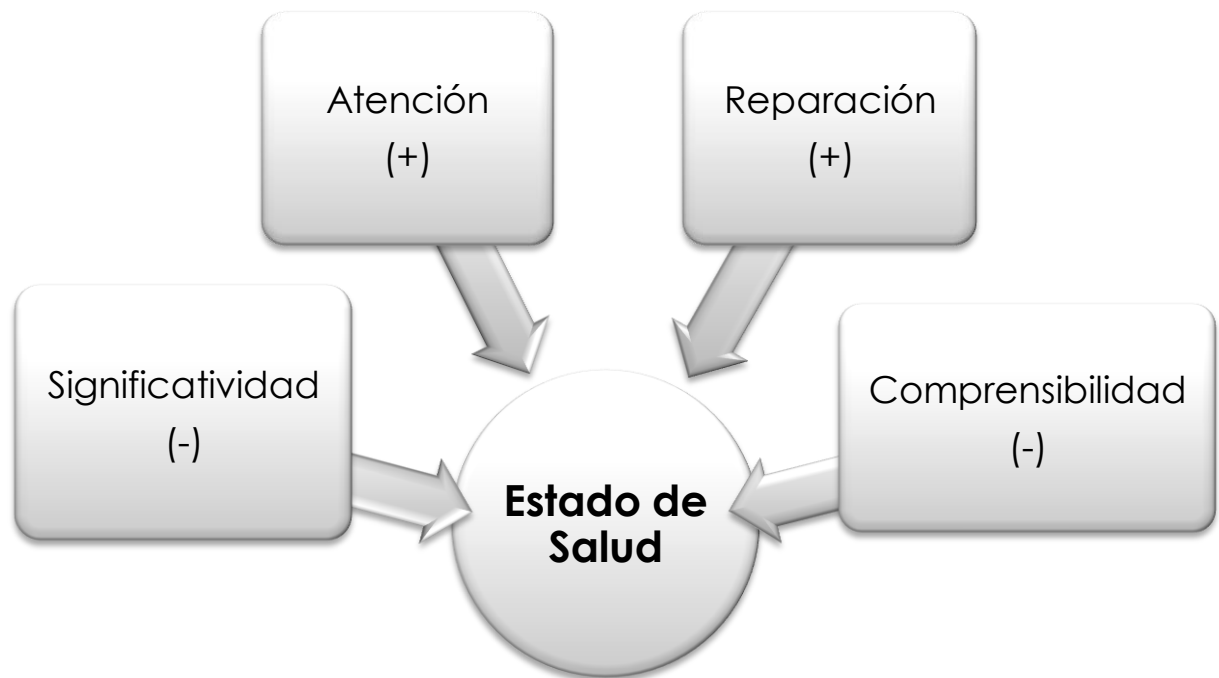
a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Atención.

b. Variable(s) introducida(s) en el paso 2: Significatividad.

c. Variable(s) introducida(s) en el paso 3: Reparación.

d. Variable(s) introducida(s) en el paso 4: Comprensibilidad.

Figura 8.1. Modelo explicativo del estado de salud.



+: Factores protectores

-: Factores de riesgo

**Salud Mental Percibida**

Con objeto de conocer la capacidad predictiva del sentido de coherencia y la inteligencia emocional percibida sobre la salud mental del docente universitario, y analizar si éstas hacen que sea más probable considerarse o no caso clínico (agudo), se procede a realizar una regresión logística binaria.

El modelo establece que a menores niveles de *reparación de las emociones* hay 0.95 veces más probabilidad de presentar sintomatología clínica a nivel agudo (Tabla 8.140). El modelo con  $X^2(1, N = 160) = 67.802, p = .000$  explica un 46.1% del estado de salud. Sin embargo, no resulta ser un modelo válido según Hosmer y Lemeshow el que agrupa las tres dimensiones de cada variable para predecir los casos detectados con síntomas crónicos,  $X^2(8, N = 160) = 20.171, p = .010$ .

Por ello, se ha procedido a elaborar el modelo con el sentido de coherencia y la inteligencia emocional por separado, dando como resultado la Tabla 8.140.

Tabla 8.140. Modelo explicativo de casos clínicos agudos.

		Variables en la ecuación						I.C. 95% para EXP(B)	
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Paso 1 <sup>a</sup>	Repar.	-,047	,007	50,635	1	,000	,954	,941	,966
<b>a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Reparación</b>									

La puntuación de las cuatro escalas del Goldberg (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión) han sido analizadas en un modelo de regresión logística, con el objeto de determinar la capacidad predictiva del sentido de coherencia y la inteligencia emocional percibida en cada una de ellas.

Para poder incluir estas subescalas del cuestionario de salud general como variable dependiente se ha recurrido a dicotomizar las puntuaciones. Cada subescala tiene unas puntuaciones mínimas y máximas de 0 a 21. Para ellos se ha establecido el límite en 10 (sin síntomas) y más de 11 (con síntomas). El código 0 se ha asignado a los docentes puntúan de 0 a 10, y el código 1 cuando puntúan desde 11 hasta 21. En el análisis de regresión se ha codificado como 0 (sin síntomas) y 1 (con síntomas).

### **Síntomas Somáticos**

El modelo explicativo sobre los síntomas somáticos que se ha aceptado, presenta un buen ajuste a los datos es válido,  $X^2 (8, N = 160) = 12.245, p = .141$ . Se han incluido las dimensiones de cada uno de los dos factores, además de la edad y el género que resultaban significativos en los análisis de contraste de hipótesis previos.

El modelo final mantiene a la *reparación emocional* como aquella que predice el 79.7% de la sintomatología somática, excluyendo las demás dimensiones y factores, resultando significativo  $X^2 (1, N = 160) = 145.614, p = .000$ .

Como se aprecia en la Tabla 8.141, sólo las personas que tienen una mayor habilidad para reparar sus emociones negativas tendrían

menos probabilidad de padecer síntomas somáticos, actuando por tanto, como factor de protección.

Tabla 8.141. Modelo explicativo de la sintomatología somática.

		Variables en la ecuación						I.C. 95% para	
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso	Repar.	-,090	,011	61,682	1	,000	,914	,894	,935
1ª									
<b>a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Reparación</b>									

### **Ansiedad-Insomnio**

Para explicar qué factores explican mejor la sintomatología relacionada con la ansiedad en los docentes, se ha propuesto un modelo que agrupa las dimensiones del sentido de coherencia y de la inteligencia emocional más algunas de las variables sociolaborales significativas en esta sintomatología (edad, género, antigüedad, contrato y categoría profesional), que resultaron significativos en los análisis bivariados.

El modelo se ajusta bien (Tabla 8.143), siendo significativo el paso dos,  $X^2 (2, N = 160) = 144.679, p = .000$ . Incluye la *reparación de las emociones* y el *tipo de contrato* como variables que explican el 79.4% de la sintomatología ansiosa. La *reparación* actuaría como factor de protección mientras que el *tipo de contrato* actuaría como factor de riesgo.

Tabla 8.142. Bondad de ajuste del modelo.

Prueba de Hosmer y Lemeshow			
Paso	Chi cuadrado	gl	Sig.
2	3,536	8	,896

Tabla 8.143. Modelo explicativo de la sintomatología somática.

Variables en la ecuación <sup>c</sup>									
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
								Inferior	Sup.
Paso 1 <sup>a</sup>	Reparación	-,082	,010	63,782	1	,000	,922	,903	,940
Paso 2 <sup>a</sup>	Reparación	-,161	,030	28,349	1	,000	,852	,803	,903
	Contrato	1,380	,432	10,193	1	,001	3,976	1,704	9,277

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Reparación.

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Contrato

### Disfunción Social

El modelo que predice la probabilidad de padecer o no disfunción social establece que es la *comprensibilidad* el único factor que protege frente a esta sintomatología. El modelo es válido según Hosmer y Lemeshow,  $X^2(7, N = 160) = 4.974, p = .663$ .

Se considera un factor protector, a más comprensibilidad menos problemas tienen los docentes en este aspecto (Tabla 8.144). El número de asignaturas incluido en el modelo no ha sido finalmente mantenido para la explicación de estos síntomas. La R cuadrado de Nagelkerke es de .872.

Tabla 8.144. Modelo explicativo de la sintomatología ansiosa.

		Variables en la ecuación						I.C. 95% para	
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Inferior	Sup.
Paso	Compr.	-,126	,017	57,648	1	,000	,881	,853	,910
1ª									

**a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Comprensibilidad.**

### Depresión

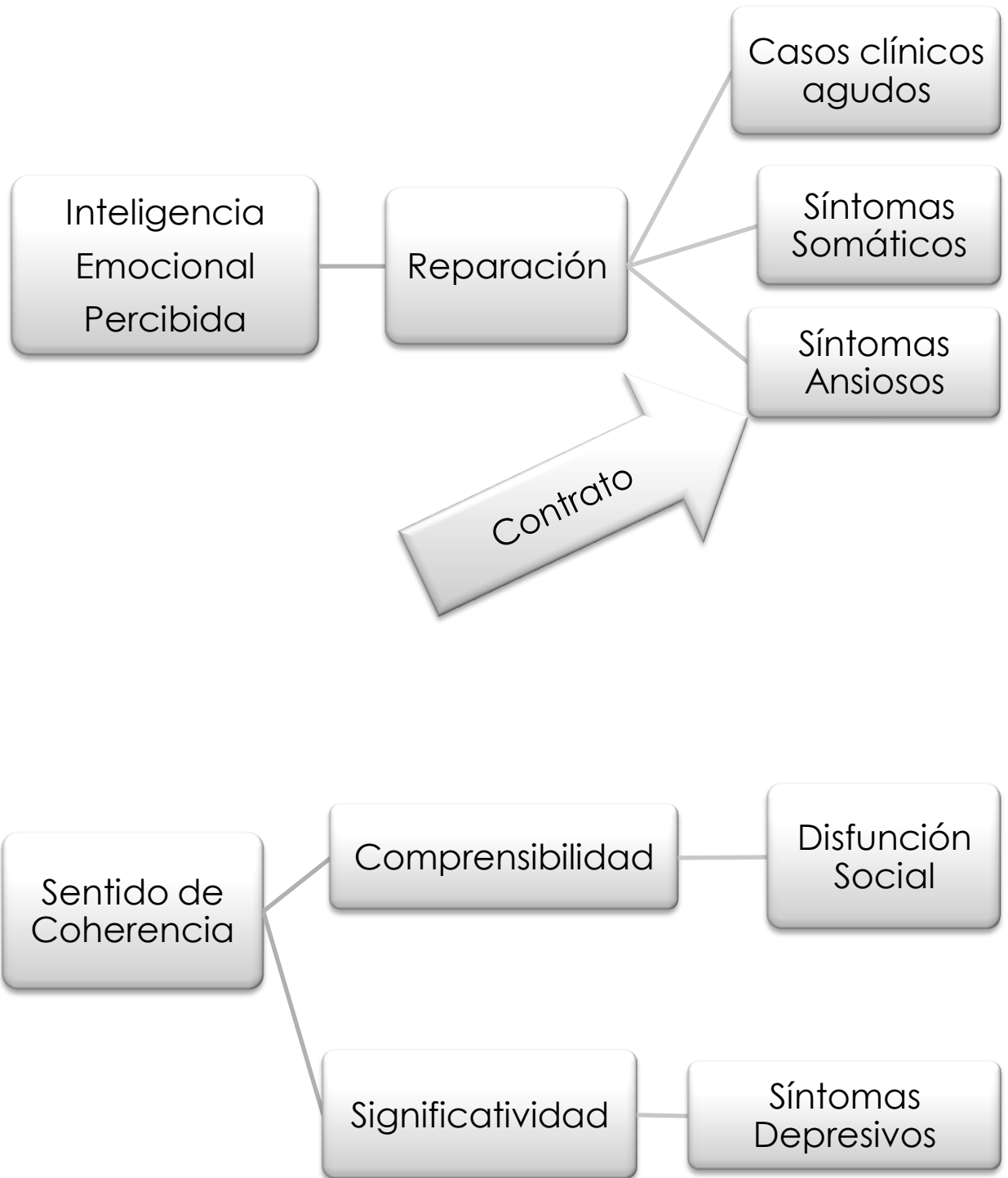
La sintomatología depresiva queda predicha por la *significatividad*, a mayor nivel de ésta en los docentes, menores son las probabilidades de padecer síntomas depresivos. Mediante el método “Adelante: Wald” se obtiene un nivel significativo en el modelo del paso uno,  $X^2 (1, N = 160) = 206.724, p = .000$ , el cual se ajusta bien a los datos,  $X^2 (8, N = 160) = 3.096, p = .928$ .

Este factor se considera en el modelo un factor protector, ya que los docentes que otorgan un significado importante en sus comportamientos y en los sucesos vitales presentan menor sintomatología depresiva. La R cuadrado de Nagelkerke es de .967. Se ha descartado la multicolinealidad en este componente considerando la interacción entre las demás dimensiones del constructo.

Tabla 8.145. Modelo explicativo de la sintomatología ansiosa.

		Variables en la ecuación						I.C. 95% para	
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Inf.	Sup.
<b>Paso 1<sup>a</sup></b>	<b>Signific.</b>	-,232	,045	26,230	1	,000	,793	,725	,866
Paso 2 <sup>b</sup>	Signific.	-1,255	,660	3,612	1	,057	,285	,078	1,040
	Maneja.	,855	,499	2,940	1	,086	2,351	,885	6,248
<b>a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Significatividad.</b>									
<b>b. Variable(s) introducida(s) en el paso 2: Manejabilidad.</b>									

Figura 8.2. Variables más relevantes en la predicción de la salud mental percibida.



### 2.3.2. Modelo explicativo de la Satisfacción Laboral.

**H18: El Sentido de Coherencia y la Inteligencia Emocional Percibida actuarán como variables predictoras de la Satisfacción Laboral del docente universitario.**

#### Satisfacción con el Ambiente

La satisfacción con el ambiente de trabajo viene determinada tanto por el sentido de coherencia (*significatividad*) como por la inteligencia emocional percibida (*atención emocional*).

Se concluye esto mediante la observación del modelo establecido en el paso dos en la regresión logística binaria,  $X^2 (2, N = 160) = 155.825, p = .000$ , cuya bondad queda establecida a través de la prueba de Hosmer y Lemeshow,  $X^2 (8, N = 160) = 14.528, p = .069$ . El modelo explica un 83% de la variabilidad del estado de salud.

Si se observa la Tabla 8.146, la ecuación de regresión que se ha obtenido a través del método "Adelante: Wald", en el paso dos, mantiene la *atención* y la *significatividad* como factores que predicen la satisfacción con el ambiente de trabajo. La *atención a las emociones* y la *significatividad* se considerarían factores de protección frente a la insatisfacción laboral. A mayores niveles de estas dos variables menor es la probabilidad de sentirse insatisfecho. No mantiene en el modelo el *grado académico* de los docentes.

Se ha tenido en cuenta el posible efecto conjunto de ambas variables en el estudio, pero el modelo que comprende dicho efecto no resulta significativo,  $X^2 (8, N = 160) = 190.867, p = .000$ . Son estas dos variables las que mejor explican por separado el efecto en la

satisfacción con el ambiente. No existe multicolinealidad entre las variables del modelo.

Tabla 8.146. Modelo explicativo de la satisfacción con el ambiente.

		Variables en la ecuación					I.C. 95% para EXP(B)		
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Paso	Significat.	,778	,165	22,360	1	,000	2,177	1,577	3,006
3 <sup>c</sup>	Atención	-,401	,072	31,317	1	,000	,670	,582	,771
<b>a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Atención.</b>									
<b>b. Variable(s) introducida(s) en el paso 2: Significatividad.</b>									
<b>c. Variable(s) introducida(s) en el paso 3: Reparación</b>									

Por un lado, la *atención emocional* indica que existe una menor probabilidad, al ser *B* negativo, de que el docente se encuentre insatisfecho con el ambiente laboral. Por otro lado, la *significatividad* muestra una probabilidad 2.177 veces mayor de estar insatisfecho.

### **Satisfacción con la Supervisión**

Considerando el efecto de todas las dimensiones del sentido de coherencia y la inteligencia emocional percibida con objeto de explicar la variabilidad en satisfacción con la supervisión, se halla un modelo significativo que se ajusta bien  $X^2(8, N = 160) = 15.317, p = .053$ .

Mediante el método "Adelante: Wald" se obtiene en varios pasos el modelo final, escogiendo como el más significativo el paso dos  $X^2(2, N = 160) = 146.617, p = .000$ , en el que *atención a las emociones* y la *significatividad* explican un 79.9%, descartando la multicolinealidad de ambas debido a que no se considera éste un modelo que se ajuste bien a los datos,  $X^2(8, N = 160) = 82.904, p = .000$ . No se han mantenido

finalmente en él la *dedicación* y el *número de asignaturas* que sí parecían influir en los contrastes bivariados. La *significatividad* es considerada como un factor de riesgo y como factor de protección la *atención a las emociones* (Tabla 8.147).

Tabla 8.147. Modelo explicativo de la satisfacción con la supervisión.

		Variables en la ecuación					I.C. 95% para EXP(B)		
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Paso 1 <sup>a</sup>	Atención	-,056	,007	56,462	1	,000	,946	,932	,960
Paso 2 <sup>b</sup>	<b>Significat.</b>	,349	,066	27,684	1	,000	1,418	1,245	1,615
	<b>Atención</b>	-,330	,055	36,304	1	,000	,719	,646	,800
Paso 3 <sup>c</sup>	Significat.	,469	,090	27,382	1	,000	1,598	1,341	1,905
	Atención	-,181	,067	7,330	1	,007	,835	,733	,951
	Reparación	-,240	,084	8,149	1	,004	,787	,668	,928
Paso 4 <sup>d</sup>	Significat.	,277	,116	5,711	1	,017	1,319	1,051	1,656
	Comprens.	,216	,100	4,647	1	,031	1,242	1,020	1,511
	Atención	-,188	,067	7,903	1	,005	,828	,726	,945
	Reparación	-,279	,086	10,386	1	,001	,757	,639	,897

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Atención.

b. Variable(s) introducida(s) en el paso 2: Significatividad.

c. Variable(s) introducida(s) en el paso 3: Reparación.

d. Variable(s) introducida(s) en el paso 4: Comprensibilidad.

### Satisfacción con las Prestaciones

La satisfacción con las prestaciones está determinada por dos factores de protección, *atención* y *reparación emocional* y uno de riesgo, la *comprensibilidad*. La ecuación del modelo no consigue mantener el tiempo de *dedicación* del docente, incluida por influir en la satisfacción laboral en los contrastes bivariados.

El modelo establecido en el paso 3,  $\chi^2 (3, N = 160) = 131.669, p = .000$ , se ajusta bien (Tabla 8.148) considerándose válido para explicar

esta variable, explicando un 74.8% de la insatisfacción con las prestaciones.

Los docentes con mayor comprensibilidad manifiestan menor satisfacción con las prestaciones. Aquellos con mayor reparación y atención a las emociones tienen menor probabilidad de estar insatisfecho en este aspecto (Tabla 8.149).

Tabla 8.148. Bondad de ajuste del modelo.

Prueba de Hosmer y Lemeshow			
Paso	Chi cuadrado	gl	Sig.
3	7,357	8	,499

Tabla 8.149. Modelo explicativo de la satisfacción con las prestaciones.

Variables en la ecuación								I.C. 95% para EXP(B)	
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Infer.	Sup.
Paso 1 <sup>a</sup>	Atención	-,047	,007	48,912	1	,000	,954	,942	,967
Paso 2 <sup>b</sup>	Comprensib.	,250	,047	28,895	1	,000	1,284	1,172	1,407
	Atención	-,269	,043	39,096	1	,000	,764	,702	,831
Paso 3 <sup>c</sup>	<b>Comprensib.</b>	,357	,065	30,247	1	,000	1,428	1,258	1,622
	<b>Atención</b>	-,140	,052	7,267	1	,007	,869	,785	,962
	<b>Reparación</b>	-,223	,068	10,750	1	,001	,800	,700	,914

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Atención.

b. Variable(s) introducida(s) en el paso 2: Comprensibilidad.

c. Variable(s) introducida(s) en el paso 3: Reparación.

Figura 8.3. Variables más relevantes en la predicción de la satisfacción con el ambiente.



Figura 8.4. Variables más relevantes en la predicción de la satisfacción con la supervisión.



Figura 8.5. Variables más relevantes en la predicción de la satisfacción con las prestaciones.









# CAPÍTULO 9

---

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

---



# Discusión de los Resultados

---

La salud en los docentes ha sido motivo de investigación en las últimas décadas pero sobre todo el interés se ha centrado en las enseñanzas primarias y secundarias. Los estudios se han dirigido a evaluar los riesgos psicosociales y las enfermedades profesionales más frecuentes en la profesión. En esta línea se encuentran los hallazgos de Seva (1985) o Brodbelt (1973), mostrando un 29% de trastornos psiquiátricos graves y un 35.7% de trastornos moderados. El sindicato Comisiones Obreras (CCOO) en el año 2002 publicó un estudio sobre la salud de los docentes y su repercusión en el trabajo, sosteniendo que la docencia muestra las tasas más altas de absentismo laboral. Algunos autores hablan del malestar docente como las consecuencias a nivel psicológico y laboral que sufren este sector (Guerrero y Vicente, 2001).

Entre los resultados a destacar en la presente tesis se van a exponer en primer lugar en este capítulo los modelos explicativos de la salud y de la satisfacción laboral, obtenidos, a partir del conjunto de variables incluidas en el estudio y mediante análisis de regresión logística y ello por el interés en identificar aquellos factores que pudieran ser considerados protectores de la salud y de la satisfacción en el trabajo de los docentes universitarios. Para ello, consideramos de interés la inteligencia emocional y el sentido de coherencia como posibles variables protectoras. Además fueron incluidas en los análisis aquellas variables sociolaborales que previamente hubiesen mostrado alguna relación significativa con las dos variables dependientes de nuestro estudio.

En segundo lugar, se detallarán las asociaciones estadísticamente significativas, aportadas por los análisis bivariados y correlacionales,

entre las variables psicológicas del estudio entre sí y en relación a las variables sociolaborales.

En tercer lugar, se describirán los resultados descriptivos más destacados de la inteligencia emocional, del sentido de coherencia, de la salud y la satisfacción laboral de los docentes de la muestra seleccionada se detallarán las asociaciones más significativas aportadas por los análisis bivariados y correlacionales entre las variables psicológicas del estudio entre sí y en relación a las variables sociolaborales.

En tercer lugar, se describirán los resultados descriptivos más destacados de la inteligencia emocional, del sentido de coherencia, de la salud y la satisfacción laboral de los docentes de la muestra seleccionada.

Los resultados más importantes sobre la salud y la satisfacción laboral de los docentes universitarios se han derivado de los modelos explicativos elaborados, los cuales, nos permiten conocer qué variables pueden considerarse protectoras.

Los resultados de esta tesis doctoral revelan que el sentido de coherencia no se considera un factor que pueda explicar la satisfacción laboral de los docentes universitarios, pero sí la sintomatología relativa a la disfunción social y a los síntomas depresivos que prevalezcan en estas personas.

Sin embargo, la inteligencia emocional, sobre todo, la atención y reparación emocional, explica la sintomatología somática y ansiosa de los docentes y la satisfacción laboral, esto último coincide con lo aportado en otros estudios (Perea et al., 2008; Sener et al., 2009; Weng et al., 2011).

Comenzaremos por decir que el modelo que responde a las siguientes preguntas: *¿Qué variables predicen la salud del docente universitario? ¿Influyen las variables sociolaborales en la salud? ¿Predice la inteligencia emocional y/o el sentido de coherencia la salud del docente?*

Se ha encontrado un modelo que explica un 91.2% del estado de salud percibido y está formado por dos dimensiones de la inteligencia emocional (atención y reparación emocional) y otras dos del sentido de coherencia (significatividad y comprensibilidad). El sentido de coherencia, a través de la significatividad y la comprensibilidad, disminuyen la probabilidad de percibirse con un buen estado de salud, al contrario que lo hallado por Seibt et al. (2014). Estos resultados se contradicen a los hallados por Eriksson y Lindström (2006) quienes encuentran una fuerte asociación entre el sentido de coherencia y la salud percibida.

El hecho de que los docentes otorguen valor a las situaciones y experiencias que viven, den un significado a la vida, tengan motivación por conseguir las metas y superen las demandas del entorno (significatividad), no contribuye de un modo claro a percibirse con mejor estado de salud. Tampoco el hecho de percibir el mundo de una manera clara y predecible, estructurada y creer que se posee cierto control sobre los acontecimientos y sobre las emociones, predice el buen estado de salud (comprensibilidad). Los resultados hallados en nuestro estudio se contraponen a los estudios previos en los que el sentido de coherencia se asocia a una mejor percepción de la salud (García-Moya, et al., 2013; Torsheim et al., 2001).

Los docentes con mayor atención a sus emociones y mayor reparación de las mismas presentan mejor estado de salud, ejerciendo un papel protector frente a éste. Los que conocen bien sus estados

emocionales, saben identificarlos y saben expresarlos en el modo y momento adecuado, además de saber manejarlos, cambiando aquellas emociones negativas por otras más positivas y adaptativas, manifestarían menores consecuencias negativas a nivel emocional y cognitivo, pudiéndose percibir con un mejor estado de salud. Resultados que corroboran los encontrados en otros estudios previos (Avsec et al., 2009; Bermudez et al., 2003; Besteiro et al., 2008; Honkinen et al., 2005; Latorre y Montañez, 2004; Pallant y Lae, 2002).

En conclusión, una baja significatividad y comprensibilidad y una alta atención y reparación emocional, generarían una percepción mejor del estado de salud. La inteligencia emocional se consideraría un factor protector del estado de salud percibido.

La reparación de las emociones es un factor protector que explica un 46.1% de la sintomatología psíquica aguda o de los casos clínicos agudos detectados en la muestra. Los docentes que saben manejar sus emociones e influir en su forma de pensar para modificar sus estados emocionales, manifiestan menor sintomatología psíquica (somática, ansiosa, depresiva,...) en las últimas semanas. Estos resultados no apoyan los hallazgos de Eriksson y Lindström (2006) quienes encuentran una fuerte asociación entre el SOC y la salud percibida. Sin embargo, si van en la línea de los de Góngora y Casullo (2009), en los que el manejo de las emociones diferenciaba de modo significativo entre grupos clínicos con diagnósticos de ansiedad o depresión.

En el mismo sentido de nuestros datos, Extremera y Fernández-Berrocal (2005) encuentran que el manejo de las emociones se consideraba una variable significativa que mejoraba y predecía la salud mental en una muestra de profesores.

Hernández et al. (2010) hallan que las personas con un mayor sentido de coherencia muestran menor sintomatología psíquica y, por tanto, menor probabilidad de incluirse como caso probable psiquiátrico en el Cuestionario de Goldberg; los datos de nuestro estudio no mantienen al sentido de coherencia como factor explicativo de ser o no un caso clínico probable.

Cuando las personas pueden modificar aquellas emociones negativas que actúan bloqueando comportamientos o mediando para generar conductas desadaptativas, pueden hacer frente a las situaciones de un modo más eficaz y racional y por tanto, manejando adecuadamente las demandas del entorno. Saber reparar sus emociones negativas les permite llevar a cabo un afrontamiento adecuado centrado en el problema, sufrir menos estrés y percibir una mejor salud, resultados similares a los encontrados por Luque-Reca, et al. (2014).

La reparación emocional es el único factor que explica en un 79.7% la sintomatología somática. En este modelo explicativo, ni la edad ni el género influyen para poder predecir estos síntomas. Saber modificar las emociones negativas y controlarlas para que no influyan en los pensamientos, hace que se presenten en los docentes menos síntomas o quejas somáticas, como el agotamiento, la falta de activación, motivación, la pérdida de energía o quejas referidas a dolores, resultados que corroboran los hallazgos de Goldman et al. (1996), Latorre y Montañez (2004), Salovey et al. (1995).

Nuestros resultados no apoyan los encontrados por Buddeberg-Fisher et al. (2001), Fernández et al. (2007) o Flannery y Flannery (1990) quienes aportan un efecto protector del sentido de coherencia frente a las quejas y síntomas psicósomáticos, mientras que en esta tesis el

sentido de coherencia, no se mantiene en el modelo que explica estos síntomas.

Flensburg-Madsen et al. (2005) discuten si el sentido de coherencia predice la sintomatología psicológica mejor que la física, llegando a la conclusión de que es una variable que se asocia de manera más significativa a la sintomatología psíquica. Esta reflexión parece apoyar los datos obtenidos en este estudio en cuanto a la predicción de la sintomatología somática, puesto que el sentido de coherencia no se mantiene en el modelo explicativo y sí la inteligencia emocional.

Las emociones negativas influyen en los pensamientos y en la capacidad de afrontar las demandas del entorno de forma cotidiana. Si nos desbordan sentimientos irracionales o emociones que consideramos incontrolables, no podremos llegar a confiar en nosotros mismos para utilizar las estrategias y recursos necesarios para solucionar los problemas. Las emociones negativas se muestran a nivel físico a través de la sensación de agotamiento, debilidad, falta de concentración o dolores de cabeza por las tensiones negativas acumuladas. Sería lógico pensar que las personas que tienen mayor capacidad de reparar las emociones negativas presenten menor número de síntomas somáticos.

La reparación emocional y el tipo de contrato (funcionario o contratado) explican en un 79.4% la aparición de la sintomatología ansiosa y de los problemas de sueño. Ser funcionario o contratado no mejora la sintomatología ansiosa, sino que esta variable sería un factor de riesgo. La reparación de las emociones predice estos síntomas, actuando como un factor protector. Aquellos docentes con mayor habilidad de manejar sus propios estados emocionales negativos y afrontar las situaciones adecuando sus emociones y haciéndolas más

adaptativas, tienen menos probabilidad de presentar sintomatología ansiosa o problemas de insomnio. La reparación emocional también fue asociada a una baja ansiedad en estudiantes universitarios (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006; Fernández-Berrocal, et al., 2006; Latorre y Montañez, 2004).

En el modelo que explican los síntomas ansiosos, como puede apreciarse, no se mantiene el sentido de coherencia como factor explicativo, al contrario de lo que se muestra en otros estudios (Antonovsky y Sagy, 2001; Blom et al., 2010; Carmel y Berstein, 1989).

Saber gestionar eficazmente las emociones negativas sin dejar que influyan a nivel cognitivo predice una menor sintomatología ansiosa (síntomas de pánico, intranquilidad, insomnio, sensación de tensión,...) en los docentes universitarios de nuestro estudio.

La comprensibilidad, del sentido de coherencia, explica en un 87.2% la sintomatología asociada a la disfunción social. Se considera un factor protector de estos síntomas. Los docentes que perciben con mayor claridad y estructuración, comprendiendo mejor su entorno y tomando el control del mismo y de sus propias ejecuciones, tienen menor probabilidad de sufrir síntomas de disfunción social. Se encontrarían más satisfechos con su papel y su desempeño en la vida, tendría mayor autoconfianza y se valorarían más, disfrutando más y mejor de todo lo que les acontezca. Estos resultados son muy parecidos a los encontrados por otros autores que han investigado la relación del sentido de coherencia, la sintomatología psíquica y el bienestar psicológico (Boneh y Maoz, 1991; Ryland y Greenfeld, 1991).

Los síntomas depresivos están explicados en un 96.7% por la significatividad. Aquellos docentes que otorgan significado a la vida y que actúan con motivación en el uso de los recursos y el afrontamiento

de las situaciones, para conseguir los retos propuestos, padecen menores síntomas depresivos, menor desesperanza, menores pensamientos suicidas y menor irritabilidad. Estos datos están en la línea de lo que señalan Flannery y Flannery (1990) sobre la asociación significativa entre el sentido de coherencia y los síntomas depresivos. Otros autores hacen hincapié en que el sentido de coherencia es una medida que mantiene una relación elevada y significativa con la salud psicológica, más que con la física (Feldt, 1997; Langius et al., 1992; Strümpfer et al., 1998).

En relación a los factores que influyen en que los docentes estén más satisfechos en su trabajo, se detallan las respuestas a la cuestión reflejada en las siguientes preguntas: *¿Qué variables predicen la satisfacción laboral del docente universitario? ¿Influyen las variables sociolaborales en la satisfacción laboral? ¿Predice la inteligencia emocional y/o el sentido de coherencia la satisfacción laboral del docente?*

Vemos como la inteligencia emocional, a través de la atención y la reparación emocional, es la que explica en mayor medida la satisfacción laboral de los docentes universitarios.

La satisfacción con el ambiente laboral queda explicada en un 83% por la significatividad y la atención emocional. Un nivel bajo en significatividad y alto en atención a las emociones favorece que los docentes estén más satisfechos con el ambiente de trabajo, en concreto, con los contenidos y metas de éste y con la adecuación del entorno físico. Estos resultados no corroboran los encontrados por Urakawa y Yokoyama (2009), quienes describen el valor predictor del sentido de coherencia frente a la satisfacción laboral, o los de Strümpfer y Bruin (2009) encontrando que el SOC explicaba un 25% de la satisfacción laboral.

La significatividad hace que las personas otorguen significado e importancia a las metas y a las demandas del entorno, considerándolas dignas de emplear los recursos necesarios para afrontarlas. Esta característica no protege la satisfacción laboral con el ambiente físico del trabajo. Se podría considerar quizá que desde el punto de vista de los profesionales de la enseñanza superior, los contenidos u objetivos propuestos y establecidos en su trabajo no son compartidos por el estilo de enseñanza de cada uno, o se sienten presionados por los alumnos o por sus superiores y compañeros, sintiéndose en ocasiones quemados, tal y como exponen Arquero y Donoso (2013) y Guerrero (2003), quien encuentra que un 42% de los docentes universitarios de su muestra refieren síntomas preocupantes de *burnout*.

La atención emocional, sin embargo, definida como una manera de entender o identificar las propias emociones y las de los demás, está actuando como un factor protector de la satisfacción con el ambiente físico del trabajo. Estos resultados van en la misma línea de los de Berrios et al. (2006) y Johnson e Indvik (1999), éstos últimos propusieron que un nivel alto de inteligencia emocional se asociaba con mayor satisfacción laboral, permitiendo tolerar mejor la frustración, controlar mejor los impulsos y siendo más empático con los demás.

La significatividad y la atención emocional son los factores que predicen y explican en un 79.9% la satisfacción del docente con sus superiores. Ésta se refiere al apoyo que percibe, a la proximidad que tienen con sus superiores o el grado de igualdad y de justicia del trato en su trabajo. En este modelo explicativo no se han conseguido mantener el tiempo de dedicación del docente en su trabajo, resultado significativo para Cifre y Llorens (2002), ni el número de asignaturas en el que imparten su docencia. En conclusión, es la inteligencia emocional la que mejor predice la satisfacción con los superiores, resultados

semejantes a otros estudios previos (Berrios et al., 2006; Johnson e Indvik, 1999).

La significatividad aumentaría la probabilidad de estar más insatisfecho con la supervisión, mientras que saber identificar las emociones, manejarlas y expresarlas de manera adecuada sería un factor protector, ayudando a los docentes a estar más satisfechos con este aspecto de su trabajo.

En el modelo que se ha obtenido para explicar los factores que ayudan a sentirse más satisfechos con las prestaciones y con el grado de negociación que tienen los docentes universitarios en su trabajo, se incluyen la comprensibilidad como posible factor que disminuye este grado de satisfacción, y la reparación y atención emocional, como factores que la aumentan. Este modelo explica un 74.8% de la satisfacción con las prestaciones.

Percibirse con cierto control sobre los aspectos relacionados con las prestaciones y con el grado de cumplimiento de la institución hacia los docentes no se considera una variable que ayude a sentirse más satisfecho, pues es algo que se espera y parece predecible pero en algunas ocasiones no sucede tal y como se podría esperar, por lo que puede generar cierta insatisfacción con ese aspecto del trabajo.

Ciertas discordancias con la institución universitaria en cuanto a las prestaciones recibidas, al grado de negociación de que se disfruta con ésta y a la percepción del cumplimiento de convenios o derechos laborales, generan un estado emocional negativo que a su vez provocaría un grado de insatisfacción en el puesto desempeñado. Si los docentes conocen esas emociones y pueden manejarlas y cambiarlas para no sufrir malestar emocional, podrían también no sentirse más insatisfechos.

La atención emocional y la reparación de los estados emocionales negativos aumentarían, por tanto, la probabilidad de estar satisfechos con las prestaciones recibidas por la institución universitaria.

Los resultados correlacionales revelan asociaciones significativas entre todas las variables psicológicas del estudio. Pasamos a detallarlas brevemente y a compararlas con los estudios previos realizados.

El sentido de coherencia está asociado de forma positiva y significativa con el estado de salud. Las personas con niveles más altos en esta variable se perciben con mejor estado de salud, coincidiendo con lo publicado por Besteiro et al. (2008), Eriksson y Lindström (2006), García-Moya et al. (2013), Torheim et al. (2001).

Existe una relación significativa e inversa entre el sentido de coherencia y la presencia de sintomatología psíquica. A mayores niveles de sentido de coherencia en los docentes menor es la frecuencia de aparición de la sintomatología psíquica; resultados que coinciden con los de otros autores (Blom et al., 2010; Carmel y Bernstein, 1989; Carmel et al., 1991; Flannery y Flannery, 1990; Flensburg-Madsen et al., 2005; Langius et al., 1992; Pallant y Lae, 2002; Ryland y Greenfeld, 1991).

Las personas que presentan un mayor nivel de inteligencia emocional se perciben con mejor salud y con menos sintomatología psíquica. Comprender las propias emociones y las de los demás permite una mejora de la relación con los demás, aprendiendo a tolerar la frustración, a controlar impulsos y a manejar las emociones irracionales, resultando en un mayor impacto de las emociones positivas en la salud. Los resultados en el estudio han sido estadísticamente significativos, lo que está en la misma línea de otros autores (Bermúdez et al., 2003;

Goleman, 1996; Góngora y Casullo, 2009; Goldman et al., 1996; Extremera y Fernández-Berrocal, 2006).

Los docentes con altos niveles de inteligencia emocional presentarán mayor satisfacción laboral dentro de su institución. Estos datos son similares a los hallados por otros autores (Augusto et al., 2006; Berrios et al., 2006; Johnson e Indvik, 1999; Naderi, 2011). Se aprecian diferencias significativas en inteligencia emocional en función del género, siendo mayor en las mujeres, lo que coincide con los resultados de Naderi (2011).

Disfrutar de un alto sentido de coherencia influye en la percepción de satisfacción que tenemos en nuestro trabajo. Si percibimos las situaciones de manera estructurada y clara, y consideramos que disponemos de los recursos necesarios para hacer frente a demandas internas o externas, o para conseguir retos diarios podremos sentirnos más satisfechos en un entorno que por tanto, percibimos más controlable. Estas correlaciones van en la línea de lo expuesto por Axelsson et al. (2005), Malinauskiene et al. (2009), Strümpfer y Mionzi (2001), Urakawa y Yokoyama (2009) y Viviers (1998).

La salud está relacionada de manera significativa con la satisfacción laboral, siendo aquellos con más salud los que se encuentran más satisfechos con su trabajo, coincidiendo con Esteve et al. (2006), Rosse y Hulin (1985) y Olza (1998).

En cuanto a los resultados ofrecidos por los contrastes de hipótesis, vemos que las variables personales y del entorno laboral estudiadas en relación al estado de salud percibido por los docentes universitarios no han resultado ser significativas, siéndolo en los hallazgos de Sharpley et al. (1996) o San José y Méndez (2006) quienes consideraron que el

género o la insatisfacción con los compañeros, entre otras variables, explicaban la percepción de la salud.

Aunque no hayan resultado significativas estas diferencias en cuanto al estado de salud, podemos observar cómo las personas mayores de 45 años se perciben con mejor salud, al igual que los hombres, lo que coincide con los resultados encontrados por otros autores (Herranz, 2004; Sharpley et al., 1996). Los solteros y los docentes que tienen hijos refieren un mejor estado de salud.

Apenas existen diferencias entre los docentes que llevan menos de 15 años o más de 16 en la docencia universitaria, tanto a nivel general, como en la Universidad de Huelva. Aún así, los que llevan menos de 15 años parecen ser los que se perciben con mejor estado de salud.

Los docentes que son funcionarios se perciben con mejor estado de salud, siendo los contratados aquellos que manifiestan en mayor medida que su salud es mala. Si se atienden a las categorías profesionales, los Catedráticos de Escuela Universitaria, los Profesores Sustitutos Interinos a tiempo completo y los Titulares de Escuela Universitaria, son los docentes que mejor puntúan su estado de salud en los últimos doce meses.

El tiempo dedicado a la docencia revela que trabajar a tiempo parcial produce una mejor consideración del estado de salud, datos que apoyan lo hallado por Herranz (2004) al igual que ostentar el grado de Doctor.

Los docentes que imparten su docencia únicamente en Grado que imparten docencia en tres o menos asignaturas y en sólo dos

titulaciones y aquellos que no tienen cargos de gestión, creen que su estado de salud es mejor.

Un 76.9% de los docentes de la muestra perciben su estado de salud como muy bueno o bueno, algo superior a lo hallado por Sharpley et al. (1996) y Herranz (2004). Se detectaron un 21.3% de casos clínico con sintomatología psíquica a nivel agudo, siendo mayor el porcentaje de casos clínicos crónicos (28.7%). Si sumamos las cifras de casos clínicos agudos y crónicos, encontramos que un 50% sufre malestar psicológico, cifra ligeramente superior a lo observado por Seva (1985). Los docentes de nuestra muestra presentan menos sintomatología somática, ansiosa y depresiva que en Fernández (2009) siendo casi la misma en la sintomatología relativa a la disfunción social, destacando del resto.

Los docentes mayores de 45 años muestran peor salud mental, mientras que en Sharpley et al. (1996) se observa que los docentes de más edad registran mejor salud. Las mujeres refieren mayor sintomatología somática, coincidiendo con Herranz (2004), Lobo y Muñoz (1996), San José y Méndez (2006) y Sharpley et al. (1996).

Una menor antigüedad en la docencia y ser docente contratado se relaciona con una mayor presencia de sintomatología ansiosa y con alteraciones del sueño, resultados que coinciden con los de Prieto y Bermejo (2008) quienes observan mayor tensión emocional en docentes menores de 30 años y con una antigüedad cercana a los 20 años. Los Colaboradores son los que mayor sintomatología ansiosa refieren y los que dan clase en más de cuatro asignaturas los que más disfunción social presentan.

Los niveles medios encontrados de sentido de coherencia en los docentes reflejan una puntuación alta, superior a los encontrados en otros estudios previos. La puntuación total es de  $68.72 \pm 10.14$ , en la

dimensión significatividad es de  $22.17 \pm 3.81$ , en comprensibilidad  $26.21 \pm 4.31$  y en manejabilidad  $20.34 \pm 3.68$ . Son resultados más elevados que los encontrados en Antonovsky, (1993), Fernández (2009) y Pallant y Lae (2002).

Los docentes de más edad presentan mayores niveles de manejabilidad y comprensibilidad, coincidiendo con Pallant y Lae (2002) y Zirke et al. (2007). El género no ha mostrado diferencias significativas en el estudio, al contrario que en Eriksson y Lindström (2005) o Rivera et al. (2014). Igualmente los funcionarios refieren mayores niveles en manejabilidad y en sentido de coherencia en total. Una elevada comprensibilidad se ha observado entre los que imparten su docencia mayormente en Posgrado. En aquellos docentes con cargos de gestión en la universidad se observan altas puntuaciones en significatividad y manejabilidad.

La inteligencia emocional en la muestra es de  $91.93 \pm 22.20$ , en atención emocional es de  $30.21 \pm 8.184$ , en claridad emocional,  $30.87 \pm 7.86$  y en reparación emocional,  $30.86 \pm 7.33$ . Teniendo en cuenta que la máxima puntuación en las escalas es de 40, la muestra obtiene unos niveles bastante elevados en inteligencia emocional. Son resultados superiores a los hallados en una muestra de profesionales de la enfermería en Perea et al. (2008). Los hombres muestran una atención emocional significativamente superior a las mujeres. En reparación existen diferencias en cuanto al número de asignaturas, siendo mayor en los que su docencia se concentra en menos de tres asignaturas. Los que dan clase en más de cinco titulaciones refieren mayor nivel de inteligencia emocional percibida.

Los docentes de la muestra se encuentran bastante satisfechos con su trabajo, con una media  $60.63 \pm 18.64$ , con el ambiente físico en el que desempeñan su rol docente,  $20.32 \pm 6.38$ , con la supervisión

recibida,  $30.55 \pm 9.47$  y con las prestaciones,  $9.76 \pm 3.54$ . Nuestros docentes están satisfechos con el ambiente físico de su trabajo en un 75.6%, con la supervisión (75%) y con las prestaciones (71.9%). Estos porcentajes son superiores a los encontrados por Herranz (2004), Fernández (1991) o Guerrero (1997). En general hay un 75.6% de los docentes que se encuentran bastante satisfechos con su trabajo, dato inferior al encontrado por Beliaeva et al. (2001). Linares y Gutiérrez (2010) hallan los niveles más elevados en satisfacción laboral de una muestra de docentes de todas las enseñanzas en los profesores universitarios. Éstos estaban más satisfechos con la supervisión, con los compañeros y con la tarea docente.

La satisfacción laboral difiere significativamente en función de si los docentes trabajan a tiempo completo o parcial, estando más satisfechos los últimos. No se han hallado diferencias en función del género aunque los hombres están más satisfechos, encontrándose un resultado similar en cuanto a la significación en Herranz (2004). En otros estudios la satisfacción laboral sí difería según el género (Alonso, 2006; Beliaeva et al., 2001; Linares y Gutiérrez, 2010; Sharpley et al., 1996). Tampoco se encuentran diferencias en cuanto a la edad, no coincidiendo con estudios como el de Olivar et al. (1999) y Oshangbemi (1997). Los solteros de la muestra son los que están más satisfechos aunque no son diferencias significativas, mientras que en otros estudios sí se dan diferencias siendo mayor en casados (Álvarez,, 2007; Leung et al., 2000).





## CAPÍTULO 10

---

# CONCLUSIONES, LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

---



# Conclusiones

---

- La atención a las emociones, la reparación emocional, la significatividad y la comprensibilidad, explican en un 91.2% el estado de salud de los docentes universitarios.
- La inteligencia emocional, a través de una adecuada atención y reparación emocional actúa como factor protector del buen estado de salud percibido.
- El sentido de coherencia, mediante la significatividad y comprensibilidad disminuirían la probabilidad de tener una buena salud.
- La inteligencia emocional, a través de la reparación de las emociones, explica en gran medida la sintomatología somática y ansiosa.
- La reparación de las emociones explica en un 79.7% la sintomatología somática. Ser capaz de reparar y controlar las emociones negativas evita la aparición de quejas somáticas.
- La reparación emocional y el tipo de contrato configuran el modelo que explica la sintomatología ansiosa (79.4%). La primera variable protege frente a la aparición de ésta, mientras que ser contratado la favorece.
- El sentido de coherencia, mediante la comprensibilidad disminuye la probabilidad de sufrir disfunción social (87.2%) y la significatividad actúa como protectora de los síntomas depresivos (96.7%).

- La comprensibilidad favorece la percepción de una buena salud, disminuyendo la probabilidad de manifestar síntomas de disfunción social, explicando un 87.2%.
- La significatividad del sentido de coherencia predice la aparición de los síntomas depresivos, explicando un 96.7%. Esta variable disminuye la probabilidad de padecer síntomas depresivos.
- Una adecuada atención a las emociones es considerada un factor protector de la satisfacción laboral.
- El modelo que predice la satisfacción con el ambiente laboral incluye la atención emocional y la significatividad como factores explicativos (83%). Los docentes con mayor atención emocional y menor significatividad estarán más satisfechos con su ambiente de trabajo.
- La satisfacción con la supervisión queda predicha en un 79.9% por una adecuada atención emocional y por un bajo nivel de significatividad.
- La satisfacción con las prestaciones es explicada en un 74.8% por la atención y reparación emocional que favorecen su aumento, mientras que la comprensibilidad la disminuye.
- No se encuentran diferencias significativas en el estado de salud en función de las variables personales y laborales.
- Las variables que se asocian con percibir una mejor salud son las de tener más de 45 años (58.5%), ser varón (81.6%), tener hijos (74.4%), menos de 15 años de antigüedad en la docencia universitaria (77.2%), trabajar a tiempo parcial (82.8%), impartir la docencia solo

en Grado (81.3%), impartir menos de tres asignaturas (64.2%), y en no más de dos titulaciones (39%), no poseer actualmente cargos de gestión dentro de la institución (68.3%), y, en general, ser funcionario, tener el título de doctor, pertenecer a los grupos de Catedráticos de Escuela Universitaria, Profesores Sustitutos Interinos a tiempo completo y Titulares de Escuela Universitaria.

- Existen diferencias significativas en la Salud General Percibida en función de la edad, el género, la antigüedad en la docencia, el tipo de vinculación con la institución y la categoría profesional del docente.
- Los docentes mayores de 45 años, las mujeres, los que llevan menos de 15 años en la docencia, los contratados y los profesores Colaboradores, presentan más sintomatología psíquica en general.
- Los síntomas somáticos aparecen se encuentran de modo significativamente mayor en personas de más de 45 años y en mujeres.
- La sintomatología ansiosa y los problemas de sueño aparecen en mayor medida en las personas de más de 45 años, en los docentes con una antigüedad menor a 15 años de experiencia, en el personal contratado y en los profesores Colaboradores.
- Se presentan más síntomas asociados a la disfunción social en los docentes que dan clase en más de cuatro asignaturas.
- El sentido de coherencia presenta diferencias significativas en la edad, en el tipo de contrato o vinculación que tienen los profesores, en el tipo de docencia impartida y si tienen o no un cargo de gestión.

- Los mayores de 45 años tienen mayor sentido de coherencia, destacando sobre todo en manejabilidad y comprensibilidad. En los funcionarios y los que tienen un cargo de gestión se destaca una mayor manejabilidad y un sentido de coherencia total más alto, mientras que en los que imparten sus clases sólo en Posgrado se observa un mayor nivel de comprensibilidad.
- La inteligencia emocional difiere significativamente en sus puntuaciones en función del género, del número de asignaturas y del número de titulaciones donde imparten docencia.
- Los hombres presentan una peor atención emocional que las mujeres y la dirigen en exceso a las emociones. El número de asignaturas y las titulaciones donde imparten la docencia también influyen significativamente en la Inteligencia emocional.
- La reparación emocional es mayor en los docentes que imparten clase en menos de tres asignaturas y en cinco o más titulaciones diferentes.
- Con respecto a la satisfacción laboral, se han hallado diferencias estadísticamente significativas en función del tiempo dedicado a la docencia (tiempo parcial o completo).
- La satisfacción laboral es más elevada en los docentes con contrato a tiempo parcial, estando más contentos con el trato de sus supervisores y con las prestaciones recibidas, sin haber diferencias reseñables en cuanto al ambiente de trabajo.
- Las personas con un mayor nivel en sentido de coherencia manifiestan una mejor percepción de su estado de salud, y una

mejor salud mental, presentando menos síntomas somáticos, ansiosos, adaptativos y relacionales, y depresivos.

- La inteligencia emocional se asocia de forma positiva y significativa con el sentido de coherencia. Así, cuanto mayor sea el nivel de inteligencia emocional, mayor deberá ser el de sentido de coherencia. Las correlaciones entre estas dos variables son bajas.
- El sentido de coherencia está asociado de manera positiva y significativa con la satisfacción laboral, excepto la satisfacción con las prestaciones que no está asociada significativamente con la manejabilidad y la comprensibilidad. Las relaciones que se han encontrado entre estas dos variables son bajas a moderadas.
- Las personas con mayor inteligencia emocional tienden a percibir mejor salud, sufren menores síntomas psíquicos (correlación moderada) y una mayor satisfacción laboral (correlaciones de moderadas a altas).
- Los docentes que perciben un mejor estado de salud están más satisfechos con su trabajo (correlación moderada), mientras que los que presentan una mayor sintomatología psíquica están menos satisfechos con su trabajo.



# Limitaciones del Estudio

---

En esta tesis doctoral existen algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta.

En primer lugar, la muestra a la que se ha accedido finalmente representa un 19.30% de la población total de docentes de la Universidad de Huelva y un 60.84% de la muestra seleccionada. Durante los meses destinados a la recogida de datos no se pudo acceder al total de los docentes seleccionados para conformar la muestra, descritas en el capítulo dedicado a la Metodología. Esto tuvo sus repercusiones a la hora de obtener los datos, consiguiendo por tanto, una muestra más baja de lo esperado. Esta limitación podría conllevar ciertas dificultades para extraer conclusiones a la población.

Una de las limitaciones que se han derivado del tamaño de la muestra final ha sido disponer de pocos sujetos que representaran de forma válida algunas de las variables personales y laborales, tales como las categorías profesionales, por ejemplo. Así, en unas categorías había menos de cinco docentes y en otras más de veinte.

En el estudio se ha considerado esta dificultad y por ello, no se han podido realizar análisis adecuados para establecer diferencias en inteligencia emocional, sentido de coherencia, salud o satisfacción laboral, entre las categorías profesionales.

En cuanto a los instrumentos utilizados, cabe señalar que han sido autoinformes en su gran mayoría, con un número determinados de ítems que se respondían en un tiempo breve, puesto que se pretendía que el tiempo dedicado a la cumplimentación fuese breve y asequible debido

al poco tiempo de que disponían los docentes para este tipo de colaboraciones. El cuestionario empleado para evaluar la inteligencia emocional percibida mide exactamente cómo cree la persona que es su nivel de percepción y manejo de sus propias emociones y de las ajenas. Como cualquier autoinforme existen riesgos que puedan amenazar la validez de las respuestas, como la deseabilidad social o la aquiescencia. En este sentido Mayer, Salovey y Caruso (2002) recomienda el uso de medidas de ejecución para obtener una medida más real y más relacionada con la inteligencia general.

Existen unas medidas de evaluación de la inteligencia emocional como habilidad, como el MSCEIT, descrito en el capítulo dedicado a esta variable, que genera un cociente emocional. Es una prueba menos subjetiva y que podría aportar datos muy interesantes en el estudio de esta competencia en el docente universitario. Esta prueba conlleva un mayor tiempo de administración, por lo que hubiese sido más difícil la recogida de datos debido al escaso tiempo de que se disponía para acceder a los docentes en su tiempo de atención al alumnado.

Otra limitación en los cuestionarios aplicados es la utilización de un cuestionario de satisfacción laboral que no es específico para la población estudiada. Se eligió el cuestionario S10/12 de Meliá y Peiró como medida global de la satisfacción laboral con unas propiedades psicométricas bastante buenas.

# Líneas Futuras de Investigación

---

Los hallazgos del estudio nos permiten pensar en posibles aplicaciones prácticas y futuros estudios relacionados con las variables tratadas.

En primer lugar, debemos considerar la posibilidad de recoger mayor número de variables referentes al entorno laboral y específicas de la docencia universitaria, para ampliar los análisis específicos sobre determinantes de la salud laboral y los factores de riesgo psicosociales. Se debería ampliar la muestra para conseguir un número relativamente representativo de cada categoría laboral (Catedráticos, Titulares, etc.). Una de las posibles variantes de este estudio podría ser la de realizar un muestreo sobre las universidades andaluzas y conseguir una muestra más elevada para lograr una mayor representatividad y generalización de los resultados.

En segundo lugar, se ha observado que el sentido de coherencia se ha relacionado significativamente con la salud mental y la satisfacción laboral en este estudio, aunque su capacidad predictiva se limita a los síntomas de disfunción social y los depresivos, quizá debido al tamaño muestral también. El sentido de coherencia se ha relacionado con la salud mental en mayor medida que con la salud física (Endler et al., 2008; Flensburg-Madsen et al., 2005). No obstante, ha sido relacionado con patologías coronarias (Šilarova et al., 2012), con el aumento del bienestar físico (Carmel et al., 1991; Ryland y Greenfeld, 1991), nivel más bajo de angustia emocional (Nyamathi, 1991) o con la reducción del riesgo de padecer enfermedades crónicas (Poppius et al., 1999).

Es por ello, que surge el interés por profundizar en el concepto del sentido de coherencia en pacientes con patologías crónicas para comprobar qué dimensión o dimensiones son las que mejor predicen la adaptación a la enfermedad, una mayor adherencia terapéutica y un afrontamiento dirigido a buscar las soluciones.

Una de las líneas que se derivan de esta última idea es la de elaborar un cuestionario que evaluase el sentido de coherencia pero teniendo en cuenta aspectos físicos y emocionales, puesto que este constructo tiene mayor carga cognitiva y motivacional.

En tercer lugar, hasta ahora se ha planteado el estudio del sentido de coherencia de un modo descriptivo y explicativo, pero debemos considerar la posibilidad de elaborar un programa de intervención basado en el fomento de la misma. Para ello, se deberían operacionalizar las conductas de las personas con altos niveles en esta variable, para poder agrupar las conductas por dimensiones y establecer diferentes líneas de entrenamiento. De esta forma se podría mejorar la actitud ante la vida cuando existen circunstancias difíciles y ofrecer más alternativas de afrontamiento frente a las adversidades.

En cuarto lugar, se propone la elaboración de un cuestionario de satisfacción laboral específico para docentes universitarios. El cuestionario que se ha utilizado en el estudio tiene un carácter general aunque con factores específicos del entorno laboral, pero se haría necesario un cuestionario que evaluase la satisfacción con todos los aspectos que rodean al docente universitario (relación con los alumnos, posibilidades de promoción, relación con compañeros, relación con los órganos administrativos y de gestión universitarios, volumen de trabajo, número de horas trabajadas a la semana, clima del departamento, relación con otros departamentos de la facultad, tiempo dedicado a la investigación, recursos para el desempeño del trabajo, etc.). Se

propone por tanto, la elaboración de un cuestionario de satisfacción laboral en docentes universitarios para ser validado en la población española.

En último lugar, la inteligencia emocional ha resultado ser un factor que explica en gran parte la salud y la satisfacción laboral de los docentes. Debido a esto, una de las líneas futuras de investigación consistiría en la elaboración de un programa de inteligencia emocional para docentes, y con ello, fomentar la capacidad de orientar la atención de manera adecuada a las emociones y saber manejarlas para que no influyan de modo negativo en la conducta de afrontamiento de las diversas situaciones a las que se tienen que enfrentar diariamente los docentes (interacciones con alumnos, decisiones en el departamento, competitividad académica, etc.).







# BIBLIOGRAFÍA

---



# Bibliografía

---

- Abascal, J. (1995). Modelos de motivación. Motivación intrínseca y autodesarrollo. En M.V. Trianes (coord.). *Psicología de la Educación para profesores* (pp. 243-260). Madrid: Eudema.
- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(5), 340-342. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=784776>
- Acosta, M. (1998). *Práctica educativa, motivación y desarrollo psicológico. Un estudio empírico en enseñanzas medias*. Huelva: Diputación Provincial de Huelva.
- Acuerdo Marco de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Ministerio de Educación y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas para el Desarrollo de la Red Española de Universidades Saludables (Madrid, 2011). Recuperado de <http://www.educacion.gob.es/dctm/ministerio/educacion/universidades/educacion-superior-universitaria/universidades-saludables/convenio.pdf?documentId=0901e72b81238070>
- Agardt, E.E., Ahlbom, A., Anderson, T., Efendic, S., Grill, V., Hallqvist, J., Norman, A., y Östenson, C.G. (2003). Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged Swedish women. *Diabetes Care*, 26(3), 719-724.
- Alonso, P. (2006). Diferencias en la percepción de satisfacción laboral en una muestra de personal de administración. *Boletín de Psicología*, 88. Recuperado de [www.uv.es/seoane/boletin/previos/N88-3.pdf](http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N88-3.pdf)
- Álvarez, D. (2007). Satisfacción y fuentes de presión laboral en docentes universitarios de Lima metropolitana. *Persona*, 10, 49-97. Recuperado de [www.redalyc.org/articulo.oa?id=147112813004](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147112813004)
- Álvarez, F. (2014). *Salud ocupacional*. Colombia: ECOE Ediciones.

## Bibliografía

- Álvarez, M. (coord.). (2001). *Diseño y evaluación de programas de educación emocional. Colección Educación Emocional*. Barcelona: Cisspraxis.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud (3 Ed.)*. Madrid: Pirámide.
- Andrews, F.M. y Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum.  
Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4g7rBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=Social+indicators+of+well-being:+Americans+Perceptions+of+life+quality&ots>
- Antonovsky, A. (1974). Conceptual and metodological problems in the study of resistance resources and stressful life events. En B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events: their nature and effects* (pp. 245-255). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strengths. En C.L. Cooper y R. Payne (Eds.), *Personality and stress: individual differences in the stress process* (pp. 67-104). Nueva York: Wiley.
- Antonovsky, A. (1992). Can attitudes contribute to health? *Advances. The Journal of Mind-Body Health*, 8, 33-49.
- Antonovsky, A. (1993a). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civity. *Social Science and Medicine*, 37, 969-981.
- Antonovsky, A. (1993b). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 6, 725-733.
- Antonovsky, A. (1994). The sense of coherence: an historical and future perspective. En I. McCubbin, A. Thompson, I. Thompson y E. Fromer (Eds.). *Sense of Coherence and Resiliency: Stress, Coping and Health* (pp. 3-20). University of Wisconsin.

## Bibliografía

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N. y Wijsenbeek, H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 6, 186-193.
- Antonovsky, H. y Sagy, S. (2001). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *The Journal of Social Psychology*, 126(2), 213-225.
- Apers, S., Luyckx, K., Rassart, J., Goossens, E., Budts, W. y Moons, P. (2013). Sense of coherence is a predictor of perceived Health in adolescents with congenital heart disease: A cross-lagged prospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 776-785.
- Appleton, K., House, A. y Dowell, A. (1998). A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *British Journal of General Practice*, 48, 1059-1063.
- Armikan, J.H. y Greaves, H. (2003). Sense of coherence and stress: the mechanics of a healthy disposition. *Psychology and Health*, 18(1), 31-62.
- Arquero, J.L. y Donoso, J.A. (2013). Docencia, investigación y burnout: el síndrome del quemado en profesores universitarios de Contabilidad. *Revista de Contabilidad*, 16(2), 94-105. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcsar.2013.04.001>
- Augusto, J.M., López, E., Martínez de Antoñana, R. y Pulido, M. (2006). Perceived emotional intelligence and life satisfaction among university teachers. *Psicothema*, 18, 152-157. Recuperado de <http://www.psicothema.com/resumen.asp?id=3291>
- Avsec, A., Mansec, P. y Komidar, L. (2009). Personality traits and emotional intelligence as predictors of teachers' psychological

## Bibliografía

- well-being. *Psihološka Obzorja . Horizons of Psychology*, 18(3 ), 73-86.
- Axelsson, L., Andersson, I., Hakansson, A. y Ejlertsson, G. (2005). Work ethics and general work attitudes in adolescents are related to quality of life, sense of coherence and subjective Health – a Swedish Questionnaire study. *BMC Public Health*, 5, 103.
- Baker, M., North, D. y Smith, D.F. (1997). Burnout, sense of coherence and sources of salutogénesis in social workers. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 34, 22-26.
- Barraca, J. (2010). Emociones negativas en el profesorado universitario: Burnout, estrés laboral y mobbing. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 9(1), 85-100.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, supl., 13-25.
- Barsky, A.J., Cleary, P.D. y Klerman, G.L. (1992). Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Social Science & Medicine*, 34, 1147–1154.
- Basinska, M.A., Andruszkiewicz, A. y Grabowska, M. (2011). Nurses's sense of coherence and their work related patterns of behaviour. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 24(3), 256-266. Doi: 10.2478/s13382-010031-1
- Bauer, J., Unterbrink, T., Hack, A., Pfeifer, R., Buhl-Griebhaber, V., Müller, U.,..., Wirsching, M. (2007). Working conditions, adverse events and mental Health problems in a sample of 949 German teachers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80(5), 442-449.
- Beliaeva, G.F., Gorshkova, I.D. y Kostikova, I.V. (2001). University women. *Russian Social Science Review*, 42(4), 78-99.
- Benz, C., Bull, T., Mittelmark, M. y Vaandrager, L. (2014). Culture in salutogenesis: the scholarship of Aaron Antonovsky. *Global Health Promotion*, 21(4), 16–23. DOI: 10.1177/1757975914528550

## Bibliografía

- Berg, C.A. y Sternberg, R.J. (1985). A triarchic theory of intellectual development during adulthood. *Developmental Review*, 5, 334-370.
- Bergner, M. (1985). Measurement of health status. *Medical Care*, 23, 696-704.
- Berrios, M.P., Augusto, J.M. y Aguilar, M.C. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios: Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index Enferm*, 15(54), 30-34. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200006&lng=es&nrm=iso)
- Bernardini, D. (2012). Salud global en la era de las comunicaciones. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(1), 35-36.
- Berstein, J. y Carmel, S. (1987). Trait anxiety and the sense of coherence. *Psychological Reports*, 60, 1000.
- Berstein, J. y Carmel, S. (1991). Gender differences over time in medical school stressors, anxiety and the sense of coherence. *Sex Roles*, 24, 335-344.
- Besteiro, J., Álvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C. y Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 411-427.
- Bermúdez, M.P., Teva, I. y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 2(1), 27-32. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64720105>
- Bilgic, R. (1998). The relationship between job satisfaction and personal characteristics of turkish workeres. *Journal of Psychology*, 132(5), 549-557.

## Bibliografía

- Bíró, E., Balajti, I., Adány, R. y Kósa, K. (2010). Determinants of mental well-being in medical students. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 45(2), 253-258.
- Bisquerra, R. (2005). La educación emocional del profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 95-114. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/274/27411927006.pdf>
- Blom, E.C.H., Serlachius, E., Larsson, J.O., Theorell, T. e Ingvar, M. (2010). Low sense of coherence (SOC) is a mirror of general anxiety and persistent depressive symptoms in adolescents girls –across-sectional study of a clinical and a non-clinical cohort. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 1-13.
- Botella, L L., Longás, J. y Gómez, A. (2007). La construcción social del burnout en la profesión docente. *Aloma*, 21, 271-296
- Borrell, C., Carrillo, P. y Rodríguez-Sanz, M. (2006). *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida u la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993-2003*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Brackett, M.A. y Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*, 18, supl., 34-41.
- Bravo, M.J., Peiró, J.M. y Rodríguez, I. (1996). Satisfacción laboral. En J.M. Peiró y F. Prieto (Ed.). *Tratado de psicología del trabajo, vol. I: la actividad laboral en su contexto* (pp. 343-394). Madrid: Síntesis.
- Brien, M., Hass, C. y Savoie, A. (2012). Psychological Health as a mediator between need satisfaction at work and teachers's self-perceptions of performance. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(4), 288-299.
- Brockert, S. y Braun, G. (1997). *Los tests de la inteligencia emocional*. Barcelona: Robinbook.
- Brodbelt, S. (1973). Teacher's mental Health: whose responsibility? *Phi-Delta-Kappa*, 268-269.

## Bibliografía

- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R. y Schnyder, U. (2001). Sense of coherence in adolescents (Comparative Study). *Sozial und Praventivmedizin*, 46(6), 404-410.
- Burguillos, A.I. (2010). *Estudio del Estrés y el Síndrome de Burnout en Profesores de Enseñanza Primaria y Secundaria de Huelva. La Inteligencia Emocional como factor de protección frente al estrés y desgaste psíquico laboral* (Trabajo fin de Máster no publicado). Universidad de Huelva, Huelva.
- Calera, A.A., Esteve, L., Roel, J.M. y Uberti-Bona, V. (2006). *La salud laboral en el sector docente. Guía para la prevención de riesgos*. ISTAS. Recuperado de <http://www.istas.ccoo.es/descargas/docente.pdf>
- Calvacante, J.J. (2004). *Satisfacción en el trabajo de los directores de escuelas secundarias públicas de la región de Jacobina (Barsil)* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de [www.tdr.cesca.es/handle/10803/5042](http://www.tdr.cesca.es/handle/10803/5042)
- Calvete, E. y Villa, A. (1997) *Programa Deusto 16-16 II. Evaluación e intervención en el estrés docente*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Cárcoba, A. C. (1996). Salud laboral y ley de prevención de riesgos laborales. *Revista Española de Salud Pública*, 70, 463-468. Recuperado de: [www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos.../resp/.../70\\_4\\_463.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos.../resp/.../70_4_463.pdf)
- Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonne, D.Y. y Maoz, B. (1991). Life events, sense of coherence and health: Gender differences on the kibbutz. *Social Science and Medicine*, 32(10), 1089-1096.
- Carmel, S. y Berstein, J. (1989). Trait-anxiety and sense of coherence: A longitudinal study. *Psychological Reports*, 65, 221-222.
- Carrión, A., López, F. y Tous, J. (2008). *Colección Psicología de la Salud Ocupacional: Promoción de la Salud Ocupacional*. Barcelona: Asociación de Expertos en Psicología Aplicada (AEPA).

## Bibliografía

- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (2001). *Revista de Salud Pública y Educación para la Salud*, 1(1), 19-22. Recuperado de <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- Castro-Vázquez, C., Espinosa-Gutiérrez, I., Rodríguez-Contreras, P. y Santos-Iglesias, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3).
- CCOO (2007). *Factores Psicosociales y Estrés. En La prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Guía para una intervención sindical*. Madrid: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Recuperado de <https://www.google.es/search?q=prevenci%C3%B3n+de+riesgos+en+los+lugares+de+trabajo>
- CCOO (2010). *Las enfermedades de la voz: estudio sobre factores de riesgo predictivos de patologías relacionadas con la seguridad y la salud de los trabajadores docentes*. Federación Estatal de Enseñanza de CCOO. Recuperado de [www.istas.ccoo.es/.../doc149043\\_La\\_salud\\_de\\_los\\_docentes\\_de\\_ensenanza...](http://www.istas.ccoo.es/.../doc149043_La_salud_de_los_docentes_de_ensenanza...)
- Cebrián, M., y Serrano, J. (1991). Investigación-acción. La educación universitaria. Actas del I Congreso Internacional sobre Calidad de la Enseñanza Universitaria. ICE: Universidad de Cádiz.
- Chiu, C. (1998). Do professional women have lower job satisfaction than professional men? Lawyers as a case study. *Sex Roles*, 38(7-8), 521-537.
- Cifre E. y Llorens S. (2002). *Burnout en profesores de la UJI: un estudio diferencial*. Comunicación presentada en las Fòrum de Recerca. 7. Facultat de Ciències Humanes i Socials. Universitat Jaume I. Recuperado de <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi7/burnout.pdf>

## Bibliografía

- Cisneros, Y. y Ramírez, M.L.P. (2009). Prevalencia de enfermedades en trabajadores académicos de una universidad pública según seguro de gastos médicos. *Salud y Trabajo*, 17(2), 121-131.
- Cohen, A. (1974). Community college faculty job satisfaction. *Research in Higher Education*, 2(4), 369-376. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00991783>
- Cohen, F., Kearney, K., Zegans, L., Kememy, M., Neuhausd, J. y Stites, D. (1999). Differential immune system changes with acute and persistent stress for optimists vs pessimists. *Brain, behavior and immunity*, 13(2), 155-174.
- Consejería de Educación. Junta de Andalucía (2006-2010). I Plan Andaluz de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales del personal docente de los centros públicos dependientes de la Consejería de Educación. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/salud/contenidos/PlanAndaluzDeSaludLaboralDelProfesorado/PlanenBOJA/1160465860050\\_boja.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/salud/contenidos/PlanAndaluzDeSaludLaboralDelProfesorado/PlanenBOJA/1160465860050_boja.pdf)
- Corcoran, R. y Tormey, R. (2013). Does emotional intelligence predict student teacher's performance? *Teaching and Teacher Education*, 35, 34-42. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0742051X13000759>
- Cordeiro, J.A., Guillén, C.I., Gala, F.J., Lupiani, M., Benítez, A. y Gómez, A. (2003). Prevalencia del síndrome de Burnout en los maestros. Resultados de una investigación preliminar. *Psicología*, 7(1). Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/edu/11302496/articulos/RCED0808120157A.PDF>
- Cornejo, R. (2008). Entre el sufrimiento individual y los sentidos colectivos: salud laboral docente y condiciones de trabajo. *Docencia*, 35, 77-85.

## Bibliografía

- Cougar, P. y West, J. (2011). Potential predictors of student teaching performance: Considering emotional intelligence. *Issues in Educational Research*, 21(2), 145-161. Recuperado de: <http://www.iier.org.au/iier21/hall.pdf>
- Cummings, G., Hayduk, L. y Estabooks, C. (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research*, 54(1), 2-12.
- Davies, M., Stankov, L., y Roberts, R. D. (1998). Emotional intelligence: in search of an elusive construct. *Journal of personality and social psychology*, 75, 989-1015.
- Davis, A.R. y Ware, J.E. (1981). *Measuring health perceptions in the Health Insurance Experiment*. Santa Mónica: Rand.
- De la Cruz, M.A. y Urdiales, M.C. (1996). Estrés del profesor universitario. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 261-282.
- Díaz, M. (1990). *Estudio de la satisfacción laboral profesional en educadores de párvulos* (Tesis de Máster no publicada). Universidad de Santiago de Chile, Santiago de Chile.
- Diener, E. y Shu, M.E. (1997). Subjective well-being and age. An international analysis. *Annual Review of Gerontology Geriatrics*, 17, 304-324.
- Drageset, J., Nygaard, H.A., Eide, G.E., Bondevik, M., Nortvedt, M.W. y Natvig, G.K. (2008). Sense of coherence as a resource in relation to Health-related quality of life among mentally intact nursing home residents –a questionnaire study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(85). Doi: 10.1186/1477-7525-6-85
- Dua, J.K. (1994). Job stressors and their effects on physical Health, emotional Health and job satisfaction in a university. *Journal of Educational Administration*, 32(1), 59-78.
- Dueñas, M.L. (2005). Importancia de la inteligencia emocional: un nuevo reto para la orientación educativa. *Educación XXI*, 77-96. Recuperado de: <http://www.uned.es/reop/pdfs/2005/16-1-1%20-%20Pilar%20Ibanez%20Lopez.PDF>

## Bibliografía

- Durá, T. y Gúrpide, N. (2001). Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud. Diferencias etarias y estacionales. *Atención Primaria*, 27, 244-249.
- Durán, M.A., Extremera, N., Montalbán, F.M. y Rey, L. (2005). Engagement y Burnout en el ámbito docente: análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en una muestra de profesores. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 145-158.
- Durán, M.A., Extremera, N. y Rey, L. (2001). Burnout en profesionales de la enseñanza: un estudio en Educación Primaria, Secundaria y Superior. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17(1), 45-62.
- Edannur, S. (2010). Emotional Intelligence of Teacher Educators. *International Journal of Educational Sciences*, 2(2), 115-121. Recuperado de <http://www.krepublishers.com/02-Journals/IJES/IJES-02-0-000-10-Web>
- Elliot, D.L., Goldberg, I. y Toffler, W.L. (1994). Health promotion and early disease detection among medical school faculty. *Preventive medicine*, 23, 253-256.
- Encuesta Nacional de Salud (2012). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>
- Endler, P.C., Haug, T.M. y Spranger, H. (2008). Sense of coherence and psychical Health. A "Copenhagen Interpretation" of Antonovsky's SOC concept. *Holistic Health and Medicine*, 8, 451-453. Doi: 10.1100/tsw.2008.59
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Eriksson, M. (2007). Unraveling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's sense of coherence Scale (Tesis Doctoral no publicada). Turku:

## Bibliografía

- Åbo Akademi University Vasa. Recuperado de [https://books.google.es/books/about/Unravelling\\_the\\_Mystery\\_of\\_Salutogenesis.html?id=YRtBOgAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.es/books/about/Unravelling_the_Mystery_of_Salutogenesis.html?id=YRtBOgAACAAJ&redir_esc=y)
- Eriksson, M. y Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460-466. Recuperado de <http://jech.bmj.com/content/59/6/460.abstract>
- Eriksson, M. y Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460-466.
- Eriksson, M. y Lindstrom, 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. Doi: 10.1136/jech.2005.041616
- Eriksson, M. y Lindstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with quality of life: a systematic review. *Revista de Epidemiología y Salud Comunitaria*, 61, 938-944.
- Eriksson, M. y Lindstrom, B. (2008). A salutogenic interpretation on the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23, 190-198.
- Eriksson, M., Lindström, B. y Lilja, J. (2007). A sense of coherence and Health. Salutogenesis in a societal context: Aland, a special case? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 684-688. Doi: 10.1136/jech.2006.047498
- Escalona-Franco, M.E.V., Alvarado, B.G., Manzur, S.C. y Flores, M.R. Agotamiento profesional en docentes universitarios. Recuperado de [http://www.academia.edu/9273906/AGOTAMIENTO\\_PROFESIONAL\\_EN\\_DOCENTES\\_UNIVERSITARIOS](http://www.academia.edu/9273906/AGOTAMIENTO_PROFESIONAL_EN_DOCENTES_UNIVERSITARIOS)
- Esteve, J.M. (1994). *El malestar docente*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Esteve, J.M. (1997) *La formación inicial de los profesores de secundaria*. Barcelona: Ariel.

## Bibliografía

- Esteve, J.M., Franco, S. y Vera, J. (1995) *Los profesores ante el cambio social*. Barcelona: Anthropos.
- Esteve, M., Larraz, C. y Jiménez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista Clínica Española*, 206(2), 77-83.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). La importancia de desarrollar la inteligencia emocional en el profesorado. *Revista Iberoamericana de Educación*. Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/759Extremera.PDF>
- Extremera, N. y Fernández Berrocal, P. (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional: ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de autoinforme. *Boletín de Psicología*, 80, 59-77.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as predictor of the mental, social, and physical health in university students. *Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 45-51. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/SJOP/article/viewFile/SJOP0606120045A/29062>
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Mestre, J.M. y Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(002), 209-228. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80536203.pdf>
- Extremera, N., Rey, L. y Pena, M. (2010). La docencia perjudica seriamente la salud. Análisis de los síntomas asociados al estrés crónico. *Boletín de Psicología*, 100, 43-54.
- Feild, H., Giles, W. y Auburn, U. (1977). Dimensions of faculty members' sensitivity to job satisfaction items. *Research in Higher Education*, 6(3), 193-199. Doi: <http://dx.doi.org/10.2307/255762>
- Feldt, T. (1997). The role of sense of coherence in well-being at work: analysis of main and moderator effects. *Work Stress*, 11(2), 134-147.

## Bibliografía

- Feldt, T., Kivimaki, M., Rantala, A. y Tolvanen, A. (2004). Sense of coherence and work characteristics: a cross-lagged structural equation model among managers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 323-42.
- Feldt, T., Lintula, H., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J. y Kivimäki, M. (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. doi: 10.1007/s11136-006-9130-z
- Feldt, T., y Rasku, A. (1998). The structure of Antonovsky's Orientation to Life Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 25, 505-516.
- Fernández, J. (1991). Opinión de los profesores sobre su situación en la universidad. *Gaceta Complutense*, 78, 25-32.
- Fernández, M. E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional* (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de León, León.
- Fernández, M. E., Mayo, L., García, M.A., Liébana, C., Fernández, D. y Vázquez, A.M. (2007). Sentido de Coherencia y salud percibida en alumnos universitarios de ciencias de la salud. *Actas del XXV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental*. Recuperado de <http://www.anesm.org/anesm/sentido-de-coherencia-y-salud-percibida-en-alumnos-universitarios-de-ciencias-de-la-salud/>
- Fernández, V. (2014). *Evaluación de la salud laboral docente: estudio psicométrico del cuestionario de salud docente* (Tesis Doctoral). Universitat Ramon Llull, Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/283976>
- Fernández-Abascal, E.G. (Coord.) (2009). Emociones positivas. Madrid: Pirámide.

## Bibliografía

- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. y Pizarro, D.A. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4, 16-27.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified versión of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Report*, 94, 751-755. Recuperado de <http://emotional.intelligence.uma.es/pdfs/spanish%20tmms.pdf>
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Salovey y Mayer. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(5), 63-93.
- Fernández-Berrocal, P. y Ruiz, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15, 6(2), 421-436. Recuperado de [http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/15/espanol/Art\\_15\\_256.pdf](http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/15/espanol/Art_15_256.pdf)
- FETE-UGT (2006). *Guía de prevención de riesgos psicosociales en el sector de la enseñanza*. Observatorio permanente de riesgos psicosociales de UGT: Madrid.
- Flannery, R.B. y Flannery, G.J. (1990). Sense of coherence, life stress and psychological distress: a prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 415-420.
- Flannery, R.B.Jr., Perry, C., Penk, W.E. y Flannery, G.J. (1994). Validating Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 575-577.
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S. y Merrick, J. (2005). Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to pshysical Health? Analysing Antonovsky's 29 item sense of coherence Scale (SOC-29). *The Scientific World Journal*, 5, 767-776. Doi:10.1100/tsw.2005.89
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S. y Merrick, J. (2006). Sense of Coherence and Health. The Construction of an Amendment to

## Bibliografía

- Antonovsky's Sense of Coherence Scale (SOC II). *The Scientific World Journal*, 6, 2133-2139.
- Florez-Alarcon, L., Mercedes, M. y Moreno-Jiménez, B. (Eds.) (2005). *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. Bogotá: ALAPSA.
- Francisco, J.J. (1996). La Salud Pública y la Salud de los trabajadores. *Revista Española de Salud Pública*, 70, 363-365. Recuperado de [www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos.../resp/.../70\\_4\\_363.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos.../resp/.../70_4_363.pdf)
- Frenz, W., Carey, P., y Jorgensen, S. (1993). Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 145-153. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.145>
- Fuentes, J.C. (2006). *Incidencia de la Satisfacción laboral docente y el ambiente de aula en el rendimiento académico de los estudiantes Universitarios* (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla. Recuperado de <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/474/incidencia-de-la-satisfaccion-laboral-docente-y-el-ambiente-de-aula-en-el-rendimiento-academico-de-los-estudiantes-universitarios/>
- García, C.R.V. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-97.
- García-Calleja, M. (1991). Bajas por enfermedad. Una investigación crítica. *Cuadernos de Pedagogía*, 251, 80-83
- García-Calleja, M. (2003). Bajas laborales y riesgos psicosociales en la enseñanza. Palencia. Cursos 98-02. *Confederación de STEs Intersindical*. Recuperado de [www.intersindical.org/salutlaboral/stepv/vall\\_bajlab.pdf](http://www.intersindical.org/salutlaboral/stepv/vall_bajlab.pdf)
- García, I. y Colom, J. (2002). Una reflexión sobre la formación socioemocional del docente. *Revista Electrónica Interuniversitaria*

## Bibliografía

- de *Formación del Profesorado*, 5(3). Recuperado de <http://www.aufop.org/publica/reifp/02v5n3.asp>
- García, J.M. y Herrero, S. (2010). Revisión teórica del síndrome de burnout y su investigación en el contexto penitenciario. *Apuntes de Psicología*, 28, 83-107.
- García, R.M. y Robles, H. (2011). Personalidad resistente y sentido de coherencia como predictores del burnout en personal sanitario de cuidados intensivos. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 99-112.
- García, A.M., Santibáñez, M. y Soriano, G. (2004). Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 7(3), 88-98.
- García-Altés, A., Pinilla, J. y Peiró, S. (2005). Aproximación a los pesos de calidad de vida de los "años de vida ajustados por calidad" mediante el estado de salud percibido. *Papeles de Trabajo*, 20, 1-35.
- García-Moya, I., Moreno, C. y Rivera, F. (2013). Sense of coherence and biopsychosocial health in Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(90), 1-10. Doi: 10.1017/sjp.2013.90
- García-Moya, I., Rivera, F., Moreno, C. y López, A. (2013). Calidad de la relación entre los progenitores y sentido de coherencia en sus hijos adolescentes. El efecto de mediación de la satisfacción familiar. *Anales de Psicología*, 29(2), 482-490.
- Gardner, H. (1995). Reflections on multiple intelligences: Myths and messages. *Phi Delta Kappan*, 77, 200-209. Recuperado de <https://learnweb.harvard.edu/WIDE/.../Reflections.p...>
- Gardner, H. (2005). *Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica*. Barcelona: Paidós.
- Gibson, L.M. y Cook, M.J. (1996). Neuroticism and sense of coherence. *Psychological Reports*, 79, 343-349. doi: 10.2466/pr0.1996.79.1.343
- Gil Roales-Nieto, J. (1998). *Manual de Psicología de la Salud. Volumen I. Aproximación histórica y conceptual*. Granada: Ediciones Némesis

## Bibliografía

- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Gilbar, O. (1998). Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. *Social Work in Health Care*, 26, 39-49.
- Girón, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de [http://scholar.google.es/scholar\\_url?url=http://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf&hl=es&sa=X&scisig=AAGBfm1aAjiElheFLq3tzRPgyqSj-A2EgQ&nossl=1&oi=scholar&ei=kYeFVdfWD4PeU\\_-wg9AE&ved=0CCMQgAMoADAA](http://scholar.google.es/scholar_url?url=http://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf&hl=es&sa=X&scisig=AAGBfm1aAjiElheFLq3tzRPgyqSj-A2EgQ&nossl=1&oi=scholar&ei=kYeFVdfWD4PeU_-wg9AE&ved=0CCMQgAMoADAA)
- Glanz, K., Maskarinec, G. y Carlin, L. (2005). Ethnicity, sense of coherence and tobacco use among adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(3), 192-199.
- Gmelch, W.H., Wilke, P.K. y Lovrich, N.P. (1986). Dimensions of stress among university faculty. *Research in Higher Education*, 24(3), 266-288.
- Gohm, C.L. y Clore, G.L. (2002). Affect as information: an individual-differences approach. En L. Feldman Barrett y P. Salovey (Eds.). *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence* (pp. 341-359). New York: Guilford.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general*. GHQ. Barcelona: Masson.
- Goldberg D y Williams P. (1996). Efectos de las variables demográficas y de personalidad en las puntuaciones del GHQ. En: Goldberg D, Williams P (eds). *Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. (pp.77-88) Barcelona: Masson.
- Goldberg D.P. y Hillier V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 9, 139-145.
- Goldman, S.L., Kraemer, D.T. y Salovey, P. (1996). Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 155-128.

## Bibliografía

- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia Social. La nueva ciencia de las relaciones humanas*. Recuperado de [www.scribd.com/doc/6966432/Goleman-Daniel-Inteligencia-Social](http://www.scribd.com/doc/6966432/Goleman-Daniel-Inteligencia-Social)
- Gómez-Moya, A. y Moya, M. (2013). Estudio de las dimensiones de la salud autopercebida en mujeres adultas. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 4(2), 93-103.
- Góngora, V. y Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2). Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272009000200002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272009000200002)
- González, N. (2008). Prevalencia del estrés en la satisfacción laboral de los docentes universitarios. *Revista Electrónica de Humanidades, Educación y Comunicación Social*, 4, 68-89. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2717959>
- Guasch, J. (Ed.) (2002). ERGA. Formación Profesional. El estrés laboral. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*. Recuperado de <http://www.mtas.es/insht>
- Guerrero, E. (1997). Estudio y análisis descriptivo de bajas laborales docentes. *Psicología Educativa*, 3(2), 175-187.
- Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grado de *burnout* y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*, 19(1), 145-158.
- Guerrero, E. y Vicente, F. (2001). *Síndrome de "Burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Universidad de Extremadura: Servicio de Publicaciones.
- Guillen, C. y Guil, R. (2003). *Psicología del trabajo para relaciones laborales*. Madrid: McGraw-Hill.

## Bibliografía

- Guillen, C., Guil, R. y Mestre, J.M. (2003). Estrés laboral. En Guillén, C. y Guil, R. (Ed.), *Psicología del trabajo para relaciones laborales*. (pp. 269-296). Madrid: McGraw-Hill.
- Güteryüz, G., Güney, S., Aydın, E.M. y Asan, O. (2008). The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organisational commitment of nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1625-1635.
- Gumà, J. y Cámara, A.D. (2014). ¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetivas de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud. *Estadística Española*, 56(183), 61-76.
- Gutiérrez, T., Raich, R.M. y Deus, J. (Coords.) (2003). *Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hakanen, J.J., Feldt, T. y Leskinen, E. (2007). Change and stability of sense of coherence in adulthood: longitudinal evidence from the healthy child study. *Journal of Research in Personality*, 41 (3), 602-617.
- Harri, M. (1998). The sense of coherence among nurse educators in Finland. *Nurse Education Today*, 18(3), 202-12.
- Haskett, R. (2003). Emotional intelligence and teaching success in higher education. *ProQuest Information & Learning*, 64(6-A). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/620252891accountid=14549>
- Health Promotion Research Team, Folkhälsan Research Center. SOC Questionnaire (s.f.). Recuperado de [http://www.salutogenesis.fi/eng/SOC\\_questionnaire.19.html](http://www.salutogenesis.fi/eng/SOC_questionnaire.19.html)
- Heiman, T. (2004). Examination of the salutogenic model, support resources, coping style and stressors among israeli university students. *The Journal of Psychology*, 138(6), 505-520.
- Hernán, M. y Lineros, C. (s.f.). *Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales*. Recuperado de



- labor strategies and teaching satisfaction. *Teaching and Teacher Education*, 35, 137-145. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tate.2013.06.006>
- Honkinen, L.K., Suominen, S.B., Valimaa, R.S., Helenius, H.Y. y Rautava, P.T. (2005). Factors associated with perceived Health among 12-years-old school children. Relevance of physical exercise and sense of coherence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(1), 35-41.
- Horsburgh, M. E. y Ferguson, A. L. (2012). Salutogenesis: Origins of health and sense of coherence. *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (2nd ed.). (pp. 180-198). Sage Publications, Inc, Thousand Oaks, CA. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/993100079?accountid=14549>
- Idler, E. y Benyamini, Y. (1997). Self-related Health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Jahnsen, R., Villien, L., Straghelle, J.K. y Holm, I. (2002). Coping potential and disability sense of coherence in adults with cerebral paralysis. *Disability and Rehabilitation*, 24, 511-518.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Joint commission on mental health and illness monograph series. New York: Basic Books. <http://dx.doi.org/10.1037/11258-000>
- Jaik, A., Tena, J.A. y Villanueva, R. (2010). Satisfacción laboral y compromiso institucional de los docentes de posgrado. *Revista Electrónica Diálogos Educativos*, 19, 119-130. Recuperado de [http://www.umce.cl/~dialogos/n19\\_2010/jaik.swf](http://www.umce.cl/~dialogos/n19_2010/jaik.swf)
- Jellesma, F.C., Rieffe, C., Terwogt, M.M. y Kneepkens, C.M.F. (2006). Somatic complaints and health care use in children: mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science and Medicine*, 63, 2640-2648.

- Jellesma, F.C., Rieffe, C., Terwogt, M.M. y Westenberg, P.M. (2011). Children's sense of coherence and trait emotional intelligence: A longitudinal study exploring the development of somatic complaints. *Psychology and Health*, 26(3), 307-320. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/08870440903411021>
- Johansson, I., Larsson, G. y Hamrin, E. (1998). Sense of Coherence, Quality of Life, a Function among Elderly Hip Fracture. *Aging*, 10, 377-384.
- Johnson, P.R. e Indvik, J. (1999). Organizational benefits of having emotionally intelligent managers and employees. *Journal of workplace learning*, 11, 84-88. Doi: 10.1108/13665629910264226.
- Jonker, C.S., Koekemoer, E. y Nel, J.A. (2015). Exploring a positive SWB model in a sample of university students in south africa. *Social Indicators Research*, 121(3), 815-832. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11205-014-0658-y>
- Jorgensen, R.S., Frankowski, J.J. y Carey, M.P. (1999). Sense of coherence, negative life events and appraisal of physical health among university students. *Personality and Individual Differences*, 27, 1079-1089.
- Kinman, G. (2001). Pressure Points: a review of research on stressors and strains in UK academics. *Educational Psychology*, 21(4), 473-492.
- Kivimäki, M., Feldt, T., Vahterac, J. y Nurmi, J.E. (2000). Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science and Medicine*, 50, 583-597.
- Koeter M.W.J. (1992). Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales: A comparative study. *Journal of Affective Disorders*, 24, 271-280.
- Korotkov, D.L. (1993). An assessment of the (short-term) sense of coherence personality measure: Issues of validity and well-being. *Personality and Individual Differences*, 14(4), 575-583.
- Knowlden, A., Sharma, M., Kanekar, A. y Atri, A. (2012). Sense of coherence and hardiness as predictors of mental health of college

- students. *International Quarterly of Community Health Education*, 33(1), 55-68.
- Kröniger-Jungaberle, H. y Grevenstein, D. (2013). Development of salutogenetic factors in mental health - Antonovsky's sense of coherence and Bandura's self-efficacy related to Derogatis' symptom check list (SCL-90-R). *Health and quality of life outcomes*, 11, 80. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-11-80>
- Kyriacou, C. (1980). Stress, health and schoolteachers: A comparison with other professions. *Cambridge Journal of Education*, 10, 154-158.
- Kyriacou, C. y Sutcliffe (1978). Teacher stress: prevalence, sources and symptoms. *British Journal of Educational Psychology*, 48(2), 159-167. DOI: 10.1111/j.2044-8279.1978.tb02381.x
- Kusku, F. (2010). Employee satisfaction in higher education: The case of academic and administrative staff in Turkey. *Career Development International*, 8(7), 347-356. Doi: <http://dx.doi.org/10.1108/13620430310505304>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.
- Landa, A., López-Zafra, E., de Antoñana, R. y Pulido, M. (2006). Perceived emotional intelligence and life satisfaction among university teachers. *Psicothema*, 18, 152-157. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621515665?accountid=14549>
- Langius, A., Björvell, H. y Antonovsky, A. (1992) The sense of coherence concept and its relation to personality traits in swedish samples. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6(3), 165-171.
- Latorre, J.M. y Montañez, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 10, 29-41.
- Lee, Y. y Shinkai, S. (2003). A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37, 63-76.

## Bibliografía

- Leinonen, R., Heikkinen, E. y Jylhä, M. (2002). Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: A 10-year follow-up study in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 79-92.
- León, J.M., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I.M. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona: UOC.
- Leung, T., Siu, T. y Spector, P.E. (2000). Faculty stressors and psychological distress among university teachers in Hong-Kong. *International Journal of Stress Management*, 7(2), 121-138.
- Ley de Reforma Universitaria (1983, 25 de agosto). En Boletín Oficial del Estado, nº 209. Jefatura del Estado. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1983-23432>
- Ley Orgánica de Universidades (2001, 21 de diciembre). En Boletín Oficial del Estado, nº 307. Jefatura del Estado. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-24515>
- Linares, O.L. y Gutiérrez, R.E. (2010). Satisfacción laboral y percepción de salud mental en profesores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2(1), 31-36.
- Lindström, B. (2001). The meaning of resilience. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 13(1), 7-12.
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2005). The salutogenic perspective and mental health. En: Herrman, H., Saxena, S., y Moodie, R. (eds.) *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva. WHO, 50-51.
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-442.
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2005). Professor Aaron Antonovsky (1923-1994): the father of the salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 511.
- Lindstrom, B. y Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion*

## Bibliografía

- International*, 21, 238-244. Recuperado de: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/3/238.full.pdf+html>.
- Lindström, B. y Eriksson, M. A. (2010). Salutogenic approach to tackling health inequalities. En: Morgan A, Ziglio E, Davies M. (Ed.). *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. New York: Springer.
- Lindström, B. y Eriksson, M. A. (2011). *Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud*. Girona: Documentación Universitaria. Recuperado de <https://books.google.es/books?isbn=8499840582>
- Lobo, A. y Muñoz, P. E. (1996). *Cuestionario de Salud General. Guía para el usuario de las diferentes versiones*. Barcelona: Masson.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J. y Artal, J. (1986) Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Lopes, P.N., Grewal, D., Kadis, J., Gall, M. y Salovey, P. (2006). Evidence that emotional intelligence is related to job performance and affect and attitudes at work. *Psicothema*, 18, 132-138.
- López, M.J. (2009). *Consecuencias psicosociales del trabajo en el personal de enfermería como indicadores subjetivos del rendimiento desde el enfoque de la gestión de los recursos humanos* (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, Murcia. Recuperado de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/10059/.../LopezMonteinos.pdf>
- Loscertales, F. (1993). La profesión del profesor. Una aproximación psicosocial. En F. Loscertales y M. Marín, *Dimensiones psicosociales de la educación y de la comunicación*. Sevilla: Eudema.
- Lousinha, A. y Guarino, L. (2013). Diferencias individuales como moderadoras de la relación estrés y salud en docentes universitarios. *Summa Psicológica UST*, 10(1), 73-84.

## Bibliografía

- Luque-Reca, O., Augusto-Landa, J.M. y Pulido-Martos, M. (2014). La relación entre la inteligencia emocional percibida y la salud mental en directivos y mandos intermedios: El papel del estrés percibido como mediador. *Ansiedad y Estrés*, 20(1), 61-73. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1559018958?accountid=14549>
- Macías, F., Saavedra, J., Bascón, M. J., Arias, S., García, M. y Mora, D. (2013). Cuidadoras de familiares dependientes y salud: Influencia de la participación en un taller de control de estrés. *Clínica y salud*, 24, 85-93. Doi: 0.5093/cl2013a10
- Malagón-Aguilera, M.C., Fuentes-Pumarola, C., Suñer-Soler, R., Bonmatí-Tomás, A., Fernández-Peña, R. y Bosch-Farré, C. (2012). The sense of coherence among nurses. *Enfermería Clínica*, 22(4), 214-218. Doi: <http://0-dx.doi.org.columbus.uhu.es/10.1016/j.enfcli.2012.06.002>
- Malinauskiene, V. Leisyte, P. y Malinauskas, R. (2009). Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Medicina*, 46(11), 910-917.
- March Cerdá, J.C., Prieto, M.A., Pérez, O., Minué, S. y Danet, A. (2011). La comunicación interna en centros de Atención Primaria en España. *Revista de Comunicación en Salud*, 1(1), 18-30.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and behavioral medicine: frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 815.
- Mayer, J. D., Caruso, D. y Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J. D., Caruso, D. y Salovey, P. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence: the case for ability scales. En R. Bar-On y J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home*,

## Bibliografía

- school, and in the workplace* (pp. 320-342). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M.T. y Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781. Recuperado de <http://www.unh.edu/personalitylab/Assets/reprints-public/RP1990-MayerDiPaoloSalovey.pdf>
- Mayer, C.H. y Krause, C. (2011). Promoting mental Health and salutogénesis in transcultural organizational and work contexts. *International Review of Psychiatry*, 23(6), 495-500.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17, 433-442. Recuperado de [http://www.unh.edu/emotional\\_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI1993%20Editorial%20on%20EI%20in%20Intelligence.pdf](http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI1993%20Editorial%20on%20EI%20in%20Intelligence.pdf)
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-34). New York: Basic Books.
- Mayer, J.D., Salovey, P. y Caruso, D. (2002). Mayer, - Salovey - Caruso *Emotional Intelligence Test*. (Adapt. Española: Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso, MSCEIT; Extremera, N. y Fernández -Berrocal, P., 2009). Madrid: TEA Ediciones.
- Mayer, J. D., Salovey P., Caruso, D. y Sitarenios, G. (2002). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1, 232-242. Recuperado de [http://www.unh.edu/emotional\\_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI2001MSCSAEmotionsArticle.pdf](http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI2001MSCSAEmotionsArticle.pdf)
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. y Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V.2.0. *Emotion*, 3, 97-105. Recuperado de

## Bibliografía

- [http://www.unh.edu/emotional\\_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI2003MSCSMSCEITEmotion.pdf](http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI2003MSCSMSCEITEmotion.pdf)
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. En R.J. Sternberg (Ed.). *Handbook of Intelligence* (2nd ed) (pp. 396-420). New York: Cambridge. Recuperado de: [http://www.unh.edu/emotional\\_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI2000ModelsSternberg.pdf](http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI2000ModelsSternberg.pdf)
- Meliá, J.L. y Peiró, J. M. (1989). El Cuestionario de Satisfacción S10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 4(11), 179-187.
- Meliá, J.L. y Peiró, J.M. (1998). *Cuestionario de Satisfacción Laboral S10/12*. Línea de investigación de Psicología de la Seguridad. Universidad de Valencia. Recuperado de <http://www.uv.es/seguridadlaboral>
- Meliá, J.L., Peiró, J.M. y Calatayud, C. (1986). El cuestionario general de satisfacción en organizaciones laborales. Estudios factoriales, fiabilidad y validez (presentación del cuestionario S4/82). *Millares*, 9, 43-77. Recuperado de [www.uv.es/~meliajl/Research/Art\\_Satisf/ArtS21\\_26.PDF](http://www.uv.es/~meliajl/Research/Art_Satisf/ArtS21_26.PDF)
- Mestre, J.M. y Fernández-Berrocal, P. (coords.) (2007). *Manual de Inteligencia Emocional*. Madrid: Pirámide.
- Milczarek, M., Schneider, E. y Rial González, E. (2009). *OSH in figures: stress at work*. European Agency for Safety and Health at Work. Recuperado de [https://osha.europa.eu/.../TE-81%E2%80%93308%E2%80%93478-EN-C\\_OSH\\_in\\_figures\\_stress\\_at\\_](https://osha.europa.eu/.../TE-81%E2%80%93308%E2%80%93478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_).
- Modin, B., Ostberg, V., Toivanen, S. y Sundell, K. (2011). Psychosocial working conditions, school sense of coherence and subjective health complaints. A multilevel analysis of ninth grade pupils in the Stockholm area. *Journal of Adolescence*, 34, 129-139. Doi: 10.1016/j.adolescence.2010.01.004

## Bibliografía

- Moksnes, U.K., Espnes, G.A. y Lillefjell, M. (2012). Sense of coherence and emotional health in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(2), 433-441.
- Moksnes, U.K., Løhre, A. y Espnes, G. A. (en prensa). *The association between sense of coherence and life satisfaction in adolescents. Quality of Life Research*. Publicación anticipada en línea. doi: 10.1007/s11136-012-0249-9
- Moksnes, U.K., Rannestad, T., Byrne, D.G. y Espnes, G. A. (2010). The association between stress, sense of coherence and subjective health complaints in adolescents: sense of coherence as a potential moderator. *Stress and Health*, 27, 157-165. doi: 10.1002/smi.1353
- Moncada, S. y Llorens, C. (2013). Factores psicosociales. En C. Ruiz-Frutos, J. Delclós, E. Ronda, A.M. García y F.G. Benavides (4 ed.). *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Moncada, S., Llorens, C., Font, A., Galtés, A. y Navarro, A. (2008). Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-05): valores de referencia de las 21 dimensiones del Cuestionario COPSOQ ISTAS21. *Revista Española de Salud Pública*, 82(6), 667-675. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272008000600007&script=sci\\_abstract](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272008000600007&script=sci_abstract)
- Moons, P. (2004). Why call it Health-related quality of life when you mean perceived Health status? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(4), 275-277.
- Moreno, E. (2001). La Salud Pública en el siglo XXI. *Salud Pública y Educación para la Salud*, 1(1), 12-18. Recuperado de <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/spXXI-01-1.pdf>
- Moreno-Jiménez, B., Alonso, M. y Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 115-137.

## Bibliografía

- Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A. y Miralles, T. (1997). La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CCB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13(2), 185-207.
- Moreno-Jiménez, B., González, J.L. y Garrosa, E. (1999). Burnout docente, sentido de coherencia y salud percibida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 163-180.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. y Garrosa, E. (2000). Personalidad Resistente, Burnout y Salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. y Garrosa, E. (2001). Variables de personalidad y proceso del burnout: Personalidad Resistente y Sentido de la Coherencia. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 20(1), 1-18.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. y Garrosa, E. (2001a). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.) *Empleo, Estrés y Salud*, pp. 59-83. Madrid: Pirámide.
- Morgan, A. y Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public Health: an assets model. *Promotion & Education*, 2, 17-22.
- Moriana, J.A. (2002). *Estudio epidemiológico de la salud mental del profesorado* (Tesis Doctoral). Universidad de Oviedo, Oviedo. Recuperado de <http://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/266>
- Morrison, R. y O'Connor, R.C. (2005). Predicting psychological distress in college students: the role of rumination stress. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 447-460.
- Motyka, M., Dziubak, M. y Patrycja, J. (2014). The sense of coherence and the quality of life of patients treated for breast cancer. *Przegl Lek*, 5, 270-273.
- Mroziak, B., Czabala, J. y Wojtowics, S. (1997) A sense of coherence and mental disorders. *Psychiatry Journal*, 31(3), 257-68.
- Myrin, B. y Lagerström, M. (2006). Health behaviour and sense of coherence among pupils aged 14–15. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 339-346. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00413.x

## Bibliografía

- Naderi, A. (2011). Teachers: emotional intelligence, job satisfaction, and organizational commitment. *Journal of Workplace Learning*, 21(1), 256-269. Doi: 10.1108/13665621211223379.
- Natvig, G.K., Hanestad, B.R. y Samdal, O. (2006). The role of the student: salutogenic or pathogenic? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 280-287.
- Narocki, C., Zimmermann, M., Artazcoz, L., Gimeno, D. y Benavides, F.G. (2009). Encuestas de condiciones de trabajo y salud en España: comparación de los contenidos del cuestionario del trabajador. *Archivo de Prevención de Riesgos Laborales*, 12, 60-68. Recuperado de [www.istas.ccoo.es/descargas/encuestas\\_de\\_condiciones%2012-2.pdf](http://www.istas.ccoo.es/descargas/encuestas_de_condiciones%2012-2.pdf)
- Nielsen, A. M. y Hansson, K. (2007). Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence. *Stress and Health*, 23, 331-341. Doi: 10.1002/smi.1155
- Nogales, P. (2006, 2 de abril). La depresión neurótica provoca las bajas más largas entre los docentes. *Huelva Información*. Recuperado de [www.inpretec.com/popNoticia.asp?SelNoticia=9214](http://www.inpretec.com/popNoticia.asp?SelNoticia=9214)
- Nubling, M., Vomstein, M., Haug, A., Nubling, T. y Adiwidjaja, A. (2011). European-Wide Survey on teachers work related stress – Assessment, comparison and evaluation of the impact of psychological hazards on teachers at their workplace. *COPSOQ*. Recuperado de [http://etuce.homestead.com/Publications2011/Final\\_Report\\_on\\_the\\_survey\\_on\\_WRS-2011-eng.pdf](http://etuce.homestead.com/Publications2011/Final_Report_on_the_survey_on_WRS-2011-eng.pdf)
- Nyamathi, A.M. (1991). Relationship of resources to emotional distress, somatic complaints, and high-risk behaviors in drug recovery and homeless minority women. *Research in Nursing and Health*, 14(4), 269-277.

## Bibliografía

- Ogino, K., Takigasaki, T. y Iñaki, K. (2004). Effects of emotion work on burnout and stress among human service professionals. *The Japanese Journal of Psychology*, 75(4), 371-378.
- Olivar, C., González, S. y Martínez, M.M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria*, 24, 352-359.
- Olsson, M., Hansson, K., Lundblad, A.M. y Cederblad, M. (2006). Sense of coherence: definition and explanation. *International Journal of Social Welfare*, 15(3), 219-229. Doi: 10.1111/j.1468-2397.2006.00410.x
- Olza, I. (1998). *Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de Burnout entre los profesionales sanitarios de un Hospital General* (Tesis Doctoral). Universidad de Zaragoza. Recuperado de [www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n1/art1.pdf](http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n1/art1.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública*. Ottawa: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo. (1995). *Salud laboral y prevención de riesgos laborales para el profesorado universitario*. Recuperado de [http://www.ugr.es/~mgallego/Prevencion\\_riesgos\\_laborales\\_PROFESORADO\\_UNIVERSITARIO.pdf](http://www.ugr.es/~mgallego/Prevencion_riesgos_laborales_PROFESORADO_UNIVERSITARIO.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Informe compendiado sobre Promoción de la Salud Mental. Conceptos, Evidencia Emergente. Práctica*. Ginebra: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

## Bibliografía

- Ortiz-Acosta, R. y Beltrán-Jiménez, B.E. (2011). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educación Médica*, 14(1). DOI: 10.4321/S1575-18132011000100010
- Oshagbemi, T. (1997). Job satisfaction and dissatisfaction in higher education. *Education + Training*, 39(9), 354-359. <http://dx.doi.org/10.1108/00400919710192395>
- Oshagbemi, T. (2000). How satisfied are academics with their primary tasks of teaching, research and administration and management. *International Journal of Sustainability in Higher Education*, 1(2), 124-136. Recuperado de [www.emeraldinsight.com/doi/.../146763001037187...](http://www.emeraldinsight.com/doi/.../146763001037187...)
- Padilla, L.E., Jiménez, L. y Ramírez, M.D. (2013). La satisfacción laboral en el personal académico y su relación con la intención de abandonar su profesión. *Perfiles Educativos*, 35(141). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/perfiles/article/view/40521>
- Padrón, M. (1994). *Satisfacción profesional del profesorado* (Tesis Doctoral). Universidad de la Laguna. Recuperado de [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/45446.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/45446.pdf)
- Palomera, R.; Gil-Olarte, P. y Brackett, M.A. (2006). ¿Se perciben con inteligencia emocional los docentes? Posibles consecuencias sobre la calidad educativa. *Revista de Educación*, 34(1), 687-703. Recuperado de: [http://www.revistaeducacion.mec.es/indbiblio/indbi339\\_341.pdf](http://www.revistaeducacion.mec.es/indbiblio/indbi339_341.pdf).
- Palomero, P. (2009). Desarrollo de la competencia social y emocional del profesorado: una aproximación desde la psicología humanista. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 12(2), 145-153. Recuperado de [http://www.aufop.com/aufop/uploaded\\_files/articulos/1248480283.pdf](http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1248480283.pdf)

## Bibliografía

- Pallant, J.F. y Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33, 39-48.
- Palsson, M.B., Hallberg, I.R., Norberg, A. y Bjoervell, H. (1996). Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 19-26.
- Paulika, K. y Ostrava, U. (2001). Hardiness, optimism, self-confidence and occupational stress among university teachers. *Studia Psychologica*, 43(2), 91-100. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/619640553?accountid=14549>
- Payne, W.L. (1986). A study of emotion: developing emotional intelligence, self-integration, relating to fear, pain, and desire. *Dissertation Abstracts International*, 47, 203. Recuperado de <http://eqi.org/payne.htm>
- Paz, M., Teva, I. y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 2(001), 27-32. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64720105.pdf>
- Peiró, J.M. (1991). *Psicología de la Organización*. Madrid: UNED.
- Perea, J.M., Sánchez, M.L. y Fernández-Berrocal, P. (2008). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en enfermeras de salud mental de un hospital de Málaga: Resultados preliminares. *Revista Presencia*, 4(7). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n7/p6681.php>
- Pérez, A., Lozano, O. y Rojas, A. (2010). Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. *Adicciones*, 22, 65-72.
- Pérez, J. y Fidalgo, M. (1999). *NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de

- [www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../ntp\\_394.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../ntp_394.pdf)
- Petrie, K. y Azariah, R. (1990). Health-Promoting Variables as predictors of response to a brief pain management program. *The Clinical Journal of Pain*, 6, 43-46.
- Ploubidis, G., Rosemary, A. A., Huppert, F., Kuh, D., Michael, E. J., Wadsworth, M. E. J. y Croudace, T. J. (2007). Improvements in social functioning reported by a birth cohort mid-adult life: A person-centered of GHQ-28 social dysfunction items using latent class analysis. *Personality and Individual Differences*, 42, 305-316. Doi:10.1016/j.paid.2006.07.010
- Pratt, J. (1978). Perceived stress among teachers: the effects of age and background of children taught. *Educational review*, 30, 3-13.
- Prieto, M. y Bermejo, L. (2006). Contexto laboral y malestar docente en una muestra de profesores de Secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(1), 45-73.
- Poppius, E., Tenkanen, L., Kalimo, R. y Heinsalmi, P. (1999). The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Social and Science Medicine*, 49, 109-120.
- Posadzki, P., Stockl, A., Musonda, P. y Tsouroufli, M. (2010). A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 246-252. Doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00764.x
- Rabadá, I. y Artacoz, L. (2002). Identificación de factores de riesgo laboral en docentes: un estudio Delphi. *Archivo de Prevención de Riesgos Laborales*, 5(2), 53-61. Recuperado de [www.scsmt.cat/pdf/2002\\_n.2.originales.2.pdf](http://www.scsmt.cat/pdf/2002_n.2.originales.2.pdf)
- Rajmil, L., Estrada, M.D., Herdman, M., Serra-Sutton, V. y Alonso, J. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15(4), 34-43.

## Bibliografía

- Rajmil, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M.D., Fernández de Sanmamed, M.J., Guillamón, I., Riley, A. y Alonso, J. (2004). Adaptación de la versión española del Perfil de Salud Infantil (Child Health and Illness Profile-Child Edition, CHIP-CE). *Anales de Pediatría*, 60(6), 522-529.
- Ramos, P., Moreno, C., Rivera, F. y Pérez, P. (2010). Integrated analysis of the health and social inequalities of Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 477-498.
- Retolaza, A., Mostajo, A., De la Rica, J., Diaz, A., Pérez, J., Aramberri, I. y Márquez, I. (1993). Validación del Cuestionario General de Salud de Goldberg (versión de 28 ítems) en consultas de atención primaria. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 13, 187-194.
- Rhodes, S.R. (1983). Aged-related differences in work attitudes and behavior. A review and conceptual analysis. *Psychological Bulletin*, 93, 328-397.
- Richard, C., Lussier, M. T., Gagnon, R. y Lamarche, L. (2004). GHQ-28 and cGHQ-28: implications of two scoring methods for the GHQ in primary care setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 235-243. Doi: 10.1007/s00127-004.0710-3
- Richardson, C. y Ratner, P. (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 979-984.
- Rietveldt, F., Fernández, O. y Luquez, P. (2009). Inteligencia emocional y competencias del docente universitario. *Revista de Ciencias de la Educación*, 19(34), 126-143. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n34/art6.pdf>
- Rivera, F. (2012). *Salutogénesis y Sentido de Coherencia: Un estudio psicométrico de la escala SOC en adolescentes españoles*. (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla, España. Recuperado de [repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/129/1/rpca\\_n4\\_artigo\\_1.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/129/1/rpca_n4_artigo_1.pdf)

## Bibliografía

- Rivera, F., López, A., Ramos, P. y Moreno, C. (2011). Propiedades psicométricas de la escala de Sentido de Coherencia (SOC-29) en adolescentes españoles. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 4, 11-39.
- Rivera, F., Moreno, C., García-Moya, I. y Ramos, P. (2014). *El sentido de coherencia en la adolescencia: una revisión sistemática*. Recuperado de <http://saludpublicasevilla.es/images/docu/participacion%20ciudadana/Activos%20en%20salud/Sentido%20coherencia%20en%20adolescentes%20-%20C%20Moreno.pdf>
- 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(1), 137-147.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C., Hernán, M. y García-Moya, I. (2013). Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. En M. Hernán, A. Morgan y A. Mena (Eds.), *Formación en salutogénesis y activos para la salud* (pp. 27-46). Serie Monografías EASP N° 51. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Robbins, S. (1999). *Comportamiento organizacional* (8ª Ed.). México: Prentice-Hall.
- Robles-García, M., Dierssen-Sotos, T., Martínez-Ochoa, E., Herrera-Carral, P., Díaz-Mendi, A.R. y Llorca-Díaz, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 127-134.
- Rocha, K.B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J.E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125-139.

## Bibliografía

- Rosse, J.G. y Hulin, C.G. (1982). Adaptation to work: an analysis of employee health. Withdrawal, and change. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 36, 324-347.
- Rothman, S., Scholtz, P.E., Rothman, J.C. y Fourie, M. (2002). *The relationship between individual variables and work related outcomes*. Paper presented at the meeting of the International Council for Small Business, San Juan, Puerto Rico.
- Ruano, L. y Mercé, E. (2014). Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación. *Enfermería Global*, 34, 384-394.
- Ruiz-Frutos, C. (2011). Determinantes de salud. En: F. Gil-Hernández (Ed.). *Tratado de Medicina del Trabajo*. Madrid: Elsevier-Masson.
- Ruiz-Frutos, C., García, A.M., Delclós, J. y Benavides, F.G. (2006). *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (3ª ed.). Barcelona: MASSON.
- Ruiz-Frutos, C., Delclós, J., Ronda, E., García, A.M. y Benavides, F.G. (2013). *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Ryland, E. y Greenfeld, S. (1991). Work, Stress and Well-being: an investigation of Antonovskys Sense of Coherence Model. In P.L. Perrewe (Ed.), *Handbook of Job Stress (special issue)*. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 39-54.
- Sáenz, O. y Lorenzo, M. (Eds.) (1993). La satisfacción del profesorado universitario. Monográfica. *Pedagogía*. Universidad de Granada.
- Salanova, M., Llorens, S. y Schaufeli, W.B. (2011). "Yes, I can, I feel good, and I just do it! On gain cycles and spirals of efficacy beliefs, affect, and engagement. *Applied Psychology. An International Review*, 60(2), 255- 285.
- Salovey, P., y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition y Personality*, 9, 185-211. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.385.4383&rep=rep1&type=pdf>

## Bibliografía

- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C. y Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. *Emotion, disclosure, and health* 125, 154. Recuperado de [https://scholar.google.com/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=en&user=74dwbEgAAAAJ&citation\\_for\\_view=74dwbEgAAAAJ:wMgC3FpKEYYC](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=74dwbEgAAAAJ&citation_for_view=74dwbEgAAAAJ:wMgC3FpKEYYC)
- San José, M.A. y Méndez, P. (2006). ¿Es bueno el nivel de salud psicosocial de los profesores de Enseñanza Secundaria? *Atención Primaria*, 38(2), 129-130.
- Sánchez, M. y Clavería, M. (2005). Profesores universitarios: estrés laboral. Factor de riesgo de salud. *Enfermería Global*, 6, 1-16.
- Sánchez, C. y Martínez, S. (2014). Condiciones de trabajo de docentes universitarios, satisfacción, exigencias laborales y daños a la salud. *Salud de los Trabajadores*, 22(1), 19-28.
- Sánchez, M.T., Montañés, J., Latorre, J.M. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Análisis de las relaciones entre la inteligencia emocional percibida y la salud mental en la pareja. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 343-353. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621932279?accountid=14549>
- Sarenmalm, K., Browall, M., Persson, L.O., Fall-Dickson, J. y Gaston-Johansson, F. (2013). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psychooncology*, 22(1), 20-7. Doi: 10.1002/pon.2053
- Saura, M.J., Simo, P., Enache, M. y Fernandez, V. (2011). Estudio exploratorio de los determinantes de la salud y el estrés laboral del personal docente e investigador universitario laboral en España. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 19(4). Recuperado de <http://epaa.asu.edu/ojs/article/view/806>

## Bibliografía

- Schaufeli, W.B. (2004). The future of Occupational Health Psychology. *Applied psychology: an International Review*, 53 (4), 502-517.
- Schaufeli, W.B. (2005). Burnout en profesores: una perspectiva social del intercambio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 15-36.
- Schaufeli, W.B., Taris, T. y Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology*, 57, 173-203.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H.G. y Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 227-237.
- Schumacher, J. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Psychotherapy and Psychosomatic Psychology*, 50, 472-482.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, L.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, C.J.,... Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177. DOI: 10.1016/S0191-8869(98)00001-4
- Seibt, R., Spitzer, S., Druschke, D., Scheuch, K. y Hinz, A. (2014). Predictors of mental Health in female teachers. *International Journal of Medicine and Environmental Health*, 26(6), 856-69. Doi: 10.24787s13382-013-0161-8.
- Segovia, J., Bartlett, R. y Edwards, A. (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Social Science and Medicine*, 29, 1147-1154.
- Seligman, M.E.P. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Sener, E., Demirel, O. y Sarlak, K. (2009). The effect of the emotional intelligence on job satisfaction. *Studies in Health Technology and Informatics*, 146, 710-711.

## Bibliografía

- Seva, A. (1985). La salud mental de los profesores. Instituto de Ciencias de la Educación. *Colección Informes*, 19. Universidad de Zaragoza.
- Shapiro, L.E. (1997). *La inteligencia emocional en los niños*. México: Vergara.
- Sharpley, C.F., Reynolds, R. y Acosta, A. (1996). The presence, nature and effects of job stress on physical and psychological health at a large Australian university. *Journal of Educational Administration*, 34, 4, 73-86.
- Sigerist, J. (1993). Sense of coherence and sociology of emotions. *Social Science Medicine*, 37, 978-79.
- Silarova, B., Nagyova, I., Rosenberger, J., Studencan, M., Ondusova, D., Reijneveld, S.A. y van Dijk, J. (2012). Sense of coherence as an independent predictor of health-related quality of life among coronary heart disease patients. *Quality of life research: An international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 21(10), 1863-1871.
- Sinacore, G., Akçali, F. y Winter, S. (1999). Employed woman: family and work reciprocity and satisfaction. *Journal of Career of Development*, 25(3), 187-201.
- Snekkevik, H., Anke, A.G. y Stanghelle, J.K. (2003). Is sense of coherence stable after multiple trauma? *Clinical Rehabilitation*, 17, 443-453.
- Snyder, C.R. y López, S.J. (2002). The future of positive psychology. A declaration of independence. En C.R. Snyder y S. López (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 751-767). Oxford: Oxford University Press.
- Sobreques, J., Cebrià, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M. y Juncosa, S. (2002). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 31, 227-233.
- Soderfeldt, M. (2000). The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health,

## Bibliografía

- burnout and psychophysiological stress indicators. *Work and Stress*, 14, 1–15.
- Soderfeldt, M., Soderfeldt, B., Ohlson, C., Theorell, T. y Jones, I. (2000). The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported Health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work stress*, 14(1), 1-15.
- Steiner, A. Raube, K., Stuck, A., Aronow, H.U., Draper, D., Rubenstein, L.Z. y Beck, J.C. (1996) Measuring psychosocial aspects of well-being in older community residents: Performance of four short scales. *Gerontologist*, 36(1), 54-62.
- Sternberg, R.J. (Ed.) (2000). *Handbook of Intelligence* (2nd ed). New York: Cambridge. Recuperado de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=YnBGMpIMfJ0C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Handbook+of+Intelligence&ots=IOFNozr\\_z0&sig=\\_WlyJvR8yGukBrb8gMHUh7A-C2c#v=onepage&q=Handbook%20of%20Intelligence&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=YnBGMpIMfJ0C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Handbook+of+Intelligence&ots=IOFNozr_z0&sig=_WlyJvR8yGukBrb8gMHUh7A-C2c#v=onepage&q=Handbook%20of%20Intelligence&f=false)
- Sternberg, R.J. y Davidson, J.E. (1982). Componential analysis and componential theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 53, 352-353.
- Sternberg, R.J. y Detterman, D.K. (Comp.) (1986). What is Intelligence? New Jersey: Ablex. Trad. castellano (1992). ¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.
- Stone, G.C. (1988). Psicología de la salud: Una definición amplia. *Revista latinoamericana de psicología*, 20(1), 15.
- Strümpfer, D.J.W y Bruins, G.P. (2009). Antonovsky's sense of coherence and job satisfaction: meta-analyses of South African Data. *SA Journal of Industrial Psychology*, 35(1), 767-770. DOI: 10.4102/sajip.v35i1.767
- Strümpfer D.J.W., Gouws J.F. y Viviers M.R. (1998). Antonovsky's sense of coherence scale related to negative and positive affectivity. *European Journal of Personality*, 12, 457-480.

- Strümpfer D.J.W. y Mionzi, E.N. (2001). Antonovsky's sense of coherence Scale and job attitudes: three studies. *South African Journal of Psychology*, 31(2), 30-37.
- Suominen, S., Blomberg, H., Helenius, H. y Koskenvuo, M. (1999). Sense of coherence and health – Does the association depend on resistance resources? A study of 3115 adults in Finland. *Psychology & Health*, 14, 937-948. Doi: 10.1080/08870449908407358
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A. y Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 77-86. Doi: 10.1016/S0022-3999(00)00216-6
- Swallow, B., Lindow, S., Masson, E. y Hay, D. M. (2003). The use of the General Health Questionnaire (GHQ-28) to estimate prevalence of psychiatric disorder in early pregnancy. *Psychology, Health and Medicine*, 8, 213-217.
- Taylor, G.S. y Vest, M.J. (1992). Pay comparison and pay satisfaction among public sector employees. *Public Personnel Management*, 21(4), 445-454.
- 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.
- Ugarriza, N. y Pajares, L. (2005). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes. *Persona*, 8, 11-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147112816001.pdf>
- Urakawa, K. y Yokoyama, K. (2009). Sense of Coherence (SOC) may Reduce the Effects of Occupational Stress on Mental Health Status among Japanese Factory Workers. *Industrial Health*, 47(5), 503-508.
- Ureña, P. y Castro, C. (2009). Calidad de vida, sentido de coherencia y satisfacción laboral en profesores(as) de colegios técnicos en la

## Bibliografía

- Dirección Regional de Heredia. *Revista Electrónica Educare*, 13(1), 71-87.
- USTEA. (s.f.). *Prohibido Enfermar*. Recuperado de <http://www.ustea.es/sites/default/files/prohibidoenfermar2.pdf>
- Valero, L. y Amores, J. (1996). *Factores educativos implicados en problemas de burnout en maestros* (En prensa).
- Vallejo, M.A., Rivera, J., Esteve-Vives, J., Rodríguez-Muñoz, M.F. y Grupo ICAF. (2014). El cuestionario general de salud (GHQ-28) en pacientes de fibromialgia: propiedades psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud*, 25, 105-110.
- Vázquez, A., Ferrer, V.A., Manassero, M.A., Ramis, C., Gil, M. y García, E. (2000). Análisis causal del burnout en la enseñanza. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 173-196.
- Verbrugge, L.M. (1982). Worksatisfaction and physicalhealth. *Journal of Community Health*, 7, 262-282.
- Villalbí, J. R. (2001). Promoción de la salud basada en la evidencia. *Revista Española de Salud Pública*, 75, 489-490. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve>
- Viloria, H. y Paredes, M. (2002). Estudio del síndrome de burnout o desgaste profesional en los profesores de la universidad de los Andes. *Educere Investigación*, 17, 29-36.
- Virues-Ortega, J., Martínez-Martín, P. Del Barrio, J.L. y Lozano, L.M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*, 128, 486-492.
- Viviers, A.M. (1998). *Salutogenesis in organisational context*. Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/619381869?accountid=1454>
- 9
- Volanen, S-M., Lahelma, E., Silventoinen, K. y Suominen, S. (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and women.

## Bibliografía

- European *Journal of Public Health*, 14, 322-330. Doi: 10.1093/eurpub/14.3.322
- Volanen, S-M., Suominen, S., Laherlma, E., Koskenvuo, M. y Silventoinen, K. (2007). Negative life events and stability of sense of coherence: A five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 433-441. Doi: 10.1111/j.1467-9450.2007.00598.x
- Walter, O. y Marcel, A. (2013). Emotional intelligence and teaching self-efficacy as predictors of teaching ability. *Journal of Studies in Education*, 3(3), 57-74. Doi: 10.5296/jse.v3i3.3785
- Weng, H.C., Hung, C.M., Liu, Y.T., Cheng, Y.J., Chang, C.C. y Huang, C.K. (2011). Associations between emotional intelligence and doctor butnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medicine Education*, 45(8), 835-842.
- WHO (1986). *The Ottawa Charter*. WHO, Geneva.
- Willmott, S., Boardman, J., Henshaw, C. y Jones, P. (2008). The predictive power and psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-28). *Journal of Mental Health*, 17, 435-442. Doi: 10.1080/09638230701528485
- Wolf, A.C. y Ratner, P.A. (1999). Stress, social support and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 182-197.
- World Health Organization (1986). A discussion document on the concepts and principles of health promotion. *Health Promotion International*, 1, 73-76. Doi: 10.1093/heapro/1.1.73
- Yoshida, E., Yamada, K. y Morioka, I. (2014). Sense of coherence (SOC), occupational stress reactions, and the relationship of SOC with occupational stress reactions among male nurses working in a hospital. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*, 56(5), 152-61.
- Zaccagnini, J.L. (2004). *Qué es inteligencia emocional. La relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.

## Bibliografía

Zirke, N., Schmid, G., Mazurek, B. y Rauchfuss, M. (2007). Antonovsky's sense of coherence in psychosomatic patients – a contribution to construct validation. *Psychological Social Medicine*, 4.

Zupancic, K.L. (2012). An examination of emotional intelligence factors: Their relationship to job satisfaction among adjunct faculty. *ProQuest Information & Learning*, 72(8-B). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1001918863?accountid=145>

49

## RECURSOS WEB

Instrucciones GHQ-28. Recuperado de

[http://www.academia.edu/8932285/238\\_-\\_Instrucciones\\_GHQ-28](http://www.academia.edu/8932285/238_-_Instrucciones_GHQ-28)

Centro sobre Salutogénesis. El Centro de Recursos sobre Salutogénesis en la Universidad West (Suecia)

[http://www.salutogenesis.hv.se/eng/SOC\\_questionnaire.19.html](http://www.salutogenesis.hv.se/eng/SOC_questionnaire.19.html)

Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)

<http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=1235>

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

<http://www.insht.es/>

<http://www.inpretec.com/popNoticia.asp?SelNoticia=9214>

<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2006/196/2>

Consejería de Educación de la Junta de Andalucía. Seguridad y Salud Laboral Docente.

<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/educacion/salud/com/jsp/contenido.jsp?pag=/salud/contenidos/PlanAndaluzDeSaludLaboralDelProfesorado/PlanAndaluzDeSaludLaboralDelProfesorado&seccion=1>

Ministerio de Sanidad. Normativa sobre Salud Laboral

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/normativa.htm>

[http://www.ugr.es/.../Prevencion\\_riesgos\\_laborales\\_PROFESORADO\\_UNIV](http://www.ugr.es/.../Prevencion_riesgos_laborales_PROFESORADO_UNIV)

E...





# ÍNDICE DE ABREVIATURAS

---



# Índice de Abreviaturas

---

- CCOO. Sindicato Comisiones Obreras
- ENS. Encuesta Nacional de Salud
- ENSE. Encuesta Nacional de Salud Española
- DT. Desviación Típica
- GHQ. Cuestionario de Salud General de Goldberg
- IEP. Inteligencia Emocional Percibida
- INSHT. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
- ISTAS. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud
- LGS. Ley General de Sanidad
- LGSS. Ley General de la Seguridad Social
- LPRL. Ley de Prevención de Riesgos Laborales
- M. Media
- MDN. Mediana
- MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- OIT. Organización Internacional del Trabajo
- R. Correlación Rho de Spearman
- RGRs. Recursos Generales de Resistencia
- SL. Satisfacción Laboral
- SOC. Sentido de Coherencia
- SQT. Síndrome de Quemarse por el Trabajo
- UHU. Universidad de Huelva
- Z. Estadístico de Prueba U de Mann-Whitney







# ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

---



# Índice de Figuras, Tablas y Gráficos

---

## **Índice de Figuras**

### **Capítulo 1. Salud y Docencia**

Figura 1.1. Consecuencias en el docente derivadas de los riesgos psicosociales.

### **Capítulo 2. Promoción de la Salud y Salutogénesis**

Figura 2.1. Paraguas Salutogénico.

Figura 2.2. Dimensiones del SOC.

Figura 2.3. SOC como disposición.

Figura 2.4. Salud en el río de la vida.

Figura 2.5. Investigaciones publicadas sobre el Sentido de Coherencia (verde) y no publicadas (amarillo) a fecha de 2012.

### **Capítulo 3. Inteligencia Emocional**

Figura 3.1. Áreas representativas de la Inteligencia Emocional.

### **Capítulo 7. Metodología**

Figura 7.1. Cálculo de tamaño muestral.

### **Capítulo 8. Resultados**

Figura 8.1. Modelo explicativo del estado de salud.

Figura 8.2. Variables más relevantes en la predicción de la salud mental percibida.

Figura 8.3. Variables más relevantes en la predicción de la satisfacción con el ambiente.

Figura 8.4. Variables más relevantes en la predicción de la satisfacción con la supervisión.

Figura 8.5. Variables más relevantes en la predicción de la satisfacción con las prestaciones.

## **Índice de Tablas**

### **Capítulo 2. Promoción de la Salud y Salutogénesis**

Tabla 2.2. Versiones del cuestionario SOC utilizadas con población adolescente y fiabilidad de estos estudios.

Tabla 2.1. El desarrollo de la salud pública, la investigación en promoción de la salud en relación al desarrollo de la Salutogénesis.

### **Capítulo 3. Inteligencia Emocional**

Tabla 3.1. Visión general del modelo de las cuatro ramas de la inteligencia emocional.

Tabla 3.2. Representación del modelo de las cuatro ramas de Mayer y Salovey (1997).

Tabla 3.3. Modelos actuales de Inteligencia Emocional.

Tabla 3.4. Ventajas e Inconvenientes en el uso de autoinformes y pruebas de habilidad en la evaluación de la IE.

### **Capítulo 7. Metodología**

Tabla 7.1. Comparación docentes seleccionados y obtenidos al final para conformar la muestra. Por Facultad y Departamento.

Tabla 7.2. Cuadro resumen de frecuencias de las variables sociolaborales.

Tabla 7.3. Descriptores y resultados en la búsqueda bibliográfica.

Tabla 7.4. Cronograma Tesis Doctoral.

### **Capítulo 8. Resultados**

Tabla 8.1. Estadísticos descriptivos en relación a las variables Antigüedad en la docencia universitaria y Antigüedad en la docencia en la Universidad de Huelva.

Tabla 8.2: Frecuencias de hombres y mujeres por categoría profesional.

Tabla 8.3: Frecuencia y Porcentaje de docentes según género y la antigüedad en la docencia universitaria.

Tabla 8.4: Frecuencia y Porcentaje de docentes según género y la antigüedad en la docencia universitaria, en la Universidad de Huelva.

Tabla 8.5: Frecuencia de Cargos de Gestión según la categoría profesional del docente

Tabla 8.6: Dedicación según el estado civil del docente

Tabla 8.7: Grado académico por grupo de edad.

Tabla 8.8: Cuadro resumen variables sociolaborales.

Tabla 8.9: Descriptivos Salud Mental autopercebida por los docentes.

Tabla 8.10: Porcentaje según respuesta al cuestionario GHQ-28.

Tabla 8.11: Descriptivos Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.12: Puntuación de corte en Inteligencia Emocional Percibida según género.

Tabla 8.13: Cuadro resumen estadísticos descriptivos de las variables psicológicas.

Tabla 8.14: Frecuencias y Porcentajes de la variable Estado de Salud en relación a la Antigüedad en la docencia.

Tabla 8.15: Estado de salud en relación al Tipo de Contrato con la Universidad.

Tabla 8.16: Estado de Salud en relación a la Categoría Profesional.

Tabla 8.17: Descriptivos de salud mental en función de la edad.

Tabla 8.18: Descriptivos de salud mental en función del género.

Tabla 8.19: Diferencias en salud mental en función del género.

Tabla 8.20: Descriptivos de salud mental en función del estado civil.

Tabla 8.21: Descriptivos de salud mental en función de la variable hijos.

Tabla 8.22: Descriptivos de salud mental en función del número de hijos.

Tabla 8.23: Descriptivos de salud mental en función de la antigüedad en la docencia.

Tabla 8.24: Diferencias en salud mental en función de la antigüedad en la docencia.

Tabla 8.25: Descriptivos de salud mental en función de la antigüedad en la UHU.

Tabla 8.26: Diferencias en salud mental en función de la antigüedad en la UHU.

Tabla 8.27: Descriptivos de salud mental en función del Tipo de Contrato.

Tabla 8.28: Diferencias en salud mental en función del tipo de contrato.

Tabla 8.29: Diferencias en salud mental en función de la categoría profesional.

Tabla 8.30: Descriptivos de salud mental y ansiedad-insomnio en función de la Categoría Profesional.

Tabla 8.31: Descriptivos de salud mental en función de la dedicación.

Tabla 8.32: Diferencias en salud mental en función de la dedicación.

Tabla 8.33: Descriptivos de salud mental en función del grado académico.

Tabla 8.34: Descriptivos de salud mental en función de la docencia.

Tabla 8.35: Diferencias en salud mental en función de la docencia impartida.

Tabla 8.36: Diferencias en salud mental en función de las asignaturas.

Tabla 8.37: Descriptivos de salud mental en función del cargo de gestión.

Tabla 38: Diferencias en salud mental en función del cargo de gestión.

Tabla 8.39: Diferencias en Salud Mental en función del tiempo en el cargo de gestión.

Tabla 8.40. Cuadro resumen de variables significativas en la Salud Mental Percibida.

Tabla 8.41: Sentido de Coherencia según la edad.

Tabla 8.42: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función de la edad.

Tabla 8.43: Descriptivos de Sentido de Coherencia según el género.

Tabla 8.44: Diferencias en Sentido de Coherencia según el género.

Tabla 8.45: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función del estado civil.

Tabla 8.46: Diferencias en Sentido de Coherencia según el estado civil.

Tabla 8.47: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función de la variable hijos.

Tabla 8.48: Diferencias en Sentido de Coherencia según la variable hijos.

Tabla 8.49: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del número de hijos.

Tabla 8.50: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función de la antigüedad en la docencia.

Tabla 8.51: Diferencias en Sentido de Coherencia en función de la variable antigüedad en la docencia.

Tabla 8.52: Rangos promedio en Sentido de Coherencia en función de la antigüedad en la docencia en la Universidad de Huelva.

Tabla 8.53: Diferencias en Sentido de Coherencia en función de la variable antigüedad en la docencia en la Universidad de Huelva.

Tabla 8.54: Descriptivos de Sentido de Coherencia en función del tipo de contrato.

Tabla 8.55: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del tipo de contrato.

Tabla 8.56: Diferencias en Sentido de Coherencia en función de la categoría profesional.

Tabla 8.57: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función de la dedicación.

Tabla 8.58: Diferencias en Sentido de Coherencia en función de la dedicación.

Tabla 8.59: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función del grado académico.

Tabla 8.60: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del grado académico.

Tabla 8.61: Rangos promedio de Sentido de Coherencia en función de la docencia.

Tabla 8.62: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del tipo de docencia.

Tabla 8.63: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del número de asignaturas.

Tabla 8.64: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del número de titulaciones.

Tabla 8.65: Diferencias en Sentido de Coherencia en función si tiene un cargo de gestión.

Tabla 8.66: Cuadro resumen de variables significativas en Sentido de Coherencia.

Tabla 8.67: Descriptivos de Inteligencia Emocional Percibida en función de la edad.

Tabla 8.68: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de la edad.

Tabla 8.69: Perfil de Inteligencia Emocional según género.

Tabla 8.70: Medias en Inteligencia Emocional Percibida según el género.

Tabla 8.71: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del género.

Tabla 8.72: Descriptivos en Inteligencia Emocional Percibida según el estado civil.

Tabla 8.73: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del estado civil.

Tabla 8.74: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en relación a los hijos.

Tabla 8.75: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de hijos.

Tabla 8.76: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del número de hijos.

Tabla 8.77: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en relación a la antigüedad en la docencia.

Tabla 8.78: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de la antigüedad en la docencia.

Tabla 8.79: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en relación a la antigüedad en la Universidad de Huelva.

Tabla 8.80: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de antigüedad en la Universidad de Huelva.

Tabla 8.81: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en relación al tipo de contrato.

Tabla 8.82: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del tipo de contrato.

Tabla 8.83: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de la categoría profesional.

Tabla 8.84: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en función de la dedicación.

Tabla 8.85: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de la dedicación.

Tabla 8.85: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en función del grado académico.

Tabla 8.86: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del grado académico.

Tabla 8.87: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en función de la docencia.

Tabla 8.88: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función de la docencia impartida.

Tabla 8.89: Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en función del número de asignaturas.

Tabla 8.90: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del número de asignaturas.

Tabla 8.91: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del número de titulaciones.

Tabla 8.92: Rangos promedio en Inteligencia Emocional Percibida en función del número de titulaciones en las que imparte.

Tabla 8.93: Rangos promedio de la Inteligencia Emocional en función de si ocupan o no un cargo de gestión.

Tabla 8.94: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del cargo de gestión.

Tabla 8.95: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del tiempo en el cargo.

Tabla 8.96: Cuadro resumen de variables significativas en Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.97. Rangos promedio entre Satisfacción Laboral y edad.

Tabla 8.98. Diferencias en Satisfacción Laboral en función de la edad.

Tabla 8.99: Rangos promedio de Satisfacción Laboral en función del género.

Tabla 8.100: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del género.

Tabla 8.101: Rangos promedio de Satisfacción Laboral según el género.

Tabla 8.102: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del estado civil.

Tabla 8.103: Rangos promedio en Satisfacción Laboral en función de la variable hijos.

Tabla 8.104: Diferencias en Satisfacción Laboral en función de si tiene hijos.

Tabla 8.105: Diferencias en Satisfacción Laboral según el número de hijos.

Tabla 8.106: Rangos promedio en Satisfacción Laboral en función de la antigüedad en la docencia y en la Universidad de Huelva.

Tabla 8.107: Diferencias en Satisfacción Laboral en función de la antigüedad en la docencia.

Tabla 8.108: Diferencias en Satisfacción Laboral en función de la antigüedad en la Universidad de Huelva.

Tabla 8.109: Rangos promedio en Satisfacción Laboral en función del tipo de contrato.

Tabla 8.110: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del tipo de contrato.

Tabla 8.111: Diferencias en Satisfacción Laboral en función de la categoría profesional.

Tabla 8.112: Rangos promedio en Satisfacción Laboral en función de la dedicación.

Tabla 8.113: Diferencias en Satisfacción Laboral en función de la dedicación.

Tabla 8.114: Medianas de Satisfacción Laboral según dedicación.

Tabla 8.115: Medianas de Satisfacción Laboral según grado académico.

Tabla 8.116: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del grado académico.

Tabla 8.117: Rangos promedio en Satisfacción Laboral en función de la docencia impartida.

Tabla 8.118: Diferencias en Satisfacción Laboral en función de la docencia impartida.

Tabla 8.119: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del número de asignaturas.

Tabla 8.120: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del número de titulaciones.

Tabla 8.121: Rangos promedio en Satisfacción Laboral en función del cargo de gestión.

Tabla 8.122: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del cargo de gestión.

Tabla 8.123: Diferencias en Satisfacción Laboral en función del tiempo en el cargo de gestión.

Tabla 8.124: Cuadro resumen variables significativas en Satisfacción Laboral.

Tabla 8.125: Cuadro resumen variables cercanas al nivel de significación en Satisfacción Laboral.

Tabla 8.126: Rangos promedio en Sentido de Coherencia según el Estado de Salud.

Tabla 8.127: Diferencias en Sentido de Coherencia en función del Estado de Salud.

Tabla 8.128: Diferencias en Sentido de Coherencia en función de la Salud Mental Percibida.

Tabla 8.129: Correlaciones entre Sentido de Coherencia e Inteligencia Emocional Percibida.

Tabla 8.130: Correlaciones entre Sentido de Coherencia y Satisfacción Laboral.

Tabla 8.131: Rangos promedio en Inteligencia Emocional Percibida y según el Estado de Salud.

Tabla 8.132: Diferencias en Inteligencia Emocional Percibida en función del Estado de Salud.

Tabla 8.133: Correlaciones entre Inteligencia Emocional Percibida y Salud Mental percibida.

Tabla 8.134: Correlaciones entre Inteligencia Emocional Percibida y Satisfacción Laboral.

Tabla 8.135: Rangos promedio en Satisfacción Laboral según Estado de Salud.

Tabla 8.136: Diferencias en Satisfacción Laboral según Estado de Salud.

Tabla 8.137: Correlaciones entre Satisfacción Laboral y Salud Mental percibida.

Tabla 8.138: Cuadro resumen correlaciones significativas.

Tabla 8.139. Modelo explicativo del estado de salud.

Tabla 8.140. Modelo explicativo de casos clínicos agudos.

Tabla 8.141. Modelo explicativo de la sintomatología somática.

Tabla 8.142. Bondad de ajuste del modelo.

Tabla 8.143. Modelo explicativo de la sintomatología somática.

Tabla 8.144. Modelo explicativo de la sintomatología ansiosa.

Tabla 8.145. Modelo explicativo de la sintomatología ansiosa.

Tabla 8.146. Modelo explicativo de la satisfacción con el ambiente.

Tabla 8.147. Modelo explicativo de la satisfacción con la supervisión.

Tabla 8.148. Bondad de ajuste del modelo.

Tabla 8.149. Modelo explicativo de la satisfacción con las prestaciones.

## **Índice de Gráficos**

### **Capítulo 8. Resultados**

Gráfico 8.1. Frecuencia de hombres y mujeres.

Gráfico 8.2: Porcentaje de docentes según el tipo de contrato que tienen actualmente con la Universidad de Huelva.

Gráfico 8.3: Porcentaje de docentes según la dedicación (tiempo completo o tiempo parcial) que tienen actualmente en la Universidad de Huelva.

Gráfico 8.4: Porcentaje de docentes según tipo de docencia.

Gráfico 8.5: Porcentaje de docentes según el número de titulaciones donde dan docencia.

Gráfico 8.6: Recuento de docentes según el género y el grado académico obtenido.

Gráfico 8.7: Porcentaje Estado de Salud.

Gráfico 8.8: Frecuencia de Casos Clínicos Agudos y Crónicos.

Gráfico 8.9: Porcentaje Sintomatología Psíquica.

Gráfico 8.10: Medias en Sentido de Coherencia y sus dimensiones por separado.

Gráfico 8.11. Porcentajes satisfacción laboral.

Gráfico 8.12: Estado de salud según el género.

Gráfico 8.13. Medias en Sentido de Coherencia según el género.







# ANEXOS

---



# Anexos

---

A.1. Cuestionario.

A.2. Prueba de Kolmogorov-Smirnov.

A.3. Frecuencias y porcentajes de la variable *categoría profesional*.

A.4. Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en relación a la categoría profesional.

A.5. Estado de Salud según variables sociolaborales en docentes.

A.6. Medias de Salud Mental Percibida en función de las variables sociolaborales.



# Anexos

---

## **A.1. Cuestionario.**

**ID:** \_\_\_\_\_

A continuación se le presentan una serie de cuestiones, con el objetivo de analizar diferentes aspectos sociolaborales y psicológicos relacionados con la organización en la que trabaja actualmente, para la elaboración de una Tesis Doctoral.

La participación le llevará unos minutos. No existen respuestas correctas ni incorrectas.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los datos que se obtengan se tratarán únicamente de forma estadística.

El cuestionario, una vez cumplimentado, se recogerá personalmente en su despacho.

**Muchas Gracias por su Colaboración**

**DATOS SOCIOLABORALES**

1. **Edad:** \_\_\_\_\_ (en años)

2. **Género**

6.2. Hombre

6.3. Mujer

3. **¿Cuál es su Estado Civil?**

.1. Soltero

.2. Divorciado/Separado

.3. Casado/pareja de hecho

.4. Viudo

4. **¿Tiene hijos?**

Sí

¿Cuántos? \_\_\_\_\_

No

5. **Antigüedad en la docencia universitaria:** \_\_\_\_\_ (en años) **En la UHU:** \_\_\_\_\_ (en años)

6. **Categoría profesional (marque sólo una opción)**

	<b>CATEGORÍA</b>	<b>TP</b>	<b>TC</b>
<b>FUNCIONARIOS</b>	Catedrático de Universidad		
	Catedrático de Escuela Universitaria		
	Titular de Universidad		
	Titular de Escuela Universitaria		
<b>CONTRATADOS</b>	Ayudante		
	Ayudante Doctor		
	Colaborador		
	Contratado Doctor		
	Profesor Asociado		
	Profesor Sustituto Interino (tiempo parcial)		
	Profesor Sustituto Interino (tiempo completo)		
	Becario Predoctoral		
Becario Postdoctoral			

7. **Titulación Académica:** \_\_\_\_\_

8. **Grado Académico (marque las opciones que corresponda):**

.1. Suficiencia Investigadora (DEA)

.2. Doctorado

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

(en años)

9. **Departamento:** \_\_\_\_\_

10. **¿Dónde imparte docencia mayormente?**

3.3. Grado

3.4. Posgrado

11. **¿Cuántas asignaturas imparte durante el presente curso académico?** \_\_\_\_\_

12. **Número de Titulaciones en las que imparte docencia:** \_\_\_\_\_

13. **¿Posee algún cargo de Gestión en la Universidad?**

1. Sí

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_ (meses o años)

2. No

**14. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo? Señale rodeando con un círculo la respuesta.**

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo
5. Muy malo

**15. Instrucciones.** Se da una sola respuesta a cada ítem o cuestión, **eligiendo y marcando con un aspa (X) un número del 1 al 7**; éstos son los dos extremos de una escala, con los correspondientes grados intermedios, para poder expresar mejor lo que piensas o sientes sobre esa cuestión o pregunta.

1. ¿Tienes la impresión de que no te interesas por lo que pasa a tu alrededor?

Muy rara vez no me intereso	1	2	3	4	5	6	7	Con mucha frecuencia no me intereso
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

2. ¿Te has quedado alguna vez sorprendido/a por el comportamiento de personas que creías conocer bien?

Nunca me ha ocurrido	1	2	3	4	5	6	7	Me ha ocurrido siempre
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

3. ¿Te has sentido decepcionado/a por personas con las que de entrada contabas?

Nunca me ha ocurrido	1	2	3	4	5	6	7	Me ha ocurrido siempre
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

4. Hasta ahora en la vida:

No he conseguido los objetivos ni mi propio rumbo	1	2	3	4	5	6	7	He conseguido los objetivos y mi propio rumbo
---	---	---	---	---	---	---	---	---

5. ¿Tienes la sensación de que no eres tratado con justicia?

Muy frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7	Raramente o nunca
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

6. ¿Muchas veces sientes que te encuentras en una situación poco habitual, sin saber qué hacer?

Me ocurre frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7	Nunca o raramente me ocurre
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------

7. Aquello que haces diariamente es:

Una fuente de profunda satisfacción y placer	1	2	3	4	5	6	7	Una fuente de sufrimiento y aburrimiento
--	---	---	---	---	---	---	---	--

8. ¿Tienes sentimientos e ideas muy confusos?

Muy frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muy raramente o nunca
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

9. ¿Te ocurre que tienes sentimientos que no te gustaría tener?

Muy frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muy raramente
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

Anexos

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

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Muchas veces
-------	---	---	---	---	---	---	---	--------------

11. Cuando tienes que enfrentarte a un problema, generalmente acabas por comprobar que:

Valoraste mal la importancia del problema	1	2	3	4	5	6	7	Valoraste correctamente la importancia del problema
---	---	---	---	---	---	---	---	---

12. ¿Con qué frecuencia sientes que las cosas que haces en tu vida diaria apenas tienen sentido?

Muy frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muy raramente o nunca
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

13. ¿Con qué frecuencia tienes sentimientos que dudas poder controlar?

Muy frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muy raramente o nunca
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

**16. Instrucciones.** Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, **durante las últimas semanas**. Por favor, conteste a **TODAS** las preguntas **subrayando la respuesta**, que según su criterio, mejor se adapte a su situación.

**A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?**

0. Mejor que lo habitual
1. Igual que lo habitual
2. Peor que lo habitual
3. Mucho peor que lo habitual

**2. ¿Ha tenido la sensación de que un reconstituyente?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse**

**D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona**

**ocupado y activo?**

0. Más activo que lo habitual
1. Igual que lo habitual
2. Bastante menos que lo habitual
3. Mucho menos que lo habitual

**2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?**

0. Menos tiempo que lo habitual
1. Igual que lo habitual
2. Más tiempo que lo habitual
3. Mucho más tiempo que lo habitual

**3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?**

0. Mejor que lo habitual
1. Igual que lo habitual
2. Peor que lo habitual
3. Mucho peor que lo habitual

**4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?**

0. Mas satisfecho que lo habitual
1. Igual que lo habitual
2. Menos satisfecho que lo habitual
3. Mucho menos satisfecho que lo habitual

**5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?**

0. Más útil que lo habitual
1. Igual de útil que lo habitual
2. Menos útil que lo habitual
3. Mucho menos útil que lo habitual

**6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?**

0. Más que lo habitual
1. Igual que lo habitual
2. Menos que lo habitual
3. Mucho menos que lo habitual

**7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?**

0. Más que lo habitual
1. Igual que lo habitual
2. Menos que lo habitual
3. Mucho menos que lo habitual

**que no vale para nada?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?**

0. Claramente, no
1. Me parece que no
2. Se me ha cruzado por la mente
3. Claramente, lo he pensado

**5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?**

0. No, en absoluto
1. No más que lo habitual
2. Bastante más que lo habitual
3. Mucho más que lo habitual

**7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?**

0. Claramente, no
1. Me parece que no
2. Se me ha cruzado por la mente
3. Claramente, lo he pensado

**17. Instrucciones.** A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. **Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.**

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1	Presto mucha atención a los sentimientos	1	2	3	4	5
2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	1	2	3	4	5
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	1	2	3	4	5
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	1	2	3	4	5
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	1	2	3	4	5
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente	1	2	3	4	5
7	A menudo pienso en mis sentimientos	1	2	3	4	5
8	Presto mucha atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
9	Tengo claros mis sentimientos	1	2	3	4	5
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	1	2	3	4	5
11	Casi siempre sé cómo me siento	1	2	3	4	5
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	1	2	3	4	5
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	1	2	3	4	5
14	Siempre puedo decir cómo me siento	1	2	3	4	5
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones	1	2	3	4	5
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	1	2	3	4	5
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	1	2	3	4	5
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	1	2	3	4	5
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal	1	2	3	4	5
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	1	2	3	4	5

## Anexos

<b>22</b>	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>23</b>	Tengo mucha energía cuando me siento feliz	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>24</b>	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**18. Instrucciones.** Habitualmente nuestro trabajo y los distintos aspectos del mismo, nos producen satisfacción o insatisfacción en algún grado. Califique de acuerdo con las siguientes alternativas el grado de satisfacción o insatisfacción que le producen los distintos aspectos de su trabajo.

INSATISFECHO			4. INDIFERENTE	SATISFECHO		
1. Muy	2. Bastante	3. Algo		5. Algo	6. Bastante	7. Muy

Tal vez algún aspecto no corresponda exactamente a las características de su puesto de trabajo. En ese caso, enténdalo haciendo referencia a aquellas características de su trabajo más semejantes a la propuesta. En otros casos la característica que se le propone puede estar ausente en su trabajo, aunque muy bien podría estar presente en un puesto de trabajo como el suyo. Califique entonces el grado de satisfacción o insatisfacción que le produce su ausencia. Un tercer caso se le puede presentar cuando la característica no está presente, ni pueda estar presente en su trabajo. Son características que no tienen relación alguna, ni pueden darse en su caso concreto. Entonces escoja la alternativa, "4 Indiferente".

Nº	ÍTEMS	INSATISFECHO			4. INDIFERENTE	SATISFECHO		
		1. Muy	2. Bastante	3. Algo		5. Algo	6. Bastante	7. Muy
1	Los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar							
2	La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo							
3	El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo							
4	La temperatura de su local de trabajo							
5	Las relaciones personales con sus superiores							
6	La supervisión que ejercen sobre usted							
7	La proximidad y frecuencia con que es supervisado							
8	La forma en que sus supervisores juzgan su tarea							

Anexos

<b>9</b>	La "igualdad" y "justicia" de trato que recibe de su empresa							
<b>10</b>	El apoyo que recibe de sus superiores							
<b>11</b>	El grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales							
<b>12</b>	La forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales							

**A.2. Prueba de Kolmogorov-Smirnov.****Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

	N	Parámetros normales <sup>a,b</sup>		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
Edad	160	46,57	7,646	,062	,038	-,062	,787	,566
Género	160	1,39	,489	,399	,399	-,282	5,042	,000
E. Civil	160	2,65	,702	,472	,309	-,472	5,972	,000
Hijos	160	1,22	,415	,482	,482	-,299	6,101	,000
Nº Hijos	126	1,71	,457	,446	,260	-,446	5,006	,000
Años Docencia	160	16,55	8,039	,077	,077	-,066	,979	,293
Años UHU	160	14,62	6,887	,068	,068	-,066	,856	,456
Contrato	160	1,46	,500	,363	,363	-,318	4,594	,000
Categoría Profesional	160	5,48	3,152	,253	,253	-,150	3,202	,000
Dedicación	160	1,36	,482	,411	,411	-,269	5,204	,000
Titulación	160	14,51	9,485	,153	,153	-,118	1,933	,001
Grado Académico	160	1,74	,441	,461	,276	-,461	5,837	,000
Tiempo Doctorado	118	12,65	6,827	,064	,064	-,044	,700	,711
Departamento	160	13,69	8,446	,150	,150	-,089	1,893	,002
Docencia Nº	160	1,34	,727	,488	,488	-,318	6,173	,000
Asignaturas Nº	160	3,23	1,468	,175	,175	-,107	2,215	,000
Titulaciones	160	2,14	1,154	,256	,256	-,155	3,236	,000
Cargo Gestión	160	1,68	,470	,430	,250	-,430	5,445	,000
Tiempo Cargo	52	4,40	3,927	,193	,176	-,193	1,392	,041

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

## Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	N	Parámetros normales <sup>a,b</sup>		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
Estado de Salud Sentido	160	2,03	,872	,283	,283	-,204	3,580	,000
Coherencia	160	68,72	10,140	,105	,037	-,105	1,326	,059
Significatividad	160	22,18	3,814	,140	,065	-,140	1,772	,004
Manejabilidad	160	20,34	3,675	,109	,050	-,109	1,379	,045
Comprensibilidad	160	26,21	4,313	,125	,059	-,125	1,577	,014
Inteligencia Emocional	160	91,93	22,203	,291	,137	-,291	3,687	,000
Percibida Atención	160	30,21	8,184	,239	,129	-,239	3,019	,000
Claridad	160	30,87	7,855	,239	,123	-,239	3,017	,000
Reparación	160	30,86	7,333	,227	,115	-,227	2,866	,000
Satisfacción Laboral Total	160	60,63	18,642	,278	,138	-,278	3,511	,000
Ambiente	160	20,32	6,378	,261	,135	-,261	3,305	,000
Supervisión	160	30,55	9,465	,244	,114	-,244	3,086	,000
Prestaciones	160	9,76	3,539	,215	,115	-,215	2,719	,000
Salud Mental Percibida	160	17,14	9,054	,169	,169	-,125	2,138	,000
Síntomas Somáticos	160	4,69	3,651	,157	,157	-,150	1,988	,001
Ansiedad-Insomnio	160	4,71	3,950	,165	,165	-,117	2,083	,000
Disfunción Social	160	6,99	2,342	,273	,273	-,265	3,452	,000
Depresión	160	,76	1,971	,362	,362	-,351	4,578	,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

**A.3. Frecuencias y porcentajes de la variable categoría profesional.**

Categoría Profesional	Frecuencia y Porcentajes
Catedrático Universidad	14 (8,8%)
Catedrático EU	2 (1.3%)
<b>Titular Universidad</b>	<b>59 (36.9%)</b>
Titular EU	12 (7.5%)
Ayudante Doctor	4 (2.5%)
Colaborador	11 (6.9%)
Contratado Doctor	15 (9.4%)
Profesor Asociado	26 (16.3%)
Profesor Sustituto Interino TP	10 (6.3%)
Profesor Sustituto Interino TC	5 (3.1%)
<b>Total</b>	<b>160 (100.0%)</b>

#### A.4. Rangos promedio de Inteligencia Emocional Percibida en relación a la categoría profesional.

<b>Rangos</b>			
	<b>Categoría Profesional</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>
Inteligencia Emocional Percibida	Catedrático Universidad	14	71,79
	Catedrático EU	2	150,75
	Titular Universidad	59	78,06
	Titular EU	12	83,04
	Ayudante Doctor	4	101,13
	Colaborador	11	64,00
	Contratado Doctor	15	76,93
	Profesor Asociado	26	78,73
	Profesor Sustituto Interino TP	10	102,50
Profesor Sustituto Interino TC	5	63,60	
Atención	Catedrático Universidad	14	78,43
	Catedrático EU	2	127,00
	Titular Universidad	59	81,40
	Titular EU	12	74,50
	Ayudante Doctor	4	97,00
	Colaborador	11	64,86
	Contratado Doctor	15	60,60
	Profesor Asociado	26	87,12
	Profesor Sustituto Interino TP	10	92,45
Profesor Sustituto Interino TC	5	62,50	
Claridad	Catedrático Universidad	14	69,46
	Catedrático EU	2	142,00
	Titular Universidad	59	77,64
	Titular EU	12	86,25
	Ayudante Doctor	4	102,25
	Colaborador	11	64,91
	Contratado Doctor	15	84,07
	Profesor Asociado	26	69,06
	Profesor Sustituto Interino TP	10	111,50
Profesor Sustituto Interino TC	5	78,90	
Reparación	Catedrático Universidad	14	73,32
	Catedrático EU	2	147,00
	Titular Universidad	59	77,48
	Titular EU	12	101,71

Anexos

---

Ayudante Doctor	4	81,25
Colaborador	11	58,59
Contratado Doctor	15	79,47
Profesor Asociado	26	77,77
Profesor Sustituto Interino TP	10	98,80
Profesor Sustituto Interino TC	5	55,40

---

**A.5. Estado de Salud según variables sociolaborales en docentes.**

VARIABLES SOCIOLABORALES		ESTADO DE SALUD
<b>Edad</b>	Menos 45 años	2.07
	46 o más años	2.00
<b>Género</b>	Hombre	1.93
	Mujer	2.19
<b>Estado Civil</b>	Soltero	1.86
	Divorciado/Separado	2.14
	Casado/Pareja Hecho	2.05
<b>Hijos</b>	Si	2.06
	No	1.94
<b>Nº Hijos</b>	Uno	2.14
	Dos o más	2.02
<b>Antigüedad</b>	Hasta 15 años	2.05
<b>Docencia</b>	Más de 16 años	2.01
<b>Antigüedad</b>	Hasta 15 años	2.05
<b>Universidad</b>	Más de 16 años	2.01
<b>Huelva</b>		
<b>Tipo de Contrato</b>	Funcionario	1.93
	Contratado	2.15
<b>Categoría</b>	Catedrático Universidad	1.86
<b>Profesional</b>	Catedrático E.U.	1.50
	Titular Universidad	1.98
	Titular E.U.	1.75
	Ayudante Doctor	2.50
	Colaborador	2.64
	Contratado Doctor	2.07
	Profesor Asociado	2.08
	Prof. Sustituto Interino TP	1.70

	Prof. Sustituto Interino TC	2.20
	Becario Predoctoral	3.00
<b>Dedicación</b>	Tiempo completo	2.04
	Tiempo parcial	2.01
<b>Titulación</b>	Bellas Artes*	
	Biología	2.00
	CC. Actividad Física	2.00
	CC. Educación	1.50
	Derecho	2.00
	Económicas	1.50
	Enfermería	2.23
	Filosofía	2.67
	Geológicas	2.20
	Matemáticas*	
	Medicina	1.60
	Pedagogía	1.80
	Psicología	2.00
	Psicopedagogía	1.89
	Trabajo Social	2.25
	Empresariales*	
	Matemáticas y CC Estadísticas*	
	Geografía e Historia	2.75
	Historia	2.20
	CC. Políticas*	
	Sociología	1.33
	Humanidades	1.50
	Filología Hispánica*	
	Filología*	
	Filología Clásica*	
	Farmacia	2.50

	Filología Inglesa*	
	Filosofía y CC Educación (Psicología)*	
	CC. Económicas y Empresariales	1.88
	Ingeniería	2.57
	Química*	
	Ciencias Físicas	2.25
	Historia del Arte*	
	Arquitectura*	
<b>Grado</b>	DEA	2.10
<b>Académico</b>	Doctorado	2.01
<b>Departamento</b>	Anton Menger	2.25
	Biología Ambiental y Salud Pública	1.91
	Derecho Público	2.00
	Didáctica de las Ciencias y la Filosofía	2.60
	Economía	2.00
	Educación	1.75
	Educación Física, Música y Artes Plásticas	1.71
	Enfermería	2.13
	Filología Española y sus Didácticas	1.50
	Filología Inglesa*	
	Filologías Integradas	1.33
	Geodinámica y Paleontología	2.20
	Historia I	2.50
	Historia II y Geografía*	

	Métodos Cuant., Economía y Empresa	1.75
	Psicología Clínica, Experimental y Social	2.00
	Psicología Evolutiva y de la Educación	2.15
	Sociología y Trabajo Social	1.89
	Theodor Mommsem	1.60
	Economía Financiera, Contabilidad y Dirección de Operaciones	1.67
	Ciencias Agroforestales	1.50
	Tecnologías de la Información	3.50
	Ingeniería electrónica, Sistemas Informáticos y Automática	2.75
	DIESIA	2.00
	Química y CC Materiales	2.67
	Ingeniería Minera, Mecánica y Energética	3.33
	Física Aplicada	2.00
	Historia del Arte*	
	Ingeniería de Diseños y Proyectos*	
<b>Docencia</b>	Grado	2.02
	Posgrado	2.14
	Ambas	2.08
<b>Nº Asignaturas</b>	3 o menos	1.94
	4 o más	2.18
<b>Nº Titulaciones</b>	0*	
	1	2.00

	2	2.02
	3	2.26
	4	2.00
	5	1.50
	6*	
	7*	
<b>Cargo de Gestión</b>	Sí	1.98
	No	2.06
<b>Tiempo en el cargo</b>	Hasta 5 años	2.00
	Más de 6 años	1.94

\*El programa estadístico desestima estos datos por ser una constante al estudiar el Estado de Salud en esas variables.

### A.6. Medias de Salud Mental Percibida en función de las variables sociolaborales.

VARIABLES SOCIOLABORALES		SALUD MENTAL PERCIBIDA				
		SMP	A	B	C	D
<b>Edad</b>	Menos 45 años	19.46	5.58	5.63	7.27	0.99
	46 o más años	15.47	4.05	4.04	6.78	0.59
<b>Género</b>	Hombre	15.85	3.93	4.26	6.89	0.78
	Mujer	19.19	5.90	5.42	7.15	0.73
<b>Estado Civil</b>	Soltero	16.33	4.33	4.90	6.71	0.38
	Divorciado/Separado	17.00	4.00	5.43	7.29	0.29
	Casado/Pareja Hecho	17.30	4.83	4.59	7.00	0.87
<b>Hijos</b>	Si	16.80	4.59	4.46	7.05	0.70
	No	18.37	5.06	5.60	6.77	0.94
<b>Nº Hijos</b>	Uno	16.32	4.73	4.46	6.73	0.41
	Dos o más	17.29	4.53	4.63	7.19	0.94
<b>Antigüedad</b>	Hasta 15 años	19.03	5.23	5.61	7.29	0.90
<b>Docencia</b>	Más de 16 años	15.31	4.17	3.83	6.69	0.62
<b>Antigüedad</b>	Hasta 15 años	18.81	5.12	5.48	7.27	0.94
<b>Universidad</b>	Más de 16 años	15.30	4.22	3.86	6.67	0.55
<b>Huelva</b>						
<b>Tipo de</b>	Funcionario	15.21	4.15	3.79	6.72	0.54
<b>Contrato</b>	Contratado	19.45	5.34	5.79	7.30	1.01
<b>Categoría</b>	Catedrático	15.93	3.93	3.93	6.57	1.50
<b>Profesional</b>	Universidad					
	Catedrático E.U.	13.50	4.50	2.00		
	Titular Universidad	15.25	4.12	4.00	6.68	0.46
	Titular E.U.	13.92	4.00	2.75	7.17	
	Ayudante Doctor	15.75	3.50	4.25	8.00	
	Colaborador	29.36	8.18	9.64	9.36	2.18
	Contratado Doctor	19.93	6.73	5.40	7.20	0.60

	Profesor Asociado	16.19	4.15	4.27	6.81	0.96
	Prof. Sustituto Interino TP	17.30	3.70	6.30	5.90	1.40
	Prof. Sustituto Interino TC	23.20	7.60	6.80	8.60	0.20
	Becario Predoctoral	15.50	4.00	6.50		
<b>Dedicación</b>	Tiempo completo	17.28	4.96	4.66	7.10	0.57
	Tiempo parcial	16.90	4.22	4.79	6.79	1.09
<b>Titulación</b>	Bellas Artes*					
	Biología	17.30	4.10	4.50	7.10	1.60
	CC. Actividad Física	13.00	2.80	4.00	5.40	0.80
	CC. Educación	11.00	1.50			0.50
	Derecho	17.76	4.35	5.00	7.18	1.24
	Económicas	9.50	2.75	2.00	4.75	
	Enfermería	15.77	4.85	3.85	6.23	0.85
	Filosofía	12.00	3.00	2.00		
	Geológicas	15.40	4.60	4.00	6.20	0.60
	Matemáticas*					
	Medicina	12.40	2.40	4.20	5.60	0.20
	Pedagogía	15.20	4.60	3.60	6.80	0.20
	Psicología	16.76	4.67	4.81	6.86	0.43
	Psicopedagogía	20.33	6.00	5.67	8.22	0.44
	Trabajo Social	19.00	5.75	5.50	7.00	0.75
	Empresariales	20.00	6.50	6.00	7.50	
	Matemáticas y CC Estadísticas*					
	Geografía e Historia	16.25	4.50	4.25	7.25	0.25
	Historia	22.20	7.20	7.20	7.00	0.80
	CC. Políticas*					
	Sociología	15.67	3.33	5.00	6.67	0.67
	Humanidades	12.50	4.00	2.00	6.50	
	Filología Hispánica*					
	Filología*					

	Filología Clásica	16.50	5.00	4.50		
	Farmacia	19.00	10.50		6.50	
	Filología Inglesa*					
	Filosofía y CC Educación (Psicología)*					
	CC. Económicas y Empresariales	17.63	5.00	5.25	6.75	0.63
	Ingeniería	25.14	6.29	7.93	8.71	2.21
	Química*					
	Ciencias Físicas	17.50	6.00	3.50	8.00	
	Historia del Arte*					
	Arquitectura*					
<b>Grado</b>	DEA	19.24	5.31	5.40	7.71	0.81
<b>Académico</b>	Doctorado	16.40	4.47	4.46	6.73	0.74
<b>Departamento</b>	Anton Menger	17.38	4.63	4.63	7.50	0.63
	Biología Ambiental y Salud Pública	15.73	3.64	4.36	6.27	1.75
	Derecho Público	19.00	3.33	5.67	8.67	1.33
	Didáctica de las Ciencias y la Filosofía	13.60	3.80	2.80	7.00	
	Economía	17.00	5.00	4.50		0.50
	Educación	15.67	4.42	4.17		0.58
	Educación Física, Música y Artes Plásticas	15.43	4.14	3.86	7.14	0.29
	Enfermería	15.50	4.50	3.88	6.38	0.75
	Filología Española y sus Didácticas	16.00	1.50	5.50	8.50	0.50
	Filología Inglesa*					
	Filologías Integradas	15.33	5.00	3.33		
	Geodinámica y Paleontología	15.40	4.60	4.00	6.20	0.60

Historia I	23.25	7.75	6.75	7.75	1.00
Historia II y Geografía	16.00	4.50	5.00	6.25	0.25
Métodos Cuant., Economía y Empresa	15.75	4.63	4.50	6.25	0.38
Psicología Clínica, Experimental y Social	16.17	4.42	4.33	7.00	0.42
Psicología Evolutiva y de la Educación	17.15	4.46	5.08	7.31	0.31
Sociología y Trabajo Social	16.89	4.78	4.89	6.56	0.67
Theodor Mommsem	18.00	4.40	5.40	5.80	2.40
Economía Financiera, Contabilidad y Dirección de Operaciones	14.17	3.83	3.83	6.33	0.17
Ciencias Agroforestales	15.25	3.50	3.50	8.25	
Tecnologías de la Información	40.50	8.00	13.00	13.00	6.50
Ingeniería electrónica, Sistemas Informáticos y Automática	27.75	10.00	9.00	7.50	1.25
DIESIA	19.00	4.33	6.33	8.00	0.33
Química y CC Materiales	16.67	7.00	3.00	6.33	0.33
Ingeniería Minera, Mecánica y Energética	28.33	7.33	8.67	8.67	3.67
Física Aplicada	14.33	4.33	2.33	7.67	
Historia del Arte*					
Ingeniería de Diseños					

	y Proyectos*					
<b>Docencia</b>	Grado	17.30	4.73	7.73	7.04	0.81
	Posgrado	13.57	3.29	3.86	6.00	0.43
	Ambas	17.33	4.92	4.83	7.00	0.58
<b>Nº Asignaturas</b>	3 o menos	16.00	4.29	4.38	6.62	0.71
	4 o más	18.95	5.34	5.23	7.56	0.82
<b>Nº Titulaciones</b>	0*					
	1	16.88	4.31	4.49	7.00	1.08
	2	16.23	4.39	4.51	6.66	0.67
	3	17.56	5.11	4.81	7.04	0.59
	4	22.79	7.00	6.64	8.57	0.57
	5	14.50	4.25	3.50	6.50	0.25
	6*					
	7*					
<b>Cargo de Gestión</b>	Sí	17.13	4.58	5.02	7.15	0.38
	No	17.15	4.75	4.56	6.91	0.94
<b>Tiempo en el cargo</b>	Hasta 5 años	18.50	4.94	5.53	7.61	0.42
	Más de 6 años	14.06	3.75	3.88	6.13	0.31

\*El programa estadístico desestima estos datos por ser una constante al estudiar el Estado de Salud en esas variables.

SMP: Salud Mental Percibida, A: Síntomas Somáticos, B: Ansiedad-Insomnio, C: Disfunción Social, D: Depresión.

