



TESIS DOCTORAL

**VARIABLES IMPLICADAS EN LA PREVENCIÓN Y EN EL CONTROL DEL
ESTRÉS: UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO EN EL PROFESORADO**

Jorge Marredo Rosa

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA

2015



TESIS DOCTORAL

**VARIABLES IMPLICADAS EN LA PREVENCIÓN Y EN EL CONTROL DEL
ESTRÉS: UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO EN EL PROFESORADO**

Jorge Marredo Rosa

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA

Conformidad del/los Director/res:

Fdo: Eloísa Guerrero Barona

Fdo: María Elena García-Baamonde Sánchez

2015

Índice

1. Justificación	19
Fundamentación teórica	24
2. Concepto de estrés	25
2.1. Introducción.....	25
2.1.1. Circularidad el concepto de estrés.....	31
2.1.2. Confusión del modelo de estrés.....	32
2.1.3. La causalidad probabilística del estrés.....	33
2.2. Modelos explicativos del estrés.....	35
2.2.1. Enfoques clásicos: el estrés como estímulo vs. el estrés como respuesta.....	35
2.2.2. Enfoques contemporáneos.....	37
2.2.2.1. Enfoque interaccional.....	39
2.2.2.1.1. El Modelo de Michigan.....	39
2.2.2.1.2. Teoría ajuste persona-entono.....	40
2.2.2.1.3. Modelo de control de demandas de Karasek.....	41
2.2.2.2. Enfoque transaccional.....	43
2.2.2.2.1. Modelo desequilibrio Esfuerzo recompensa (ERI).....	43
2.2.2.2.2. Teoría cognitiva del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman.....	45
2.2.3. Las revisiones contemporáneas del concepto Estrés.....	48
2.2.3.1. El estrés como respuesta única frente a las respuestas múltiples.....	48
2.2.3.2. Las respuestas específicas de estrés en función del Género según Taylor.....	49
2.2.3.3. Afrontamiento activo y pasivo: afrontamiento social frente a lucha o huida.....	51
2.3. Nuevas tendencias y líneas de investigación en el estudio del estrés.....	53

2.3.1. Cognición y estrés.....	53
2.3.2. El análisis multinivel en la investigación del estrés.....	55
2.3.3. Los patrones de respuesta de estrés.....	57
3. Estresores en la enseñanza.....	59
3.1. Tratamiento del estrés en docentes.....	63
3.1.1. Estrategias de intervención individuales.....	69
3.1.2. Estrategias grupales.....	71
3.1.3. Estrategias organizacionales.....	72
3.1.4. Programas de intervención sobre el estrés laboral.....	74
3.1.4.1. Programas de prevención y control del estrés.....	75
3.2. Instrumentos de evaluación del estrés.....	78
3.3. Las terapias cognitivo-conductuales.....	83
4. Salud mental.....	94
4.1. Definiciones y modelos de salud mental.....	94
4.2. Relaciones entre salud mental y Género.....	99
4.3. Relaciones entre trabajo, salud mental y edad.....	106
4.4. Salud mental del profesorado.....	111
4.5. Instrumentos de evaluación de la salud mental.....	115
5. Expectativas de control.....	119
5.1. Delimitación conceptual.....	119
5.2. Locus de control.....	121
5.3. Autoeficacia.....	127
5.4. Expectativas de control y estrés.....	132
5.5. Instrumentos de valoración de la expectativas de control.....	134
Estudio empírico.....	138
6. Objetivos.....	139
7. Hipótesis.....	140

8. Método.....	141
8.1. Muestra.....	141
8.2. Instrumentos.....	143
8.2.1. Escala de Fuentes de Estrés en Profesores.....	143
8.2.2. El Índice de Reactividad al estrés (IRE).....	148
8.2.3. Batería de Escalas Generalizadas de Control (BEECG-20).....	150
8.2.4. Cuestionario de Aserción.....	151
8.2.5. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).....	154
8.3. Procedimiento.....	156
8.4. Diseño.....	159
8.5. Tratamiento estadístico.....	160
9. Análisis de los resultados.....	161
9.1. Características de la muestra pretest.....	161
9.1.1. Análisis de las características demográficas pretest.....	161
9.1.1.1. Género.....	161
9.1.1.2. Edad.....	161
9.1.1.3. Intervalos de edad.....	162
9.1.1.4. Localidad.....	162
9.1.2. Descripción de las características laborales pretest.....	163
9.1.2.1. Años de ejercicio docente.....	163
9.1.2.2. Intervalos de años de ejercicio docente.....	163
9.1.2.3. Valoración del nivel de estrés.....	164
9.1.3. Análisis de las características demográficas posttest.....	165
9.1.3.1. Género.....	165
9.1.3.2. Edad.....	166
9.1.3.3. Intervalos de edad.....	167
9.1.3.4. Localidad.....	167

9.1.4.	Descripción de las características laborales posttest.....	168
9.1.4.1.	Años de ejercicio docente.....	168
9.1.4.2.	Intervalos de años de ejercicio docente.....	169
9.1.4.3.	Valoración del nivel de estrés.....	170
9.2.	Análisis descriptivo pretest.....	172
9.2.1.	Análisis de los factores desencadenantes de estrés docente.....	172
9.2.2.	Análisis del IRE.....	176
9.2.3.	Análisis del BEEG-20.....	179
9.2.4.	Análisis del Cuestionario de Aserción.....	182
9.2.5.	Análisis del GHQ-12.....	184
9.3.	Análisis descriptivo posttest.....	188
9.3.1.	Análisis de los factores desencadenantes de estrés docente.....	188
9.3.2.	Análisis del IRE.....	192
9.3.3.	Análisis BEECG-20.....	194
9.3.4.	Análisis del Cuestionario de aserción.....	197
9.3.5.	Análisis del GHQ-12.....	198
9.4.	Análisis Correlacional e inferencial de la muestra posttest.....	201
9.4.1.	Análisis de la variable Género.....	201
9.4.1.1.	Género- Escala de Fuentes de estrés docente.....	201
9.4.1.2.	Género-IRE.....	203
9.4.1.3.	Género-BEEG-20.....	205
9.4.1.4.	Género-Cuestionario de Aserción.....	207
9.4.1.5.	Género-Cuestionario de Salud General de Goldberg.....	209
9.4.2.	Análisis de Intervalos de edad.....	213
9.4.2.1.	Intervalos de edad-Escala de fuentes de Estrés.....	213
9.4.2.2.	Intervalos de edad-IRE.....	216
9.4.2.3.	Intervalos de edad-BEEG-20.....	218

9.4.2.4.	Intervalos de edad-Cuestionario de aserción.....	220
9.4.2.5.	Intervalos de edad GHQ-12.....	222
9.4.3.	Años trabajados.....	226
9.4.3.1.	Años trabajados-escala de fuentes de estrés.....	226
9.4.3.2.	Años Trabajados- IRE.....	229
9.4.3.3.	Años trabajados-BEEG-20.....	232
9.4.3.4.	Años trabajados- Cuestionario de aserción.....	234
9.4.3.5.	Años trabajados-GHQ-12.....	236
9.5.	Análisis Prest-Postest.....	240
9.5.1.	Análisis-Escala de Fuentes de estrés en profesores.....	240
9.5.2.	Análisis-IRE.....	244
9.5.3.	Análisis BEEG-20.....	248
9.5.4.	Análisis Cuestionario de Aserción.....	250
9.5.5.	Análisis –GHQ-12.....	253
10.	Discusión de resultados.....	262
10.1.	Análisis descriptivo.....	262
10.2.	Análisis correlacional e inferencial.....	263
10.2.1.	Variable Género.....	263
10.2.2.	Variable Edad.....	264
10.2.3.	Variable Años trabajados.....	265
10.3.	Análisis Pretest-Postest.....	266
10.3.1.	Fuentes de estrés en profesores.....	266
10.3.2.	Respuesta de estrés.....	267
10.3.3.	Expectativas de control.....	268
10.3.4.	Conducta asertiva.....	269
10.3.5.	Salud Mental.....	270
11.	Confirmación de hipótesis.....	272

12. Conclusiones	275
12.1. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación	278
Referencias	283

Índice de tablas	Pág.
Tabla 1. Principios terapéuticos compartidos por la mayoría de las Terapias CC.....	90
Tabla 2. Principales características de las Terapias CC.....	91
Tabla 3. Intervenciones CC.....	92
Tabla 4. Modelo de bienestar de los empleados y sus determinantes ambientales.....	98
Tabla 5. Prevalencia psiquiátrica en estudios psiquiátricos en España.....	104
Tabla 6. Desencadenantes de estrés docente: Supervisión.....	145
Tabla 7. Desencadenantes de estrés docente: Carencias.....	145
Tabla 8. Desencadenantes de estrés docente: Cooperación.....	146
Tabla 9. Desencadenantes de estrés docente: Alumnado.....	146
Tabla 10. Desencadenantes de estrés docente: Adaptación.....	147
Tabla 11. Desencadenantes de estrés docente: Valoración.....	147
Tabla 12. Desencadenantes de estrés docente: Alumnado.....	147
Tabla 13. Índice de reactividad al estrés vegetativo.....	149
Tabla 14. Índice de Reactividad al Estrés: Emocional.....	149
Tabla 15. Índice de Reactividad al Estrés: Cognitiva.....	149
Tabla 16. Índice de Reactividad al Estrés: Conductual.....	149
Tabla 17. Cuestionario BEEGC-20: Expectativa de Locus de Control.....	153
Tabla 18. Cuestionario BEEGC-20: Expectativa de Éxito.....	153
Tabla 19. Cuestionario BEEGC-20: Expectativa de Autoeficacia.....	154
Tabla 20. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ12).....	156
Tabla 21. Estructura del programa de intervención y sus contenidos.....	158
Tabla 22. Edad pre.....	161
Tabla 23. Años de ejercicio docente.....	163
Tabla 24. Valoración del nivel de estrés.....	164
Tabla 25. Género post.....	165
Tabla 26. Edad post.....	166
Tabla 27. Años de ejercicio docente post.....	168
Tabla 28. Valoración del nivel de estrés.....	170

Tabla 29. Factores desencadenantes de estrés docente pretest.....	172
Tabla 30. Índice de Reactividad al Estrés pretest.....	176
Tabla 31. Cuestionario BEEGC-20 pretest.....	179
Tabla 32. Cuestionario de Aserción pretest.....	183
Tabla 33. Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 pretest.....	184
Tabla 34 Resultado de GHQ-12 pretest.....	186
Tabla 35. Factores desencadenantes de estrés docente post.....	188
Tabla 36. Índice de Reactividad al Estrés post.....	192
Tabla 37 Cuestionario BEEGC-20 postest.....	194
Tabla 38. Cuestionario de Aserción. Postest.....	197
Tabla 39. Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 postest.....	198
Tabla 40 Resultado de GHQ postest	200
Tabla 41. Descriptiva de la relación Género – Escala “Fuentes de estrés en profesores postest”.....	201
Tabla 42. Prueba T de la relación Género – Escala “Fuentes de estrés en profesores” postest.....	202
Tabla 43. Descriptiva de la relación Género – Índice de Reactividad al Estrés postest.....	204
Tabla 44. Prueba T de la relación Género – Índice de Reactividad al Estrés postest.....	204
Tabla 45. Descriptiva de la relación Género – Cuestionario BEEGC-20 postest.....	206
Tabla 46. Prueba T de la relación Género – Cuestionario BEEGC-20 postest.....	206
Tabla 47. Descriptiva de la relación Género – Cuestionario de Aserción postest.....	208
Tabla 48. Prueba T de la relación Género – Cuestionario de Aserción.postest.....	209
Tabla 49. Descriptiva de la relación Género – GHQ-12 postest.....	210
Tabla 50. Prueba T de la relación Género – GHQ-12 postest.....	211
Tabla 51. Descriptiva Intervalos de Edad – Escala “Fuentes de estrés en profesores” postest.....	214
Tabla de 52. ANOVA Intervalos de Edad – Escala “Fuentes de estrés en profesores.....	215
Tabla 53. Descriptiva Intervalos de Edad – Índice de Reactividad al Estrés.....	216
Tabla 54. ANOVA Intervalos de Edad – Índice de Reactividad al Estrés.....	217
Tabla 55. Descriptiva Intervalos de Edad – Cuestionario BEEGC-20.....	219
Tabla 56. ANOVA Intervalos de Edad – Cuestionario BEEGC-20.....	220
Tabla 57. Descriptiva Intervalos de Edad – Cuestionario de Aserción.....	221
Tabla 58. ANOVA Intervalos de Edad – Cuestionario de Aserción.....	221

Tabla 59. Descriptiva Intervalos de Edad – GHQ-12.....	223
Tabla 60. ANOVA Intervalos de Edad – GHQ-12.....	225
Tabla 61. Descriptiva Intervalos de años trabajados – Escala “Fuentes de estrés en profesores”.....	227
Tabla 62. ANOVA Intervalos de años trabajados – Escala “Fuentes de estrés en profesores”.....	228
Tabla 63. Descriptiva Intervalos de años trabajados – Índice de Reactividad al Estrés.....	229
Tabla 64. ANOVA Intervalos de años trabajados – Índice de Reactividad al Estrés.....	230
Tabla 65. Descriptiva Intervalos de años trabajados – Cuestionario BEEGC-20.....	232
Tabla 66. ANOVA Intervalos de años trabajados – Cuestionario BEEGC-20.....	233
Tabla 67. Descriptiva Intervalos de años trabajados – Cuestionario de Aserción.....	234
Tabla 68. ANOVA Intervalos de años trabajados – Cuestionario de Aserción.....	235
Tabla 69. Descriptiva Intervalos de años trabajados –GHQ-12.....	236
Tabla 70. ANOVA Intervalos de años trabajados – GHQ-12.....	238
Tabla 71. Estadísticos de muestras relacionadas: Escala “Fuentes de estrés en profesores”.....	240
Tabla 72. Correlaciones de muestras relacionadas: Escala “Fuentes de estrés en profesores”.....	240
Tabla 73. Prueba T de muestras relacionadas: Escala “Fuentes de estrés en profesores”.....	241
Tabla 74. Estadísticos de muestras relacionadas: Índice de Reactividad al Estrés.....	243
Tabla 75. Correlaciones de muestras relacionadas: Índice de Reactividad al Estrés (IRE).....	243
Tabla 76. Prueba T de muestras relacionadas: Índice de Reactividad al Estrés (IRE).....	243
Tabla 77. Estadísticos de muestras relacionadas: Cuestionario BEEGC-20.....	248
Tabla 78. Correlaciones de muestras relacionadas: Cuestionario BEEGC-20.....	249
Tabla 79. Prueba T de muestras relacionadas: Cuestionario BEEGC-20.....	249
Tabla 80. Estadísticos de muestras relacionadas: Cuestionario de Aserción.....	251
Tabla 81. Correlaciones de muestras relacionadas: Cuestionario de Aserción.....	251
Tabla 82. Prueba T de muestras relacionadas: Cuestionario de Aserción.....	251
Tabla 83. Estadísticos de muestras relacionadas: GHQ-12.....	253
Tabla 84. Correlaciones de muestras relacionadas: GHQ-12.....	254
Tabla 85. Pruebas T de muestras relacionadas: GHQ-12.....	255

Índice de figuras

Figura 1. Fases del estrés según Selye.....	37
Figura 2. Modelo cognitivo de la depresión.....	85
Figura 3. Modelo demanda-control-apoyo social de Karasek y Theorell.....	97
Figura 4. Modelo de Salud mental de Hautman.....	98
Figura 4. Salud mental de los trabajadores.....	100
Figura 5. Esquema explicativo sobre alteraciones conductuales y procesos psicopatológicos en docentes.....	115
Figura 7. Modelo de Lazarus y Folkman.....	121
Figura 8. Representación gráfica de la diferencia entre expectativas de autoeficacia y de resultado.....	123
Figura 9: Representación gráfica de la diferencia entre expectativas de autoeficacia, expectativas de locus de control y expectativas de éxito.....	124
Figura 10. Gráfico de Género pretest.....	161
Figura 11. Gráfico de Intervalos de Edad.....	162
Figura 12. Gráfico de Localidad pretest.....	163
Figura 13. Gráfico de Intervalos de Años de ejercicio docente.....	164
Figura 14. Gráfico de Valoración de nivel de estrés.....	165
Figura 15. Gráfico de Género.....	166
Figura 16. Gráfico de Intervalos de Edad.....	167
Figura 17. Gráfico de Localidad.....	168
Figura 18. Años de ejercicio docente.....	169
Figura 19. Gráfico de Intervalos de Años de ejercicio docente.....	170
Figura 20. Gráfico de Valoración de nivel de estrés.....	171

Figura 21. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Supervisión.....	174
Figura 22. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Carencias.....	174
Figura 23. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Cooperación.....	175
Figura 24. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Alumnado.....	175
Figura 25. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Adaptación.....	175
Figura 26. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Valoración.....	175
Figura 27. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Mejoras.....	176
Figura 28. Gráfico de IRE vegetativo.....	178
Figura 29. Gráfico de IRE emocional.....	178
Figura 30. Gráfico de IRE cognitivo.....	178
Figura 31. Gráfico de IRE conductual.....	178
Figura 32. Gráfico de IRE global.....	179
Figura 33. Gráfico de Expectativa de Autoeficacia.....	181
Figura 34. Gráfico de Expectativa de Éxito.....	181
Figura 35. Gráfico de Expectativa de Contigencia o Internalidad.....	182
Figura 36. Gráfico de Expectativa de Indefensión o No Contigencia.....	182
Figura 37. Gráfico de Expectativa o Creencia en la Suerte.....	182
Figura 38. Gráfico de Expectativa de Locus de Control.....	182
Figura 39. Gráfico de Ansiedad.....	184
Figura 40. Gráfico de Respuesta.....	184
Figura 41. Gráfico de Medias de GHQ-12.....	186
Figura 42. Gráfico de GHQ Global.....	186
Figura 43. Gráfico de Resultado GHQ.....	187

Figura 44. Gráfico de Ansiedad.....	187
Figura 45. Gráfico de Respuesta.....	187
Figura 46. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Supervisión.....	190
Figura 47. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Carencias.....	190
Figura 48. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Cooperación.....	190
Figura 49 Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Alumnado.....	190
Figura 50. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Adaptación.....	191
Figura 51. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Valoración.....	191
Figura 52. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Mejoras.....	191
Figura 53. Gráfico de IRE vegetativo.....	193
Figura 54. Gráfico de IRE emocional.....	193
Figura 55. Gráfico de IRE cognitivo.....	193
Figura 56. Gráfico de IRE conductual.....	193
Figura 57. Gráfico de IRE global.....	194
Figura 58. Gráfico de Expectativa de Autoeficacia.....	196
Figura 59. Gráfico de Expectativa de Éxito.....	196
Figura 60. Gráfico de Expectativa de Contingencia o Internalidad.....	196
Figura 61. Gráfico de Expectativa de Indefensión o No Contingencia.....	196
Figura 62. Gráfico de Expectativa o Creencia en la Suerte.....	197
Figura 63. Gráfico de Expectativa de Locus de Control.....	197
Figura 64. Gráfico de Ansiedad.....	198
Figura 65. Gráfico de Respuesta.....	198
Figura 66. Gráfico de GHQ Global.....	199

Figura 67. Gráfico de Resultado GHQ.....	200
Figura 68. Gráfico de Medias Género –“Fuentes de estrés en profesores”.....	203
Figura 69. Gráfico de Medias Género – Índice de Reactividad al Estrés.....	205
Figura 70. Gráfico de Medias Género – Locus.....	207
Figura 71. Gráfico de Medias Género – Cuestionario BEEGC-20.....	207
Figura 72. Gráfico de Medias Género – Cuestionario de Aserción.....	209
Figura 73. Gráfico de Medias Género –GHQ-12.....	213
Figura 74. Gráfico de Frecuencias Género – Resultado GHQ-12.....	213
Figura 75. Gráfico de Medias Intervalos de Edad – Escala “Fuentes de estrés en profesores”.....	216
Figura 76. Gráfico de Medias Intervalos de Edad – Índice de Reactividad al Estrés.....	218
Figura 77. Gráfico de Medias Intervalos de Edad – Locus.....	220
Figura 78. Gráfico de Medias Intervalos de Edad – Cuestionario BEEGC-20.....	220
Figura 79. Gráfico de Medias Intervalos de Edad – Cuestionario de Aserción.....	222
Figura 80. Gráfico de Medias Intervalos de Edad – GHQ-12.....	226
Figura 81. Gráfico de Frecuencias Intervalos de Edad – Resultado GHQ-12.....	226
Figura 82. Gráfico de Medias Intervalos de Años trabajados – Escala “Fuentes de estrés en profesores”.....	229
Figura 83. Gráfico de Medias Intervalos de Años trabajados – Índice de Reactividad al Estrés.....	231
Figura 84. Gráfico de Medias Intervalos de Años trabajados – Locus.....	234
Figura 85. Gráfico de Medias Intervalos de Años trabajados – Cuestionario BEEGC-20.....	234
Figura 86. Gráfico de Medias Intervalos de Años trabajados – Cuestionario de Aserción.....	235
Figura 87. Gráfico de Medias Intervalos de Años trabajados – GHQ-12.....	239
Figura 88. Gráfico de Frecuencias Intervalos de Años trabajados – Resultado GHQ-12.....	239

Figura 89. Gráfico de muestras relacionadas: Supervisión.....	243
Figura 90. Gráfico de muestras relacionadas: Carencias.....	243
Figura 91. Gráfico de muestras relacionadas: Cooperación.....	243
Figura 92. Gráfico de muestras relacionadas: Alumnado.....	243
Figura 93. Gráfico de muestras relacionadas: Adaptación.....	244
Figura 94. Gráfico de muestras relacionadas: Valoración.....	244
Figura 95. Gráfico de muestras relacionadas: Mejoras.....	244
Figura 96. Gráfico de muestras relacionadas: IRE vegetativo.....	247
Figura 97. Gráfico de muestras relacionadas: IRE emocional.....	247
Figura 98. Gráfico de muestras relacionadas: IRE cognitivo.....	247
Figura 99. Gráfico de muestras relacionadas: IRE conductual.....	247
Figura 100. Gráfico de muestras relacionadas: IRE global.....	248
Figura 101. Gráfico de muestras relacionadas: Expectativa de Locus de Control.....	250
Figura 102. Gráfico de muestras relacionadas: Expectativa de Autoeficacia.....	250
Figura 103. Gráfico de muestras relacionadas: Expectativa de Éxito.....	250
Figura 104. Gráfico de la relación Análisis - Ansiedad.....	252
Figura 105. Gráfico de la relación Análisis - Respuesta.....	252
Figura 106. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ1.....	258
Figura 107. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ2.....	258
Figura 108. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ3.....	258
Figura 109. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ4.....	258
Figura 110. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ5.....	259
Figura 111. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ6.....	259

Figura 112. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ7.....	259
Figura 113. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ8.....	259
Figura 114. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ9.....	260
Figura 115. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ10.....	260
Figura 116. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ11.....	260
Figura 117. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ12.....	260
Figura 118. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ Global.....	261

1. Justificación

El estudio del estrés nos lleva a procesos fundamentales de adaptación humana y es esencial para entender las formas en las que los procesos psicológicos pueden influir en la salud física y el bienestar. Como en la mayoría de áreas científicas, el desarrollo de este concepto se ha acompañado de críticas y con frecuencia son discutidos problemas en el estudio del estrés en la literatura especializada (García, 1996; Jones, Bright & Clow, 2001; Koolhaas et al., 2011; Mason, 1971, 1975). En cualquier caso, estas polémicas reflejan el estado de la ciencia del estrés y nos recuerdan ocasiones en las que los especialistas minusvaloran las dificultades que todavía existen con el concepto de estrés.

La O.M.S. define la salud, como un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no sólo como ausencia de enfermedad, destacando el componente mental y social así como subrayando su importancia para la calidad de vida, en la integración social de los individuos y en su participación social y laboral. Por tanto, la salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental, enfatizándose la idea de la salud como una variable dinámica entre la enfermedad y el bienestar. Ballester (1998) expone la idea de salud como un continuo, dependiente tanto de las variables del organismo, como de las contextuales y de las personales. Concretando más el término, autores como Warr (1994), Rubio (2003) y Bones, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, y Obiols (2010) distinguen entre la salud mental independiente y la relacionada con el contexto, refiriéndose a la salud mental laboral como el mecanismo a través del cual la experiencia subjetiva del trabajo afecta a la salud mental independiente, siendo consecuencia de la interacción de factores individuales (biológicos y del comportamiento) y ambientales (sociales y materiales).

El estudio de los diferentes aspectos del estrés tiene una larga tradición en las ciencias sociales y de la salud, desde los más clásicos (Cooper, 1983; Nysut, 1980) hasta los más actuales (Bermejo, 2007; Guerrero, Balsera, Rubio & Rubio, 2006; Macías & Zúñiga, 2013; Molina Jiménez, Gutiérrez García & Hernández Domínguez, 2008; Prieto, 2011; Rosa, Albiol & Salvador, 2009; Zavala, 2012). Así, Ivancevich y Matteson (1992) lo definieron como una respuesta adaptativa, mediada por las características personales y/o por procesos psicológicos, consecuencia de alguna acción o situación que plantea a la persona unas especiales demandas físicas o psicológicas. Entre las muchas clasificaciones que se han realizado sobre el tipo de estresores en el ámbito laboral se puede distinguir entre *estresores generales* (Cooper & Kelly, 1993; Flores, 2001; Garrosa, Moreno, Rodríguez & Sanz, 2008; Kyriacou, 2003) referidos a factores psicosociales, es decir condiciones laborales, relacionadas con la organización (Cladellas & Castelló, 2011; López-Araújo, Segovia & Peiró, 2007; Moreno-Jiménez, Herrer, Rodríguez-Carvajal & Hernández, 2010; Olivas & Martínez, 2012; Zavala, 2012), con el contenido del trabajo, rol, etc. y que pueden afectar a la salud o al desarrollo de la tarea; y *estresores específicos*, referidos a condiciones, situaciones y características específicas de la profesión relacionadas con el origen y/o desarrollo del estrés, (Guerrero, 2003; Guerrero & Vicente, 2001; Kyriacou, 2003; Moreno, Oliver & Aragonese, 1993; Oliver Hernández, 2011; Pinzón, 2013; Prieto, 2011; Rubio, 2003; Tejedor, 2013).

Pese a que todavía persisten los problemas de definición y otras dificultades conceptuales, no es difícil comprobar que el estudio del estrés continúa y que goza de buena salud, lo que no excluye que el progreso científico deba de darse por sentado y no precise de revisiones críticas sistemáticas, así como de marcos de trabajo aceptados, estudios empíricos generalizables y herramientas metodológicas adecuadas.

Diversas investigaciones relacionan el estrés con diferentes profesiones (Deahl et al., 2000; Esteva, Larraz & Jiménez, 2006; Gil Monte, Unda & Sandoval, 2010; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats & Braga, 2009; Grieger et al., 2006; Kiernan et al., 2000; Moreno & Gálvez, 2008; Sekar, Subburaj & Sundaram; Travers & Cooper, 1997) y vienen a confirmar que la docencia es una de las profesiones más estresantes, en la que las exigencias superan con creces a los recursos (Carrillo, 2012; Cladellas & Castelló, 2011; Guerrero, Gómez, Moreno, García-Baamonde Sánchez & Blázquez, 2011; Macías & Zúñiga, 2013; Moreno Jiménez, Corso de Zúñiga, Sanz-Vergel, Rodríguez & Boada, 2010; Prieto, 2011; Tejedor, 2013; Zavala, 2012). Asimismo se han llevado a cabo investigaciones sobre el malestar psicológico del profesorado y el estrés (Arias & Gonzalez, 2009; Belcastro & Gold, 2009; Latorre & Saéz, 2009; Lesme, 2011; Lima & Lerrechea, 2013; Otero et al., 2009; Ramírez, 2007) coincidiendo en que en el desgaste del profesor están implicados fundamentalmente factores personales, contextuales y otros relacionados con la formación inicial y continuada. (Arocena, Ceballos & Claudia, 2011; Augusto, López & Pulido, 2011; Fernández & Edo Izquierdo, 2008; Garrido & Pacheco, 2012; Garrosa, Moreno, Boada & Blanco, 2010; Guerrero et al., 2011; Latorre & Sáez, 2009; Munuera-Carrillo, 2013; Olivas & Martínez, 2012; Lourdes Rey, Pacheco & Garrido, 2012; Rodríguez, Becerra, Beltrán, Estrada & Viera, 2012). Respecto a las relaciones entre estrés y satisfacción en el ámbito docente, también encontramos numerosas investigaciones (Aldrete, Aranda, Valencia & Salazar, 2011; Borges, 2012; Linares & Gutiérrez, 2010; Munuera-Carrillo, 2013; Pena, Rey & Extremera, 2012; Rey & Extremera, 2011). Para Brundtland (2002) y Cantera (2005) hay una estrecha relación entre la satisfacción y el estrés laboral, de modo, que una persona al percibir una demanda, evalúa si esta es una oportunidad o una amenaza. Si su valoración es positiva, se producirá una mayor satisfacción, mientras que si es negativa se producirá insatisfacción, y consecuentemente la persona querrá escapar de dicha situación. Se puede deducir que estrés y

satisfacción, representan tipos de respuestas diferentes (Tsigilis, Koustelios & Togia, 2004), mientras la satisfacción es una respuesta actitudinal, el estrés es una respuesta emocional (Moreno, George, Carvajal & Uribe, 2009).

Para analizar el estrés docente muchos estudios han partido de la conceptualización que se hace desde los modelos transaccionales e interactivos (Peiró & Gil-Monte, 1999), como el de Richard S Lazarus (2000) o el de Carrobbles (1996), que plantean el estrés como un proceso interactivo entre el sujeto y el ambiente, constituido por variables antecedentes (estresores), variables mediadoras (del sujeto y del entorno) y consecuencias (respuesta de estrés).

En el presente estudio se seguirá la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1986), en la que se define el estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p. 43). De forma que se entenderán las consecuencias del estrés como fruto de las percepciones e interpretaciones que la persona hace de los acontecimientos y se enfatizará el componente cognitivo-evaluativo como mediador y factor determinante de dichas consecuencias. Se parte por tanto de que género, edad y experiencia son variables antecedentes; el estrés, las expectativas de control y la asertividad son variables mediadoras; y la salud mental es una consecuencia.

El siguiente trabajo se estructura en dos partes, una primera, de naturaleza teórica, en la que se revisa la literatura más relevante en cuanto a la problemática expuesta, para ello en el primer capítulo, se hace una justificación del estudio; en el segundo, se exponen el estrés,

los principales modelos teóricos, los principales problemas conceptuales, las tendencias de investigación y las intervenciones; en el tercer capítulo se hablará de los principales estresores en la enseñanza, los principales enfoques en la intervención, los instrumentos de evaluación más relevantes y las terapias cognitivo-conductuales; el cuarto capítulo está dedicado a la salud mental, se habla de los principales modelos y definiciones, de las relaciones de la salud mental, el género y la edad y de la salud mental de los docentes; el quinto capítulo está dedicado a las expectativas de control, se habla de los principales conceptos, de su relación con el estrés y de los principales instrumentos de valoración.

En la segunda se presenta un estudio empírico en el que se exponen el procedimiento, las muestras usadas, los instrumentos de medida y se discuten los resultados encontrados en una muestra de docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura tras la aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para combatir y prevenir el estrés docente.

Fundamentación Teórica

2. Concepto de estrés

2.1. Introducción

El hecho de que el concepto de estrés sea un concepto muy asociado a la modernidad y que en las últimas seis décadas haya alcanzado tanta popularidad, no debe despistarnos en cuanto a su antigüedad (Cooper y Dewe, 2008); así, hay autores como Cassidi (1999) que hablan más de redescubrimiento que de descubrimiento propiamente dicho.

La palabra inglesa de *stress*, se remonta al s. XIV, cuando ésta lengua todavía era una mezcla de normando y anglosajón. Esta palabra deriva a su vez del francés antiguo, en concreto de la palabra *detresse* la cual provenía del latín *strictus*. En el s. XVI, el concepto era empleado para indicar tensión o deformación sobre algo, ya fuera material o corporal, en el caso de sobreesfuerzo o fatiga. En el s. XX, el concepto de estrés se incluye en la jerga científica de la física, para referirse a la fuerza aplicada a objetos que podía dar lugar a la deformación del mismo (Woolfolk, 2007)

Así, para Jones y Bright (2001) el nacimiento de nuestra concepción del estrés se encontraría en 1944 con la primera referencia en la revista *Psychological Abstracts*, señalando que antes de esta fecha el concepto era prácticamente desconocido fuera del ámbito de la ingeniería.

En los últimos años, el concepto de estrés psicosocial ha proliferado y se ha generalizado tanto en el uso científico como en el popular en todo el mundo. Podemos afirmar que la conciencia pública de los efectos adversos del estrés nunca ha sido mayor en la historia (Contrada, 2011). De hecho, se podría argumentar que el conocimiento ha degenerado en una preocupación casi obsesiva. Por ejemplo, en algunas encuestas en EE.UU., el estrés aparece como el factor de riesgo considerado más importante en la etiología de la enfermedad coronaria, más importante incluso que fumar o la hipertensión (French, Senior, Weinman & Marteau, 2007). De hecho, el estrés aparece con más frecuencia que el consumo de tabaco como causa de cáncer (Maskarinec, Gotay, Tatsumura, Shumay & Kakai, 2001).

El concepto de estrés ha sido criticado por su falta de precisión (Martín, Salanova & Peiró, 2003). De hecho, el estrés se utiliza a veces para referirse a los llamados estímulos externos. En este uso, el estrés está en el medio ambiente y forma parte del mundo externo. Otro uso define el estrés no como el estímulo sino como el estímulo percibido o procesado. Esta es la postura de aquellos suscriptores del modelo cognitivo de evaluación del estrés como Lazarus (Smith & Lazarus, 1990). Otros conciben de estrés como la respuesta, en lugar del estímulo (Selye, 1956). Por otro lado, el estrés puede ser crónico o episódico, positivo o negativo, un problema o un desafío (Anderson & Arnoult, 1989; Contrada, 2011; LePine, LePine & Jackson, 2004)

De hecho el estrés, es probablemente sea mejor conceptualizado como un holístico, un término no técnico análogo al de enfermedad o al de adicción. Sin embargo, el estrés es un concepto útil, porque ayuda a identificar y categorizar una multiplicidad de fenómenos diversos, aunque sin aportar mucho en forma de guías teóricas para una comprensión más

profunda de los fenómenos. Es parte de un lenguaje que permite a los profanos describir perturbaciones de la vida sin el uso de términos clínicos como el de ansiedad o depresión. También es un término general que fomenta la comunicación y los terrenos heurísticamente beneficiosos para la colaboración científica (Woolfolk, 2001).

El concepto de estrés eventualmente puede ser sustituido por un conjunto de términos más precisos, tales como el de alostásis (Taylor & Master, 2011). Hasta este momento, sin embargo, el estrés es un término lo suficientemente denso como para facilitar la comunicación entre los diversos profesionales y para proporcionar un valioso conjunto de esfuerzos científicos y clínicos que nos permiten prosperar.

Como es sabido el estudio del estrés es un tema destacado en diversas ciencias, ya sean sociales, conductuales o biomédicas. La amplitud de enfoques y la multidisciplinariedad en el estudio del estrés está detrás de aquellos autores que sugieren que el estrés es un campo general que engloba a otras áreas de estudio vagamente relacionadas y muy alejadas de poder generar una definición operativa única. Como es frecuente, existe también un término medio más ajustado que aboga por mantener el concepto de estrés como un área valiosa de estudio científico. Desde este punto de vista, Cohen, Kessler y Gordon (1997) definen el estrés como un proceso en el que las demandas ambientales exceden la capacidad adaptativa de un organismo dando lugar a cambios psicológicos y biológicos que pueden llevar a la persona a padecer enfermedades.

Estas definiciones moderadas tienen elementos clave. Uno de los principales es la inclusión de variables ambientales, psicológicas y biológicas, lo cual supone la integración de

tres tradiciones de investigación hasta entonces separadas. Otro elemento importante es que se centra en el proceso, lo cual contrasta con los primeros acercamientos al tema en los cuales el estrés era visto como un constructo más estático, refiriéndose por ejemplo a estímulos o respuestas. Un tercer aspecto importante de la definición es la idea de un desequilibrio entre las demandas ambientales y la capacidad adaptativa, sugiriendo una interacción persona-entorno que causa un desequilibrio y lleva a la activación de actividad biopsicológica compensatoria. Por último, pese a que el estrés ha sido objeto de estudio relacionado con diversos tipos de consecuencias, cabe reconocer que mucho del interés que despierta el término reside en su potencial para el estudio, desarrollo y control de problemas de salud, especialmente aquellos que implican enfermedades de tipo físico (Contrada, 2011).

Por otra parte los cambios del sistema nervioso central y el neuroendocrino que han sido identificados como componentes biológicos de la respuesta de estrés han sido vinculados con alteraciones cardiovasculares, inmunológicas y otros sistemas fisiológicos cuya alteración está implicada en un amplio rango de problemas físicos de salud (Taylor et al, 2005)

Adicionalmente también se hace cada vez más evidente que los tratamientos cognitivo-conductuales pueden reducir el estrés y mejorar la salud física (Figueiredo, Gil-Monte, Do Couto & Grau, 2013; Granath, Ingvarsson, von Thiele & Lundberg, 2006; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012).

Por tanto, cuando hablamos de estrés, podemos estar haciéndolo en referencia a tensión nerviosa o emocional o bien al agente de dicha tensión (Ayuso, 2006). Así, este ha sido definido como respuesta general específica (Selye, 1956), como estímulo (Holmes & Rahe,

1967) y como transacción cognitiva entre la persona y el ambiente (Lazarus, Valdés & Folkman, 1986)

Además de estos tres enfoques, diversos autores (Cox, 1990; Gaillard, 1993) han intentado sintetizar las aproximaciones al concepto de estrés, basándose en esas cuatro categorías:

- A. El estrés como variable de entrada: desde este punto de vista el estudio del estrés se centra en las demandas ambientales, diferenciando entre estresores independientes de la tarea (tales como ruidos, iluminación inadecuada, etc.) y factores relacionados con las demandas de la misma (temporalización, ritmo, etc.). Los investigadores que adoptan este enfoque estudian el impacto de un amplio rango de estresores normalmente con un criterio temporal. Los principales son:
- a. Estresores agudos, los cuales son limitados en el tiempo, como por ejemplo no encontrar las llaves cuando se tiene prisa.
 - b. Acontecimientos estresantes: ocurren durante un periodo prolongado a consecuencia de un acontecimiento, como por ejemplo la enfermedad de un familiar.
 - c. Estresores crónicos intermitentes: por ejemplo los relacionados con una discapacidad cuando no se vive en un ambiente adaptado.
 - d. Estresores crónicos, que no tienen por qué tener un desencante claro, como puedan ser los de origen laboral.

- B. El estrés como respuesta, se refiere al resultado fisiológico, cognitivo o conductual que el estrés tiene en la persona ante una situación de tensión. Las principales líneas de investigación de este enfoque son:
- a. Las centradas en el componente psicológico, entendido como conductas, patrones de pensamiento y emociones dentro de un estado general de inquietud.
 - b. Las centradas en el componente fisiológico, en el que se incluyen todos aquellos indicadores de activación corporal o arousal, como puedan ser la respiración o la tasa cardiaca.
 - c. Las centradas en la relación de ambas; en como ambos componentes influyen o desencadenan la respuesta de estrés.
- C. El estrés como estado, se centra en la valoración subjetiva de la situación y en la sensación de tensión o amenaza que conlleva.
- D. El estrés como proceso: en esta orientación el estrés es visto como una combinación de agentes estresores y sensaciones de tensión, por lo que aparece de forma progresiva y no depende sólo de que el agente estresor desaparezca. Dentro del proceso se dan ajustes y transacciones entre la persona y el medio. El estrés aparece por tanto por desajuste entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos de los que dispone la persona.

Como hemos expuesto, los debates sobre cómo definir el estrés son ya un tópico en este campo de estudio desde hace mucho tiempo (Lazarus, 2004). Afortunadamente este hecho apenas ha afectado o inhibido el progreso en su estudio. Aunque no es el objetivo de este

trabajo la discusión sobre el concepto de estrés, a continuación se hará una breve exposición de los principales problemas, a saber la circularidad, la confusión del concepto y la causalidad probabilística.

2.1.1. Circularidad del concepto de estrés

Resulta complicado imaginar a los investigadores del estrés en consenso a favor de una definición basada en el estímulo en la cual este se corresponde únicamente con unas condiciones ambientales específicas o eventos (Lazarus & Folkman, 1986). En ese caso el estrés o los estresores deben ser definidos como un listado con elementos como la guerra, el terrorismo o el duelo. El problema con este enfoque es la posibilidad de estar sobre-incluyendo; es decir, puede haber individuos que experimenten estrés en situaciones como el duelo o la guerra, pero no explica fenómenos como el de resiliencia. Esto iría en contra del término de estresor, del cual se espera un impacto biológico y psicológico medible y, definiciones aparte, disminuiría el valor predictivo del propio concepto de estrés (Lazarus, DeLongis, Folkman & Gruen, 1985).

Al mismo tiempo, esta definición se puede mostrar demasiado restrictiva, ya que podría omitir eventos y situaciones que frecuentemente son estresantes, como pudieran ser un divorcio o buscar un trabajo. Esto da un resultado insatisfactorio porque va más allá de la definición de estímulo, considerándolo como una respuesta de estrés y porque asegura efectos causales de los estresores como válidos por definición.

Encontramos problemas similares en las definiciones basadas en la respuesta de estrés. Las alteraciones endocrinas y la actividad del sistema nervioso autónomo deben formar parte de dicha definición, pero si esos cambios son producidos por ejemplo por la actividad sexual o por estar viendo un partido de fútbol, el significado de la definición queda poco claro.

2.1.2. Confusión del concepto de Estrés

En las primeras etapas de definición de un constructo siempre se puede esperar cierta imprecisión y más cuando estos constructos tienen que representar complejos fenómenos sociales, psicológicos o biológicos (Contrada, 2011). Así, las formulaciones que evitan las limitaciones de los enfoques basados en estímulo-respuesta, lo hacen definiendo el estrés en términos de procesos, como por ejemplo, aquellos en los que ciertos tipos de estímulos dan lugar a determinados tipos de respuestas, dejando mucho que desear en cuanto a precisión y especificidad, hasta que dichos procesos estén claramente y completamente caracterizados.

Por ejemplo, las dificultades en especificar unas normas generales que recojan los efectos de estímulos estresantes en las respuestas de estrés, conducen a la síntesis teórica descrita por Lazarus (1984). En la que es considerada como una de las mayores contribuciones de la ciencia psicológica en la comprensión del estrés, Lazarus discute conceptos como el de valoración cognitiva y afrontamiento (Coping) los cuales son necesarios para explicar cómo la exposición a ciertos estímulos estresantes llevan a ciertos tipos de respuestas de estrés y así dar cuenta de las diferencias individuales de respuesta (Folkman & Lazarus, 1988; Lazarus, 2000; Lazarus, 2006; Smith & Lazarus, 1990). Aunque cueste negar que los conceptos de evaluación y afrontamiento son útiles también presentan sus limitaciones.

Una de ellas es intentar no tenerlos en cuenta, tanto conceptual como operacionalmente. Es complicado determinar dónde termina el proceso de valoración cognitiva que inicia el proceso de estrés y donde comienza la actividad de manejo y afrontamiento del estrés percibido y sus efectos (Contrada, 2011; Coyne & Racioppo, 2000). En consecuencia es muy complicado obtener una medida que refleje la valoración cognitiva de forma independiente al afrontamiento. Otro tipo de problemas surgen de la distinción entre estímulos estresantes, otros factores socio contextuales, disposiciones personales y la separación de la valoración y el afrontamiento de otras respuestas a los estresores.

De esta forma, aunque los constructos de evaluación y afrontamiento son necesarios y son ampliamente aceptados no carecen de críticas relativas a la falta de claridad, solapamiento conceptual y de evaluación (Coyne & Racioppo, 2000; Dohrenwend & Shrout, 1985).

2.1.3. Causalidad probabilística

Otros autores como Engel (1998) sugieren que los problemas de definición del concepto de estrés contribuyen a su incapacidad para poder proporcionar una base adecuada de apoyo empírico para afirmaciones a priori acerca de qué tipo de estímulos provocan las respuestas de estrés y en qué sistemas corporales se darán estas.

No obstante, esta crítica puede contrarrestarse mediante el reconocimiento de que los elementos implicados en los procesos de estrés muestran relaciones probabilísticas en lugar de deterministas (Dickerson & Kemeny, 2004). Una parte importante de estos avances se han logrado extendiendo el marco de trabajo con afrontamiento e incorporando constructos

adicionales para mejorar la precisión predictiva de los mismos (Shiffman, Stone & Hufford, 2008).

Por tanto, los estresores no son estresantes en sí, sino que son más bien sucesos y condiciones potencialmente estresantes (es decir que pueden producir las respuestas predichas), dependiendo de la evaluación cognitiva y los procesos de afrontamiento (Brenner, Sörbom & Wallius, 2011; Carton & Fruchart, 2013; Richardson, Watt & Devos, 2013; Schonfeld, 2011; Sharplin, O'Neill & Chapman, 2011; Tang, 2012). Los resultados de dichos procesos de evaluación y afrontamiento, dependerán a su vez de las características personales y factores socio-ambientales que funcionan como recursos o como vulnerabilidades, ya sea amortiguando o amplificando la respuesta de estrés a través de los efectos de la evaluación y el afrontamiento (Jepson & Forrest, 2006; McManus, Keeling & Paice, 2004; Stephan, Caudroit, y Chalabaev, 2011; Williams, Smith, Gunn & Uchino, 2010).

Así, una mejor comprensión de la evaluación y el afrontamiento, mas la identificación de recursos y vulnerabilidades, y una exposición más detallada de los procesos de interacción que vinculan la valoración y el afrontamiento a los recursos y vulnerabilidades, han aumentado la precisión predictiva de la ocurrencia y los resultados del estrés (Fernet, Guay, Senécal & Austin, 2012; Vercambre, Brosselin, Gilbert, Nerriere & Kovess-Masfety, 2009).

2.2. Modelos explicativos del estrés

2.2.1. Enfoques clásicos: el estrés como estímulo vs. el estrés como respuesta

Los primeros intentos de conceptualizar el estrés como un estímulo fueron de naturaleza simple, mecanicistas y lineal (Cox, Griffiths & Rial, 2010). El principal argumento era el de que los eventos externos podían causar reacciones psicológicas y fisiológicas a las personas expuestas a ellos. Esta reacción era entendida como reversible a menos que se sobrepasara un umbral. Los eventos eran clasificados como aversivos y nocivos. Por tanto el estrés era visto como una característica del entorno y era tratado como una variable independiente del tipo: un ambiente Y causa una enfermedad X.

Otro ejemplo primario de este enfoque es el de Symonds (Cox et al., 2010) quien en un informe de la aviación inglesa discute los problemas de salud mental del personal y los pilotos, afirmando que el estrés es lo que ocurre a las personas y no la consecuencia que tiene en ellas.

La principal aportación de este enfoque fue el desarrollo del concepto de umbral de estrés y la búsqueda de diferencias individuales en el mismo.

Los primeros intentos de teorías basadas en la respuesta de estrés provenían fundamentalmente de la medicina y pese a que usaban el mismo sistema conceptual lo hacían mediante terminologías distintas (Cox et al., 2010). Las características aversivas o nocivas del ambiente eran conceptualizadas como estresores y el estrés era la respuesta de cada persona a

estos. En este caso el estrés era visto como una variable dependiente, como por ejemplo una respuesta fisiológica a un entorno amenazante.

Dentro de esta visión, fue el fisiólogo Walter Cannon (1939) quién originó el primer uso biomédico del término estrés para referirse a la perturbación de la homeostasis corporal por parte de amenazas externas que llevan al organismo a movilizar recursos para lidiar con dichas amenazas. Cannon acuñó la expresión de respuesta de lucha o huida (fight or flight response) para describir la movilización de recursos del organismo para agredir o huir. Cannon localizó el origen de esta respuesta en el sistema límbico y nos presentaba una irónica versión del hombre moderno que vive en ciudades en las que los peligros físicos son mínimos, pero sus formas de afrontamiento dependen de mecanismos arcaicos que le movilizan para la lucha o la huida aun cuando la mayoría de amenazas a las que se enfrenta no precisan de este tipo de respuestas.

Tras Cannon, la siguiente gran figura en la historia del estrés es la de Selye (1956), sin duda el autor que lanzó definitivamente el concepto en medicina y biología y lo hizo conocido para el público general. Selye amplía la concepción de Cannon, centrándose en la respuesta de estrés y describiendo tres grandes fases en esta, formulando el conocido Síndrome de Adaptación General (GAS): la fase de alarma, la fase de resistencia adaptativa y la fase de agotamiento. La fase de alarma equivaldría a la respuesta de lucha o huida de Cannon, la respuesta adrenomedular que prepara a la persona para responder a una amenaza o imprevisto. Durante la segunda fase, la de resistencia-adaptativa, si los estresores desaparecen, los procesos homeostáticos hacen que el organismo vuelva al estado previo a la amenaza. La fase de agotamiento, es el resultado de excesivas demandas metabólicas continuadas ante las

amenazas de una fase de alarma prolongada. El consecuente agotamiento de los recursos del organismo llevan a que este desarrolle enfermedades e incluso pueda morir. En la figura 1 se pueden observar estas fases.



Figura 1. Etapas del estrés de Selye (Adaptado de Selye, 1956)

2.2.2. Enfoques contemporáneos

A partir de los años 70 comienzan a surgir una nueva generación de teorías caracterizadas por dos aspectos: un mayor énfasis por la interacción entre la personas y el entorno, y un rol más activo de las personas introduciendo para ello conceptos psicológicos para explicar dicha interacción. Por tanto las teorías contemporáneas del estrés son psicológicas, ya sea implícita o explícitamente, al reconocer el papel de procesos como la percepción, la cognición y la emoción. Este último aspecto determinará cómo cada persona reconoce, experimenta y responde a las situaciones estresantes, así como su forma de afrontarlas y cómo afectará a su salud.

Por tanto, cada enfoque pone énfasis en cada uno de estos procesos y los relaciona con la experiencia, personalidad y el estilo de respuesta de la persona. Al mismo tiempo, cada vez irá tomando más fuerza la idea de afrontamiento del estrés y de cómo esta puede moderar los

efectos del estrés sobre la salud (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001; Cox & Ferguson, 1991; Lazarus, 2000).

Para las teorías contemporáneas el estrés es una experiencia emocional negativa que ocurre cuando la persona percibe que tiene demasiadas demandas del entorno o cuando no puede afrontarlas. Los correlatos fisiológicos y conductuales de la experiencia del estrés cambian la forma en que la persona ve y entiende el entorno, así como su patrón de respuesta fisiológica y la forma de comportarse. En ciertas circunstancias, estos cambios pueden incrementar el riesgo de trastornos físicos y psicológicos.

Dentro de esta categoría podemos identificar dos tipos de teorías las interaccionales (o estructurales) y las transaccionales (o de proceso). La diferencia principal estriba en el énfasis que ponen en la situación y en lo activa que pueda ser la persona a la hora de valorar la situación y actuar. Las teorías interaccionales, se centran en la estructura de las situaciones que dan lugar a experiencias de estrés y dan un menor peso a los procesos individuales para afrontar la situación. Por su parte las teorías transaccionales dan un papel más activo a la persona y se centran más en los procesos, como la valoración cognitiva y el afrontamiento. Ambos enfoques tienen una fuerte orientación psicosocial (Cox et al., 2010)

Los modelos de interacción se centran en las características estructurales del proceso de estrés, es decir, qué factores de estrés conducirán más probablemente a unos resultados determinados en unas poblaciones específicas. Los modelos transaccionales son de naturaleza más cognitiva y se centran en la relación dinámica que se da entre las personas y su entorno en términos de procesos mentales y emocionales (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000).

2.2.2.1. Enfoque Interaccional.

2.2.2.1.1. El Modelo de Michigan

El Modelo Michigan se basa en un marco establecido por French y Kahn en 1962. También es conocido como el modelo de ISR (Instituto de Investigación Social), Modelo del Entorno social, o el Enfoque del rol del estrés. Al igual que el del modelo ajuste P-E (French, Caplan & Van Harrison, 1982), el Modelo de Michigan (Caplan, Cobb, French, Harrison & Pinneau, 1975) también pone énfasis en las percepciones subjetivas del individuo ante los factores estresantes. Así, estresores ambientales, como la ambigüedad de rol, los conflictos, la falta de la participación, la seguridad laboral, la carga de trabajo, la falta de desafío, etc., son las variables percibidas subjetivamente, y las variables de personalidad, demográficas y el apoyo social moderan estas percepciones para conducir a los distintos resultados en la salud (Kompier, 2003).

El papel otorgado a cuestiones de roles, como el conflicto de rol, ambigüedad de rol y las expectativas de rol son centrales, por lo que como hemos comentado a veces se conoce a este modelo como el Enfoque del rol del estrés (Kompier, 2003).

El modelo fue refinado por Hurrell y McLaney (1988) en el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo de los EE.UU. para dar lugar a lo que se conoce como el modelo de NIOSH, que avanza en la especificación de ejemplos de cómo operan los factores de estrés, las diferencias individuales, reacciones agudas, y los resultados de la enfermedad.

También tienen su papel en la etiología del estrés laboral, los factores objetivos del lugar de trabajo (Huang, Feuerstein & Sauter, 2002).

Buunk et al (2000) afirman que el modelo de Michigan no tiene una perspectiva teórica clara que conduzca fácilmente a hipótesis específicas y que es difícil de evaluar empíricamente debido a su complejidad. Se ha encontrado apoyo mixto para ciertos aspectos de una versión simplificada del modelo, especialmente en lo que respecta a la relación entre el apoyo gerencial y satisfacción en el trabajo (Jones, Smith & Johnston, 2005), sin embargo, una falta general de apoyo empírico significa que no tiene mucha validez predictiva para los resultados de salud, a diferencia de otros modelos conocidos como el Modelo de control de demandas (Karasek & Theorell, 1990).

2.2.2.1.2. La teoría del ajuste persona-entorno

Kurt Lewin (1951) observó que las características personales de un individuo interactuando con su entorno de trabajo influían a la hora de determinar la tensión, el consiguiente comportamiento y los efectos en la salud de este último. Este concepto fue desarrollado en el Modelo de Ajuste Persona-Entorno (French, 1973), el cual sugiere que el buen ajuste entre una persona y su entorno de trabajo es clave para su salud.

Para unas condiciones de trabajo saludables, es necesario que las actitudes de los empleados, habilidades, capacidades y recursos se ajusten a las exigencias de su trabajo, y por tanto los entornos de trabajo deben cubrir las necesidades, conocimientos y habilidades potenciales de los trabajadores. La falta de ajuste en cualquiera de estos dominios puede

causar problemas, cuanto mayor sea la brecha o inadaptación (ya sea subjetiva u objetiva) entre el persona y su entorno, mayor es el esfuerzo para cubrir demandas que exceden habilidades (Sonnentag & Frese, 2003). Estos esfuerzos pueden relacionarse con la salud, menor productividad, y otros problemas de trabajo (French et al., 1982). Mecanismos de defensa, tales como la negación, la reevaluación de las necesidades, y el afrontamiento, también caben en el modelo, para tratar así de reducir el desajuste subjetivo (Buunk et al., 2000).

Lazarus (1991) establece que el modelo Ajuste Persona-Entorno representó un avance conceptual, pero el concepto de ajuste entre la persona y el medio ambiente era tratado de forma estática, con énfasis en las relaciones estables en lugar de un proceso de acción e interacción en contextos de trabajo cambiante. Por su parte Buunk et al. (2000) afirman que el apoyo empírico para este modelo es limitado.

2.2.2.1.3. El modelo de control de Demandas de Karasek

Una exposición más amplia de este modelo se realiza en el apartado relativo a la Salud mental, pero dada su relevancia en la investigación del estrés laboral se hace necesario incluirlo también en este apartado.

El modelo de Control de Demandas (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990) es tal vez el más modelo influyente de estrés laboral (Kompier, 2003). El modelo original se centraba en dos características psicosociales del trabajo: las demandas de trabajo y el control del puesto. Este segundo factor a veces se llama libertad de decisión (Karasek, 1979) y se compone de los

subfactores: autoridad en la toma de decisiones (control sobre situación de trabajo) y la discreción de habilidad (posibilidad de utilizar lo aprendido mediante destrezas y competencias). Cox y Griffiths (1995) llaman a este modelo, modelo "interaccional", ya que se centra en las características estructurales de las interacciones de un individuo con su entorno (en comparación con el proceso de lo que está ocurriendo en esta interacción).

La investigación de Karasek (1979) mostró que las personas expuestas a altos niveles de demanda y bajos niveles de control sobre el puesto de trabajo (situación de alta tensión) eran desproporcionadamente más propensos a mostrar mayores niveles de depresión, fatiga, enfermedad cardiovascular y una mayor mortalidad. Sin embargo, niveles más bajos de enfermedad se dieron en individuos con demandas moderadas o incluso altas, si también tenían altos niveles de control sobre el trabajo (situación de desafío). Karasek (1979) por lo tanto propone una interacción donde las altas demandas y el bajo control predecirían niveles altos de estrés, pero un aumento del control podría amortiguar el negativo efecto de demandas sobre los resultados. El modelo se amplió (Johnson & Hall, 1988) para incluir el apoyo social (DCS) en armonía con lo que sugiere la evidencia de que el apoyo puede actuar como un amortiguador en situaciones de demanda alta (Cooper et al., 2001; Karasek & Theorell, 1990; Lim, 1996).

Existe evidencia significativa en una variedad de poblaciones que asocian los resultados de salud con control, demandas, y apoyo (Van der Doef & Maes, 1999). Sin embargo, existe un apoyo mixto para los efectos interactivos de las demandas y el control, algunos afirman que estos efectos son en gran medida aditivos (Warr, 1992).

2.2.2.2. Enfoque Transaccional

Estos modelos transaccionales a menudo ponen el énfasis en el papel de las percepciones subjetivas del trabajador sobre el entorno, y son más propensos a reconocer el posible impacto de los factores individuales de diferencia, como las diferencias en el afrontamiento, la evaluación, la personalidad, el locus de control, etc. A continuación se describen algunos de los principales los modelos de este enfoque.

2.2.2.2.1. El Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (o ERI)

El modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa (Siegrist, 1996) es bastante popular en el campo del estrés ocupacional. Al igual que el modelo DCS, fue desarrollado con un enfoque sobre la enfermedad cardiovascular (Siegrist, 1996). El modelo ERI tiene algunas características clave que se pueden considerar transaccionales, ya que hace hincapié en las percepciones subjetivas del entorno. Sin embargo, el papel de las diferencias individuales y la explicación de los procesos internos está menos desarrollados que en otros modelos transaccionales, como los de Lazarus y Folkman (1984) y el de Cox (1987).

El concepto clave del modelo ERI es el de reciprocidad, según el cual el esfuerzo en el trabajo debe ser compensado por las recompensas adecuadas, y un desajuste entre éstos llevará a experiencias estresantes (Peter & Siegrist, 1999). Las recompensas se definen como dinero, estima, oportunidades de carrera, y seguridad. Se propone que el esfuerzo puede tener dos componentes: motivaciones intrínsecas, que consistirían en esfuerzos personales, tal como una necesidad de control y compromiso excesivo (una tendencia a hacer esfuerzos excesivos o

estar comprometido con metas poco realistas); y motivaciones extrínsecas, o presiones externas, como la carga de trabajo (similar al concepto de trabajo del modelo DCS, Kompier, 2003). Propone también que las demandas externas se relacionen con la situación del mercado de trabajo y la facilidad de encontrar otro empleo.

Según Peter y Siegrist (1999) el modelo DCS sólo se preocupa de los factores extrínsecos, mientras que el ERI utiliza factores extrínsecos (esfuerzo extrínseco) y factores intrínsecos (compromiso excesivo). El modelo ERI también difiere del modelo DCS en que no es el nivel "real" de desajuste entre esfuerzos y recompensas lo importante, sino más bien su falta de correspondencia percibida (Siegrist, 1996). Esto implica un importante papel para las diferencias individuales, conceptualizadas como diferentes percepciones subjetivas entre individuos; sin embargo la forma en que esto puede suceder en la práctica no se ha investigado lo suficiente.

Los principios del modelo ERI tienen apoyo empírico (Bosma, Peter, Siegrist & Marmot, 1998; Peter & Siegrist, 1999), mostrando que existen riesgos significativamente elevados de enfermedades coronarias en las personas expuestas a las condiciones de recompensa baja y esfuerzo alto, en comparación con aquellas que lo son a situaciones de poco esfuerzo y / o alta recompensa. Van Vegchel, de Jonge, Bakker, y Schaufeli (2002) también encontraron fuertes efectos de los componentes de recompensa en relación con la autoestima y la seguridad en el empleo, así como en las quejas psicósomáticas y el agotamiento. De Jonge, Bosma, Peter y Siegrist (2000) encontraron que individuos con altos esfuerzos y bajas recompensas eran hasta 21 veces más propensos a sufrir agotamiento emocional que aquellos con bajos esfuerzos y alta recompensas.

La relación entre el esfuerzo y la recompensa se puede entender de diferentes maneras, incluyendo como una relación de esfuerzos dividido por recompensas y multiplicado por un factor de corrección, (donde cero indica bajos esfuerzos y grandes recompensas, y los valores más allá de 1 indican altos esfuerzos no cumplidos por las recompensas); o como un término de interacción multiplicativa. Van Vegchel, de Jonge, Bosma y Schaufeli (2005) compararon los resultados utilizando estos métodos y encontraron evidencia de que el término relación de este último puede ser mejor para predecir resultados de manera significativa.

2.2.2.2.2. La Teoría cognitiva del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman

La teoría del estrés psicológico y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1980) es quizá la teoría más influyente del marco transaccional. A veces es conocida como el enfoque cognitivo-relacional. Desde este punto de vista, el individuo y su medio ambiente se ven como coexistentes en una relación dinámica, donde el estrés es el estado psicológico y emocional que se representa internamente como parte de una transacción estresante (DeLongis, Folkman & Lazarus, 1988). Los dos conceptos clave en este proceso son la valoración y el afrontamiento (Cox et al., 2000).

Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis (1986) describen la evaluación primaria como la primera etapa del proceso de valoración, donde los encuentros se evalúan subjetivamente para ver qué está en juego en términos de riesgo potencial (Perrewé & Zellars, 1999). Estas

evaluaciones permiten la influencia de las diferencias individuales, ya que la naturaleza de lo que se considera estresante es específica para cada individuo.

En un trabajo posterior, Park y Folkman (1997) exponen que la atribución de significado que las personas hacen de los acontecimientos, puede ser enmarcada por las creencias existentes basadas en su significado global más amplio. Así las atribuciones de significado están basadas en supuestos fundamentales, las teorías de la realidad (por ejemplo, la religión), la autoestima, experiencia de vida, etc. Park y Folkman (1997) proponen que la realización de significado situacional ocurre cuando las creencias globales de un individuo y las metas interactúan con las características específicas de una persona-entorno particular, transacción que se define por los procesos de evaluación y afrontamiento.

Si una situación es evaluada como potencialmente estresante, a continuación, se hace la valoración secundaria, en la que el individuo evalúa si el daño potencial puede ser alterado, evitado o impedido (Park & Folkman, 1997). Las acciones potenciales o formas de afrontamiento son evaluadas basándose en experiencias del pasado, así en la personalidad, recursos personales. Lazarus y Folkman (1984) describieron muchos tipos de conductas de afrontamiento, sugiriendo que podrían ser divididas en dos grandes categorías de respuesta: orientadas a la emoción y centradas en el problema, cada uno de las cuales son apropiadas para diferentes tipos de situación.

Una vez que los posibles métodos de afrontamiento son evaluados y seleccionados, se produce la última etapa del modelo, donde se implementa el afrontamiento. El afrontamiento ha sido definido como aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales que la persona hace

para gestionar (reducir, minimizar, dirigir, o tolerar) las demandas internas y externas de la transacción persona-ambiente, valorada como superior a los recursos de la persona (Folkman et al, 1986). Park & Folkman (1997) sugieren que afrontamiento es el método principal de gestión de la incongruencia de la situación. El hecho de no hacer frente con éxito (de demandas excesivas o falta de recursos) probablemente conduzca al estrés y tendrá efectos negativos en la salud y en el desempeño laboral (Cox et al. 2000).

El modelo cognitivo-relacional da peso a la situación laboral, a percepciones subjetivas, y a la posible influencia de diversos factores relacionados con las diferencias individuales. De hecho Lazarus sostiene (1991) que muchas intervenciones de manejo del estrés fracasan porque tratan a todas las personas como si fueran iguales. Para este autor resulta más útil para ver al individuo, el grupo, y el lugar de trabajo como una sola unidad de análisis, en lugar de variables que han de ser manipuladas de forma independiente.

Dentro del marco de estudio de este modelo, han surgido dos conceptos similares: Las estrategias de afrontamiento y los estilos de afrontamiento. Estos últimos se refieren a predisposiciones de tipo personal para enfrentarse a situaciones y serían las responsables no sólo de las preferencias individuales a la hora de elegir unos tipos u otros de estrategia de afrontamiento, sino también de que estas sean estables en el tiempo y en las situaciones (Fernandez Abascal, 1997). Por su parte las estrategias de afrontamiento, vendrían a ser los procesos concretos usados en cada contexto y serían más cambiantes en función de la situación que los desencadena (Sandín, Chorot, Santed & Jiménez, 1995). Es decir, los estilos serían tendencias a responder de forma más o menos estable y las estrategias serían más situacionales (Pelechano, 2000).

Por su parte, el Modelo transaccional del estrés laboral de Cox (Cox et al., 2000; Cox & Mackay, 1981) está estrechamente relacionado con la obra de Lazarus y Folkman y muchos de los procesos y etapas son similares en los dos modelos. Sin embargo hay ciertas diferencias en el modelo de Cox, particularmente una estructura más clara y un mayor enfoque sobre la salud en el trabajo y las diferencias individuales (Cox & Ferguson, 1991). Este modelo está organizado en varias etapas constitutivas de un sistema general que describe la forma en que actúa el estrés. Entiende el estrés como parte de un sistema cibernético dinámico (mecanismos de feedback). Por tanto, el estrés se produce cuando se rompe el balance entre la percepción de la demanda y la percepción de su propia capacidad para hacer frente a la demanda (percepción de la capacidad de afrontamiento); y lo que realmente es importante es la evaluación cognitiva de la potencialidad estresante de la situación y de la habilidad para afrontarla.

2.2.3. Las revisiones contemporáneas del concepto Estrés

2.2.3.1. El estrés como respuesta única frente a las respuestas múltiples

Aunque la respuesta al estrés es frecuentemente formulada en términos de un organismo individual que se defiende de la amenaza mediante la lucha o la huida, se han observado diversos tipos de respuesta al estrés (Contrada, 2011). Así, la antítesis a la activación conductual típica, también ha sido ampliamente observada en las respuestas del tipo “freeze-hide” (congelar-ocultar). Los biólogos evolutivos a veces se refieren a la tendencia a producir una respuesta activa o pasiva frente al estrés como una distinción entre "halcones" y

"palomas". Los halcones son proactivos y audaces, mientras que las palomas prefieren un estilo de respuesta definido por la pasividad, la reactividad, la no agresión, y la precaución (Korte, Koolhaas, Wingfield & McEwen, 2005).

Podemos considerar que cada estilo tiene sus ventajas evolutivas. Así Korte et al. (2005) han sugerido que la respuesta de lucha característica de los halcones es un ejemplo de la respuesta suprarrenal simpática que produce adrenalina elevada en la sangre ya descrita por Cannon (1929); esto es, un aumento de los niveles de norepinefrina sináptica, y, durante la pelea, la activación de una respuesta hipotálamo-hipofisario-gonadal que produce un aumento en la testosterona plasmática. Por su parte, en su respuesta al estrés, las “palomas” manifiestan la activación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal y la producción concomitante de factor liberador de corticotropina que estimula la glándula pituitaria para secretar la hormona adrenocorticotrópica en sangre. Aunque gran parte de la investigación centrada en la formulación de halcones-palomas se basa en estudios de especies animales, la posibilidad de que la respuesta al estrés pueda ser más compleja de lo previsto originalmente en las propuestas clásicas, es sin duda una posibilidad intrigante para la investigación y la teoría futura.

2.2.3.2. Las respuestas específicas de estrés en función del Género según Taylor

En una serie de artículos, Taylor y cols (Taylor et al., 2000; Taylor et al., 2002) han mostrado que hombres y mujeres pueden responder al estrés de manera diferente. En particular, describen una respuesta al estrés que se postula como una alternativa viable a la

clásica de lucha o huida. Esta respuesta ha sido llamada como "Tending-Befriending" ("cuidar y confraternizar") y que podría ser característica de la hembra de diversas especies.

Así según el modelo Tend-and-befriend, se selecciona la respuesta cuidar y confraternizar como un producto evolutivo y refleja la tendencia adaptativa de las mujeres hacia la afiliación, la cooperación y cuidados: el Tending implica actividades enriquecedoras diseñadas para proteger el yo y la descendencia y que promueven la seguridad y reducción de la angustia; mientras que el befriending promueve la creación y el mantenimiento de las redes sociales que pueden ayudar en este proceso. (Taylor et al., 2000).

La respuesta de cuidar y confraternizar se derivaría supuestamente de la propensión al cuidado por parte de las hembras. Las bases biológicas de la respuesta, aducidas de estudios en humanos y animales, parecen implicar a la oxitocina que opera en conjunto con las hormonas reproductivas femeninas y los mecanismos endógenos de péptidos opioides (Contrada, 2011).

Por su parte, la agresión en los hombres parece estar mediada por la excitación del sistema nervioso simpático, mientras que en las hembras la agresión no ha sido vinculada con fiabilidad a la excitación simpática, lo que sugiere que en el caso de las hembras la agresión, pueda no tener un componente adreno-medular dentro de la etapa inicial de "alarma" de la respuesta al estrés. Por tanto, la posibilidad de que la respuesta al estrés puede ser "de Género" complica aún más su delimitación

2.2.3.3. Afrontamiento Activo y Pasivo: Afrontamiento Social frente a lucha o huida

Como hemos mostrado, según Taylor y col. (2005), las diferencias de Género en la respuesta al estrés se reflejan en los patrones psicofisiológicos subyacentes a ella, que afectan a ambos Géneros por igual. Aunque el sustrato autonómico de la respuesta al estrés se caracteriza a menudo como el reflejo de lucha o de huida, es raro que el estrés cotidiano se manifieste luchando o huyendo. Así, rara vez se experimentan situaciones que requieran combate físico o escape. La mayor tensión diaria implica el manejo situaciones de valoración social y la habilidad de afrontar situaciones sociales. La actividad física más sutil puede desempeñar un papel en tal funcionamiento, especialmente en relación con la postura corporal y la expresión facial. Los matices en la coloración de la cara y la expresión son poderosos agentes de comunicación social y juegan un papel más importante en la gestión del entorno social que la movilización simpática. Tales eventos fisiológicos están mediados por la función parasimpática, más que la simpática, a través de una red de interacciones vagales del trigémino, según lo descrito por Gevirtz (2011)

Aunque el afrontamiento del estrés activo puede ir acompañado de la activación simpática y la inhibición parasimpática, el afrontamiento pasivo del estrés tiende a estar asociado con el proceso contrario. Así Aboussafy, Campbell, Lavoie, Aboud y Ditto (2005) demostraron una reacción parasimpática y el consiguiente deterioro en el asma (en el que la excitación parasimpática provoca broncoconstricción) entre los pacientes asmáticos expuestos a situaciones de respuesta pasiva a la tensión. Una respuesta similar se produce en la tristeza inducida experimentalmente entre los niños asmáticos (Miller & Wood, 1997).

Otros estudios muestran que la exacerbación del asma como una respuesta de estrés tiende a utilizar los estresores sociales que no podían ser manejados por la persona, por ejemplo, el maltrato psicológico por una figura autoritaria (Isenberg, Lehrer & Hochron, 1992). La exposición a sangre y vísceras también parece evocar una respuesta parasimpática (Bosch, de Geus, Veerman, Hoogstraten & Nieuw Amerongen, 2003), tal vez como una preparación refleja de choque para preservar el suministro de sangre. La respuesta "juego muerto" también puede reflejarse en una descarga parasimpático, una respuesta de estrés paradigmática. Esta se encuentra de forma masiva en las respuestas al estrés pasivo en roedores (Belser, 1983; Richter, Schumann & Zwiener, 1990; Zwiener, Richter, Schumann, Glaser & Witte, 1990), pero también en los seres humanos (Heslegrave & Furedy, 1978). Tales reacciones de estrés "vasovagal" incluso pueden ser mortales a veces (Chamarthi, Dubrey, Cha, Skinner & Falk, 1997; Samniah, Iskos, Sakaguchi, Lurie & Benditt, 2001).

El manejo del estrés se acerca a este complejo de respuestas que implica la capacidad de respuesta social, sobre todo cuando se caracteriza por la pasividad y/o tristeza o, por ejemplo, por una respuesta de choque fóbico-anticipatoria ante un análisis de sangre, por lo que bien podría incluir componentes diseñados para modular este patrón. Estos pueden incluir la formación en habilidades sociales, los aspectos de la terapia cognitiva, ejercicio, y control de la respiración y la variabilidad del ritmo cardíaco (Contrada, 2011).

2.3. Nuevas tendencias y líneas de investigación en el estudio del estrés

En general, la investigación de la relación de estrés y salud ha mostrado una mayor especialización en los últimos años más próxima a la complejidad de los fenómenos que pretende explicar. Esto se puede observar en los diferentes temas y enfoques que se han desarrollado. A continuación, vamos a hablar de algunos de ellos.

2.3.1. Cognición y estrés

Algunas de las primeras observaciones que anunciaban el papel de la cognición en la comprensión del inicio del estrés psicológico, su afrontamiento y las respuestas adaptativas que se puedan derivar de él, fueron por un lado las de Lazarus en sus primeros estudios sobre valoración del estrés (Lazarus & Alfert, 1964) y por otro las críticas hacia el modelo de Selye en los que autores como Mason enfatizaban el papel de los procesos de percepción en el inicio de los procesos de estrés (Mason, 1975).

No menos importante fue el trabajo de Glass (Glass & Singer, 1972; Glass et al., 1973) sobre el papel de la previsibilidad percibida y la capacidad de control en el impacto conductual y fisiológico de estresores urbanos, así como el trabajo teórico de Leventhal (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980) en relación a las representaciones cognitivas de amenazas para la salud en el manejo de enfermedades crónicas.

Podemos afirmar que a pesar de la importancia de los procesos de estrés que no tienen origen cognitivo, por ejemplo, las respuestas de estrés sistémico estimulados por la actividad de las citoquinas proinflamatorias (Morey, Boggero, Scott & Segerstrom, 2015), este enfoque domina actualmente la investigación en relación en el campo del estrés.

De ello se desprende que la perspectiva cognitiva guía una considerable proporción del trabajo centrado en el afrontamiento y otras formas de adaptación a los estresores. Por lo que la selección y ejecución de respuestas de afrontamiento son vistos mayoritariamente como procesos de evaluación cognitiva (Pretzer y Beck, 2007; Roesch, Weiner & Vaughn, 2002). Por ejemplo, un estresor que se percibe como potencialmente controlable tendrá más probabilidades de instigar activamente conductas centradas en el afrontamiento que uno que parece incontrolable y por lo tanto hace poco probable que sea sensible a este tipo de esfuerzos (Hiro, Kawakami, Tanaka & Nakamura, 2007).

Por otra parte, muchas formas específicas de afrontamiento, implican procesos cognitivos como la atención, la interpretación/reinterpretación, la construcción de significado y la evitación (Folkman, Schaefer & Lazarus, 1979; Lupien et al., 2006; Peacock & Wong, 1990; Pittner & Houston, 1980; Pretzer & Beck, 2007; Roesch et al., 2002; Taylor, 1983).

El impacto de los principales moderadores del proceso de afrontamiento del estrés también suele ser interpretados en términos cognitivos. Por ejemplo los efectos del apoyo social dependen de cómo son percibidos los recursos sociales (Sarason, Sarason, Potter & Antoni, 1985); entre los factores de personalidad que influyen en el proceso de afrontamiento del estrés, se ha prestado especial atención a los que implican expectativas, como el

optimismo disposicional (Scheier, Carver & Bridges, 1994); el locus de control (Bollini, Walker, Hamann & Kestler, 2004), atribuciones, como el estilo explicativo (Jackson, Sellers & Peterson, 2002), preferencias relacionadas con la información, como la supervisión cuando hay embotamiento (Hoffner, 1993); y creencias como el cinismo y la desconfianza (Williams et al., 2010).

En la investigación de la reducción del estrés, las intervenciones CC han producido efectos positivos tanto a nivel psicológico como físico en diversas enfermedades crónicas (Bryant, Harvey, Dang, Sackville & Basten, 1998; Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Dougall & Baum, 2010; Hofmann et al., 2012; Holroyd et al., 2001; McGregor et al., 2004; Richardson & Rothstein, 2008)

2.3.2. Análisis multinivel en la investigación del estrés

La investigación del estrés ha progresado hasta el punto de que se extiende desde el nivel celular hasta el social. A nivel de análisis psicológico se extiende desde los procesos básicos hasta aspectos biológicos, así como a otros niveles como sean las diadas, los grupos, las organizaciones e incluso la propia sociedad (Griffith, 2002; Schulz et al., 2008; Torsheim & Wold, 2001; Van Yperen & Snijders, 2000).

Esto último puede ser visto como un producto de la capacidad de la ciencia psicológica para ser una especie de concentrador en relación a campos cercanos de investigación (Cacioppo, 2007). Por otro lado también refleja la creciente permeabilidad de las tradicionales

fronterizas que caracterizaba a las ciencias de la salud (Leiderman & Shapiro, 1964; Schwartz & Weiss, 1978)

Un sentido en el que la interacción de factores a diferentes niveles de análisis ha sido durante mucho tiempo un foco de investigación sobre el estrés, es el énfasis en la obtención cognitiva de respuestas de estrés biológico (Lovallo, 2004). Actualmente la investigación en psicología de la salud se ha centrado en el estudio del estrés, esta forma de análisis psicofisiológico transversal se ha ido ampliando de forma considerable, alcanzando amplios niveles de análisis. Esto se puede deducir de la identificación de las respuestas al estrés biológico con una categoría de mecanismos de la enfermedad, promovidos a través de factores sociales, psicológicos y conductuales que influyen en la etiología y la patogénesis de las enfermedades físicas (Dougall & Baum, 2010; Jackson et al., 2002; Keyes, 2004; Leventhal et al., 1980) que en última instancia implican la alteración de las estructuras y funcionamiento corporales, así como órganos y células. Así, por ejemplo, se puede rastrear la influencia de la actividad humana global, en el comercio internacional y los acontecimientos históricos asociados, como la esclavitud y el transporte de los africanos a Estados Unidos; en la aparición de factores socioculturales, como pueda ser el racismo institucional, que han dado lugar, a su vez, a los fenómenos sociales psicológicos (como el perjuicio a nivel individual, los estereotipos y la discriminación); cuyo impacto psicológico, en el caso del estrés relacionado con la raza, puede promover enfermedades cardiovasculares que implican daño al corazón que se puede observar en el microscopio, como la hipertrofia miocárdica (Contrada, 2011; Contrada et al., 2000).

Además de los esfuerzos encaminados a trazar el flujo de los acontecimientos de las fuerzas socio-ambientales (nivel macro) a través de factores psicológicos (nivel medio) de los procesos de enfermedad (nivel micro), los avances en la investigación del estrés durante las últimas décadas han generado otras formas de análisis multinivel (Gonzalez-Morales, Peiro, Rodriguez & Bliese, 2012; Griffith, 2002; Van Yperen & Snijders, 2000). Al igual que en muchas áreas de la investigación psicológica, la comprensión de los fenómenos relacionados con el estrés se ha mejorado tratando de integrar el análisis neurobiológico con el análisis del desarrollo cognitivo, social, y de los procesos afectivos.

Algunos ejemplos sobresalientes incluyen la determinación de la biología de la percepción de la amenaza, la memoria emocional y el condicionamiento (LeDoux, 1998); los procesos genéticos centrales del sistema nervioso que subyacen a la iniciación de respuestas fisiológicas periféricas de estrés (Dallman & Hellhammer, 2011); la influencia de la oxitocina y los mecanismos opioides sobre la crianza y los comportamientos de afiliación promovidos por el estrés y su posible papel en la promoción de los procesos de apoyo social (Taylor, Dickerson & Klein, 2002; Taylor & Master, 2011); influencias inmunológicas en el comportamiento emocional (Hash-Converse & Kusnecov, 2010); y la neurobiología de los factores de personalidad relacionados con la salud (Williams et al., 2010).

2.3.3. Patrones de respuesta del estrés

Como hemos señalado, entre las tempranas contribuciones al campo de estrés se incluyen el descubrimiento de patrones de la respuesta biológica, es decir, de lucha o huida o fight-or-flight (Cannon, 1929) y el síndrome de adaptación general (Selye, 1956). Desde entonces, y

sobre todo en las últimas décadas, se han introducido constructos adicionales a los patrones respuesta al estrés. En algunos casos, estos se refieren a las diferencias individuales y / o variaciones transversales de situación en la actividad de un sistema de respuesta fisiológica (Burg et al., 2009).

En otros casos, los patrones se han descrito en términos de respuestas que se integran a través de múltiples sistemas. Algunos ejemplos son la citada respuesta de Tend-and-befriend (Taylor & Master, 2011), caracterizado en términos de patrones de crianza y comportamientos de afiliación subyacentes, a los efectos promotores de la salud de los procesos de apoyo social, así como sus bases neurales y neuroendocrinas (Uchino & Birmingham, 2010). Otro es la conducta de enfermedad (sickness behaviour), la cual se define como un conjunto de comportamientos que incluye la anhedonia, la afasia, la fatiga y los procesos subyacentes del sistema inmunitario incluyendo los efectos en el sistema nervioso central (Hash-Converse & Kusnecov, 2010; Koonsman, Parnet & Dantzer, 2002).

Por otro lado, los avances teóricos sobre el papel de la evaluación en el estrés psicológico se han realizado sobre la base del estudio de la emoción, extendiendo así las anteriores concepciones en las que las evaluaciones de estrés se limitan a la amenaza, daño / pérdida, y el desafío. El estrés se puede entender mejor como el resultado de un conjunto más amplio de patrones de evaluación más complejos, ampliando cualitativamente algunos de los listados clásicos de las emociones básicas distintas como el miedo, la ira y la tristeza (Lazarus, 1991; Lazarus, 2000; Lazarus, 2006; Smith & Kirby, 2011)

Del mismo modo, las distinciones entre diferentes patrones de actividad de afrontamiento, se limitaron inicialmente a la existente entre dos formas, la centrada en los problemas y la centrada en la emoción; también han sido objeto de esfuerzos para proporcionar un marco de afrontamiento más complejo y lleno de matices (Carver & Connor-Smith, 2010; Carver & Vargas, 2011; Krantz & McCeney, 2002). Estos incluyen la identificación de patrones de afrontamiento que aparecen acompañados de actividad fisiológica perjudicial para la salud, tales como los esfuerzos para dominar los factores de estrés potencialmente incontrolables (Glass, 1977), y los patrones de afrontamiento que dañan directamente a la salud, tales como el uso de la nicotina, el alcohol y otras sustancias (Grunberg, Berger & Hamilton, 2011).

Del mismo modo, la investigación sobre la adaptación a diagnósticos médicos y tratamientos amenazantes, ha ido identificando patrones de afrontamiento amplios y relevantes a múltiples formas de estrés, como en la obra de Taylor (1983) sobre los procesos de ajuste en personas con cáncer que implican una búsqueda de significado, intentos para recuperar el dominio sobre la propia vida, así como los esfuerzos para restaurar la autoestima. La autogestión de las condiciones médicas crónicas también puede ser vista como un patrón de afrontamiento que se rige por patrones de creencias relacionados con la enfermedad y dirigido hacia un estresor relacionado con la salud (Garrido, Hash-Converse, Leventhal & Leventhal, 2011).

3. Estresores en la enseñanza

Como se expuso en la introducción, la incidencia del estrés en el profesorado está bien demostrada indicando que las demandas constantes del entorno educativo conducen a niveles significativos de estrés y burnout. Así encontramos diversas fuentes de estrés en el profesorado. Una de las más conocidas es la influencia de los alumnos. Los problemas con el alumnado incluyen la conducta disruptiva, como pueda ser el abuso verbal y físico (Kovess-Masféty, Rios-Seidel & Sevilla-Dedieu, 2007; Unterbrink et al., 2008); las demandas emocionales de los alumnos, las necesidades especiales y la heterogeneidad de capacidades, lo cual va ocupando el tiempo y gastando las energías de un ya de por si ocupado profesor (Anastasiou y Papakonstantinou, 2014; Carton & Fruchart, 2013; Cho & Shim, 2013; Gandhi & Sharda, 2013; Keller, Chang, Becker, Goetz & Frenzel, 2014; Romero & Hermosell, 2013).

Otro conocido estresor del profesorado implica las demandas, en ocasiones contradictorias, realizadas por supervisores, colegas, estudiantes, padres, etc. (Beckley, 2011; Brouwers, Tomic & Boluijt, 2011; Tang, 2012). Un tercer grupo de estresores estaría relacionado con el propio trabajo educativo y especialmente con la sobrecarga que frecuentemente conlleva (Anastasiou & Papakonstantinou, 2014; Retelsdorf, Butler, Streblov & Schiefele, 2010; Steinhardt, Smith Jaggars, Faulk & Gloria, 2011; Trinkūnienė & Kardelienė, 2013).

La sobrecarga cuantitativa implica demasiadas demandas sobre el profesorado frente a poco tiempo para darles una solución adecuada, lo cual con frecuencia viene acompañado de

prisa e impaciencia (Awa, Plaumann & Walter, 2010; Slade, Johnston, Oakley Browne, Andrews & Whiteford, 2009).

La importancia de la sobrecarga laboral como estresor se apoya en el hecho de que profesores de todo el mundo la citan como uno de los estresores principales (Antoniou, Ploumpi & Ntalla, 2013; Davis & Palladino, 2011; Ghazi & Maringe, 2011; Gil-Monte, Carlotto & Gonçalves Câmara, 2011; Hasan, 2014; Ilomäki, 2011; Ortiz et al., 2012; Tang, 2012). Las dimensiones más importantes asociadas con la sobrecarga son: demasiado trabajo administrativo (“papeleo”), falta de tiempo para la preparación de las clases, la realización de informes, la masificación de las aulas y la falta de apoyo (o el apoyo inadecuado) y los plazos de entrega de las calificaciones, encontrándose con continuas demandas de entrega a lo largo del año, ya sea de evaluaciones, exámenes, valoraciones, etc.

A nivel administrativo encontramos estresores adicionales. Un estresor citado con frecuencia es la exclusión de los profesores en la toma de decisiones importantes, sobre todo en las relacionadas con la sobrecarga laboral y la calidad de vida. La investigación muestra que cuando los profesores no tienen la oportunidad de participar en la toma de decisiones del centro, aumenta la probabilidad de que su motivación, la autoestima y la satisfacción laboral disminuyan. Además la falta de reconocimiento de los logros profesionales por parte de los supervisores y administradores influye en el incremento de los niveles de estrés (Betoret, 2006; 2009; Chaplain, 2008; Kittel & Leynen, 2003; Kokkinos, 2007; Okeke & Dlamini, 2013).

Cuando se da alto conflicto de rol, incluyendo ambigüedad de rol y baja autonomía, el profesorado es más propenso a experimentar estrés (Cho & Shim, 2013; Fernet et al., 2012; Friedman-Krauss, Raver, Morris & Jones, 2014; Gil-Monte, Carlotto & Figueiredo-Ferraz, 2013; Sahibzada & Bano, 2012). A nivel administrativo, existen otros estresores como puedan ser políticas de empleo poco flexibles en lo referente a la dotación de personal y los permisos y vacaciones, así como una pobre comunicación de la administración con los profesores (Apple, 2013; Holifield, 1981; Krasner et al., 2009; Teven, 2007).

Así, la investigación muestra que la enseñanza se relaciona con un amplio rango de estresores, incluyendo aquellos intrínsecos al hecho de enseñar, aquellos relacionados con la propia relación profesor estudiante y los estresores relacionados con la estructura organizacional del centro, incluyendo la propia administración (Holifield, 1981; Proctor & Alexander, 2006; Teven, 2007).

A lo largo de los años, han ido surgiendo diversas formas de prevenir y tratar el estrés docente. Algunas de esas intervenciones se han centrado en la reducción del estrés mediante cambios en el entorno de trabajo, como puedan ser una mayor inclusión en la toma de decisiones del centro, facilitación del desarrollo de apoyo social y la mejora de la supervisión a través de una mejor definición de objetivos, lo cual da lugar a una menor ambigüedad y conflicto de rol (Hakanen, Bakker & Schaufeli, 2006; Kahn, Schneider, Jenkins-Henkelman & Moyle, 2006; Tang, Au, Schwarzer & Schmitz, 2001; Teven, 2007). Así, estas investigaciones muestran que el estrés se puede reducir estableciendo unas líneas claras de autoridad y responsabilidad para disminuir la ambigüedad y el conflicto de rol. Por lo que en

el trabajo con profesores puede ser valioso solicitar su opinión en áreas que les afectan directamente para incrementar la implicación y compromiso.

Podemos definir el apoyo social como el intercambio de información que hace considerar a la persona que se preocupan por ella, implica por tanto información práctica y/o apoyo emocional. Así la investigación sugiere que el apoyo social puede ser efectivo para reducir el estrés o para amortiguar los efectos de este y cuando se da un efecto directo, el apoyo social se relaciona positivamente con la salud física y psicológica, con independencia de que estén presentes o no estresores laborales (Brouwers et al., 2011; Jiménez, Gutiérrez, José & Celis, 2012; Rey & Extremera, 2011; Sass, Seal & Martin, 2011). El desarrollo de apoyo social se puede lograr dotando de tiempo y espacios adecuados para que este se pueda dar.

El apoyo social moderará el impacto del estrés y ayudará a la persona a la hora de afrontar altos niveles de estrés. Así la investigación muestra que los profesores con altos niveles de estrés perciben un menor apoyo en sus centros que aquellos que presentan bajos niveles de estrés. Por tanto la percepción del estrés se reduce con la percepción de apoyo social, especialmente por parte del resto del equipo del centro. En este sentido la investigación (Greenglass, Burke & Konarski, 1997; Esther Greenglass, Fiksenbaum & Burke, 1996) sugiere que aquellos profesores que trabajan en un entorno percibido como de apoyo tienen menos probabilidad de padecer estrés.

Dentro de este mismo grupo de estresores, surgen ideas novedosas como la de comunidad ideológica (Cary Cherniss & Krantz, 1983), en las cuales la fe en el trabajo docente podría ser restaurada mediante la interacción en comunidades específicas entre profesores quemados y

aquellos que todavía mantienen el compromiso con los objetivos de la educación. Otros autores sugieren que el apoyo en forma de consejo técnico, puede ser la vía para ayudar a los profesores a encontrar nuevas formas de trabajo con los estudiantes (Pines, 1985).

3.1. Tratamiento del estrés en profesores

Como se ha expuesto en la justificación, al ser el colectivo docente uno de los más expresamente estresados, las propuestas de tratamiento son numerosas, tanto en lo que se refiera a programas paliativos del estrés laboral docente, como a aquellos de naturaleza preventiva

Riart y Martorell (2009) hacen una concisa exposición de los programas paliativos de estrés docente, de la más diversa naturaleza, diferenciando entre aquellos de ámbito biosomático, los del ámbito psicológico y aquellos de ámbito social y colectivo:

A. Programas paliativos del estrés laboral docente de ámbito biosomático:

- Técnicas de feedback, las cuales consisten en saber interpretar ciertas señales de estrés corporal para revertirlas.
- Las técnicas de relajación parten del supuesto de eliminar la tensión corporal mediante su detección y el control de la respiración, llegando a estados incompatibles con el de tensión.
- La higiene postural, consistente en ejercicios de distensión y relajación para la prevención de contracturas y tensión muscular.

- Técnicas foniátricas y logopédicas, para aprender a usar la voz de forma correcta y prevenir el estrés y las patologías vocales.
- Equilibrio alimentario: aquellos que usan la modificación de malos hábitos de alimentación para prevenir y combatir el estrés.
- La mejora el entorno de trabajo mediante programas de ergonomía y el control de agentes estresores ambientales (ruido, iluminación, etc.).

B. Programas paliativos del estrés laboral docente de ámbito psicológico:

- Técnicas de relajación psicológica, basadas en el uso de la contemplación, la meditación y otros estados incompatibles con el estrés.
- Sofrología: prácticas de tipo experiencial para hacer consciente a la persona de su potencial de mejora psicológico mediante la comunicación con su cuerpo, y en consecuencia mejorar el afrontamiento y la prevención del estrés.
- Autoconocimiento e introspección: aquellas que promueven la potenciación del autocontrol y la autonomía mediante el autoconocimiento y la reducción de pensamientos de tipo negativo.

- La modulación de la voluntad, lo cual llevaría al dominio personal y por tanto a una reducción del estrés.
- Asertividad: técnicas basadas en la expresión de preferencias y quejas que normalmente no son capaces de expresar y por tanto generan malestar y estrés.

C. Programas paliativos del estrés laboral docente de ámbito social y colectivo:

- Técnicas de resolución de conflictos, técnicas colectivas dinamizadoras y actividades.

Lo cierto es que la revisión de la literatura no muestra muchos ejemplos de técnicas específicas para los docentes, por lo que en este apartado se seguirán las clasificaciones generales acerca de los tipos de intervenciones sobre el estrés laboral. Selva (2004) desde un enfoque organizacional diferencia dentro de la categoría de técnicas sobre el individuo, diferencia en generales, fisiológicas y conductuales, haciendo la siguiente clasificación:

A. Generales: tendrían la finalidad de cambiar la forma de ver la situación.

- Reestructuración cognitiva: consistente en la reinterpretación de los acontecimientos para cambiar su resultado emocional.
- Modificación de pensamientos automáticos y de pensamientos deformados: trata de identificar pensamientos espontáneos de naturaleza irracional y por tanto hacer que pierdan su condición de activadores del malestar.

- Desensibilización sistemática: se basa en la jerarquización de situaciones estresantes y su afrontamiento directo o mediante evocación mental, previo aprendizaje de técnicas de relajación incompatibles con dichas situaciones.
- Inoculación de estrés: metodología similar a la desensibilización sistemática, a partir del aprendizaje de técnicas de relajación y respiración para poder rebajar la tensión en situación de estrés.
- Detención del pensamiento: consiste en la detección y parada de pensamientos automáticos mediante algún tipo de gesto externo (un golpe en la mesa, una palmada, etc.).

B. Fisiológicas: buscan la modificación de esas respuestas fisiológicas y/o la disminución de los niveles de activación producidos por el estrés, centrándose directamente en los componentes somáticos implicados en él. Las principales son:

- Técnicas de relajación física.
- Técnicas de control de respiración.
- Técnicas de relajación mental.

C. Conductuales:

- Entrenamiento Asertivo: para la mejora de la autoestima de tipo social.

- Entrenamiento de habilidades sociales: Enseñanza de conductas que tienen más posibilidad de lograr el éxito y conducirse con seguridad en situaciones sociales.

- Técnicas de solución de problemas: se enseña a la persona a generar alternativas de solución a un problema persistente y a ponerlas a prueba.

- Técnicas de autocontrol o biofeedback: tienen el objetivo buscar que el individuo tenga control de la propia conducta a través del entrenamiento de su capacidad para regular las circunstancias que la acompañan.

Otros autores, como Gil-Monte y Peirò (1999), dentro de las técnicas más propias del enfoque cognitivo-conductual y el enfoque interactivo del estrés, distinguen entre:

1. Estrategias individuales:
2. Estrategias grupales
3. Estrategias organizacionales

Por su parte autores como Guerrero y Rubio (2005), amplían esta clasificación, siendo esta de las pocas que encontramos en la literatura reciente, y hacen una revisión exhaustiva sobre las estrategias de prevención y tratamiento del burnout en el ámbito educativo. Así hacen la siguiente clasificación:

- A. Estrategias individuales: consistentes en la enseñanza de habilidades de afrontamiento para las situaciones de estrés.
- a. Técnicas fisiológicas: orientadas a reducir la activación fisiológica y el malestar derivados del estrés.
 - b. Técnicas conductuales: tienen la finalidad de dotar a la personas de técnicas de afrontamiento para combatir y comprender el estrés laboral.
 - c. Técnicas cognitivas: buscan mejorar la interpretación y evaluación de las situaciones de estrés para cambiar la incidencia que estas tiene sobre la persona.
- B. Estrategias de intervención social: buscan mejorar procesos de interacción social mediante el trabajo de tipo cooperativo.
- C. Estrategias de intervención organizacional: son estrategias encaminadas a reorganizar aquellos aspectos de la organización que se estima están generando estrés.

A continuación vamos a profundizar en esta clasificación

3.1.1. Estrategias de intervención individuales

Dentro de esta categoría podemos hacer una división en dos grandes grupos, aquellas dirigidas a paliar los efectos del estrés y aquellas dirigidas a la adquisición de estrategias de tipo instrumental (Guerrero & Vicente, 2001; Matteson & Ivancevich, 1987).

Así, las estrategias paliativas tienen como objetivo principal que la persona adquiera habilidades para mejorar la expresión emocional, manejar sentimientos y la activación, especialmente mediante técnicas de relajación. Como es sabido la relajación es un proceso de naturaleza psicofisiológica que consta de tres componentes (Justo, 2008): fisiológico, dirigido a la reducción de la activación somática; subjetivo, relativo al estado de tranquilidad; y conductual, referido a un estado de descanso motor. La relajación pretende por tanto una respuesta antagónica a la del estrés encaminada a contrarrestar sus efectos. En esta misma categoría se pueden incluir el biofeedback, la meditación, el mindfulness, etc.

Por su parte las estrategias de intervención dirigidas a la adquisición de habilidades instrumentales, pueden ser a su vez divididas en aquellas dirigidas al cambio de procesos cognitivos y las dirigidas a formas de afrontamiento más efectivas. Las primeras tienen la finalidad de cambiar la forma en que se interpretan ciertas situaciones en las que se experimenta estrés. En esta categoría estarían incluidas las técnicas de reestructuración cognitiva, propias de los modelos cognitivo-conductuales, los cuales se exponen más adelante. El segundo subtipo de estrategias incluye el entrenamiento en solución de problemas (Caballo, 1997), entendiendo como problemas aquellas situaciones en las que la persona no es capaz de responder de forma adecuada. Para ello se sigue un proceso en el que la persona define la situación de forma operativa, genera alternativas de conducta y las va probando y evaluando, adoptando aquellas que le revelan mejores resultados.

En la categoría anterior se incluye también el modelo de inoculación de estrés de Meichenbaum (Caballo, 1997; Meichenbaum & Cameron, 1989), modelo que se basa en promover la adquisición de conocimientos, técnicas de afrontamiento y autocompresión para

así mejorar la experiencia en situaciones estresantes conocidas y en cierto modo previsibles. Este modelo ofrece un programa de tres fases: fase educativa, en la que se enseña cómo se generan las emociones negativas a partir de ciertas suposiciones; la fase de apoyo, en la que se dan supuesto alternativos para la situaciones de estrés; y fase de aplicación, en la que la persona aplica lo aprendido en las dos fase previas.

Dentro de la segunda gran categoría de las estrategias dirigidas a enseñar comportamientos alternativos, también se incluyen el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en habilidades de comunicación interpersonal (Caballo, 1997).

El entrenamiento en habilidades sociales se basa fundamentalmente en la adquisición de nuevas respuestas destinadas a mejorar la habilidad de la persona ante situaciones sociales que le resultan problemáticas. Este proceso implica cuatro elementos: el entrenamiento en habilidades de nuevas conductas que se integren en el repertorio de la personas; la reducción de la ansiedad ante situaciones problemáticas, con técnicas como la relajación; reestructuración cognitiva, incluyendo también a veces autoinstrucciones; por último, entrenamiento en solución de problemas.

El entrenamiento en habilidades de comunicación interpersonal incluye la comunicación en situaciones conflictivas, el entrenamiento en asertividad, las habilidades para gestionar el tiempo, toma de decisiones, etc.

3.1.2. Estrategias grupales

Este tipo de procedimientos se centran en fomentar el desarrollo de habilidades sociales y el apoyo social en el lugar de trabajo. Casi todas estas estrategias recomiendan que compañeros y jefes fomenten el apoyo social (Matteson y Ivancevich, 1987).

Diversas revisiones de la literatura demuestran que el apoyo social aumenta la realización personal en el trabajo, mejora actitudes y disminuye las conductas negativas hacia los demás (Gil-Monte & Peiró, 1999)

Como se podrá observar este tipo de estrategias está muy relacionada con las del apartado anterior, en el que hemos hablado de estrategias dirigidas a que la persona aprenda a comportarse de modo distinto mediante la adquisición de formas de respuesta alternativas.

3.1.3. Estrategias organizacionales

Este tipo de estrategias tiene el objetivo principal de disminuir o eliminar los estresores del entorno institucional. Dentro de estas estrategias (Bravo, Peiró, Rodríguez & Prieto, 1996) se incluyen las siguientes áreas de mejora organizacional:

- a) Condiciones ambientales, que pretenden garantizar unos mínimos legislativos de las condiciones de trabajo.
- b) Aspectos temporales: dirigidos a actuaciones sobre el tiempo como estresor, como la flexibilidad de horarios, elección y cambios de turno, etc.

- c) Enriquecimientos del puesto de trabajo: dirigidos a mejorar la motivación y satisfacción del trabajador mediante el cambio de variables como la autonomía, la variedad de habilidades necesarias para el desempeño de tareas y la retroalimentación.
- d) Estructura organizacional: incluye intervenciones encaminadas a disminuir el conflicto y la ambigüedad de rol, por ejemplo mediante actividades que fomenten la participación de los trabajadores en la gestión de la organización o negociando la asignación de responsabilidades a cada rol.
- e) Planes de carrera: dirigidos a fomentar ascensos y oportunidades de promoción como favorecedores de la motivación y como forma de minimizar el estrés.
- f) Estilos de dirección: basados en fomentar estilos participativos, el establecimiento de objetivos claros y sistemas de evaluación adecuados.

Buendía y Ramos (2001) exponen que las estrategias más destacadas dentro de esta variedad de intervención son: los programas de socialización anticipatoria, los programas de evaluación y retroinformación, los programas de desarrollo organizacional y el rediseño de la realización de tareas.

Los programas de socialización anticipatoria tienen como fin el ajuste de las expectativas iniciales del futuro trabajador, ya sea mediante prácticas o becas que le ponen en contacto con el verdadero contexto de trabajo, lo cual llevará a desarrollar estrategias constructivas (Matteson & Ivancevich, 1987). Diversos autores exponen el beneficio y la necesidad de este tipo de estrategias (Brígido, Caballero, Bermejo & Mellado, 2009; González Zúñiga, 2013; Justo, 2009; Mero, 2009), señalando la importancia de comenzar a prevenir, controlar y afrontar el estrés desde la propia formación.

Los programas de evaluación y retroinformación, intentan fomentar usos constructivos de la evaluación laboral más allá de los puros juicios centrados en déficits (Matteson & Ivancevich, 1987).

Por su parte los programas de desarrollo organizacional, intentan mejorar el ambiente y el clima laboral mediante el esfuerzo sistemático y planificado de equipos de trabajo eficaces, centrándose en la cultura organizacional y en los procesos humanos y sociales de la organización (Peiró & Gil-Monte, 1999).

El rediseño de la realización de tareas, fomenta que los trabajadores puedan cambiar de actividades mediante cambios que lleven a mejoras y promociones para ellos, incrementando la autonomía, la responsabilidad y la participación en la toma de decisiones (Naghieh, Montgomery, Bonell, Thompson & Aber, 2015; Retelsdorf et al., 2010)

Dada la cantidad de intervenciones, cabría recordar que se podrían mejorar, e incluso implementar, los sistemas de prevención del estrés y promoción de la salud mediante diferentes estrategias (Naghieh et al., 2015; Peterson, Bergström, Samuelsson, Åsberg & Nygren, 2008; Trotter-Mathison, 2010)

3.1.4. Programas de intervención para el control del estrés laboral

En este punto vamos a exponer aquellos programas que en base a teorías y técnicas psicológicas cuentan con apoyo empírico, excluyendo aquellos que se basan en orientaciones no comprobadas o con poca literatura el respecto, como pueden ser los basados en técnicas experienciales o transpersonales (Johnson & Naidoo, 2013). En este apartado nos encontramos dos grandes grupos, los enfocados a la prevención y reducción del estrés laboral y los dirigidos a la mejora de la comunicación y el aprendizaje de estrategias.

3.1.4.1. Programas de prevención y control

Los programas destinados a la prevención del estrés consisten básicamente en la transmisión de una serie de conocimientos a los profesores para, por una lado promover el reconocimiento de los estresores y sus efectos sobre la salud y por otro la enseñanza de técnicas para controlar y minimizar las reacciones ante situaciones estresantes.

Estos programas suelen seguir una secuencia parecida:

- a) detección de las necesidades de formación e intervención a partir de la información obtenida tras identificar las causas y consecuencias del estrés;
- b) definición de los objetivos del programa, a ser posible de forma operativa y evaluable;
- c) diseño del programa, filtrando los contenidos más adecuados y las estrategias idóneas en función de lo encontrado en la evaluación inicial y en base a una temporalización;

- d) desarrollo del programa, es decir llevar a cabo la transmisión de contenidos y habilidades;
- e) evaluación de la eficacia del programa en función de los objetivos propuestos, recomendándose evaluaciones posteriores de seguimiento para comprobar si los efectos se mantienen.

Las Intervenciones de gestión del estrés (Stress Management Interventions) de Murphy (1986) (Hurrell Jr & Murphy, 1991) se basan en una categorización de los niveles de aplicación de las intervenciones sobre el estrés: a) Nivel primario, de reducción del estrés; b) nivel secundario, de control del estrés; y c) nivel terciario, de tratamiento. Estas van dirigidas no sólo a la persona sino a toda la organización.

El Programa de entrenamiento en las habilidades y en técnicas idóneas para el control del estrés (Matteson & Ivancevich, 1987) es un curso de 7 horas para prevenir el estrés laboral que cubre las siguientes áreas: creencias comunes sobre el estrés, diagnóstico del propio nivel de estrés, la influencia del estrés, estrés y salud, fuentes de estrés, las diferencias individuales como moderadoras del efecto del estrés, los métodos de afrontamiento, el diseño de un programa personal y revisión del programa.

Programa de intervención terapéutica centrado en el control del estrés laboral (Nieto et al., 2001), se trata de un programa de 14 sesiones de carácter semanal de hora y media de duración:

- sesión primera, presentación y evaluación pre-tratamiento;

- sesiones segunda y tercera, sesiones informativas o educativas para dotar a los participantes de información sobre el estrés laboral, el burnout, la respuesta emocional, la ansiedad y la ira;
- sesión cuarta, técnicas de relajación, entrenamiento en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, unida a un entrenamiento en respiración abdominal;
- sesiones quinta a séptima, reestructuración cognitiva, detección y cambio de las creencias, ideas y pensamientos irracionales, de Beck y Ellis, que provocan estados emocionales negativos como la ansiedad, la ira o la depresión;
- sesión octava, entrenamiento en autoinstrucciones, dirigido a implantar ideas y verbalizaciones racionales adecuadas para un afrontamiento adaptativo;
- sesiones novena a undécima, solución de problemas, que consiste en un entrenamiento en cinco pasos sistemáticos a dar en la búsqueda eficaz de soluciones;
- sesiones duodécima y décimo-tercera, control de ira y asertividad, con la puesta en práctica de técnicas ya aprendidas para detectar y cambiar respuestas de ira (identificación de ideas asociadas a la ira, autoinstrucciones, respiración abdominal) y evaluación y entrenamiento (role-playing) en la expresión adecuada de sentimientos de desagrado;
- sesión décimo-cuarta, evaluación post-tratamiento.

Los resultados muestran un efecto significativo del tratamiento sobre la reducción de la respuesta emocional, lo que avala la eficacia de las técnicas, según los autores.

Programa de entrenamiento en técnicas de autocontrol y de comunicación (García, García, Marín, Mas & Caamaño, 2000) se trata de un programa de 25 horas en cinco sesiones

semanales de cinco horas cada una. La intervención consiste en un entrenamiento en autocontrol emocional con técnicas de relajación y reestructuración y un entrenamiento en habilidades de comunicación que incluye escuchar, empatizar, informar, cortar, manejar emociones y decir que no. Los autores encontraron que la mejora en estas habilidades se relacionaba con la disminución en estrés laboral.

Van der Klink, Blonk, Schene, y Van Dijk (2001) realizaron un meta-análisis sobre estudios publicados entre 1966 y 1996 encontrando efectos para la terapia cognitiva, la relajación y la combinación de ambas, sin embargo para las intervenciones orientadas a la organización no encontraron resultados concluyentes. Concluyen el estudio diciendo que las intervenciones para combatir el estrés laboral son efectivas y que las más efectivas son las cognitivo-conductuales.

3.2. Instrumentos de evaluación del estrés

- *Cuestionario de Sucesos Vitales Estresantes* (Life Event Stressful SuCCs Questionnaire, LESSQ). Se trata de la traducción de un inventario de Roger y Meadows (1989) que recoge en un total de 31 ítems de sucesos vitales y cambios, positivos o negativos, que se han experimentado en los dos últimos años. Además de la presencia del suceso, las respuestas se puntúan siguiendo dos criterios: la controlabilidad o posibilidad de ejercer cierto control sobre dicho suceso, y su valoración como muy positivo, neutral o muy negativo. La puntuación asignada era de 1 en controlabilidad cuando el suceso se percibía como totalmente controlable, de 2 cuando se percibía como parcialmente controlable, y de 3 cuando se consideraba

totalmente incontrolable. En el caso de la deseabilidad, la puntuación era de 1 cuando el suceso se valoraba como muy positivo, 2 si se consideraba neutro y 3 cuando se valoraba como muy negativo. Este inventario incluye tres ítems que se refieren específicamente al área laboral: el número 26 (Relaciones con el personal/supervisor); el 27 (Cambio en la presión laboral); y el 30 (Aumento o disminución en las cargas laborales).

- *Cuestionario de Estrés Crónico* (Matud, 1998). Instrumento de respuesta abierta que trata de evaluar el estrés crónico de alta intensidad. Para ello se pregunta a la persona por los problemas y conflictos que tiene en la actualidad, pidiéndoles que valoren su gravedad en una escala que va desde 1 (“poco importante”) a 3 (“muy importante”).
- *Cuestionario de Contrariedades Diarias* (Matud, 1998). Cuestionario de respuesta abierta en el que se recoge información acerca de las situaciones cotidianas que se consideran frustrantes o irritantes. La relevancia de cada una se valora en una escala que oscila entre 1 (“poco importante”) hasta 3 (“muy importante”).
- *Escala de Estrés Docente ED-6*, creada por Gutiérrez, Morán y Sanz (2005), validada para Latinoamérica y con un alfa de 0.89 de confiabilidad; está compuesta por 77 ítems, en escala Likert (Siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca) evalúa seis factores: ansiedad, depresión, presiones, creencias desadaptativas, desmotivación y mal afrontamiento. La escala ansiedad, parte del término latino *anxietas*, la cual hace referencia a la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. La ansiedad es un estado de angustia y no permite la relajación y el descanso de la persona. El área está

conformada por 19 ítems. En general la escala es acumulativa en su constructo y permite evidenciar en qué área hay un nivel alto en percentiles, lo que puede ser un indicador para intervenir de manera oportuna, preventiva y/o en tratamiento.

- *Escala de Estrés Percibido (PSS)* (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983), que evalúa el grado en que el sujeto percibe y valora las situaciones de la vida como estresantes. La escala se compone de 14 ítems a partir de los cuales los sujetos deben autoevaluarse en una escala tipo Likert de 0-4 puntos, valorando el nivel de estrés percibido durante el último mes, de tal forma que la puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido por el sujeto, pues los ítems de la escala evalúan el grado en que las personas encuentran que su vida es impredecible, incontrolable o está sobrecargada, componentes centrales todos ellos del estrés (Remor & Carrobles, 2001). Dicho cuestionario, presenta para la población española una consistencia interna de 0.81, y una fiabilidad test-retest de 0.73 (Remor, 2006).
- *Cuestionario Strain* (Luecken et al, 1997), que consta de dos subescalas de cinco ítems, una que evalúa la percepción de tensión y carga emocional que se genera en las actividades relacionadas con el trabajo y otra que evalúa la percepción de tensión y carga emocional relacionada con la vida de relación y ocio. En ambas subescalas, el sujeto debe autoevaluarse mediante una escala tipo Likert de 1-5 puntos. Este cuestionario parte de la asunción de que las actividades con elevada demanda de implicación y escasa capacidad de control por parte del sujeto, son una fuente importante de estrés.

- *Cuestionario de Estrés Diario (CED)*, (Santed, Chorot & Sandín, 1991) es un cuestionario basado, fundamentalmente, en la estructura y concepción general de la Hassles and Uplifts Scale (DeLongis, 1985; DeLongis, Folkman & Lazarus, 1988), la cual, a su vez, es una versión revisada de las escalas de Kanner et al. (1981). Los ítems, además de estar formulados de una manera neutra, evitan hacer referencia explícita a procesos cognitivos o emocionales y no se solapan con sucesos vitales mayores. Los datos de fiabilidad y validez psicométricas de este cuestionario se han presentado en diferentes trabajos (Santed, Chorot, Sandín, Jiménez & García-Campayo, 1994a, 1994b; Santed, 1995). Además, existe una versión abreviada de 44 ítems, con propiedades psicométricas semejantes, y en algunos aspectos superiores, a la versión original (Santed, 1995).
- *Escala de Fuentes de Estrés en los Profesores*, este instrumento ha sido concebido por el Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo (Marín, 1992), sus ítems están relacionados a la organización misma que a la misma práctica directa del docente en su aula.

Consta 56 ítems relativos a aspectos que pueden constituir fuentes de estrés en el individuo. Mediante esta prueba se intenta obtener información acerca de qué aspectos relacionados con el desarrollo del trabajo son fuentes de estrés en profesores y en qué medida lo son. Esta prueba no valora el grado ni la frecuencia en que se dan estas situaciones (pues parece que son situaciones que se suelen dar en el trabajo en mayor o menor medida), es decir, no intenta valorar una situación "objetiva" sino que tiene en cuenta la importancia subjetiva de ciertos aspectos, que se pueden dar en el trabajo, como fuentes de estrés.

Esta escala comprende aspectos referentes a las relaciones de los profesores con alumnos, padres, compañeros, directivos, con el contenido y la organización de su trabajo. Los 56 ítems que la componen se han agrupado en función de los resultados obtenidos del análisis factorial en siete factores que son:

- La supervisión por parte de la estructura jerárquica,
- Las carencias para el desarrollo del trabajo,
- La cooperación (participación, comunicación, etc.),
- El alumnado
- La adaptación al cambio
- La valoración del trabajo por parte de los demás
- Las mejoras que se podrían obtener desde el punto de vista profesional.

Los ítems correspondientes a cada factor son los siguientes:

- Supervisión: 15, 16, 21, 29, 30, 31, 32, 33, 42, 46, 47, 48.
- Carencias: 6, 28, 38, 39, 41, 43, 45, 53.
- Cooperación: 2, 4, 7, 11, 13, 14, 17, 19, 37.
- Alumnado: 3, 10, 18, 26, 35, 36, 44, 54.
- Adaptación: 25, 27, 51, 55, 56.
- Valoración: 8, 9, 20, 22, 23.
- Mejoras: 1, 5, 12, 24, 34, 40, 49, 50, 52.

En este cuestionario, presentado como una escala de tipo Likert, se ofrecen cinco opciones de respuesta a cada uno de los 56 ítems que lo componen, que son puntuados de la siguiente manera:

Nada (1), Muy poco (2), Algo (3), Bastante (4), Mucho (5).

Aunque es habitual que los análisis de los datos de escalas de tantos ítems se realice mediante un número más reducido de factores, en este caso, se cree conveniente que los datos sean analizados ítem por ítem y mediante una variable que constituye la suma de las puntuaciones de cada individuo a los 56 ítems, y que pudiera ser un indicador del nivel de estrés global de este profesor

3.3. Las Terapias cognitivo-conductuales

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC en adelante) son un conjunto de tratamientos psicoterapéuticos breves que buscan producir un cambio tanto en la cognición como en el comportamiento (Caballo, 1997). El término incluye una serie de procedimientos terapéuticos, como la terapia cognitiva, la psicoterapia racional-emotiva, la intervención en resolución de problemas, y la exposición. Se puede producir una reducción en la activación psicofisiológica que se asocia con la respuesta al estrés, una mejora en las habilidades de afrontamiento, o ambos.

Como reza el título de este punto más que ante una terapia específica estamos, ante una familia de tratamientos que se basan en una serie de principios. Así, los modelos cognitivo-conductuales se basan en la combinación de modelos propios de la teoría de aprendizaje y modelos del procesamiento de la información, para poder explicar la instauración de conductas. Por tanto integra factores internos y externos de la persona.

Este enfoque, tiene un punto álgido de difusión con la publicación en 1974 de “Cognition and Behavior” de Michael Mahoney (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2002), donde ya destaca uno de los rasgos identitarios de este tipo de terapia, a saber que la cognición es un elemento determinante de la conducta.

La teoría destaca la importancia de los procesos de aprendizaje y la influencia de modelos en el entorno de la persona y de la manera en que la persona procesa la información para

comprender el desarrollo y el tratamiento de los problemas psicológicos. Para comprender el concepto de actitud disfuncional es necesario conocer el modelo teórico del cual proviene, a saber el Modelo Cognitivo de Beck y más en concreto su modelo de la depresión. Este fue el primero y partir del cual se generaron los demás (Sanz & Vázquez, 1993, 1994; Vázquez, Hervás, Hernangómez & Romero, 2010). De acuerdo con Beck (Beck, 1976; Beck & Alford, 1967) existen varias estructuras de naturaleza cognitiva centrales para el desarrollo de los distintos trastornos psicológicos, la llamada triada cognitiva. Así, las triadas son responsables de una visión errónea generalizada; los esquemas, patrones cognitivos más o menos estables que constituyen la base de la generalización y regularidad de las interpretaciones sobre un conjunto de situaciones; y los errores cognitivos, que son errores sistemáticos en el procesamiento de la información, de naturaleza involuntaria y responsables del mantenimiento de la creencia en la validez de los conceptos negativos a pesar de la evidencia contraria.

Para que estas estructuras puedan desarrollarse, Beck (1976) mantiene que deben existir a su vez unas estructuras que funcionan como factor de vulnerabilidad (Sanz & Vázquez, 1994) y determinan esos modos de activación y procesamiento de la información. Estas estructuras serían las creencias o actitudes disfuncionales. Así, ante una situación específica, el proceso sería el siguiente: en el procesamiento de la información se aplicarían estrategias de evaluación de las exigencias particulares de la situación, desencadenando una estrategia adaptativa o desadaptativa basada, en parte, en las creencias subyacentes. El esquema general de la teoría se puede ver en la figura 6.

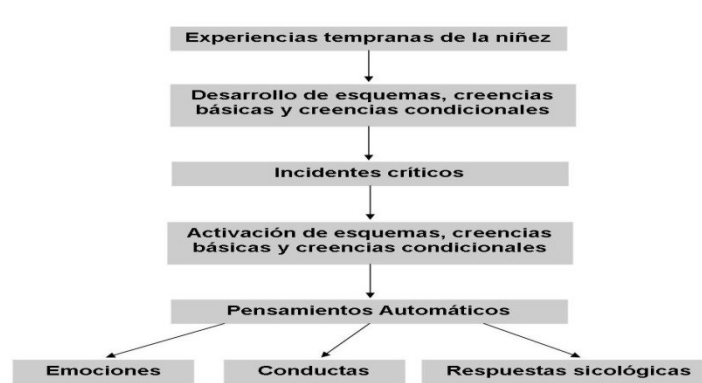


Figura 2. Modelo cognitivo de la depresión (Adaptado de Beck, 1976)

En la aplicación de su modelo a los trastornos de la personalidad Beck & Freeman (1995) se centran en la formación de los procesos de personalidad y en la operación de los mismos al servicio de la adaptación, basándose en la hipótesis de que los prototipos de las pautas de personalidad se derivan de la herencia filogenética. Es decir, las estrategias genéticamente determinadas que favorecieron la supervivencia y la reproducción fueron, en teoría, favorecidas mediante selección natural. Los trastornos de la personalidad estarían derivados de esas estrategias primitivas no adaptativas (Beck & Freeman, 1995; López Pell, Rondón, Cellerino & Alfano, 2010; Pérez Nieto, González Ordi & Redondo, 2007).

Por su parte la Terapia Racional Emotiva de Ellis, pese a no ser una teoría en sí, aportó en su día el concepto de creencia irracional (Ellis, 1969, 1994; Ellis & Dryden, 1987) y pronto empezó a aplicarse al estudio del estrés. El propio Ellis comprobó que si bien existen situaciones estresantes, con frecuencia las personas desarrollan sentimientos y emociones negativas basadas en una valoración errónea de la situación (Ellis, 1994).

Ellis propuso el paradigma ABC en el que establece el principio básico de que las cogniciones median y son centrales en la génesis y mejora de los trastornos emocionales, conductuales e interpersonales. En el esquema ABC, los acontecimientos y sucesos del ambiente (A) no producen directamente las consecuencias cognitivas, emocionales y/o conductuales (C) sino que son los pensamientos, actitudes y creencias (B) que median sobre A las que causan dichas consecuencias (Ellis, 1969).

Los pensamientos, actitudes y creencias de las personas (B) adoptan formas muy diferentes. Los conceptos de creencia racional e irracional resultan centrales dentro de este modelo así las creencias irracionales se caracterizan por los siguientes rasgos (Ellis & Bernard, 1990):

1. *Son falsas*: no se concluyen de la realidad. Pueden iniciarse a partir de una premisa inadecuada y/o conducir a deducciones imprecisas que no son apoyadas por la evidencia y, a menudo, representan una sobre- generalización.
2. *Son órdenes o mandatos*: se expresan como demandas, deberes y necesidades.
3. *Conducen a emociones inadecuadas*: como ansiedad, depresión, etc.
4. *No ayudan a lograr los objetivos*: cuando la persona está dominada por creencias absolutas y se encuentra desbordada por las emociones no está en la mejor posición para llevar a cabo las tareas y potenciar los aspectos positivos de su vida.

De acuerdo con este modelo, las creencias racionales conducirían a conductas de autoayuda, mientras que las creencias irracionales propiciarían conductas destructivas para la sociedad y el individuo (Ellis & Bernard, 1990).

Parte del supuesto de que cognición, conducta y emociones están interconectadas y realimentadas, por lo que la actuación en cualquiera de estos tres ámbitos motivará un cambio que influirá en los otros dos.

Así como en el modelo conductual puro, la conducta observable juega un papel fundamental en el inicio y desarrollo de trastornos psicológicos, en el modelo cognitivo cobran más importancia los pensamientos, poniéndose énfasis en las creencias personales, las actitudes, las expectativas y las atribuciones. Todo estos aspectos de los modelos cognitivos se desarrollan más en profundidad en el punto 7 de este trabajo, relativo a las Actitudes disfuncionales.

Según Tomás y Almenara (2007), las características de este tipo de terapias son:

1. Enfatiza tanto el proceso de aprendizaje como la influencia de las contingencias y modelos del ambiente.
2. Subraya la importancia del papel de los procesos de información.
3. Combina los principios de perspectivas del aprendizaje inicial con aspectos del modelo cognitivo.
4. Pone énfasis en los efectos de creencias desfavorables en el sentido adaptativo y las actitudes del sujeto en relación a la conducta actual.
5. Mantiene que las respuestas emocionales y conductuales a los acontecimientos son un reflejo de cómo estos se perciben y cómo se elaboran en el cual los eventos afectan a la auto percepción de uno mismo y las metas que uno se marca.
6. La meta del tratamiento es desarrollar una nueva estructura o modificar la estructura existente haciéndola más adaptable.

Por su parte Díaz, Ruiz y Villalobos (2002), en un desarrollo más amplio sobre los principios comunes a todas las orientaciones de este enfoque, concluyen, entre otros aspectos, los siguientes:

- Se basa en el supuesto de que toda conducta es aprendida, tanto la adaptativa como la patológica.
- El objetivo último es el cambio conductual, cognitivo y emocional.
- Pone énfasis en los determinantes actuales del comportamiento.
- Existe una estrecha relación entre evaluación y tratamiento.
- La TCC tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, dada su raíz experimental. Esta eficacia se establece valorando los cambios producidos en la conducta tratada, considerando cambios a corto y largo plazo, así como su generalización al ambiente habitual del sujeto.
- El tratamiento conductual ha sido y es eminentemente activo. Implicando la realización de actividades por parte del interesado en su medio ambiente natural.
- La relación terapéutica tiene en estos momentos un valor explícitamente reconocido, sobre todo en las nuevas terapias contextuales, dónde las contingencias que se desarrollan durante la propia situación terapéutica son consideradas un contexto de aprendizaje tan relevante como cualquier otro, al convertirlo en un entorno representativo del contexto habitual del sujeto.

En cuanto a su eficacia clínica son muchos los estudios que demuestran la eficacia de este tipo de terapias, por ejemplo en la variante Racional emotiva conductual, David y Ellis (2010) tras revisar 1000 estudios desde los años ochenta, encuentran que:

1. Se ha centrado en estudios de eficacia y efectividad.
2. Es efectiva para un amplio rango de problemas, medida sobre todo a través de parámetros que no tienen una relación directa con los conceptos de la TREC, como medidas fisiológicas.
3. Es efectiva para poblaciones clínicas y no clínicas, hombres y mujeres y con un rango amplio de edad (9-70 años).
4. Es tan efectiva en formato de grupo como individual.
5. Los terapeutas que tienen un mayor nivel de entrenamiento logran mejores resultados.
6. A más sesiones mejor resultado clínico.
7. Estudios de resultado de gran calidad han mostrado una mayor eficacia/efectividad.

Una revisión exhaustiva de la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales, muestra su evidencia para al menos los siguientes trastornos y problemas: trastorno de pánico (Botella, 2001); agorafobia (Bados, 2001); trastorno de ansiedad generalizada (Capafons, 2001); trastorno obsesivo compulsivo (Vallejo, 2001); fobias específicas (Capafons, 2001); trastorno por estrés postraumático (Báguena, 2001); hipocondría (Fernández & Fernández, 2001); trastornos del comportamiento alimentario (Saldaña, 2001); trastornos de adicción (Secades & Fernández, 2001); disfunciones sexuales (Labrador & Crespo, 2001); depresión (Pérez & García, 2001); trastorno bipolar, (Becoña & Lorenzo, 2001); trastornos de la personalidad (Quiroga & Errasti, 2001); esquizofrenia (Vallina & Lemos, 2001).

Por su parte y como se ha comentado, el término TCC agrupa una serie de diversos procedimientos terapéuticos, como la terapia cognitiva, la psicoterapia racional-emotiva, las

intervenciones para resolver problemas, y la exposición. En una definición restrictiva, indica enfoques psicoterapéuticos que buscan explícitamente producir un cambio en la cognición como un medio para influir en otros ámbitos, tales como el afecto o el comportamiento.

Esta definición excluye las intervenciones conductuales específicas, como la exposición, que pueden funcionar a través de la mediación cognitiva, pero no están destinadas principalmente a producir cambios en la cognición. La definición integrada más amplia de cognitivo-conductual se debe principalmente a la práctica clínica y a los enfoques más psicoterapéuticos que combinan elementos cognitivos y conductuales, aunque de diferentes maneras y en diferentes grados.

Por tanto en el enfoque integrador se incluyen técnicas de ambos enfoques, tanto cognitivos como conductuales. Las últimas décadas el enfoque ha ido derivando a su vez en otras orientaciones con elementos comunes que siguen unos principios terapéuticos (Tabla 1) y comparten una serie de características (Tabla2)

Tabla 1. Principios terapéuticos no específicos compartidos por la mayoría de las TCC

Principios terapéuticos no específicos que son compartidos por la mayoría de las formas de TCC
1. Atención plena: disponibilidad del terapeuta para tiempos específicos.
2. Divulgación: oportunidad del paciente para ventilar pensamientos y sentimientos
3. Alta activación: relación terapéutica de confianza
4. Interpretación: Una explicación plausible de los síntomas.

5. Los rituales: un ritual o procedimiento que requiere la participación activa de ambos, paciente y el terapeuta y que se cree por tanto que sean los medios de restaurar la salud del paciente.

Tabla 2. Principales características de las TCC

Principales características comunes de las TCC
<ul style="list-style-type: none"> • La terapia suele ser corta (menos de 20 sesiones)
<ul style="list-style-type: none"> • La terapia es estructurada y sigue un esquema preestablecido de desarrollo.
<ul style="list-style-type: none"> • La atención se centra en los problemas actuales.
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente y terapeuta de acuerdo en los objetivos del tratamiento, que están claramente definidos.
<ul style="list-style-type: none"> • Se alienta al paciente para realizar la auto-observación del pensamiento y / o comportamiento, que puede conducir a su caracterización (análisis funcional).
<ul style="list-style-type: none"> • Las tareas (ya sea en forma de auto-observación o la realización de tareas específicas) se revisadas por el terapeuta.
<ul style="list-style-type: none"> • La terapia tiene como objetivo desarrollar el control del paciente sobre sus propios problemas o comportamientos

Por tanto, el término TCC tiene una connotación amplia y puede indicar cualquier terapia breve psicológica que utiliza los ingredientes que se enumeran en la Tabla 3. El peso relativo de cada ingrediente (u otros adicionales) puede variar de una técnica a otra, según se defina en los protocolos de tratamiento. En la práctica clínica, incluso puede variar de un caso a otro, o de acuerdo a las etapas de aplicación de la psicoterapia.

Las técnicas terapéuticas que se utilizan en la TCC pueden ir desde la modificación de las respuestas emocionales y de relajación (por ejemplo, técnicas de manejo del estrés) a la reestructuración cognitiva (por ejemplo, la terapia cognitiva). Los enfoques más importantes (en términos de aceptación clínica y la eficacia o implicaciones futuras) se enumeran en la Tabla 3.

Tabla 3. Intervenciones CC Adaptado de Díaz, Ruiz & Villalobos (2002)

Intervenciones CC
• Exposición
• Prevención de respuesta
• Condicionamiento operante
• Relajación
• Entrenamiento de inoculación del estrés
• Resolución de problemas de formación
• Terapia conductual Racional-emotiva
• La terapia cognitiva
• Terapia de Bienestar

La exposición, que consiste en la planificación de acercamientos sucesivos de situaciones o estímulos que producen ansiedad en la persona en orden ascendente, se ha convertido en la técnica conductual más eficaz en los trastornos de ansiedad. La exposición parece ser un factor clave en el cambio terapéutico y puede ser implementado por diversos protocolos, cuya eficacia, sin embargo, depende del grado de exposición en vivo.

Las técnicas operantes derivan de la obra de Skinner sobre la importancia de contingencias en el comportamiento, es decir, si una respuesta dada es seguida por un reforzador positivo o negativo. Más que una estrategia específica, es una técnica que se puede incorporar en las estrategias más complejas. Las técnicas basadas en métodos de relajación lograron gran popularidad en la década de 1970 y se han documentado son eficaces cuando se hace hincapié en el control muscular mejorado, como en muchos casos de trastornos médicos funcionales.

4. Salud Mental

4.1. Definiciones y modelos de Salud Mental

El termino Salud Mental es difícil de delimitar por tener un fuerte componente valorativo (Álvaro, Torregrosa & Luque, 1992; González, 2013; Parra, 2001), además de por estar fuertemente influido por el momento histórico y cultural (Álvaro et al., 1992) y de ser confundido con el de enfermedad mental (Keyes, 2005).

De acuerdo con Pilgrim (2009), el término Salud Mental se puede usar al menos de tres formas, de forma positiva para indicar bienestar psicológico, de forma negativa para indicar su opuesto, como en la expresión “problemas de salud mental” y de forma eufemística para señalar servicios usados o impuestos a personas con problemas de Salud Mental. Es decir, señala que hablamos de Salud Mental positiva, problemas de salud mental o servicios de salud mental.

El concepto de Salud Mental como un estado completo de bienestar psicológico y este como parte de la salud general se remonta a los primeros intentos de la OMS (1951) la cual definía la salud mental como la capacidad del individuo de establecer relaciones armoniosas con otros y participar o contribuir de forma positiva a cambios en su medio social y/o físico. Esta concepción de la salud mental plantea entre otros el problema de los límites, es decir cuál es el criterio adecuado para hablar de salud mental.

Para Houtman y Kompier (2011) el concepto de salud mental está cargado de valores y ven difícil poder llegar a una definición consensuada, no obstante diferencian entre distintas concepciones:

- Estado: ya sea de bienestar psicológico y/o social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (p. ej., placer, satisfacción y comodidad) o negativos (p. ej., ansiedad, estado de ánimo depresivo e insatisfacción).
- Proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía (ambos aspectos clave de la salud mental)
- Resultado de un proceso: estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante o a la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso.
- Características de la persona, como “estilos de afrontamiento”: la competencia (incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia) y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos. Se podría ver la Salud Mental como una variable independiente; es decir, una característica personal que influye en el comportamiento.

Por su parte De Rosa (1987) hace una recapitulación en cuanto a los diversos modelos históricos que han ido apareciendo para explicar las representaciones populares de salud mental: como posesión diabólica o inspiración divina, como desviación social, enfermedad física y otra basada en diferentes modelos psicológicos y socio genéticos.

Rogers y Pilgrim (2010) analizan el concepto de Salud Mental en función de las disciplinas que la han conceptualizado, a saber psiquiatría, psicoanálisis y psicología, la cual a su vez ha generado diversos modelos (estadísticos, “ideales”, presencia de determinadas conductas, distorsiones cognitivas).

Karasek y Theorell (1990) intentan explicar las relaciones entre los aspectos psicosociales del trabajo y la salud física y mental, la satisfacción en el trabajo y la productividad, describen tres dimensiones: demandas psicológicas, amplitud del margen de toma de decisiones (que abarca la discreción respecto al uso de las destrezas y la autoridad de decisión) y el apoyo social. Según los autores de la interacción entre las demandas físicas y psicológicas del trabajo y la capacidad de los individuos de controlar el uso de sus capacidades y habilidades surge entonces un modelo que representan 4 categorías psicosociales de trabajo, (Figura 1); la interacción de las tres dimensiones, se opone a la idea de una relación lineal entre características del trabajo y salud. Este modelo plantea, en su primera versión, que a mayor nivel de demanda laboral (exigencia o intensidad) y menor grado de control sobre el propio trabajo (poder de decisión), se elevarían los niveles de malestar y disminuirían los niveles de satisfacción laboral (Karasek & Theorell, 1990). En ese sentido, no es sólo la sobrecarga lo que genera malestar, sino su relación con la capacidad de

decisión o autonomía profesional. Posteriores investigaciones basadas en este modelo plantean que las variables de “apoyo social” en el trabajo, “modularían” el efecto de la díada demanda/control sobre el malestar/bienestar del profesor (Verhoeven et al, 2003; Rasku & Kinnunen, 2003).

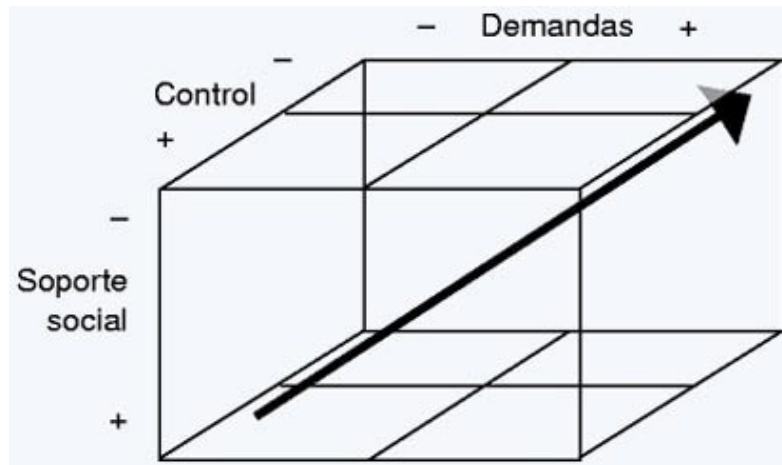


Figura 3: Modelo demanda-control-apoyo social de Karasek y Theorell, (adaptado de Karasek & Theorell, 1990)

Por su parte Warr en su modelo vitamínico (Warr, 1987; 1994) propone nueve determinantes que influirían en la salud mental en el trabajo, la cual a su vez tiene 5 componentes (Figura 2): oportunidad de control (autoridad de decisión), posibilidad para el uso de habilidades (discreción respecto al uso de las destrezas), objetivos generados externamente, (demandas cuantitativas y cualitativas), variedad, claridad ambiental (información acerca de las consecuencias del comportamiento, disponibilidad de retroinformación, información sobre el futuro, información sobre el comportamiento exigido), disponibilidad de dinero, seguridad física (escaso riesgo físico, ausencia de peligro), posibilidad de contacto interpersonal (requisito previo para el apoyo social) y posición social valorada (valoración de la posición social desde las perspectivas cultural y por terceros, evaluaciones personales de la importancia). Por lo que los precursores de la

mala salud mental son, en general, de carácter psicosocial y guardan relación con el contenido del trabajo, así como con las condiciones de trabajo y de empleo y con las relaciones (formales e informales) en el trabajo.

Tabla 4. Modelo de bienestar de los empleados y sus determinantes ambientales Warr, 1987

(adaptado de Cifre Gallego, 2011).

DETERMINANTES DE LA SALUD PSICOLÓGICA	COMPONENTES DE LA SALUD PSICOLÓGICA
<input type="checkbox"/> Oportunidad de control	Bienestar psicológico
<input type="checkbox"/> Oportunidad para el uso de habilidades	
<input type="checkbox"/> Metas generadas externamente	1. Satisfacción
<input type="checkbox"/> Variedad de las tareas	2. Ansiedad-relajación
<input type="checkbox"/> Claridad de la información relevante	3. Entusiasmo-depresión
<input type="checkbox"/> Disponibilidad de dinero	Competencia
<input type="checkbox"/> Seguridad física	Aspiración
<input type="checkbox"/> Oportunidad para las relaciones interpersonales	Autonomía
<input type="checkbox"/> Posición socialmente valorada	Funcionamiento integrado

Houtman y Kampier con una filosofía similar (2011) a la de Warr (Warr, 1987; 1994), proponen a su vez el siguiente modelo de salud mental la cual estaría determinada por las características del entorno, tanto fuera como dentro del campo profesional, y por las características del individuo (Figura 3).

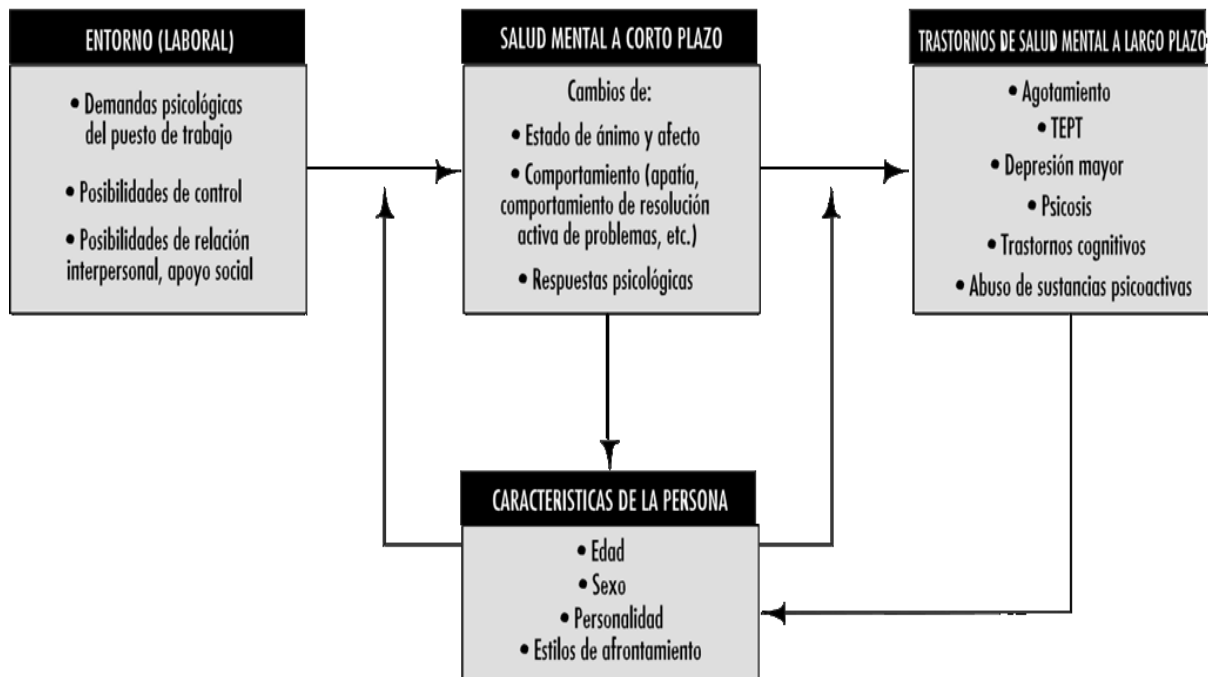


Figura 3. Modelo de salud mental de Hautman (adaptado de Hautman & Kampier, 2011)

4.2. Relaciones entre salud mental y Género

Hasta hace relativamente poco tiempo un importante porcentaje de los estudios médicos y epidemiológicos se realizaban sobre varones, de raza blanca y clase media (García & Lou, 2006). Berkley (1992) tras una revisión de cerca 100 artículos en revistas de impacto constató que hasta mediados de la década de los sesenta del siglo xx alrededor del 45% de los mismos no contaba con la variable de Género.

Gili y Leal (2005) exponen las distintas hipótesis que explicarían estas diferencias:

1. *Mayor vulnerabilidad genética de la mujer:* contradicha por datos como que en trastornos mentales con fuerte contenido genético como el trastorno bipolar y la esquizofrenia no hay tasas de incidencia significativas.

2. *Diferencias hormonales que producen efectos neuroquímicos con correlato conductual*: como por ejemplo el efecto corrector que tendrían los estrógenos en sistema dopaminérgico ante la esquizofrenia; o el efecto del ciclo reproductivo en la manifestación de síntomas ansiosos y depresivos.
3. *Mayor percepción subjetiva del malestar en las mujeres*: el predominio del Género femenino en el diagnóstico de algunos trastornos como los trastornos de tipo somatomorfos y disociativos, parece sugerir un menor umbral de percepción de los síntomas somáticos.
4. *Mayor tolerancia social al malestar femenino*: de forma tradicional se ha aceptado mejor la expresión del malestar psicológico a las mujeres, mientras que se ha solido penalizar en los hombres.
5. *Peores condiciones de vida objetiva*: históricamente la mujer ha estado sometida a condiciones objetivas más desfavorables y ha estado presionada en más áreas que los hombres.

Son diversos los estudios que exponen las diferencias en los patrones de salud mental de hombre y mujeres y respuestas a los estresores laborales (Aznar, Rodríguez, José & Aznar, 2002; Bildt & Michelsen, 2002; Ghazi & Maringe, 2011; González Gómez, 2011; Kilbom, Messing & Thorbjörnsson, 1998; Klassen & Chiu, 2010; Li & Fung, 2014; Pena, Extremera & Rey, 2012; Pena, Rey, et al., 2012)

Lindelöw y Bildt (1998) muestran resumen algunas evidencias que apoyan estas diferencias:

Factores

Evidencias

Condiciones psicosociales

Desbalance de demandas
trabajo

Factor de riesgo para enfermedad psiquiátrica y menor bienestar psicológico. Estatus del
Mayor nivel de estrés

Presión de tiempo

Riesgo de enfermedad y de menor bienestar psicológico

Otras condiciones psicosociales

Baja satisfacción en el trabajo, pobre apoyo social, dificultades relacionadas
con el trabajo previas, dificultades con clientes/pacientes, atmósfera emocional pobre
en el trabajo, miedo de hacer amistades, conflictos entre evaluación individual y la
realizada por la compañía, acoso sexual y discriminación por Género

Condiciones organizacionales

Ritmo de trabajo

Cuando existen pocas posibilidades de influir en la situación o en el ritmo de trabajo,
existe riesgo para la salud mental.

Trabajo en turnos

Problemático para las mujeres, pues deben enfrentar cargas de trabajo
doméstico y familiares.

Otras condiciones organizacionales

Falta de concordancia entre las demandas y las capacidades; horarios rígidos;
tener una alta responsabilidad (factor más estresante en mujeres que en hombres).

Factores individuales

Afrontamiento

Las mujeres usan más el ejercicio y la búsqueda de apoyo en relación confidente como
estrategia de afrontamiento, en tanto que los hombres recurren más
al alcohol.

Vida familiar

Relación de pareja

Vivir sin pareja es factor en estudios transversales, pero no en prospectivos.

Hijos

Hay estudios que no logran probar una mala relación entre bienestar psicológico y presencia de hijos pequeños en casa

Figura 4. Salud mental de las trabajadoras (adaptado de Parra, 2002)

De acuerdo con Montero (2004) y con Lindelöw y Bildt (1998) estas diferencias se han explicado fundamentalmente mediante dos vías:

- Factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos los que condicionan las diferencias de morbilidad psiquiátrica entre ambos Géneros.
- Teorías ambientalistas, defienden que son las variables socioculturales, que actúan a través de roles y patrones de conducta socialmente impuestos

Para Montero (Montero et al., 2004) la mayor parte de los estudios realizados en la línea genetista-endocrina se muestran insuficientes para explicar el distinto comportamiento frente a esta problemática, y por tanto serían las teorías ambientalistas las que explican mejor el modo en que hombres y mujeres manifiestan su sufrimiento psicológico y las estrategias que adoptan para satisfacer sus necesidades de atención psiquiátrica.

Lindelöw y Bildt (1998) revisan los tópicos en la investigación de las diferencias en las siguientes categorías: autoconcepto, autoestima, habilidades intelectuales, lenguaje y comunicación, razonamiento moral, personalidad, agresividad y trastornos de la personalidad, estrés y coping, apoyo social, diferencias biológicas relacionadas con el funcionamiento psicológico, y ciclo vital. Estas autoras concluyen que la mayor orientación hacia los demás

de las mujeres puede estar reflejada en una mayor expresividad emocional, diferentes estilos de comunicación y tal vez el razonamiento moral; existe también cierta evidencia de mayor agresividad en hombres, mayor probabilidad de conducta antisocial y criminal, así como mayor uso de drogas y alcohol. Parece haber también evidencias de diferencias estructurales a nivel cerebral, las cuales podrían tener implicaciones para el funcionamiento psicológico general. Encontraron menos evidencia en menor autoestima, mejor capacidad verbal y peor capacidad viso-espacial, así como distintas estrategias de afrontamiento y en disponibilidad, uso y consecuencias del apoyo social.

Lindelöw y Bildt (1998) encontraron además que en los estudios realizados se identificaron un gran número de factores psicosociales, algo menos de factores organizativos y un pequeño número de factores físicos y de la vida familiar, más en concreto lo relacionados con la relación entre ambos. No obstante encontraron sólo pequeñas diferencias de Género en términos de factores de riesgo en el lugar de trabajo. Asimismo explican la mayor incidencia de diagnósticos psiquiátricos en mujeres como consecuencia de que los psiquiatras tienen tendencia a diagnosticar en función del Género.

Ramírez, Hernández, y Díaz, (2008) mediante un modelo de ecuaciones estructurales concluyen que el estrés, la salud física y la autoestima son buenos predictores de la salud mental en mujeres trabajadoras.

Montero et al. (2004) en una revisión sobre la incidencia de trastornos psiquiátricos en mujeres, encuentra que hay una mayor tendencia en la mujeres a buscar ayuda para problemas de tipo psiquiátrico en servicios ambulatorios especializados y más aún en atención primaria,

con independencia de la situación geográfica (Tabla 5). La conclusión más común suele ser la de que el Género es una variable predictora de la mayor utilización de servicios de atención psiquiátrica.

Tabla 5. Prevalencia psiquiátrica en estudios comunitarios realizados en España (Adaptado de Montero et al, 2004)

Autor (año)	Área	Muestra (n)	Instrumento	Prevalencia psiquiátrica (%)	
				Hombres	Mujeres
Vazquez-Barquero et al	Navarra	1.156	CIS	19,2	28,3
Seva-Diaz et al (1982)	Soria	404	GHQ-30	–	34,2
Vazquez-Barquero et al	Cantabria	1.232	PSE-140	8,1	20,6
Herrera et al (1987)	Barcelona	811	GHQ-60	15,9	30,8
Mateos et al (1989)	Galicia	2.510	GHQ-60	20,8	33,6
Canals et al (1997)	Cataluña	290 (18 años)	SCAN	21,7	36,1
Rajmil et al (1998)	Cataluña	12.415	GHQ-12	15,8	18,7
Roca et al (1999)	Formentera	697	GHQ-28	15	23,6

No obstante la autora justifica esta morbilidad en base a una mayor presencia de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos entre las mujeres. Coincide en que en hombres son más frecuentes los problemas de abuso de alcohol y de drogas, así como los trastornos de personalidad derivados de los mismos. En sus conclusiones expone una serie de influencias que no estarían recogidas en la mayoría de estudios:

- Roles sociales: los factores de tipo social y cultural tienen un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos mentales, los

cuales tiene una manifestación diferencial relacionada con los roles asignados a cada Género

- Ciclo reproductivo: la exposición perinatal a las hormonas sexuales parecen ser la causa del dimorfismo sexual, ya sea a nivel morfológico como funcional. Los cambios en progesterona y estrógenos durante el ciclo menstrual pueden contribuir a los cambios en el estado de ánimo de algunas mujeres.

Rodríguez y su equipo (Rodríguez, Serrano, Chávez, Pérez & Beltrán, 2008) no encontraron diferencias significativas en salud mental en profesionales sociales y sanitarios.

En cuanto a la influencia del Género en el burnout, nuevamente no encontramos consenso, Byrne (1999) en su investigación con profesores constató una mayor despersonalización en hombres, sin embargo Maslach y Jackson (1981) encontraron mayores niveles de cansancio emocional en mujeres en profesiones asistenciales. Otros estudios no señalan efectos significativos del Género en el burnout (Capel, 1992; Guillén & Guil, 2000; Russell, Altmaier & Van Velzen, 1987).

Tradicionalmente en los estudios epidemiológicos, las mujeres aparecen como las que padecen mayor número de trastornos psicológicos vinculados al estrés, la ansiedad y la depresión. No obstante, son los hombres los que experimentan más síntomas secundarios como respuesta a dichos trastornos, presentando más problemas como cirrosis, trastornos de tipo cardiovascular y suicidios, incluso en la forma de afrontamiento, los hombres expresan más sus frustraciones, presentando más problemas de abuso de alcohol, mientras que las

mujeres tienden a un afrontamiento más centrado en el apoyo social y psicológico (Ivancevich & Matteson, 1987). No obstante la influencia del Género no queda del todo clara en otros estudios (Cherry, 1984; Loscocco & Spitze, 1990).

Todo parece indicar que para solucionar estas contradicciones en los resultados se hace necesaria una superación de la visión biologicista y dar más protagonismo a aspectos como los roles familiares y el usos del tiempo en el hogar (De Vedia, 2012; Parra, 2001) además de otras variables como la etnia (Pérez, 1999) o los roles típicos desarrollados en cada país que también inciden en la epidemiología psicológica (Miller & Fraser, 2000).

4.3. Relaciones entre trabajo, salud mental y edad

Con respecto al concepto de edad y de envejecimiento son varios los autores que están de acuerdo en verlo no como un mero paso del tiempo y en que este no afecta a todos por igual, viéndolo más bien como un proceso multidimensional referido a una serie de cambios biológicos, psicológicos, sociales y de funcionamiento social a través del tiempo (Arking, 2006; Birren & Birren, 1990; De Lange et al., 2006; Kanfer & Ackerman, 2004; Sterns & Miklos, 1995).

En una línea similar Sterns y Doverspike (1989) encontraron cinco aproximaciones en el estudio de la edad y el trabajo:

1. Cronológico: basado en un criterio cuantitativo

2. Basado en la ejecución o funcional: utiliza indicadores como la salud y la ejecución
3. Psicosocial: basado en percepciones o propias o de los demás y que pueden ser medidas por los compañeros o los empleadores
4. Organizacional: asume que la edad y la ocupación están relacionadas, aunque los efectos del envejecimiento son a menudo confundidos por los efectos de la ocupación, y viceversa.
5. Enfoque del ciclo vital: se centra en los cambios conductuales en cada etapa del ciclo vital.

Como ya se ha visto con anterioridad el concepto de salud mental es complejo, no lo es menos el concepto de salud mental en relación a la edad. Segal, Qualls, y Smyer (2010) proponen que más que hablar de un teoría unificada estaríamos más bien ante un concepto multifacético que refleja un rango clínico e investigador, aglutinando complejos elementos de normalidad estadística, vínculos entre funcionamiento individual y grupal, el alcance del control y tratamiento de ciertos trastornos e ideas de funcionamiento positivo. No ocurre lo mismo con los trastornos mentales. Algunos autores ven una simplificación excesiva de las relaciones entre ambos factores incluso a nivel de investigación (Schaie, 1993).

Hasta la fecha son pocos los trabajos publicados que estudian de forma explícita las diferencias de edad en los intereses vocaciones, valores o la importancia de dimensiones del trabajo tan importantes como la complejidad de la tarea, autonomía y variedad (Kanfer & Ackerman, 2004). Además la literatura disponible presenta datos ambiguos. Así Streufert, Pogash, Piasecki, y Post (1990) encontraron que los directivos mayores eran menos flexibles

en el uso de estrategias de tomas de decisiones, pero sus decisiones no eran menos efectivas. Ryff y Baltes (1976) sugieren que los empleados mayores tienden a despreciar valores instrumentales (como la seguridad financiera) y apreciaban más valores nucleares como las oportunidades de crecimiento. Por su parte Phillips (1978) mostró que los trabajadores mayores preferían más responsabilidad, trabajo interesante y demandante de atención que los trabajadores jóvenes, los cuales preferían autonomía y responsabilidad social.

Trabajos como los de Warr (1992; 1994; 2001) revelan que la edad está asociada de forma positiva con la mayor preferencia por la seguridad física, el salario y las oportunidades de usos de las habilidades en el trabajo y existe asociación negativa con la importancia de las altas demandas del trabajo, variedad del puesto, feedback y suministro de objetivos externos. Así este autor señala que probablemente los trabajadores mayores presentan diferentes preocupaciones, debido a su posición familiar, experiencia y sobre a la percepción que tienen de estar en diferentes etapas del ciclo vital.

Con respecto a la salud mental existen cantidad de estudios sobre las diferencias según la edad (De Lange et al., 2006; De Lange, 2005; De Lange, Taris, Kompier, Houtman & Bongers, 2004; 2005). Diversos estudios muestran que los trabajadores mayores, expresan mayor satisfacción que los jóvenes (Clark, Oswald & Warr, 1996; Rhodes, 1983; Warr, 1992). Autores como Warr y Birdi (Birdi, Allan & Warr, 1997; Warr, 1992) han encontrado evidencia de una relación en forma de U entre la edad y el bienestar ocupacional.

Sui y Spect, (2001) en un estudio en Hong Kong no encontraron relaciones significativas entre estas dos variables, pero si una relación positiva alta, comparado con estudios

occidentales, entre edad y bienestar psicológico. En su estudio, además, mostraron que los directivos mayores mostraban menos estrés, más estrategias de afrontamiento orientadas al problema y un locus de control interno. Los autores sugieren que estos resultados pueden estar relacionados con la gran aceptación que tiene las personas mayores en las empresas chinas, lo cual reduciría la carga de estrés.

En cuanto a la resiliencia y el burnout, hay estudios que revelan que tanto la resiliencia física como la mental sería menor en trabajadores mayores (Alkjaer, Pilegaard, Bakke & Jensen, 2005). No obstante otros estudios han mostrado relaciones consistentes de tipo negativo (Schaufeli & Enzmann, 1998). Así, el burnout se observa con más frecuencia al principio de la carrera profesional, indicando que la experiencia puede ser un importante amortiguador en el desarrollo del burnout.

Son pocos los estudios publicados que examinan la relación entre trabajo, salud mental y las variables relacionadas con la edad. Warr (1992) estudió las relaciones entre edad y bienestar ocupacional (medidos como ansiedad laboral-alegría y depresión laboral-entusiasmo), las cuales se representaron mediante 13 factores (posición laboral, características del trabajo como demandas o capacidad de decisión, valores, factores demográficos, ciclo de vida familiar, etc.), encontró que más allá de la influencia de la edad, había efectos significativos en las características del trabajo, los valores del trabajo y factores demográficos que explicaban el bienestar ocupacional.

Birdi, Warr, y Oswald (1995) han constatado relaciones significativas entre edad y satisfacción laboral explicadas por diferencias en el trabajo y factores personales.

Nolen-Hoeksema y Ahrens (2002) examinaron la influencia de la edad en relación al trabajo y los síntomas depresivos, mostrando que una baja calidad del entorno de trabajo se relacionaba de forma más consistente con los síntomas depresivos entre trabajadores de mediana edad (entre 45 y 55 años) que entre los más jóvenes (entre 25 y 35 años).

La teoría del Ciclo Vital propone que la salud mental en cualquier periodo del ciclo adulto estará fuertemente asociada con preocupaciones relacionadas con cuestiones importantes de ese periodo, y aquellos eventos no esperados o normativos (la muerte de un compañero o amigo joven) para un periodo determinado del ciclo vital tendrán un gran impacto en la salud mental del trabajador, en comparación a las personas para las cuales estos eventos si son esperados o normativos (Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002). De acuerdo con este último autor, las expectativas sobre si se está siendo bien aprovechado probablemente cambian a lo largo del ciclo vital, y por lo tanto las alteraciones no esperadas pueden tener una mayor impacto en la salud mental de algunos grupos de edad en comparación a otros. Así, los trabajadores mayores, podrían ver menos oportunidades de traslado a otro trabajo en comparación a los jóvenes, ya que son tenidos como más caros o demasiado viejos para obtener la preparación necesaria para los nuevos objetivos.

En contraste, Baltes y Carstensen (1993) sugieren que los trabajadores tendrán y mantendrán mejor su bienestar psicológico en la madurez, debido a que tendrán mejores métodos de afrontamiento o mejor ajuste al trabajo.

De la misma manera, Clark, Oswald y Warr (1996) sugieren que factores extralaborales del momento vital y las circunstancias personales (como la madurez o la experiencia) pueden ser importantes variables explicativas de la salud mental en el trabajo.

Hansson, DeKoekkoek, Neece, y Patterson (1997) argumentan que la relación entre la edad y la satisfacción laboral refleja el ajuste entre la capacidad de cambio del trabajador y las demandas del puesto de trabajo. Así si las demandas no están sobrecargando y un trabajador mayor tiene capacidad de ajuste, la edad no tendrá un impacto significativo en el bienestar laboral. Por otro lado, si las habilidades y las formas de afrontamiento no compensan las demandas del puesto, la salud mental del trabajador puede ser alterada (Warr, 1994)

En resumen, estos resultados sugieren que la edad en si no modera la relación entre trabajo y salud mental, sino más que las variables relacionadas con la edad (estado de salud, antigüedad en el puesto, preferencias ocupacionales o vocacionales, situación del hogar) son importantes moderadores de la relación entre trabajo y salud mental.

4.4. Salud mental del profesorado

Como se ha expuesto al principio, son muchos los estudios que vienen a confirmar que la docencia es una de las profesiones más estresantes, en la que las exigencias superan con creces a los recursos (Latorre & Sáez, 2009; Moreno Jiménez et al., 2010; Peiró & Gil-Monte, 1999; Travers & Cooper, 1997).

Asimismo se han ido aportando investigaciones sobre la insatisfacción del profesor (Rodríguez, 2006; López-Araújo, Osca & Peiró, 2007; Platsidou & Agaliotis, 2008; Liu & Ramsey, 2008; Otero-López, Castro, Villardefrancos & Santiago, 2009; Skaalvik & Skaalvik, 2009), su malestar psicológico y el estrés (Otero-López, Castro, Villardefrancos & Santiago, 2009; Belcastro & Gold, 2009; Arias & Gonzalez, 2009). Asimismo, numerosos trabajos coinciden en que en el desgaste del profesor están implicados fundamentalmente factores personales y contextuales (Fernández Castro & Edo, 2008; Garrosa et al., 2010; Latorre & Saéz Carreras, 2009).

El estudio epidemiológico realizado en Francia por Amiel y Lebigre (1970) sobre enfermedades de los profesores sometidos a tratamiento en los centros asistenciales sobre una muestra de 1294 profesores enfermos, concluía que los diagnósticos más frecuentes eran los estados neuróticos y depresivos seguidos por los de personalidad.

Brodbelt (1973) en una investigación realizada con profesores de primaria y secundaria en Estados Unidos con 379 docentes, expuso que el 35,7% presentaba un desequilibrio psíquico moderado y el 29% perturbaciones psiquiátricas serias.

En la actualidad, otros estudios epidemiológicos no parecen expresar mejores datos por ejemplo Pérez, Oltra, y Cervera (2000) revisando las tasa de incapacidad laboral transitoria del profesorado en la Comunidad Valenciana encuentran no sólo que los problemas psicológicos son la primera causa de baja (siendo la más común la depresión, seguidos por la ansiedad y el estrés), sino que la tendencia es de claro aumento, encuentran además que estás

aumentan especialmente al terminar el curso o cuando este está más cercano. Los fármacos eran el principal tratamiento y el 60% volvía a reincidir en bajas.

En una línea parecida Cornejo (2008) encuentra en Chile prácticamente los mismos resultados, siendo de nuevo la depresión y la ansiedad los trastornos más diagnosticados y en algunos casos triplicando esta tasa en docentes al promedio nacional.

García Calleja (1996) analizó las bajas por enfermedad en el intervalos de 1989 a 1995, aumentando de un 15,09% en el curso 89-90 a un 19,68% en el 94-95, siendo las enseñanzas medias las que presentaban un mayor incremento y la EGB una mayor proporción. Si bien la primera causa eran las bajas gripales, la segunda causa en el curso 94-95 era la depresión, lo cual suponía un incremento de más del 30%.

Valero y Amores cit. en (Valero, 1997) en un estudio correlacional sobre factores antecedentes del estrés en una muestra de 156 profesores de primer y segundo ciclo en Málaga, encontraron un 37% de maestros presentaban problemas de salud mental en general, un 19% síntomas depresivos y 51% síntomas de ansiedad situacional.

Calvete y Villa (1997), en otro estudio sobre absentismo laboral en la provincia de Vizcaya durante el curso 94-95, encontraron que las bajas por salud mental representaban el 3,17% siendo la tercera causa y la duración media de 86,36 días.

Guerrero (1997; 1998) en un estudio en la provincia de Badajoz analizando 11917 registros de bajas laborales de profesores de EGB, BUP y FP en el intervalo de cursos desde el 90-91 al 94-95 encontró que las bajas por causa psiquiátrica representaban el 8,9 % del total en el profesorado de EGB y un 8,5 % para los docentes de ESO, siendo la causa más frecuente la depresión seguida de neurosis de ansiedad y neurosis obsesiva. Además constató que las bajas eran mayores en mujeres que en hombres.

En las últimas décadas, una de las líneas de investigación en este ámbito más prolíficas ha sido sin duda la búsqueda de modelos explicativos del bienestar/malestar docente, basados en aspectos psicosociales del trabajo. Los modelos que cuentan con mayor evidencia de apoyo respecto del trabajo docente son los modelos de “ajuste persona-entorno”, “Modelo demanda-recursos” o JD-R (Bakker & Demerouti, 2007; Lorente, Salanova, Martínez & Schaufeli, 2008; Schaufeli & Bakker, 2004) y “control-demanda-apoyo social” (Karasek & Theorell, 1990; Parra, 2007; Verhoeven, Kraaij, Joeke & Maes, 2003). El modelo “control-demanda-apoyo social”, también conocido como modelo JDC-S o modelo de Karasek, es el que cuenta con mayor evidencia confirmatoria (Benmansour, 1998; Kittel & Leynen, 2003; Pascual, Perez-Jover, Mirambell, Ivañez & Terol, 2003; Sann, 2003; Verhoeven, Kraaij, et al., 2003) y el que se más utilizado actualmente en los estudios transculturales europeos sobre bienestar docente y condiciones de trabajo, en el llamado proyecto EURO-TEACH9 (Chávez & Quiñónez, 2007; Rasku & Kinnunen, 2003; Verhoeven, Maes, Kraaij & Joeke, 2003).

En los múltiples estudios realizados en el marco del proyecto EUROTEACH, el modelo JDC-S fue comprobado en su primera versión. Sin embargo, la evidencia sobre la variable

moduladora “apoyo social” no resulta concluyente aun (Verhoeven et al 2003, Cornejo & Quiñónez, 2007).

Pérez et al (2000) proponen a su vez un esquema explicativo sobre las alteraciones conductuales y procesos psicopatológicos en docentes



Figura 5: esquema explicativo sobre las alteraciones conductuales y procesos psicopatológicos en docentes
(adaptado de Pérez et al, 2000)

4.5. Instrumentos de valoración de la Salud mental

Como se ha señalado el concepto de salud mental es amplio y genérico es difícil encontrar instrumentos de medida ajenos al modelo psiquiátrico, no obstante existen instrumentos como los que se exponen a continuación, que se han utilizado en trabajos de investigación:

- El *Test de Salud de Langner Amiel* (Fidalgo & Pérez, 1997; Vega & Bilbao, 1997), se trata de un cuestionario auto-administrado que detecta posibles problemas de salud mediante autovaloración de sintomatología de tipo psicósomática generada en procesos estresantes. Permite conocer el estado de salud general y aporta indicadores de sintomatología psicósomática y depresivo-neurótica asociados a las condiciones de trabajo. Aporta información sobre la auto-percepción, pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrán definir un problema de salud, del nivel estrés percibido y la desmoralización. El análisis de los resultados se hace a partir de dos puntuaciones, el total de cada individuo, en función del número de respuestas indicadoras de posible alteración, y la categoría en la que es incluido en uno de los tres grupos en función de las respuestas somáticas.
- *Inventario de Salud General* (ISG; Godoy & Godoy-Izquierdo, 2000, versión experimental). Este autoinforme incluye todas las especialidades médicas y un apartado abierto en los que los participantes deben señalar para el último año qué problemas han padecido en cada ámbito, el número de visitas a un profesional de la salud por tal motivo, los días que pasó enfermo o se encontró mal y los días que pasó en cama por tal causa, el grado de interferencia que dicho problema o enfermedad le ha ocasionado en su vida cotidiana (de 0= «Ninguna interferencia» a 10= «Totalmente perturbador»), así como su estado general de salud (Nivsubj) considerado de forma subjetiva (de 0= «Pésimo» a 10= «Óptimo») teniendo en cuenta este último año y el momento actual. Así pues, se obtienen seis puntuaciones parciales que son la suma de todo lo señalado por la persona en cada apartado, excepto en el caso del grado de interferencia (suma de interferencia/número de problemas) y el nivel subjetivo de

salud (nivel señalado). Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas en población española.

- *Cuestionario de Salud General (GHQ-12)* de Goldberg y Williams (Goldberg & Williams, 1996; Goldberg et al., 1997) Este cuestionario incluye 12 ítems agrupados en 4 subescalas de estado físico, ansiedad, funcionamiento cotidiano y depresión, para los que la persona señala su situación actual en comparación con las últimas semanas marcando una de cuatro alternativas, desde encontrarse mejor de lo habitual hasta peor de lo habitual. Así pues, se obtienen 4 puntuaciones parciales y una total, que es la suma de las parciales. Todas ellas indicadoras del nivel de salud de la persona. Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas tanto en población no española como española.
- *Symptoms Checklist – 90-R (SCL-90-R)* de Derogatis (Derogatis, 2002), se trata de un cuestionario auto-administrado que evalúa nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Tiene 90 ítems que se responden en una escala de cinco puntos, de 0 = nada en absoluto (ausencia de síntomas) hasta 4 = mucho o extremadamente (máximo malestar). Es una de las pruebas más usadas para evaluar las consecuencias de respuesta al estrés, dispone además de tres índices de malestar y un índice general de severidad (GSI) que mide la intensidad del sufrimiento psicológico y somático general.

- *Escala de Balance Afectivo* (EBA; Warr, Barter & Brownbridge, 1983, versión española de Godoy & Godoy-Izquierdo, 2003). Contiene 18 ítems para los que los participantes deben indicar si han padecido en la última semana los estados que se enumeran en una escala tipo Likert con 3 alternativas de respuesta (1= «Poco o nunca» a 3= «Generalmente»). La escala mide de forma directa tanto la experimentación de afecto positivo (Afecpos, 9 ítems) como negativo (Afecneg, 9 ítems). Se obtiene además un índice de balance afectivo (Total) que es la diferencia entre el afecto positivo y el afecto negativo. Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas tanto en población no española como española.
- *Escala de Bienestar Psicológico* (EBP; Sánchez, 1998): Está compuesta por cuatro subescalas, Para cada una de ellas se obtiene una puntuación directa (Subj, Trab), una puntuación ponderada (Pond) y una puntuación total (Tot). Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas en población española.
- *Escala de Satisfacción Vital* (ESV) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) ha sido adaptado a la población española por Atienza, Pons, Balaguer y García-Mérita (2000). Este autoinforme evalúa a través de 5 ítems el grado en que la persona se muestra satisfecha con su vida en general (Total). Para ello, señala su grado de acuerdo con los 5 enunciados en una escala tipo Likert con 7 alternativas de respuesta (1= «Totalmente en desacuerdo» a 7= «Totalmente de acuerdo»). Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas tanto en población no española como española.

5. Expectativas de control

5.1. Delimitación conceptual

Siguiendo lo indicado por diversos estudios se puede considerar al Locus de Control como un requisito o condición para que se den conductas exitosas (Ferreira et al, 2006; Luna-Arocas, 2002). Sería una condición que para que la persona establezca metas, planifique y realice actividades que le llevan a alcanzar esas metas, esta sienta que tiene el control de la situación, tenga capacidad de decisión y de asumir la responsabilidad personal por los objetivos alcanzados.

No obstante no es suficiente con que la persona tenga esa capacidad, es necesaria una autoevaluación de la capacidad de utilizar las propias habilidades y capacidades personales antes diversas circunstancias. La percepción de la personas acerca de su propia eficacia es fundamental para desarrollar con éxito las acciones que le llevaran al logro de objetivos personales. Esa autopercepción, denominada autoeficacia, influye de forma importante en la elección de las tareas y actividades, así como en el esfuerzo y perseverancia de las personas al enfrentarse a determinados retos e incluso en las reacciones emocionales experimentadas ante situaciones difíciles. Por lo tanto, las creencias de autoeficacia representan un mecanismo de naturaleza cognitiva que media entre conocimiento y acción y que determina, junto a otras variables, el éxito de las acciones (Prieto, 2003)

Es bien sabido, que en los contextos educativos, existe un interés permanente por comprender los factores, ya sean cognitivos y/o comportamentales que puedan favorecer o

dificultar el desempeño de los docentes y en la psicología educativas, los constructos de autoeficacia y ansiedad han recibido una atención especial, a la vez que han generado numerosas investigaciones (Prieto, 2003)

La investigación empírica ha demostrado aspectos como que la autoeficacia resulta ser más predictiva del rendimiento académico que otras variables de tipo cognitivo (Bandura, 1982), además de ser buena predictora del éxito posterior (Bandura, 1997, Pajares & Schuck, 2001) y un buen mediador de competencia y rendimiento favorecedor de procesos cognitivos (Valiante, 2000; Pintrich & De Groot).

El propio Bandura asegura que el comportamiento humano puede ser mejor predicho mediante las creencias de las personas acerca de sus capacidades que por lo que en verdad pueden hacer, ya que estas percepciones modulan que es lo que las personas hacen con las habilidades y conocimiento que poseen (1997).

No es difícil ver la relación de la expectativa de control con el concepto de apreciación primaria de Lazarus y Folkman. En el modelo de Lazarus y Folkman (Cañero, 2002; Lazarus, 2000; Lazarus et al., 1986), el estrés es visto como una función de la valoración del sujeto y el entorno, en la que este es percibido como amenazante o desborda sus recursos (Figura 7). Es por tanto la interacción entre la persona y el entorno la que define el proceso de estrés. Se trata un proceso dinámico, interactivo y reactivo, basado en la apreciación y el afrontamiento.

La apreciación, sería la responsable de la interpretación de un evento como estresante, distinguiendo entre apreciación primaria (influida por variables personales y ambientales) y secundaria, la cual aparece una vez la situación ha sido valorada como negativa.

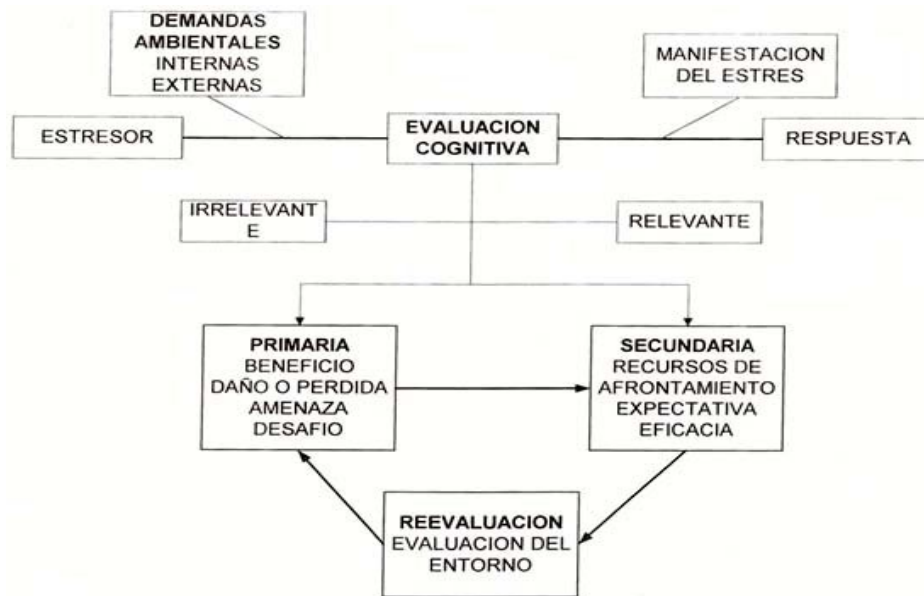


Figura 7: Modelo de Lazarus y Folkman (adaptado de Lazarus & Folkman, 1986)

5.2. Locus de control

Con los años el Locus de control se ha convertido en un tópico (Conesa, 1991; Visdómine-Lozano & Luciano, 2006; Visdómine, 2004) aplicado en prácticamente todos los ámbitos de la psicología. La variedad y cantidad de estudios sobre el locus de control es enorme, así como su temática. Destaca el uso de análisis correlacionales y el uso casi exclusivo del cuestionario de Rotter, a pesar de las críticas que ha recibido, y de otros instrumentos derivados de él (Visdómine & Luciano, 2006). Así se ha estudiado el locus de control en relación con el Género y la edad (Halpin, Harris & Halpin, 1985; Siu, Cooper, Spector & Donald, 2001; Sui & Spect, 2001), en pacientes de hemodiálisis (Takaki & Yano, 2006), en relación a las conductas saludables (Wallston & Wallston, 1978; B. S. Wallston, Wallston, Kaplan & Maides, 1976; Wallston, Wallston & DeVellis, 1978), en pacientes

psiquiátricos (Levenson, 1973), en las causas de satisfacción e insatisfacción de los estudiantes universitarios (Conesa, 1991) o incluso en la vulnerabilidad a las lesiones en futbolistas (Ortín, Olmedilla, De Los Fayos & Hidalgo, 2008).

En un principio y siguiendo a Tolman (Palenzuela, Prieto, Barros & Almeida, 1997), Rotter desarrolló el concepto de expectativa de éxito. No obstante es más adelante (Rotter, 1966) desarrolla el concepto de expectativa generalizada interna-externa del refuerzo o Locus de Control. El propio Rotter (Rotter, 1966) define el Locus de Control como: “si la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes, se ha dicho que es una creencia en el control interno”; en cambio, sostiene que “cuando un refuerzo es percibido como siguiendo alguna acción personal, pero no siendo enteramente contingente con ella, es típicamente percibido, en nuestra cultura, como el resultado de la suerte (...), y en este sentido se ha dicho que es una creencia en el control externo” (p. 1).

De acuerdo pues con Rotter (1975), el locus de control interno se refiere a la disposición de atribuir a uno mismo el control sobre sus refuerzos y el Locus de control externo se refiere a la atribución de que sus refuerzos están regidos por factores externos, como a suerte o la fortuna.

A pesar de un extenso número de investigaciones realizadas, Palenzuela (1984) critica las escalas de medida, sugiriendo que la teoría necesita asociarse a otros instrumentos para la validez de una investigación. De este modo, Palenzuela (1987; Palenzuela et al., 1997) insiste en las diferencias con respecto a la autoeficacia mediante el siguiente esquema (Figura 8).

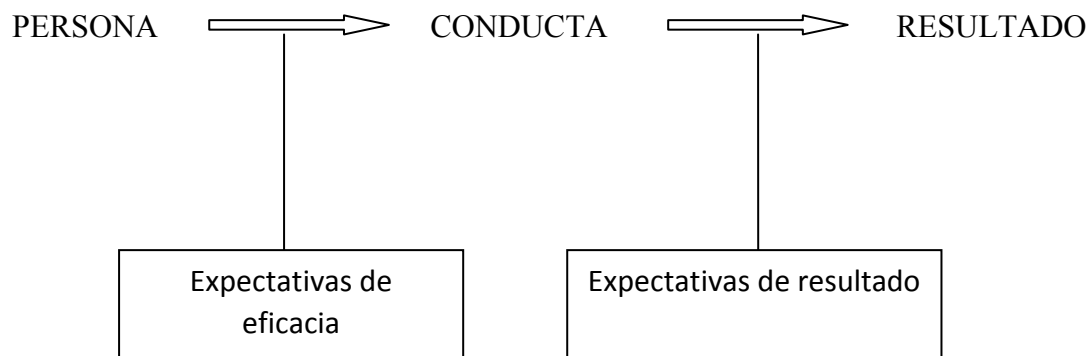


Figura 8: representación gráfica de la diferencia entre expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado (adaptado de Bandura, 1977)

El propio Palenzuela (1997) profundiza en esta diferencia sugiriendo el siguiente modelo, denominado tridimensional en el que tiene cabida expectativas de autoeficacia, expectativas de control y expectativas de LOC. Cada tipo de expectativas quedaría definida de la siguiente forma:

- Expectativa de autoeficacia: juicio de la persona sobre sus propias capacidades
- Expectativa de éxito: estimación subjetiva de la medida en que se logrará una meta refuerzo o resultado
- Expectativa de LOC: estimación de en qué medida los acontecimientos serán contingentes a sus acciones o a la suerte.

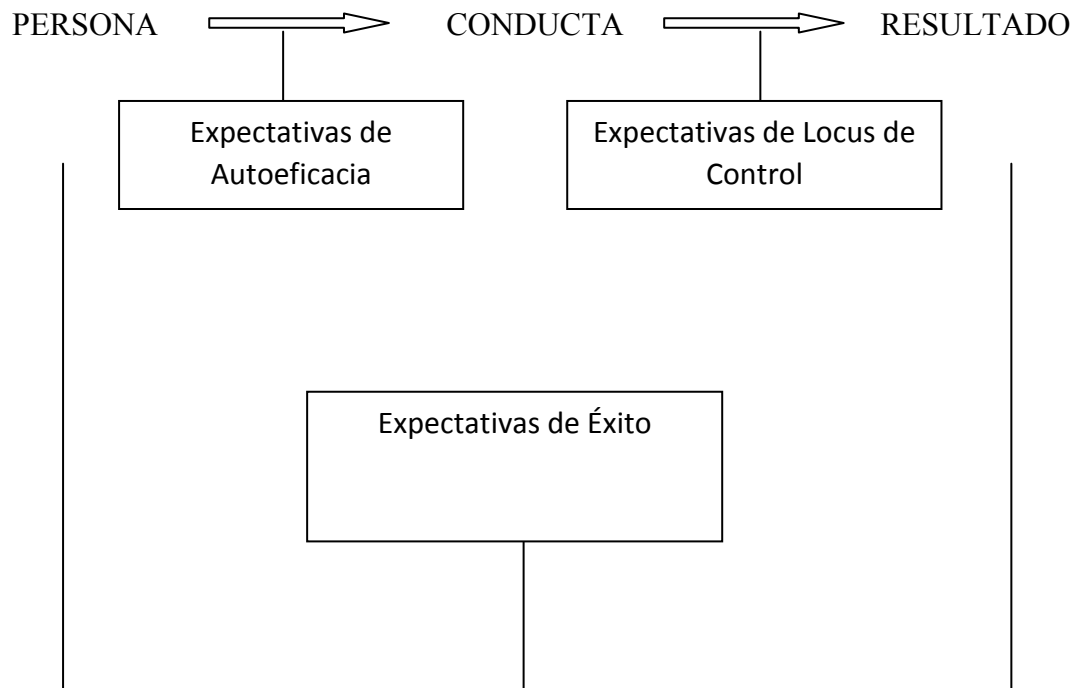


Figura 9: representación gráfica de la diferencia entre expectativas de autoeficacia, expectativas de locus de control y expectativas de éxito (adaptado de Palenzuela, 1997)

Visdómine y Luciano (2006) hacen una exposición de modelos teóricos y constructos equivalentes al de Locus de Control, destacando la enorme diversidad y la consecuente vaguedad conceptual ante la cantidad de propuestas:

- *Sentido de alienación* o *Powerlessness*: propuesto por (Seeman, 1959) sentimiento derivado del no poder influir en los resultados de un proceso de toma de decisiones, a esta hay que añadir *meaninglessness*, referente a la falta de claridad en la toma de decisiones; *normlessness* o rechazo a las normas establecidas socialmente; *isolation* o la experiencia de verse aislado; y *self-strangement* o *autoextrañeza*

- *Competencia*: propuesto por White (1959) concepto motivacional relativo a conductas exploratorias y de juego definido como un sentimiento de eficacia relacionado con la necesidad intrínseca de relacionarse con el medio y obtener satisfacciones del mismo
- *Autoeficacia percibida*: quizás el rival más serio del Locus de Control, no obstante según señala (Bandura, 1995) la autoeficacia percibida es relativa a las creencias de la gente de cara a producir ciertos comportamientos, mientras que el Locus de control se refiere a si los resultados de sus acciones dependen de sus acciones o no. No obstante, posteriores añadidos del autor oscurecen más esta diferencia y dan lugar a un solapamiento.
- *Atribuciones*: son varios los autores que señalan que las atribuciones son procesos interpretativos sobre las causas de un evento determinado, modulando la conducta, siendo ellos mismos los que interpretan las causas del propio comportamiento, y siendo a partir de este proceso que se modifican los comportamientos futuros para adaptarse a las próximas demandas. Dentro de las propuestas de esta categoría cabe destacar la *Psicología Ingenua de la Acción* de Heider (1958); la *Teoría de las Interferencias Correspondientes* de Jones y Davis (1965), y el *Modelo de Covariación de Consenso* de Kelley (1973), así como las síntesis conceptuales de Weiner (1986), Wortman y Brehm (1975), y la de Abramson, seligman y teasdale (1978) sobre indefensión aprendida.
- *Teorías modernas de expectativa-valor*: como el *modelo de Eccles, Adler, Futterman, Goff y Kaczala* (1983) según el cual las expectativas y valores determinan no sólo el comportamiento, sino también la persistencia en la tarea y su elección; el *Modelo de*

valores y motivación de logro de Feather (1992), centrado en el motivo de logro visto como la disposición para derivar satisfacción del desempeño exitoso de la propia habilidad, y el motivo de evitación del fracaso, que es la capacidad independiente para experimentar culpa, vergüenza, etc., y el *Modelo de Heckhausen*, que diferencia entre 4 tipos de expectativas: de situación resultado, de acción-resultado, de acción resultado mediada por la situación y de resultado-consecuencia.

- *Teoría de control de la acción*: Kulh (1986) destaca la interacción entre procesos cognitivos y motivaciones en tres aspectos: toma de decisiones o elección voluntaria, cambio de tendencias motivaciones cuando entran en conflicto y el control de la acción o persistencia elegidas entre tendencias de acción.
- *Teoría de la acción razonada/planeada*: propuesta por Ajzen (1988) sostiene la diferencia entre intención y locus de control, definiendo la primera como como la voluntad directa de acción y al segundo como una expectativa guiada por constricciones realistas. La teoría comprende la relación directa entre locus y conducta sin intención.
- *Otras teorías*: Eccles y Wigfield (Eccles y Wigfield, 2002) relacionan el locus de control con otros constructos como el de autonomía de Angyal (1941), la causación personal de Charms (1968), la libertad percibida de Steiner, la motivación intrínseca de Deci (1975), el Flow de Csikszentmihalyi (1988), el control percibido de Langer (1983) o el optimismo de Scheier y Carver (1987)

El constructo de locus de control ha sido muy utilizado en el estudio de expectativas generalizadas (Visdómine & Luciano, 2006; Visdómine, 2004), pudiéndose encontrar unas pautas generales: uso de las puntuaciones de la escala como variable dependiente o de agrupación, por lo que se dificulta el establecimiento de conclusiones definitivas, claras y contundentes, este tipo de estudios, tanto básicos como aplicados, sin adaptación experimental progresiva, lo cual dificulta el conocimiento empírico sobre el locus. También ha sido muy usado en el estudio de expectativas específicas (Catanzaro, 1989; Chau & Phillips, 1995; Jimmieson & Terry, 1999; Meyer & Gellatly, 1988; Stanton & Barnes, 1996), destacando Visdómine & Luciano, (2006) el uso casi exclusivo de diseños factoriales y de grupo pese a objeto de estudio de naturaleza individual. Además la población está muy limitada a la de estudiantes de psicología, limitando la validez externa, en los estudios de persistencia en tarea no se suelen controlar tampoco las expectativas.

5.3. Autoeficacia

El concepto de autoeficacia surge dentro del marco de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, como un intento de explicar por qué distintos procedimientos de intervención psicológica son capaces de lograr cambios importantes en el comportamiento de las personas, teniendo estos procedimientos raíces conceptuales distintas. La teoría de la autoeficacia de Bandura (Bandura, 1982, 1986, 1994, 1997; Bandura & McClelland, 1977) proporciona un marco adecuado para el estudio de la confianza subjetiva para el éxito personal en distintas actuaciones. Bandura afirma que existe un mecanismo mediador de naturaleza cognitiva subyacente a estos procedimientos, serían las expectativas de autoeficacia percibida las que darían cuanta de los cambios al finalizar el tratamiento (Bermúdez, 1994)

El término de autoeficacia se refiere a la creencia que la persona se forma con respecto a su propia capacidad de actuar ante una tarea o situación concreta (Bandura & McClelland, 1977). En términos más técnicos, sería la convicción de que se puede llevar a cabo de forma exitosa la conducta necesaria para producir los resultados deseados.

Según Bandura (1989) los juicios de autoeficacia influyen en la elección de actividades en las que participa la persona, el esfuerzo que invierte, el tiempo que persevera en la misma y las reacciones emocionales mientras prevé una situación o está implicada en ella. Así la persona siente y se comporta de forma distinta en aquellas situaciones en las que se siente segura de sus capacidades con respecto a aquellas situaciones en las que está insegura o no se siente capaz. Por lo que las creencias de autoeficacia influyen en los pensamientos, la motivación y el estado emocional (Pervin, 2012).

Bandura (1997) distingue a su vez entre expectativas de eficacia y expectativas de resultado, considerando estas últimas como las expectativas de conseguir un resultado determinado ante una tarea concreta. Así, para este autor una persona puede no tener expectativas de autoeficacia para una conducta, pero sí para un resultado ante esa misma conducta. En otras palabras, un individuo puede saber, que si actúa de una forma determinada podrá obtener beneficios, pero sentirse incapaz de hacerlo o considerar que no tiene las habilidades necesarias para realizar esa conducta de manera exitosa.

Otro aspecto importante en la teoría de la autoeficacia es que esta tiene una gran relevancia en el ejercicio del control personal desde una perspectiva de agencia personal, así

como su influencia en sobre el comportamiento, el ajuste y la adaptación, el funcionamiento cotidiano, la salud y el bienestar (Bandura, 1997; O'Leary, 1985).

La autoeficacia influye en la toma de decisiones, las elecciones, las metas propuestas, las conductas seleccionadas y ejecutadas, el nivel de esfuerzo y perseverancia dedicado al afrontar obstáculos y fracasos, en la resistencia a la adversidad, la vulnerabilidad al estrés, así como en las reacciones fisiológicas y emocionales asociadas a nuestras acciones (Bandura, 1997, 1999; Bandura & McClelland, 1977). La autoeficacia por tanto tiene un papel central en el automanejo, ejerciendo influencia directa sobre las acciones, pero influyendo también de forma indirecta sobre determinantes atencionales, cognitivos, motivacionales y emocionales de la conducta (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino & Pastorelli, 2003).

Otro aspecto importante con respecto a las expectativas de autoeficacia es que éstas deben ser consideradas de forma específica con respecto a las tareas o situaciones, ya que se pueden tener una expectativas de autoeficacia muy altas para una conducta y muy bajas para otra (Bandura, 1997). Se debe entender pues que existe una autoeficacia general y autoeficacias específicas. La autoeficacia no puede ser considerada como una cualidad del comportamiento humano, ni general ni única. Como se ha señalado, este concepto se refiere a la confianza en las capacidades individuales para desarrollar acciones y conseguir los resultados esperados en un dominio o contexto de funcionamiento concreto. De esta manera los indicadores de autoeficacia específica en dominios particulares tendrán un mayor poder explicativo y predictivo que los indicadores globales de autoeficacia (Bandura, 1997; Bandura et al., 2003).

Siguiendo las indicaciones del propio Bandura resultaría más apropiado hablar de múltiples autoeficacias específicas (Pérez, 2009) y en consecuencia han sido propuestas varias como autoeficacia académica, docente, parental, relacionada con la salud, para manejo de enfermedades crónicas, para el control del dolor, adherencia a tratamientos, para la práctica del ejercicio físico, para dejar de fumar, etc.

No menos importante para el objeto de este trabajo es la autoeficacia específica para el afrontamiento de eventos estresantes (Bandura, 1997; Godoy-Izquierdo & Caballo, 2006; Godoy-Izquierdo et al., 2008; Godoy-Izquierdo & Godoy, 2004). Las creencias de autoeficacia constituyen un gran recurso para el afrontamiento del estrés y sobre todo para la adaptación personal a las situaciones vitales estresantes (Bandura, 1997). Las personas con una buena percepción de sí mismos y de sus posibilidades serían menos vulnerables a sufrir indefensión y afrontarán la situación de forma más adaptativa (Bandura, 1992). Asimismo hay trabajos que relacionan la autoeficacia de afrontamiento de estímulos y situaciones ansiógenas con una menor probabilidad de sufrir respuestas de ansiedad en dichos contextos (Bandura, 1982, 1988, 1992; Ozer & Bandura, 1990).

La autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés (AEAE) se puede definir, como el conjunto de creencias referidas al grado de confianza en los recursos personales para manejar situaciones demandantes y estresantes de forma eficaz, es decir para eliminar, amortiguar o incluso prevenir el estrés experimentado en esa clase situaciones, para controlar así las consecuencias no deseadas (Pérez, 2009).

En el caso de la AEAE consideramos de dos tipos de expectativas (Godoy-Izquierdo et al., 2006; Godoy-Izquierdo et al., 2008; Godoy-Izquierdo & Godoy, 2004):

- Expectativas de eficacia en el afrontamiento del estrés: son los juicios subjetivos sobre las capacidades personales de organización y ejecución eficaz de cursos de acción para manejar y resolver la situación y regular las emociones que se experimentan.
- Expectativas de resultado: en este caso, son las creencias personales que las acciones permitirán obtener los resultados deseados en el manejo de la situación y de sus consecuencias en diferentes áreas vitales (relaciones interpersonales, éxito laboral, clima familiar, bienestar personal, etc.)

Los juicios personales sobre las propias capacidades para manejar el estrés son relevantes para un afrontamiento eficaz, ya que tal y como establece la teoría de la autoeficacia, las creencias de eficacia personal no sólo son las que determinan en última instancia el comportamiento y por tanto también el éxito de una acción concreta, sino que además son también importantes en varios aspectos del afrontamiento en sí mismo. Dentro de la teoría social cognitiva, el estrés es considerado como la ineficiencia percibida para ejercer control al afrontar las demandas del entorno, lo que desencadenaría respuestas conductuales, emocionales y bioquímicas que acompañan al estrés (Bandura, 1992, 1995)

No obstante, el propio Bandura indica que en una situación las expectativas de eficacia pueden variar en tres parámetros: magnitud, generalidad y fuerza (Bandura, 1986, 1994; Bermúdez Moreno, 1994):

- Magnitud: una persona se puede percibir como altamente eficaz ante una tarea sencilla e ir reduciendo esa percepción conforme aumenta la dificultad y complejidad de la tarea.
- Generalidad: las expectativas que se generan en una situación se pueden generalizar a otras más o menos similares.
- Fuerza: las expectativas de eficacia ante una situación dada pueden ser fuertes o débiles, las fuertes son más difíciles de extinguir ante el fracaso en la ejecución que las débiles.

5.4. Expectativas de control y estrés

Son numerosos los estudios que señalan que los profesionales, incluidos los profesores, con más locus de control externos tiene mayor tendencia a padecer fatiga crónica (Buendía & Riquelme, 1995; Byrne, 1991, 1994; Fielding, 1982; Kyriacou, 1987; Kyriacou & Sutcliffe, 1979; Kyriacou & Sutcliffe, 2011; Lunenburg & Cadavid, 1992; McLaughlin, Pfeifer, Swanson-Owens & Yee, 1986; Meehling, 1982; Spector, 1984; Spector, 1997; Stone, 1982). Por su parte Calvete y Villa (1997) exponían que los sujetos con locus de control interno, mostraban menor activación fisiológica y estrés subjetivo.

En otros estudios, se ha expuesto que a mayor grado de influencia sobre el propio trabajo, menos será el cansancio emocional y mayor la realización personal (Meadow, 1981). Se han encontrado incluso correlaciones significativas entre locus de control y las escalas del M.B.I (McIntyre, 1984)

Calvete y Villa (1999) han señalado la relación entre locus de control externos, ideas irracionales sobre la enseñanza y el incremento en los niveles de burnout en un estudio con 197 profesores de secundaria.

El autocontrol y la autoeficacia también han sido relacionadas con el estrés y el burnout. En concreto altos niveles de burnout correlacionan con baja autoeficacia y malas estrategias de afrontamiento (Innes y Kitto, 1989; Pierce & Molloy, 1990). Al contrario, los profesores que tienen una imagen positiva de ellos mismos y altos niveles de autoeficacia sirven como protector ante el burnout (Montalban Peregrin, 2000).

Otros autores, como Pines (1993) señalan que sólo las personas con alta motivación y con una alta autoeficacia corren riesgo de padecer burnout, mientras que sólo las poco motivadas y con baja autoeficacia padecerán estrés, fatiga e insatisfacción. Explica el autor que esto es debido a que las personas con una alta motivación y autoeficacia presentan gran interés en realizar bien su trabajo, siendo por lo tanto más proclives al cansancio emocional producto de no poder dar soluciones a los problemas laborales a los que se enfrentan. Las personas menos motivadas y con baja autoeficacia, estaban expuestas al estrés agudo de determinadas situaciones y a una insatisfacción más o menos generalizada producto del propio desinterés presentado hacia al trabajo.

Autores como Cherniss (1993) introducen términos como el de “autoeficacia profesional”, referido a las propias creencias que el trabajador tiene sobre poseer más o menos habilidades

que le permitan realizar bien su trabajo. Así, este autor afirma que a mayor consecución de objetivos más aumentará la autoeficacia y viceversa.

Así mismo, Ever y Tomic (2000) creen que la autoeficacia sería la base para la prevención del burnout, ya que según estos autores, personas estarían más protegidas ante el estrés. Por su parte Henson (2001), señala también que los altos niveles de autoeficacia en profesores correlacionan con mejores resultados en los alumnos y mejores conductas en clase, no obstante advierte que el constructo de autoeficacia es de naturaleza teórica y debe ser estudiado más en profundidad.

5.5. Instrumentos de valoración de las Expectativas de control

Telch, Bandura, Vinciguerra, Agras, y Stout (1982) propusieron una metodología de evaluación de la autoeficacia denominada microanalítica y que ese mismo estudio se demostró apropiada. Observaron que la demanda social implicada en el microanálisis de las expectativas de eficacia no incrementaba la congruencia entre los juicios de autoeficacia y la ejecución.

En este tipo de metodología se presenta a la persona una lista de tareas concretas ordenadas según dificultad, complejidad y capacidad de provocar estrés, así en cada ítem la persona debe responder si se siente capaz de realizar en ese momento, si se lo pidieran, la conducta descrita y en caso afirmativo, indicar en una escala adjunta el grado de certeza de su afirmación. La escala va de 10 (bastante incierto) a 100 (total certidumbre) en intervalos de 10 en 10. El nivel de autoeficacia será el número de conductas presentadas que la persona se

siente capaz de realizar, y la fuerza de las expectativas de autoeficacia la dará el grado de certidumbre indicado en cada ítem afirmativo (Bermúdez, 1994).

Una vez que tenemos el nivel y fuerza de la autoeficacia, se le pide a la persona que realice cada una de las conductas descritas y se analiza el grado de congruencia entre la autoeficacia percibida y la ejecución real descrita en el ítem. Así cada situación requiere de una medición particular de las expectativas de autoeficacia que la persona tiene en cada una (Bermúdez, 1994)

Además de la metodología microanalítica, se han desarrollado también medidas estandarizadas que valoran la autoeficacia de forma directa, así como otros cuestionarios que miden estilos de afrontamiento (Godoy Izquierdo et al., 2008):

- *Escala de Autoeficacia General (AEG)*; (Schwarzer & Baessler, 1996) Consta de 10 ítems para los que los participantes deben responder su grado de acuerdo con cada enunciado en una escala tipo Likert con 4 alternativas de respuesta (1= “Falso” a 4= “Cierto”). La escala mide de forma directa la percepción de autoeficacia general en una puntuación total, resultado de la suma de las respuestas. Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas tanto en población no española como española.
- *Escala de Autoeficacia (EAE)*; (Sherer & Adams, 1983, versión española de Godoy, 1986). Está formada por 30 ítems (de los que 7 no puntúan) para los que los participantes deben responder su grado de acuerdo con cada enunciado en una escala

tipo Likert con 5 alternativas de respuesta (1= “Totalmente en desacuerdo” a 5= “Totalmente de acuerdo”). Se obtienen dos puntuaciones parciales, una de autoeficacia general (General) y otra de autoeficacia social (Social), y una puntuación total (Total). La escala mide de forma directa las percepciones de autoeficacia. Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas tanto en población no española como española.

- *Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés* (EAEAE; Godoy-Izquierdo & Godoy, 2001, 2006; Godoy-Izquierdo et al., 2004 a,b,c). Este instrumento está compuesto por 8 ítems, 4 de los cuales (ítems 2, 4, 5, 7 evalúan el componente de expectativas de eficacia (EE) de constructo de autoeficacia y los 4 restantes (ítems 1, 3, 6, 8 el de expectativas de resultado (ER). Los ítems están formulados tanto en sentido directo (2, 3, 5, 7) como en sentido inverso (1, 4, 6, 8). Las respuestas se presentan en formato tipo Likert con 5 alternativas desde «Completamente en desacuerdo» a «Completamente de acuerdo», con valores de 1 a 5. Se obtiene también una puntuación total (Total) resultado de la suma de las dos puntuaciones parciales. La escala mide la autoeficacia de afrontamiento al estrés de una forma directa, correspondiendo a puntuaciones más elevadas una mayor confianza en los recursos personales para el manejo del estrés.
- *Escala de Competencia Personal* (ECP; Wallston, 1992, versión española de Fernández, Álvarez, Blasco, Doval & Sanz, 1998). Contiene 8 ítems para los que los participantes deben responder su grado de acuerdo con cada enunciado en una escala tipo Likert con 6 alternativas de respuesta (1= «Totalmente en desacuerdo» a 6= «Totalmente de acuerdo»). La escala mide de forma directa la percepción de

competencia personal a través de una puntuación total (Total) resultado de la suma de las respuestas de la persona. Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas tanto en población no española como española.

- *Cuestionario de Estilo Atribucional* (ASQ, Attributional Style Questionnaire; Peterson et al., 1982). Este cuestionario se ha seleccionado para evaluar los distintos tipos de estilos atribucionales asociados con el fenómeno depresivo. Es un cuestionario autoaplicado que consta de 12 ítems divididos por contenidos en 6 referidos a rendimiento y 6 referidos a relaciones interpersonales. Además, esos seis se dividían en hechos o sucesos positivos (tres) y negativos (tres). Los 12 ítems se responden en cuatro ocasiones. En primer lugar, una pregunta abierta en la que el participante debe indicar las causas a las que atribuiría su ocurrencia y después contesta a cuatro preguntas en una escala de 7 puntos: la segunda a la externalidad o internalidad (referido al locus de control, donde una mayor puntuación indica una mayor internalidad), la tercera a la estabilidad o inestabilidad (que indicaría en qué medida ese locus se adscribe a un momento determinado o es más estable, y en donde a mayor puntuación mayor estabilidad) y la cuarta a la globalidad o especificidad (referido a la generalización del locus y donde a mayor puntuación mayor globalidad) (Comeche, Diaz & Vallejo, 1995). La puntuación obtenida por la persona evaluada permite extraer varios índices: 8 puntuaciones simples y 3 compuestas. Las puntuaciones simples se obtienen de los puntajes directamente relacionados con las tres dimensiones que se evalúan en el cuestionario (índice de internalidad, índice de estabilidad e índice de globalidad), tanto para las situaciones o sucesos negativos como para los positivos. Del mismo modo, se puede obtener el índice de esperanza (suma de las puntuaciones en los sucesos que evalúan las dimensiones de estabilidad).

Estudio empírico

6. Objetivos

En función de lo expuesto en la Fundamentación teórica, esta investigación se plantea los siguientes objetivos:

1. Analizar las posibles relaciones entre el Género con la salud mental, las fuentes de estrés, la respuesta de estrés y las expectativas de control
2. Detectar si existen relaciones significativas entre la edad y las fuentes de estrés, las respuestas de estrés y las expectativas de control
3. Observar si existen relaciones significativas de los años trabajados con la salud mental, las fuentes de estrés, la respuesta de estrés y las expectativas de control
4. Valorar la eficacia de la aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual en el aumento de la salud mental del profesorado.
5. Evaluar la eficacia de la aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual en el aumento de la percepción de autocontrol sobre el estrés laboral.
6. Valorar la eficacia de la aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual en la mejora de la percepción de fuentes de estrés.

7. Hipótesis de investigación

En función de los objetivos de la investigación nos planteamos las siguientes hipótesis:

- H1. Existen diferencias en la percepción de fuentes de estrés y la reactividad al estrés en los docentes según el Género
- H2. Existen diferencias en las expectativas de control y la salud mental en función del Género
- H3. La edad se relaciona con la percepción de fuentes de estrés, la reactividad al estrés y las expectativas de control
- H4. Los años trabajados se relacionan con la percepción, la reactividad al estrés y las expectativas de control
- H5. Los años trabajados se relacionan con la salud mental, las actitudes disfuncionales y los estilos de afrontamiento
- H6. La implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual supone una mejora en la salud mental del profesorado
- H7. La implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual supone una mejora en la percepción subjetiva de los niveles de estrés de los docentes
- H8. La implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual mejora la respuesta de asertividad del profesorado

8. Método

8.1. Muestra

A partir de los resultados obtenidos en la primera fase proponemos un **diseño de programa** de intervención, en formato *Taller de prevención y control de estrés docente*, que comprende un paquete de estrategias y habilidades a entrenar y que van a permitir al profesorado hacer frente a su realidad.

Para evaluar la eficacia del programa valoramos previamente (**Pretest**) los aspectos en los que vamos a intervenir: estrés, síndrome de burnout, aspectos relacionados con el desempeño de rol, fuentes de estrés, satisfacción, habilidades sociales, salud, etc.

La muestra de población estaba constituida por 152 sujetos con edades comprendidas entre los 24 y los 58 años, con una edad promedio de 35 años. Por Género de la muestra, 33 sujetos, el 21,8% eran hombres y 118, el 78,15%, mujeres. El 49,3%, están solteros y el 42,8% están casados o viviendo en pareja. El 67,33% de la muestra no tiene hijos y sí que los tiene el 18,67% de los cuales el 1,33% tiene más de tres hijos.

En cuanto a los años de ejercicio docente de los sujetos, el mínimo está en menos de 1 año y el máximo en 30 años. La media se sitúa en 8,73 años. Por intervalos, el 29,93% de la muestra tiene entre 1 y 3 años trabajados, el 22,35% en la enseñanza entre 6 y 10 años y el 2,04% ha trabajado menos de 1 año.

En cuanto a las especialidades, el 29,6% de los participantes eran Profesores/as de Educación Secundaria (ESO – Bachillerato); el 22,4% Maestros/as de Educación Primaria; el 11,8%

Maestros/as de Educación Infantil; y el 11,2% ocupaba Cargos de gestión. El programa se desarrolló en localidades de ambas provincias de la Comunidad Autónoma de Extremadura:

- Talarrubias: 20 sujetos: 13,6%
- Llerena: 21 sujetos: 13,82%
- Almendralejo: 30 sujetos (en dos sesiones, una de 19 sujetos y otra de 11), respectivamente el 12,5 % y el 7,24% del total
- Plasencia: 22 sujetos: 14,47%
- Azuaga: 30 sujetos: 19,74%
- Castuera: 9 sujetos: 5,92%
- Badajoz: 12 sujetos: 7,89%
- Navalmoral de la Mata: 8 sujetos, 5,26%

Tras la finalización del programa, la muestra quedó constituida por **53 docentes**, de ellos el 69,8% son mujeres, la edad mínima es de 24 años y la máxima se encuentra en 58 años. La media se sitúa alrededor de los 39 años. En lo referente al estado civil el 48,13% es soltero/a y el 44,4%, son casadas o están viviendo en pareja. ambos grupos comprenden el 96,2% de la muestra total.

Atendiendo a las distintas localidades extremeñas en las que se hemos desarrollado el programa de intervención. El 28,3% de la muestra postest corresponde a Navalmoral de la Mata y el 20,75% a Talarrubias. Minoritariamente, el 1,89% son de Azuaga.

El 31,5% de los participantes son profesores/as en Educación Secundaria (ESO – Bachillerato); el 20,4% Maestros/as de E. Primaria; el 14,8% son Maestros/as de E. Infantil;

y el 11,2% son de Música, Lengua extranjera o E. Física. El 3,7% corresponde a Orientador/a y el 1,9% a Audición y Lenguaje. Tienen una media de experiencia docente de 11 años y el rango varía de 1 a 30 años.

El 22% han trabajado entre 1 y 3 años, mientras que el 2% ha trabajado menos de 1 año.

8.2. Instrumentos

En este apartado se describen los instrumentos de medida usados durante el estudio. Puesto que el objeto del estudio es el de ver las relaciones entre la edad y el Género con la salud mental, las actitudes disfuncionales y las expectativas de control los instrumentos elegidos fueron los siguientes:

8.2.1. Escala “Fuentes de Estrés en Profesores”.

Consta 56 ítems relativos a aspectos que pueden constituir fuentes de estrés en el individuo (Figura 2). Mediante esta prueba se intenta obtener información acerca de qué aspectos relacionados con el desarrollo del trabajo son fuentes de estrés en profesores y en qué medida lo son. Esta prueba tiene en cuenta la importancia subjetiva de ciertos aspectos, que se pueden dar en el trabajo, como fuentes de estrés.

En este cuestionario, presentado como una escala de tipo Likert, se ofrecen cinco opciones de respuesta a cada uno de los 56 ítems que lo componen, que son puntuados de la siguiente manera: Nada (1), Muy poco (2), Algo (3), Bastante (4), Mucho (5). Aunque es habitual que

los análisis de los datos de escalas de tantos ítems se realice mediante un número más reducido de factores, en este caso, se cree conveniente que los datos sean analizados ítem por ítem y mediante una variable que constituye la suma de las puntuaciones de cada individuo a los 56 ítems, y que pudiera ser un indicador del nivel de estrés global de este profesor

El objetivo de esta escala es obtener información sobre qué aspectos relacionados con el desarrollo del trabajo docente son fuentes de estrés y en qué medida lo son, lo que no nos dice es el grado y la frecuencia en que se dan estas situaciones. Con esta escala podemos conocer tres cosas: a) aquellas situaciones estresantes para los docentes; b) la relación entre distintas fuentes de estrés; y, c) los estilos de afrontamiento. La escala se compone dos partes: la primera, pretende detectar de manera objetiva las alteraciones fisiológicas que se producen ante una situación de estrés; y, la segunda, una evaluación subjetiva y variabilidad individual para hacer frente a situaciones estresantes. La composición de la escala viene recogida por 56 ítems que se distribuyen en siete dimensiones de análisis, a saber:

- Supervisión: 15, 16, 21, 29, 30, 31, 32, 33, 42, 46, 47, 48.
- Carencias: 6, 28, 38, 39, 41, 43, 45, 53.
- Cooperación: 2, 4, 7, 11, 13, 14, 17, 19, 37.
- Alumnado: 3, 10, 18, 26, 35, 36, 44, 54.
- Adaptación: 25, 27, 51, 55, 56.
- Valoración: 8, 9, 20, 22, 23.
- Mejoras: 1, 5, 12, 24, 34, 40, 49, 50, 52.

A continuación se presentan distintas tablas con cada uno de los ítems que engloba cada factor,

así como su escala de medida (de 1 a 5):

Tabla 6. Desencadenantes de estrés docente: Supervisión.

Desencadenantes de estrés docente: <i>Supervisión</i>		<i>Nada</i> 1	<i>Muy Poco</i> 2	<i>Algo</i> 3	<i>Bastante</i> 4	<i>Mucho</i> 5
27.	Inestabilidad de mi puesto de trabajo (posibilidad de quedarse sin trabajo)					
28.	Inestabilidad de mi puesto en el centro actual (cambio de centro)					
33.	Falta de autonomía para el desempeño de mi trabajo					
41.	Falta de apoyo del equipo directivo					
42.	Una estructura jerárquica inadecuada en mi centro					
43.	La excesiva supervisión de mi trabajo					
44.	Malas relaciones con superiores jerárquicos					
45.	Conflicto entre las necesidades de mi departamento y los puntos de vista de la dirección					
54.	Impartir clases en una lengua que no es la lengua materna					
58.	Realizar cosas con las que no estoy desacuerdo					
59.	Recibir instrucciones incompatibles u opuestas					
60.	Presiones en el ámbito del centro para obtener unos determinados resultados					

Tabla 7. Desencadenantes de estrés docente: Carencias.

Desencadenantes de estrés docente: <i>Carencias</i>		<i>Nada</i> 1	<i>Muy Poco</i> 2	<i>Algo</i> 3	<i>Bastante</i> 4	<i>Mucho</i> 5
18.	Falta de información acerca de lo que debo hacer					
40.	Demasiada cantidad de materia a impartir en el tiempo disponible					
50.	Falta de información sobre como debo hacer mi trabajo					
51.	Formación no adecuada para responder a todas las demandas					
53.	Desconocimiento ante muchas de las exigencias a las que me enfrento					

55.	Indefinición de mis responsabilidades					
57.	Falta de recursos o materiales para realizar mi trabajo					
65.	Carencia de formación para enfrentarme con algunas situaciones					

Tabla 8. Desencadenantes de estrés docente: Cooperación.

Desencadenantes de estrés docente: <i>Cooperación</i>		<i>Nada</i> 1	<i>Muy Poco</i> 2	<i>Algo</i> 3	<i>Bastante</i> 4	<i>Mucho</i> 5
14.	Mal ambiente en el grupo de profesores					
16.	Mala consideración de la sociedad hacia mí profesión					
19.	Los profesores en conjunto pueden influir poco en las decisiones del centro					
23.	Rivalidad entre grupos de profesores					
25.	Trabajo excesivamente repetitivo y monótono					
26.	Falta de participación en la toma de decisiones en el centro					
29.	Deficiente comunicación dentro del equipo de enseñanza					
31.	Poca responsabilidad de la mayoría del personal del centro hacia su trabajo					
49.	Esquemas de trabajo muy poco definidos					

Tabla 9. Desencadenantes de estrés docente: Alumnado.

Desencadenantes de estrés docente: <i>Alumnado</i>		<i>Nada</i> 1	<i>Muy Poco</i> 2	<i>Algo</i> 3	<i>Bastante</i> 4	<i>Mucho</i> 5
15.	Mantener la disciplina en la impartición de la clase					
22.	Agresiones físicas de los alumnos					
30.	Enfrentamiento en clase con los alumnos					
38.	Impartir más clases que otros compañeros					
47.	Tratar con los problemas normales de comportamiento de los alumnos					
48.	Presenciar las agresiones entre los alumnos					
56.	Alumnos que intentan probarte en todo momento para ver hasta donde llegas					

66.	La constatación de que no me gusta la enseñanza					
-----	---	--	--	--	--	--

Tabla 10. Desencadenantes de estrés docente: Adaptación.

Desencadenantes de estrés docente: <i>Adaptación</i>		<i>Nada</i>	<i>Muy Poco</i>	<i>Algo</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>
		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
37.	Dar clases en áreas que no son de mi especialidad					
39.	Tener que sustituir a compañeros ausentes					
63.	Constantes cambios que tienen lugar en mi profesión					
67.	La realización de cambios inadecuados					
68.	Falta de información					

Tabla 11. Desencadenantes de estrés docente: Valoración.

Desencadenantes de estrés docente: <i>Valoración</i>		<i>Nada</i>	<i>Muy Poco</i>	<i>Algo</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>
		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
20.	Cuando se valora mi actuación por parte de los demás					
21.	Falta de respaldo de los padres en problemas de disciplina					
32.	Asistir a tutorías con padres					
34.	Demandas a los profesores de buenos resultados por parte de los padres					
35.	La evaluación a los profesores					

Tabla 12. Desencadenantes de estrés docente: Alumnado.

Desencadenantes de estrés docente: <i>Mejoras</i>		<i>Nada</i>	<i>Muy Poco</i>	<i>Algo</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>
		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
13.	Agresiones verbales por parte de los alumnos					
17.	Enseñar a personas que no valoran la educación					
24.	Impartir clase a un grupo con un número elevado de alumnos					
36.	Falta de oportunidades para la promoción					
46.	Pocos profesores para el número de alumnos que hay					
52.	Desconsideraciones por parte de los alumnos					
61.	Salario bajo en relación al trabajo que desempeño					

62.	El hecho de que ser un buen profesor no implique necesariamente promoción					
64.	Falta de oportunidades para solicitar traslados					

8.2.2. Índice de Reactividad al Estrés.

El Índice de reactividad al estrés (IRE) ha sido definido como «El conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas o desagradables» (González de Rivera, 1981). Conceptualmente, por lo tanto, el IRE se considera como un rasgo relativamente estable («pautas habituales de respuesta...»), que forma parte del grupo de «Factores internos de estrés», o variables propias del individuo que condicionan su respuesta ante los acontecimientos estresantes o «factores externos de estrés» (González de Rivera, 1989). Algunos datos experimentales parecen apoyar este concepto, como la persistencia de los valores del IRE a lo largo de un estudio prospectivo de cuatro años en sujetos normales (Monterrey, González de Rivera & De las Cuevas, 1990), la asociación entre IRE y rasgos de personalidad (Morera et al., 1990) y la ausencia de correlación entre la edad y los valores de IRE (González de Rivera y Morera, 1984).

Sin embargo, aunque la fiabilidad temporal (test-retest) del instrumento de medida del IRE parece bien confirmada (González de Rivera, 1990), no hay en la literatura ningún estudio comparativo sobre la influencia de situaciones de estrés en el IRE. Este punto parece particularmente importante, puesto que para cualificar como un «rasgo» no basta con que el coeficiente de variabilidad temporal sea pequeño, sino que es necesario además que la

consistencia temporal del instrumento se mantenga en situaciones susceptibles de inducir «estados» diferentes

Seguidamente se presentan los distintos ítems para cada una de las modalidades de IRE. Cada una de ellas se obtienen a través de la su suma de los ítems señalados, dividido entre el número de ítems que lo conforman y multiplicado por diez.

Tabla 13. índice de reactividad al estrés vegetativo

Índice de Reactividad al Estrés: <i>Vegetativo</i>	
70.	Pérdida de apetito
72.	Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo
73.	Palpitaciones, taquicardia
75.	Mayor necesidad de comer, aumento del apetito
78.	Náuseas, mareos, inestabilidad
80.	Hormigueo o adormecimiento en las manos, la cara, etc.
81.	Molestias digestivas, dolor abdominal, etc.
82.	Dolores de cabeza
85.	Pérdida de apetito sexual o dificultades sexuales
87.	Somnolencia o mayor necesidad de dormir
89.	Agotamiento o excesiva fatiga
90.	Urinación frecuente
93.	Diarrea
96.	Aumento de apetito sexual
99.	Mayor dificultad al dormir

Tabla 14. Índice de Reactividad al Estrés: Emocional.

Índice de Reactividad al Estrés: <i>Emocional</i>	
74.	Sentimientos de depresión y tristeza
83.	Entusiasmo, mayor energía o disfrutar con la situación
88.	Apresión, sensación de estar poniéndose enfermo
92.	Sentimiento de agresividad o aumento de la irritabilidad
97.	Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc.

Tabla 15. Índice de Reactividad al Estrés: Cognitiva.

Índice de Reactividad al Estrés: <i>Cognitiva</i>	
71.	Me desentiendo del problema y pienso en otra cosa
79.	Me esfuerzo por razonar y mantener la calma
86.	Tendencia a echar la culpa a alguien o algo
95.	Necesidad de estar solo sin que nadie te moleste
100.	Necesidad de estar acompañado y ser aconsejado

Tabla 16. Índice de Reactividad al Estrés: Conductual.

Índice de Reactividad al Estrés: <i>Conductual</i>	
69.	Inquietud, incapacidad para relajarse
76.	Temblores, tics o calambres musculares
77.	Aumento de actividad

84.	Disminución de la actividad
91.	Rascarse, morderse las uñas, frotarse
94.	Beber, fumar, o tomar algo (chicle, pastillas, etc.)
98.	Tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden

8.2.3. Batería de Escalas Generalizadas de Control (BEEGC- 20)

La Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control o BEEGC-20 (Palenzuela et al., 1997) mide tres dimensiones de las expectativas de control: Locus de Control (LO), Autoeficacia (SE) y Expectativas de control (EOS). El Locus de Control es a su vez considerado como un constructo de tres dimensiones: Contingencia (C), Indefensión (I) y Suerte (S).

La versión utilizada para el estudio consta de 5 escalas: las tres primeras miden los citados componentes del Locus de Control; la cuarta mide las Expectativas de Autoeficacia y la quinta Expectativa de Éxito. Esta versión española es una revisión de otra versión anterior de 28 ítems. La utilizada consta de 20 ítems, con 4 ítems para cada una de las cinco escalas. Esta nueva versión se denomina Cuestionario BEEGC-20 (Palenzuela et al., 1997).

La homogeneidad entre los ítems que componen cada escala es alta obteniendo un buen coeficiente de consistencia interna. Los coeficientes de alfa de Crombach para cada una de las subescalas son los siguientes: Contingencia (C) $\alpha = .756$, Indefensión (I) $\alpha = .755$, Suerte (S) $\alpha = .856$, Autoeficacia (A) $\alpha = .345$ y Éxito (E) $\alpha = .877$

8.2.4. Cuestionario de Aserción. (Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey)

Esta escala es una de las más utilizadas en trabajos clínicos y de investigación ya que con ella se pueden recoger tres tipos de información: 1) el malestar que siente el individuo ante situaciones específicas de aserción; 2) la probabilidad que tiene de reaccionar asertivamente en situaciones específicas, y 3) las situaciones en las cuales a la persona le gustaría actuar más asertivamente. En nuestro estudio la usamos para ver si el tratamiento tendría algún efecto sobre el componente social del estrés

Por este formato el inventario se considera un instrumento muy útil para evaluar los problemas de aserción (Alberti & Emmons, 1978) y un método para medir el cambio (Lange & Jakubowski, 1976). Sin embargo, se han desarrollado todavía pocos estudios que aporten datos psicométricos sobre él (Furnham & Henderson, 1984). Para contribuir a paliar esta laguna y para intentar esclarecer el contenido de este inventario nos proponemos conocer, de un modo similar al estudio realizado por los autores con la escala de asertividad de Rathus (Carrasco, Clemente & Llavona, 1983), qué agrupaciones de los ítems dan lugar a factores significativos y si en esos factores están presentes las características que permiten evaluar la aserción, según han quedado especificadas anteriormente

El inventario (en su versión original) obtuvo un coeficiente de confiabilidad test-retest de 0.87 para la subescala GI y de 0.81 para PR. Las autoras del inventario sólo realizaron el análisis factorial para el indicador GI y no mencionan las razones de ello. La estructura factorial obtenida fue coherente con las categorías que engloban los reactivos. Las combinaciones de las puntuaciones obtenidas en las dos subescalas configuran, según las

autoras, cuatro grupos posibles: asertivos (bajo GI y alta PR), indiferentes (bajo GI y baja PR), actores ansiosos (alto GI y alta PR) y no asertivos (alto GI y baja PR).

El AI consta de 40 ítems. En la columna “Grado de ansiedad” se contesta con la siguiente puntuación

- 1 = En absoluto
- 2 = Un poco
- 3 = Bastante
- 4 = Mucho
- 5 = Muchísimo

En la columna de “Probabilidad de respuesta” se contesta de acuerdo con la siguiente puntuación:

- 1 = Siempre lo hago
- 2. Habitualmente
- 3 = Aproximadamente la mitad de las veces
- 4 = Raramente
- 5 = Nunca

Para responder al test, primero se responde a la columna de grado de ansiedad, puntuando de acuerdo con la escala anterior. Después, se responde a la columna de probabilidad de respuesta. Al final, se suma cada columna y se analiza el resultado según los criterios expuestos al final del test. Si no se ha encontrado nunca en las situaciones que le propone un ítem, imagínese cómo se sentiría y cómo actuaría si se produjera esa situación.

En la actualidad, en nuestro ámbito geográfico este instrumento ha sido validado para su uso en la población general (Carrasco, Clemente & Llavona, 1989; Raich, Escursell & Vila-Vidal, 1985).

Las tablas que a continuación aparecen están formadas por cada uno de los ítems que componen el Cuestionario BEEGC-20 y su escala de medición (de 1 a 9).

Tabla 17. Cuestionario BEEGC-20: Expectativa de Locus de Control.

Cuestionario BEEGC-20: <i>Expectativa de Locus de Control</i>			<i>Totalmente en desacuerdo</i> → <i>Totalmente en acuerdo</i>								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Contigencia</i>	123.	Lo que puede conseguir en mi vida tendrá mucho que ver con el empeño que yo ponga									
	128.	Dependiendo de cómo yo actúe así me irá en la vida									
	133.	En general, lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga									
	137.	Si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida									
<i>Indefensión</i>	125.	No merece la pena en absoluto esforzarse ni luchar en este mundo, todo está corrompido									
	129.	De nada sirve el que sea o no competente pues la mayoría de las cosas están amañadas									
	134.	¡Para qué engañarnos!, lo único que cuenta en esta vida son los “enchufes”									
	138.	Nada importa lo que yo valga, todo está manejado por la gente con poder									
<i>Suerte</i>	127.	Lo que pueda sucederme en mi vida tendrá que ver con la suerte									
	131.	Sin la suerte poco se puede conseguir en la vida									
	135.	Para poder conseguir mis metas deberá acompañarme la suerte									
	142.	Creo mucho en la influencia de la suerte									

Tabla 18. Cuestionario BEEGC-20: Expectativa de Éxito.

Cuestionario BEEGC-20: <i>Expectativa de Autoeficacia</i>		<i>Totalmente en desacuerdo</i> → <i>Totalmente en acuerdo</i>								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
124.	Son pocas las ocasiones en las que dudo de mis capacidades									
132.	Me siento seguro de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria									
136.	Realmente me invaden pensamientos de inseguridad en situaciones difíciles									
140.	Me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida									

Tabla 19. Cuestionario BEEGC-20: Expectativa de Autoeficacia.

Cuestionario BEEGC-20: <i>Expectativa de Éxito</i>		<i>Totalmente en desacuerdo</i> → <i>Totalmente en acuerdo</i>								
		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
126.	Normalmente, cuando deseo algo pienso que lo conseguiré									
130.	Tengo grandes esperanzas de conseguir las cosas que más deseo									
139.	Soy optimista en cuanto a la consecución de mis metas									
141.	Creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida									

8.2.5. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

El *General Health Questionnaire* (GHQ-12) es un instrumento autoadministrado de cribado que tiene la finalidad de detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastorno psiquiátrico, tanto en atención primaria como en la población general (Goldberg & Williams, 1996).

Diversos estudios han explorado la existencia de diferentes factores o dimensiones teóricas del GHQ-12, así hay estudios que describen la existencia de dos factores: Depresión/Ansiedad y Disfunción Social (Werneke, Goldberg, Yalcin & Ustun, 2000) y otros que describen la existencia de tres: Estrategias de Afrontamiento, Autoestima y Estrés (Graetz, 1991; López & Dresch, 2008; Martin, 1999).

Las propiedades psicométricas del GHQ-12 han sido analizadas en Adolescentes (Lóez-Castedo & Fernandez, 2005) en mujeres tras el parto (Navarro et al., 2007), así como en adultos (López & Dresch, 2008). Este último es el estudio más reciente publicado en

España y fue desarrollado con una muestra de 1001 participantes; los autores encontraron una consistencia interna más baja que en otros estudios, destacando el bajo poder discriminatorio de uno de los ítems y destacando que el GHQ-12 funciona mejor como escala multidimensional

El GHQ-12 presenta una elevada consistencia interna y un elevado poder discriminatorio, así parte de la variabilidad que presenta puede ser explicada al reunir los 12 ítems en un solo factor, lo cual refuerza la idea de que el GHQ-12 puede ser usado como una escala unidimensional de cribado, siendo mejor la propia puntuación del cuestionario que la tipo Likert (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell & Llandrich, 2011).

Existen diferentes versiones de 60, 30, 28 y 12 ítems, estando todas estas versiones traducidas al castellano. La versión más utilizada suele ser la de doce ítems en forma de proposiciones que se deben responder escogiendo una opción en una escala Likert.

El método de valoración más utilizado en las versiones españolas suele ser el tipo Likert, con valores de 0 a 3, siendo el máximo de 36. Para diferenciar se establece un punto de corte, por encima de este se considera que la persona padece problemas psicológicos. En la validación de (Muñoz, 1993) se indica un punto de corte entre 2/3 puntos, de esta forma una persona con padecimiento psicológico o probable problema de salud mental obtendría una puntuación mayor o igual a 3.

A continuación podemos observar las tablas con los distintos ítems que forman el Cuestionario de Salud General de Goldberg y su escala de medida (de 1 a 4, según cada medida).

Tabla 20. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ12).

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12)			<i>Más o mejor que lo habitual</i> 1	<i>Igual que lo habitual</i> 2	<i>Menos que lo habitual</i> 3	<i>Mucho menos que lo habitual</i> 4
<i>GHQ1</i>	285.	He podido concentrarme bien en lo que hacía				
<i>GHQ2</i>	286.	He sentido que estoy desempeñando un papel útil en la vida				
<i>GHQ3</i>	287.	Me he sentido capaz de tomar decisiones				
<i>GHQ4</i>	288.	He sido capaz de disfrutar de mis actividades normales de cada día				
<i>GHQ5</i>	289.	He sido capaz de hacer frente adecuadamente a mis problemas				
<i>GHQ6</i>	290.	Me he sentido poco feliz o deprimido/a				
<i>GHQ7</i>	291.	Me he sentido razonablemente feliz considerando todas				
			<i>No, en absoluto</i> 1	<i>No más que lo habitual</i> 2	<i>Algo más que lo habitual</i> 3	<i>Mucho más que lo habitual</i> 4
<i>GHQ8</i>	292.	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?				
<i>GHQ9</i>	293.	¿Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión?				
<i>GHQ10</i>	294.	¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?				
<i>GHQ11</i>	295.	¿Ha perdido confianza en sí mismo?				
<i>GHQ12</i>	296.	¿Ha pensado que es una persona que no vale para nada?				

8.3. Procedimiento

Para la obtención de la muestra se tomó como participantes en la investigación a todos los profesores no universitarios asistentes en los Talleres de Prevención y Control del Estrés de 7 Centros de Profesores y Recursos (C.P.R.) de la Comunidad Autónoma de Extremadura situados en las siguientes localidades correspondientes a las dos provincias: Talarrubias,

Llerena, Almendralejo, en el cual se realizaron dos ediciones debido a la gran demanda, Plasencia, Azuaga, Castuera y Navalmoral de la Mata.

Los datos se obtuvieron en la primera fase a partir de los instrumentos de evaluación que se facilitaron a los asistentes y que estos cumplimentaron el primer día de asistencia al taller tras la explicación de los objetivos y estructura del proyecto de investigación. Tras esto se convenía recoger el cuestionario al día siguiente.

En la 2ª fase se diseñó y aplicó el programa de intervención. El contenido abarcó el entrenamiento en habilidades y en estrategias para manejar respuestas de estrés (fisiológicas, cognitivas, motoras), gestión del tiempo, hábitos y estilos de vida saludable. En general consistió en el entrenamiento en mejora de recursos personales, profesionales, sociales y emocionales.

El programa se llevó a cabo en siete C.P.Rs de la comunidad autónoma de Extremadura (Talarrubias, Llerena, Almendralejo (dos ediciones), Plasencia, Azuaga, Castuera, Navalmoral) con una duración de 30h y se desarrollaron en 10 sesiones grupales de periodicidad semanal. La metodología fue participativa y toda la información es de carácter práctico. En las primeras sesiones se dio una orientación principalmente psicoeducativa.

En la 3ª fase en la que se centra el presente trabajo y los resultados se llevó a cabo la evaluación del programa de intervención. El objetivo de esta fase es valorar la eficacia del programa de intervención y se llevó a cabo 5 meses después de su aplicación.

Tabla 21. Estructura del programa de intervención y sus contenidos

Estructura del programa de intervención y sus contenidos
<i>Sesión 1</i>
Se empieza con presentación del profesional y de los participantes. Se comienza recordando la naturaleza del proyecto y después se ponen en común las expectativas de los asistentes. Tras ello se pasa a la Exposición de conceptos teórico-prácticos acerca de la sintomatología, curso y desarrollo del estrés. Asimismo, se administra el protocolo de evaluación pretratamiento.
<i>Sesión 2</i>
Se expone el concepto, características y fases del síndrome de burnout, tras ello se pasa a la presentación de las principales técnicas de afrontamiento que se tratarán en las próximas sesiones.
<i>Sesión 3</i>
Se pasan a exponer las técnicas de control de la activación: entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva con focalización atencional y visualización.
<i>Sesión 4</i>
Se expone la técnica de solución de problemas. Se explica la diferencia entre preocupación y problema. Se explica el fundamento de esta técnica y se realizan diversos ejercicios prácticos, fase a fase, con ejemplos propuestos por los participantes.
<i>Sesión 5</i>
Se expone el fundamento teórico de la técnica del ABC Se habla de los pensamientos automáticos y de su influencia en el comportamiento y en las emociones
<i>Sesión 6</i>
Se expone la técnica de Reestructuración cognitiva poniendo el énfasis en la relación existente entre las cogniciones, las conductas y las emociones asociadas.
<i>Sesión 6</i>
Se realizan de ejemplos prácticos basados en el modelo ABC, para aprender a identificar situaciones, registrar los pensamientos o interpretaciones asociadas y las conductas y estado emocional posterior.

<i>Sesión 7</i>
Se habla de los estilos de afrontamiento de las situaciones estresantes, se enseña a detectar el estilo propio y a ver las ventajas y desventajas
<i>Sesión 8</i>
Se habla de la importancia del manejo del tiempo y de la programación de la agenda. Se muestran estrategias de organización y planificación de la actividad en el ámbito laboral, así como la detección, valoración y diferenciación de situaciones urgentes de las que no lo son.
<i>Sesión 9</i>
Se habla de las Habilidades sociales, de los estilos de comunicación (agresivo, inhibido y asertivo), se detallan las características de cada uno a nivel verbal, no verbal y su relación con la conducta.
<i>Sesión 10</i>
Se hace la exposición teórico-práctica de las principales técnicas asertivas.

8.4. Diseño

Se trata de un diseño cuasi experimental con grupo de control, pretest y postest. Se optó por este tipo de diseño al no poder presentar los valores de la variable independiente a voluntad ni poder crear grupos experimentales por aleatorización. No obstante si se pudo crear algo similar en la programación de los procedimientos para la recogida de datos. Se usó también un grupo de control para tener referencias sobre la evolución natural de la variable dependiente.

A la hora de evaluar, se valoró la variable dependiente antes y después de introducir la variable independiente (en nuestro caso el programa) en el grupo experimental y de control.

8.5. Tratamiento estadístico.

Se ha llevado a cabo un análisis, cuya elección responde al principio de adecuación de los aspectos metodológicos a los objetivos que se pretenden (Del Rincón, Latorre, Sans & Arnal, 1995).

El tratamiento estadístico se hizo con el paquete SPSS. V. 21.0. con licencia para la Universidad de Extremadura.

Primero se realizó un análisis descriptivo de los datos. Posteriormente se realizó un análisis inferencial para poder contrastar las hipótesis establecidas en la investigación. El nivel de confianza fue de una 95%.

Dada la naturaleza de las variables y debido a las diferentes hipótesis que vamos a contrastar, se aplicaron las pruebas T de Student para muestras independientes, correlaciones de Pearson, análisis de varianza y análisis de regresión.

9. Análisis de los resultados

9.1. Características de la Muestra.

9.1.1. Análisis de las características sociodemográficas pretest

9.1.1.1. Género.

Como se puede observar en el gráfico, en nuestra muestra el 78,15% son Mujeres, mientras que el 21,85% restante son Hombres. Se observa así pues, el predominio del sexo femenino.

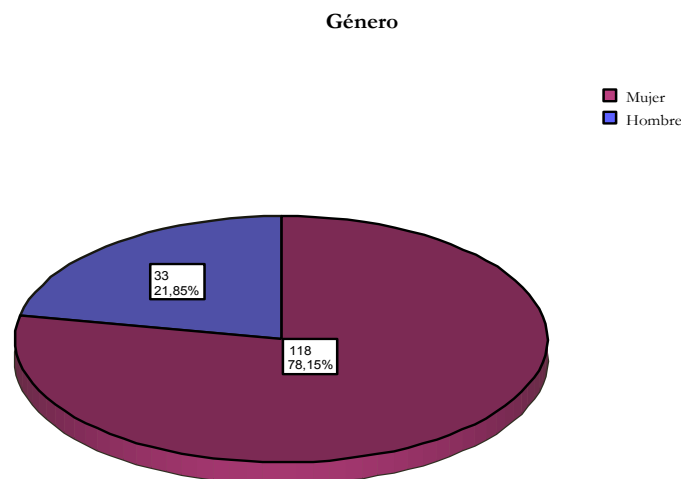


Figura 10. Gráfico de Género pre

9.1.1.2. Edad.

En la siguiente tabla encontramos que la edad mínima de los sujetos de la muestra es de 24 años, y la máxima se encuentra en 58 años. La media se sitúa alrededor de los 35 años.

Tabla 22. Edad pretest.

N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
---	--------	--------	-------	------------

Edad	144	24	58	35,18	8,305
N válido (según lista)	144				

9.1.1.3. Intervalos de Edad.

Teniendo en cuenta distintos intervalos de edad, de los 144 sujetos que forman la muestra el 50% se encuentra entre los 26 y 35 años de edad. La minoría se encuentra en los sujetos mayores de 56 años (0,69%).

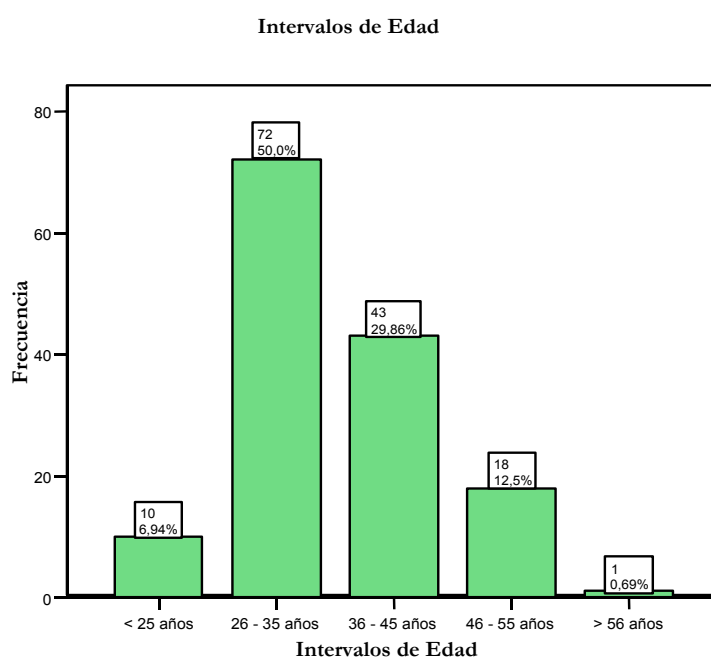


Figura 11. Gráfico de Intervalos de Edad.

9.1.1.4. Localidad.

Atendiendo a las distintas localidades extremeñas en las que se ha llevado a cabo el estudio encontramos que el 19,74% de la muestra pertenece a Azuaga. Seguidamente el 14,47% pertenece a Plasencia. Minoritariamente el 5,26% de los sujetos pertenecen a la localidad de Navalmoral de la Mata.

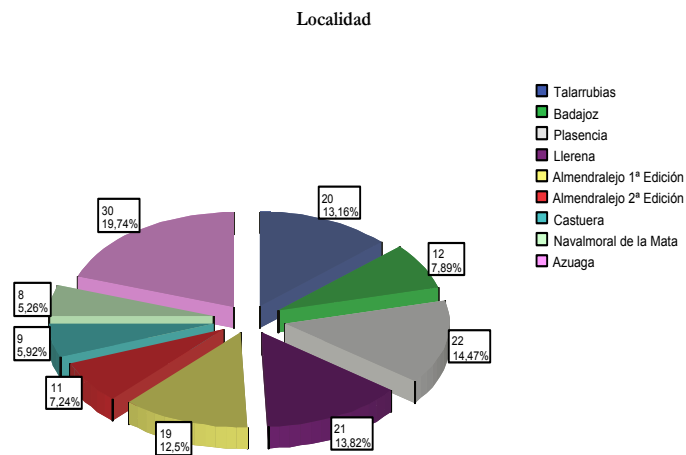


Figura 12. Gráfico de Localidad.

9.1.2. Descripción de las características laborales.

9.1.2.1. Años de ejercicio docente.

En lo referente a los años de ejercicio docente de los sujetos vemos que el mínimo se sitúa en menos de 1 año y el máximo en 30 años. La media la encontramos alrededor de 9 años.

Tabla 23. Años de ejercicio docente.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Años de ejercicio docente	147	0	30	8,73	7,738
N válido (según lista)	147				

9.1.2.2. Intervalos de años de ejercicio docente.

Situando los años de ejercicio docente en intervalos, encontramos los siguientes datos: el 29,93% de los sujetos se encuentra entre 1 y 3 años trabajados; el 22,35% ha trabajado en la enseñanza entre 6 y 10 años. En contrapartida, el 2,04% ha trabajado menos de 1 año.

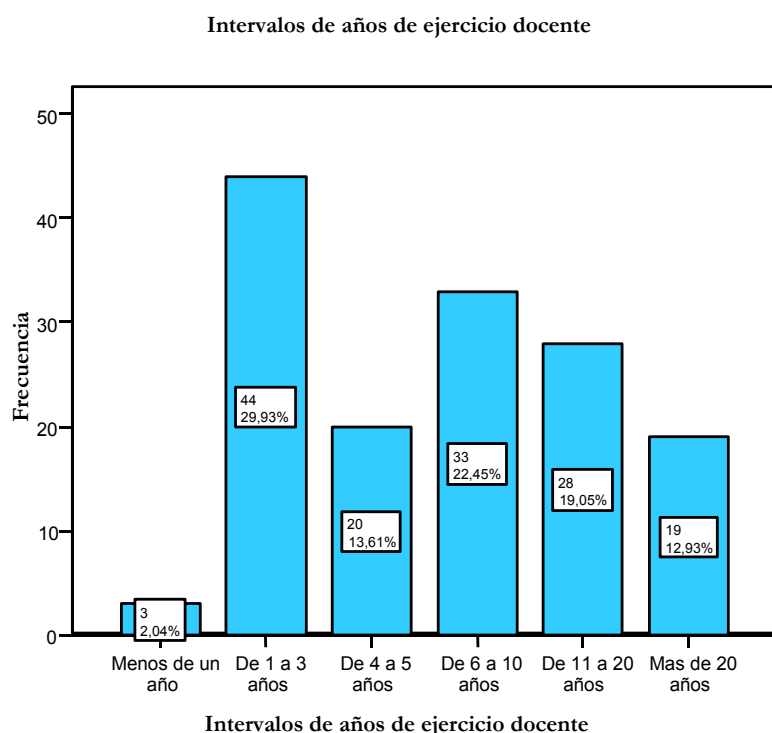


Figura 13. Gráfico de Intervalos de Años de ejercicio docente

9.1.2.3. Valoración del nivel de estrés.

Tras que los mismos sujetos valorasen su propio estrés encontramos los siguientes resultados: el 50,7% opina que su nivel de estrés es Medio; el 27,6% opina que es Bajo. Se destaca que el 3,3% opina que su nivel de estrés es Muy Alto, y otro 3,3% que No tiene estrés. La media se sitúa en torno a un nivel de estrés Medio.

Tabla 24. Valoración del nivel de estrés

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Valoración del nivel de estrés	152	1	5	2,88	,824
N válido (según lista)	152				

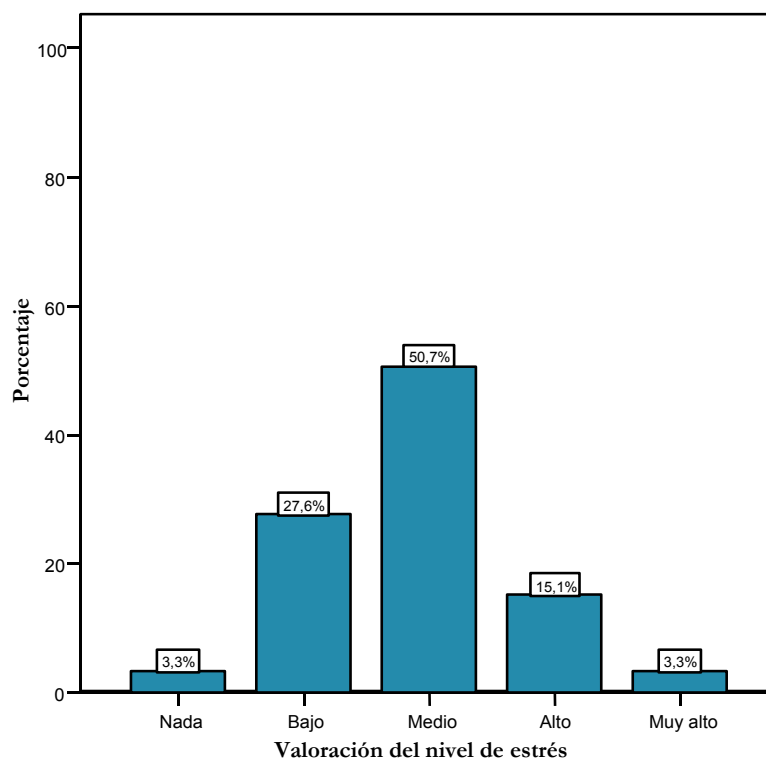


Figura 14. Gráfico de Valoración de nivel de estrés

9.1.3. Análisis de las características sociodemográficas posttest

9.1.3.1. Género.

Como se puede observar en el gráfico, en nuestra muestra el 69,81% son *Mujeres*, mientras que el 30,19% restante son *Hombres*. Se observa así pues, el predominio del Género femenino.

Tabla 25. Género posttest.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Mujer	37	69,8	69,8	69,8
Hombre	16	30,2	30,2	100,0
Total	53	100,0	100,0	

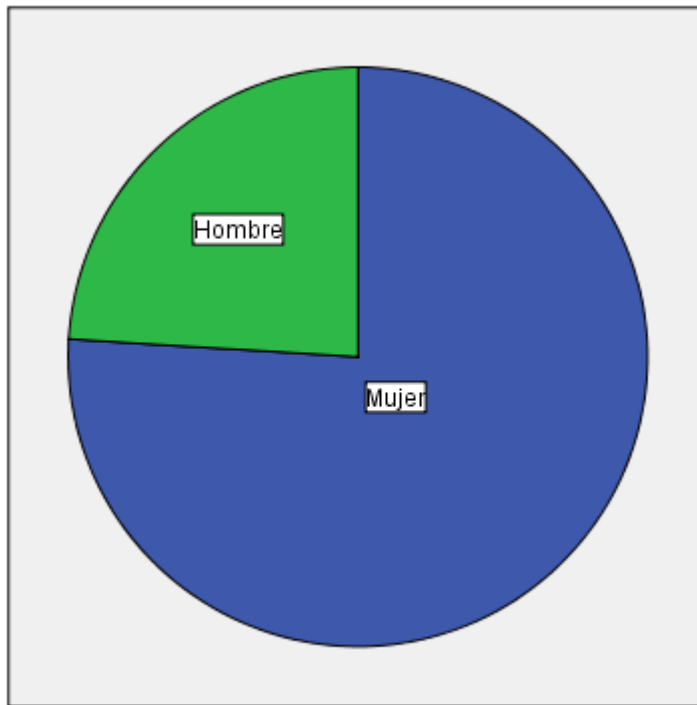


Figura 15. Gráfico de Género

9.1.3.2. Edad.

En la siguiente tabla encontramos que la edad mínima de los sujetos de la muestra es de *24 años*, y la máxima se encuentra en *58 años*. La media se sitúa alrededor de los *39 años*.

Tabla 26. Edad posttest.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	53	24	58	39,15	9,092
N válido (según lista)	53				

9.1.3.3. Intervalos de Edad.

Teniendo en cuenta distintos intervalos de edad, de los 53 sujetos que forman la muestra el 37,74% se encuentra *entre los 26 y 35 años* de edad. La minoría se encuentra en los grupos de sujetos *menores de 25 años y mayores de 56 años* (3,77%).

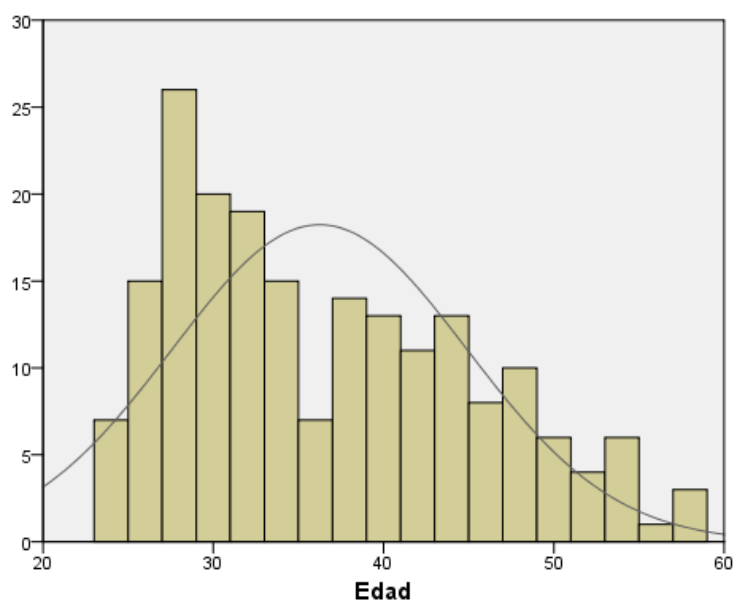


Figura 16. Gráfico de Intervalos de Edad

9.1.3.4. Localidad.

Atendiendo a las distintas localidades extremeñas en las que se ha llevado a cabo el estudio encontramos que el 28,3% de la muestra pertenece a *Navalmoral de la Mata*. Seguidamente el 20,75% pertenece a *Talarrubias*. Minoritariamente el 1,89% de los sujetos pertenecen a la localidad de *Azuaga*.

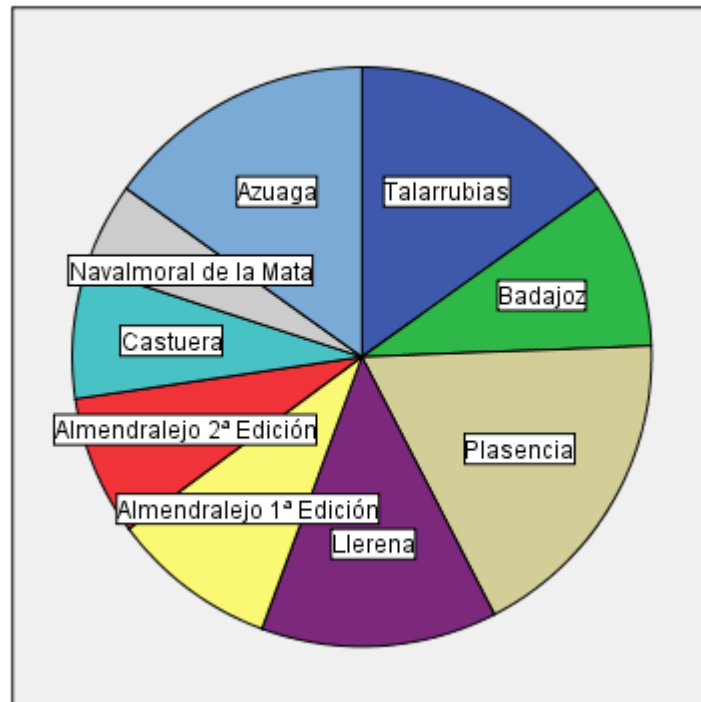


Figura 17. Gráfico de Localidad

9.1.4. Descripción de las características laborales postest

9.1.4.1. Años de ejercicio docente.

En lo referente a los años de ejercicio docente de los sujetos vemos que el mínimo se sitúa en menos de 1 año y el máximo en 30 años. La media la encontramos alrededor de 11 años.

Tabla 27. Años de ejercicio docente.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Años de ejercicio docente	49	0	30	10,57	8,956
N válido (según lista)	49				

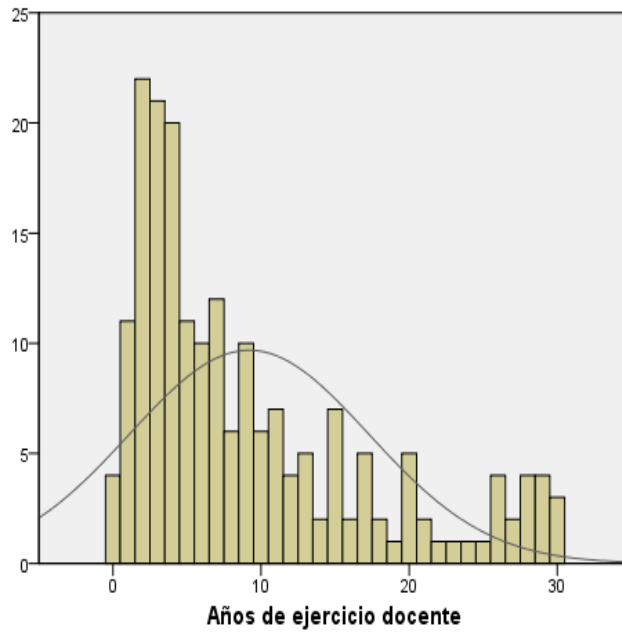


Figura 18. Años de ejercicio docente

9.1.4.2. Intervalos de años de ejercicio docente.

Situando los años de ejercicio docente en intervalos, encontramos los siguientes datos: el 22% de los sujetos se encuentra *entre 1 y 3 años* trabajados; En contrapartida, el 2% ha trabajado *menos de 1 año*.

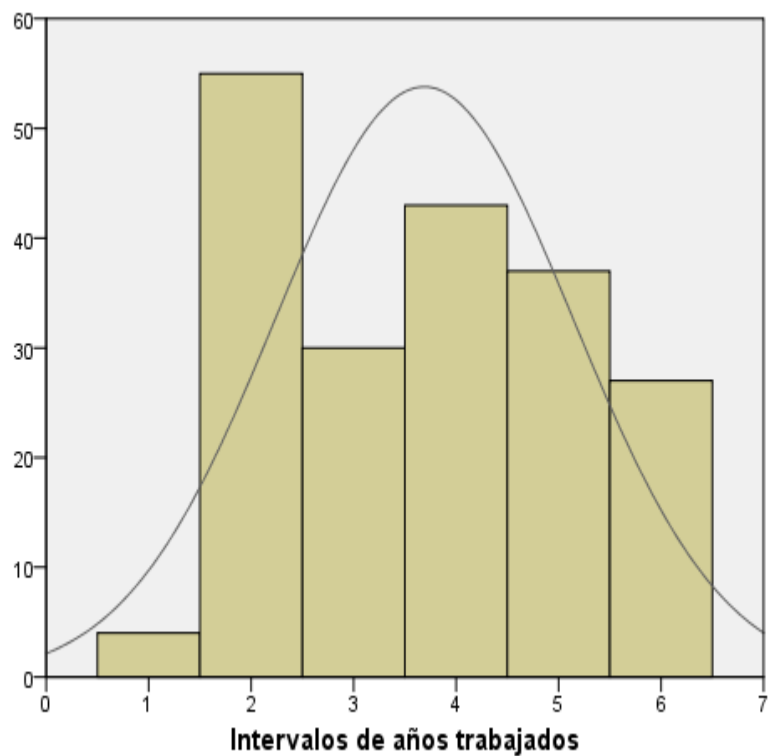


Figura 19. Gráfico de Intervalos de Años de ejercicio docente

9.1.4.3. Valoración del nivel de estrés.

Tras que los mismos sujetos valorasen su propio estrés encontramos los siguientes resultados: el 50,7% opina que su nivel de estrés es *Medio*; el 27,6% opina que es *Bajo*. Se destaca que el 3,3% opina que su nivel de estrés es *Muy Alto*, y otro 3,3% que *No* tiene estrés. La media se sitúa en torno a un nivel de estrés *Medio*.

Tabla 28. Valoración del nivel de estrés.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Valoración del nivel de estrés	53	2	4	2,70	,607
N válido (según lista)	53				

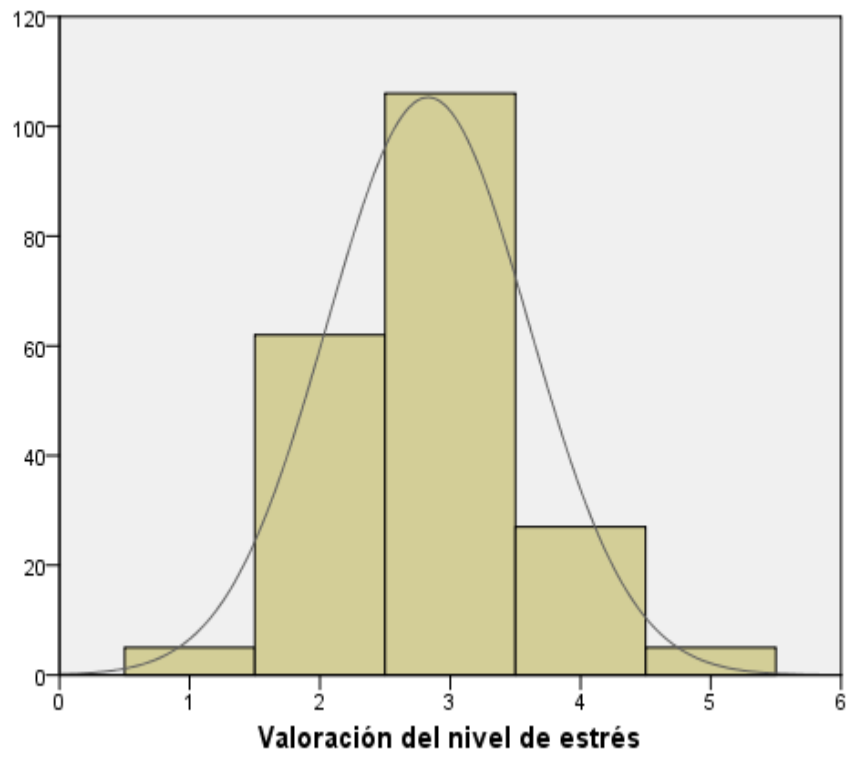


Figura 20. Gráfico de Valoración de nivel de estrés

9.2. Análisis descriptivo pretest

9.2.1. Análisis de los factores desencadenantes de estrés docente (Escala “Fuentes de estrés en profesores”).

La siguiente tabla presenta la participación de la muestra en cada factor desencadenante de estrés docente, el mínimo y el máximo obtenido en dicho factor, así como la media. Cada uno de ellos puede ser una fuente de estrés.

Tabla 29. Factores desencadenantes de estrés docente pretest.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Supervisión	128	12	55	36,12	10,321
Carencias	145	8	38	24,54	6,243
Cooperación	141	11	40	27,48	6,377
Alumnado	145	9	42	28,03	6,993
Adaptación	143	5	22	14,71	3,702
Valoración	144	8	23	15,58	3,576
Mejoras	136	10	44	27,59	6,469
N válido (según lista)	112				

- **Supervisión.**

Las puntuaciones en este factor oscilan entre *12* y *55*. La media se encuentra en *36,12*.

En el histograma se observa que la distribución es asimétrica, concretamente negativa, ya que las puntuaciones más altas se sitúan a la derecha

- **Carencias.**

En esta ocasión la puntuación mínima se encuentra en *8* y la máxima en *38*. La media se sitúa en *24,54*.

Observando el gráfico encontramos que la distribución es asimétrica.

- **Cooperación.**

Para este factor la media se establece en 27,48. Sus puntuaciones mínimas y máximas oscilan entre 11 y 40.

En el histograma encontramos que la muestra se adapta a la curva de normalidad

- **Alumnado.**

La puntuación mínima se sitúa en 9 y la máxima en 42. La media se encuentra en 28,03.

Más abajo, encontramos el histograma del factor *Alumnado*. En él, vemos que las mayores frecuencias se sitúan en el lado derecho, por lo que estamos ante una asimetría negativa.

- **Adaptación.**

En las puntuaciones obtenidas a través de los distintos ítems que forman este factor, encontramos que la media se estaciona en 14,71. Dichas puntuaciones se encuentran entre 5 y 22.

En el gráfico comprobamos que la muestra se adapta a la curva normal, podríamos decir que la distribución muestral es simétrica.

- **Valoración.**

En esta ocasión el mínimo se ubica en 8 y el máximo en 23. La puntuación media es de 15,58.

En el gráfico nº 16 encontramos una muestra más o menos simétrica, con puntuaciones equivalentes a la curva de la normalidad.

- **Mejoras.**

Las puntuaciones obtenidas se encuentran entre 10 y 44, con una media de

27,59.

En este caso, vemos que la cola de la distribución se encuentra a la derecha, por lo que estamos ante una asimetría negativa.

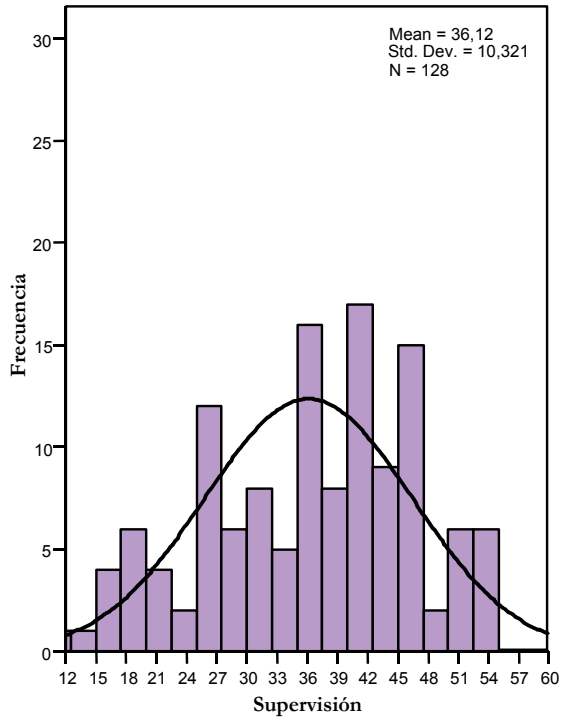


Figura 21. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Supervisión.

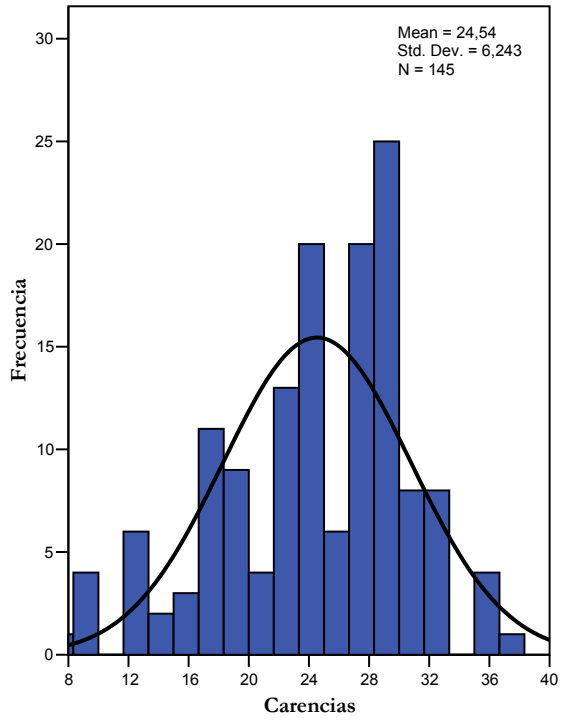


Figura 22. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Carencias.

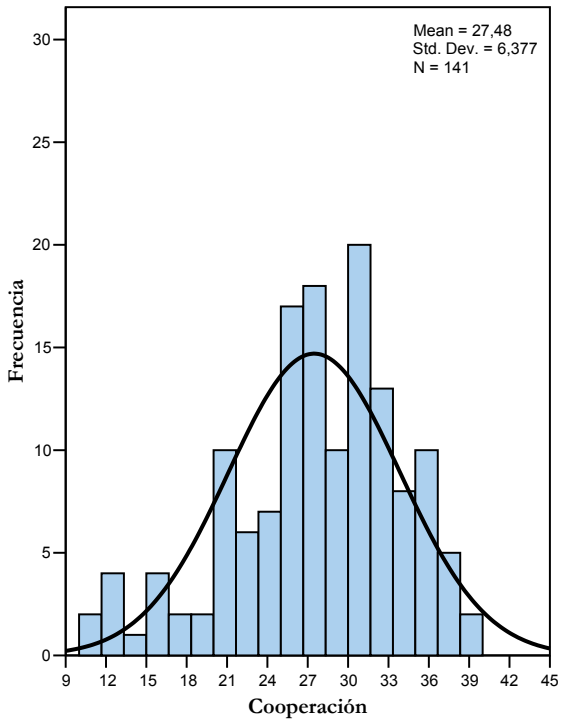


Figura 23. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Cooperación.

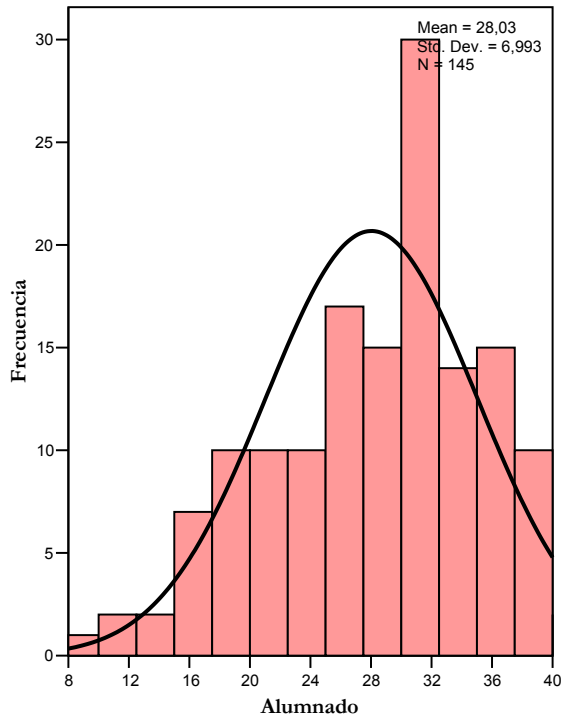


Figura 24. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Alumnado.

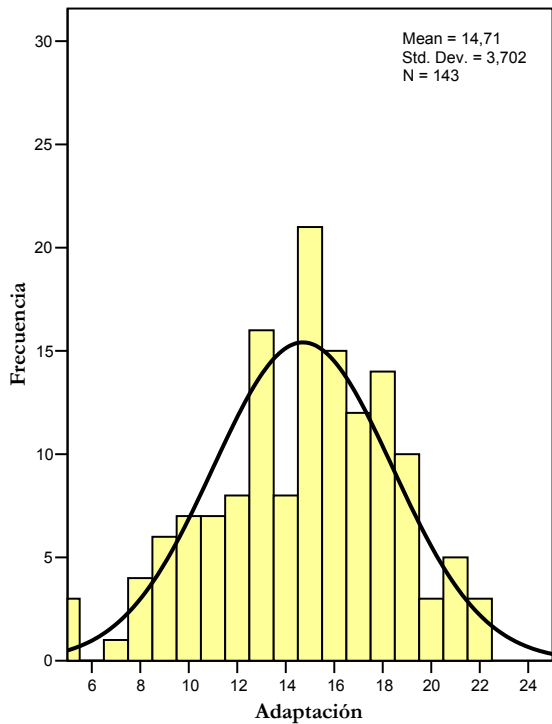


Figura 25. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Adaptación.

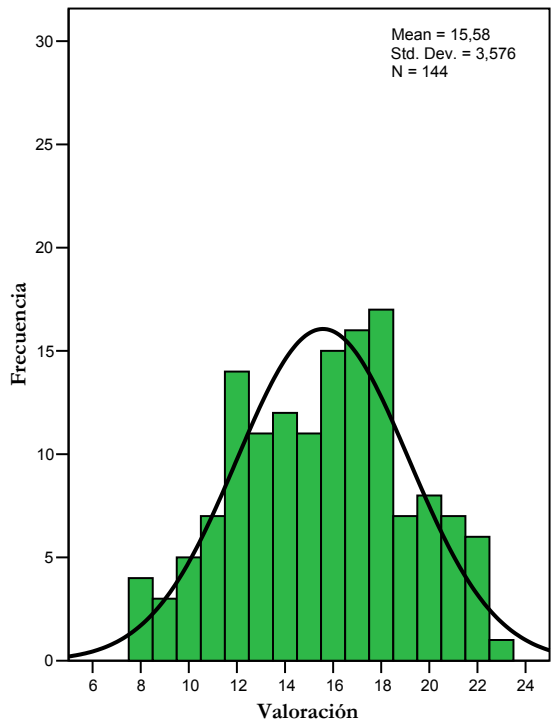


Figura 26. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Valoración.

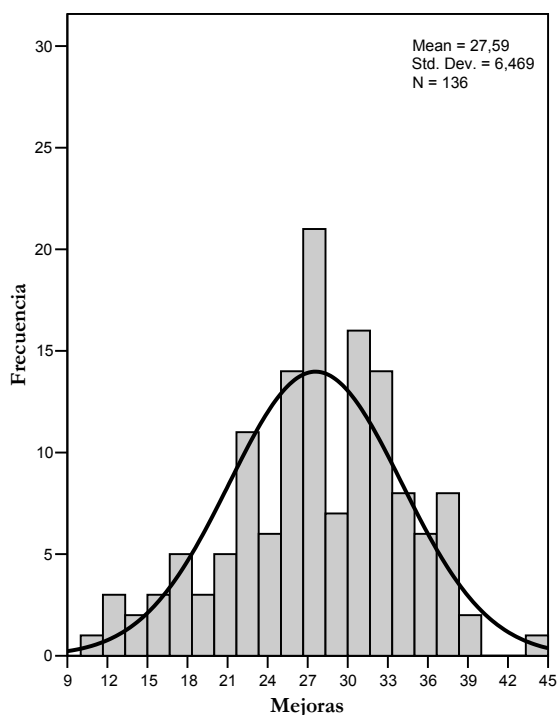


Figura 27. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Mejoras.

9.2.2. Análisis del Índice de Reactividad al Estrés (IRE) (González de Rivera, 1989).

En la siguiente tabla, observamos las distintas puntuaciones obtenidas en el Índice de Reactividad al Estrés en sus distintas modalidades (vegetativo, emocional, cognitivo, conductual y global).

Tabla 30. Índice de Reactividad al Estrés pretest

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
IRE veg	151	0	7	2,93	1,718
IRE emo	150	0	8	3,24	2,503
IRE cog	151	0	8	2,86	1,826
IRE cond	151	0	9	2,88	1,902
IRE global	150	0	9	3,02	1,415
N válido (según lista)	150				

- **IRE vegetativo.**

La puntuación mínima es 0 y la máxima 7. La media se encuentra en 2,93.

El histograma número 19 presenta una distribución totalmente asimétrica,

llegando a ser ésta positiva.

- **IRE emocional.**

Observando la tabla de Índice de Reactividad al Estrés vemos que las puntuaciones oscilan entre 0 y 8. La media es 3,24.

Observando el gráfico nos encontramos con una asimetría positiva.

- **IRE cognitivo.**

Al igual que ocurriera en el factor anterior, las puntuaciones se establecen entre 0 y 8. La puntuación media es 2,86.

La cola de la distribución se establece a la izquierda del gráfico, por lo que estamos ante una asimetría positiva.

- **IRE conductual.**

En este caso la media es 2,88, la puntuación mínima es 0 y la máxima 9.

La curva no se adaptada a la distribución, por lo que estamos ante una asimetría. Esta es positiva, ya que la cola de distribución se sitúa a la izquierda.

- **IRE global.**

Con una amplitud de 0 a 9, encontramos que la puntuación media devuelta por los sujetos de la muestra se establece en 3,02.

Como ocurriera en casos anteriores, las puntuaciones más altas se sitúan a la derecha del gráfico, formando estas una asimetría positiva.

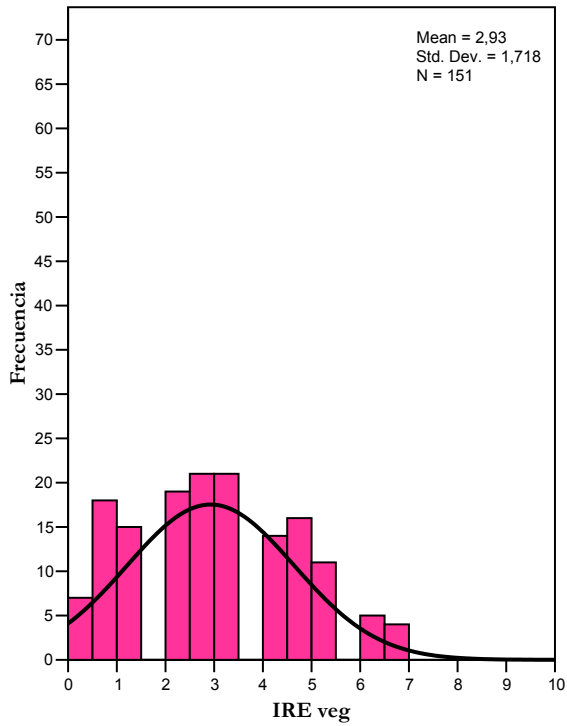


Figura 28. Gráfico de IRE vegetativo.

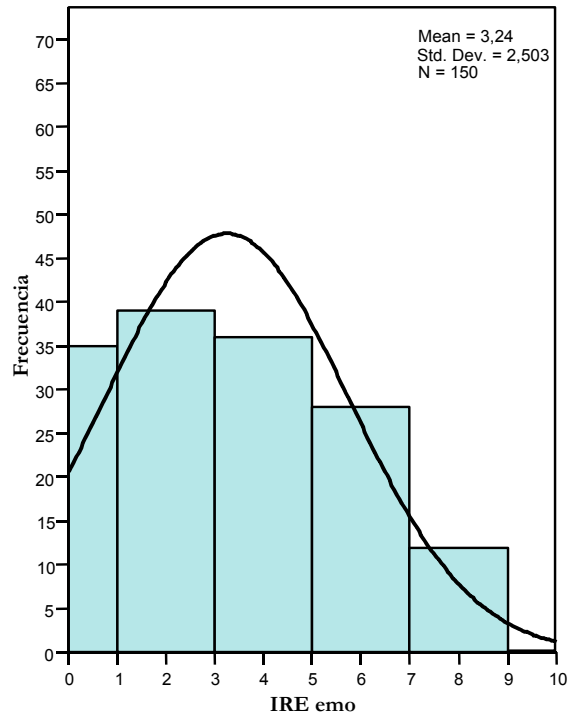


Figura 29. Gráfico de IRE emocional.

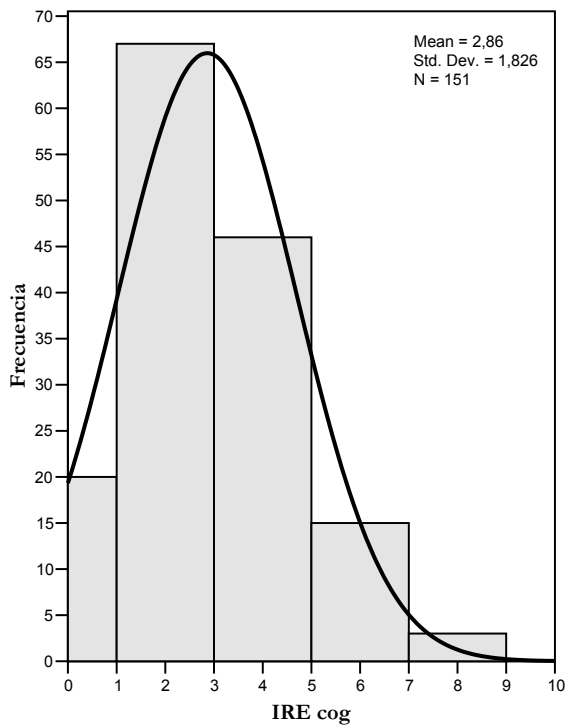


Figura 30. Gráfico de IRE cognitivo.

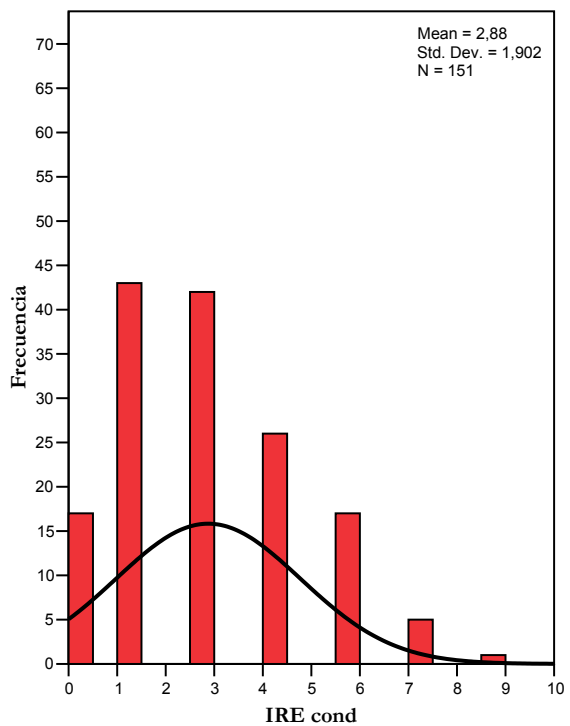


Figura 31. Gráfico de IRE conductual.

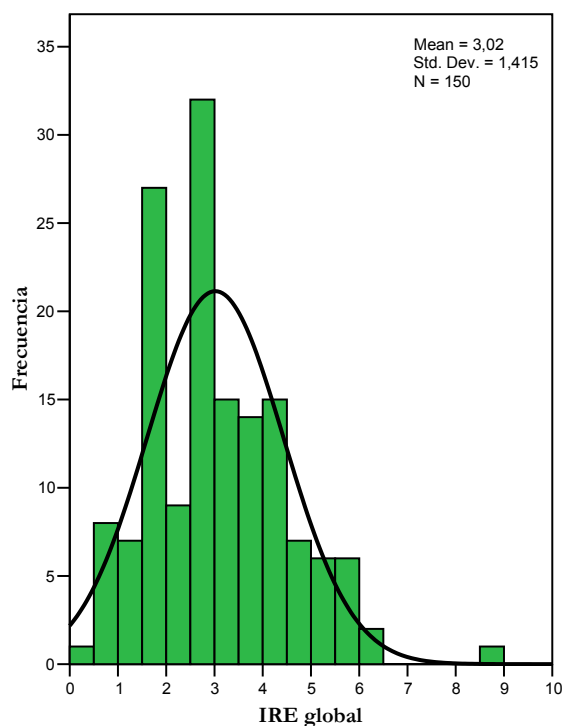


Figura 32. Gráfico de IRE global.

9.2.3. Análisis descriptivo Pretest del Cuestionario BEEGC-20 (Palenzuela y Cols, 1997).

Seguidamente encontramos una tabla donde aparecen los distintos factores que componen el Cuestionario BEEGC-20: *Locus*, *Autoeficacia* y *Éxito*. Se ha de tener en cuenta que el factor *Locus* está integrado a su vez por otros tres factores: *Contigencia*, *Indefensión* y *Suerte*.

Tabla 31. Cuestionario BEEGC-20 pretest

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Contigencia	150	12	36	30,06	4,531
Indefensión	149	4	32	12,23	6,354
Suerte	148	4	34	17,59	6,891
Locus	145	34	93	59,78	11,239
Autoeficacia	151	11	35	24,85	4,384
Éxito	151	5	36	27,20	6,265
N válido (según lista)	145				

- **Expectativa de Contingencia o Internalidad.**

Para este factor las puntuaciones oscilan entre 12 y 36, con una media de 30,06.

Mirando el gráfico podemos decir que estamos ante una asimetría negativa, pues las puntuaciones más altas se sitúan a la derecha.

- **Expectativa de Indefensión o No Contingencia.**

En esta ocasión la media es de 12,23, estando las puntuaciones entre 4 y 32.

En este caso, nos encontramos con una asimetría positiva, pues la cola de la distribución se encuentra a la izquierda.

- **Expectativa o Creencia en la Suerte.**

Las puntuaciones se encuentran entre 4 y 34, con una media de 17,59.

El gráfico 27 muestra una distribución casi simétrica.

- **Expectativa de Locus de Control.**

Al ser este factor el conjunto de los tres anteriores, las puntuaciones oscilan entre 34 y 93, situándose la media en 59,78.

Observando el histograma del factor *Locus*, nos encontramos ante una muestra simétrica, ya que su distribución se asemeja a la curva de normalidad.

- **Expectativa de Autoeficacia.**

El mínimo está en 11 y el máximo en 35. La puntuación media es de 24,85.

Visualizando el gráfico 23, podemos decir que estamos ante una asimetría negativa, pues las puntuaciones más altas se encuentran a la derecha.

- **Expectativa de Éxito.**

En este factor las puntuaciones se encuentran entre 5 y 36, estando la media en 27,20.

La cola de la distribución se encuentra en el lado derecho, por lo que estamos ante una asimetría negativa.

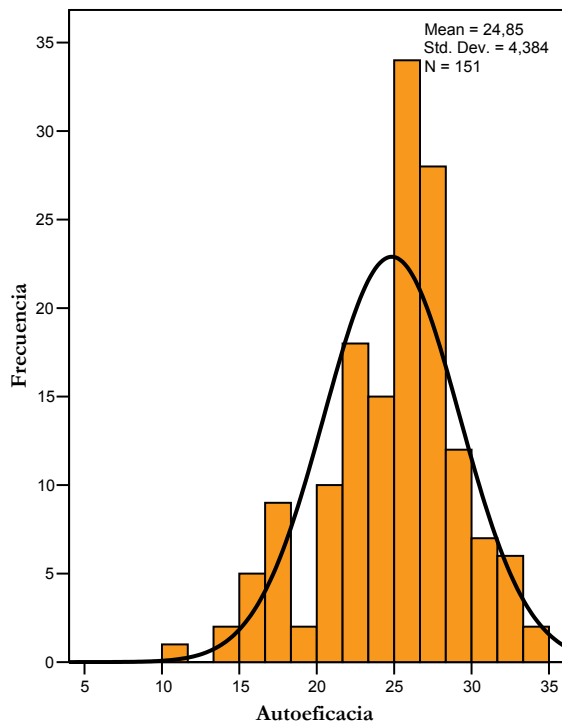


Figura 33. Gráfico de Expectativa de Autoeficacia.

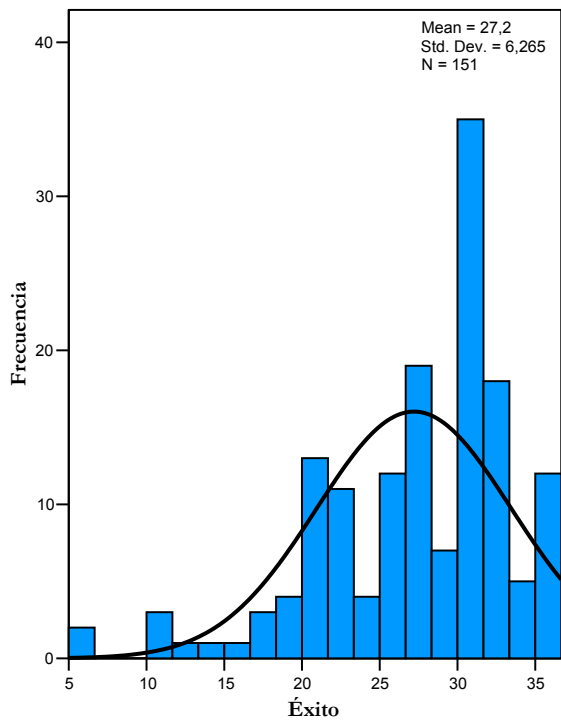


Figura 34. Gráfico de Expectativa de Éxito.

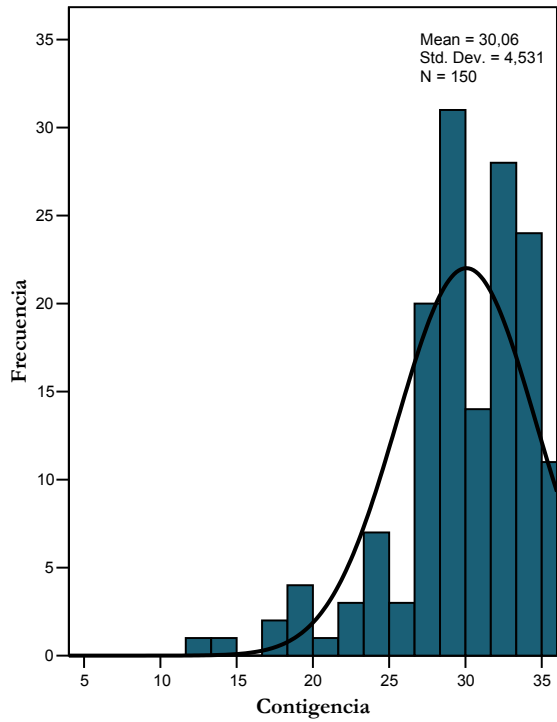


Figura 35. Gráfico de Expectativa de Contingencia o Internalidad.

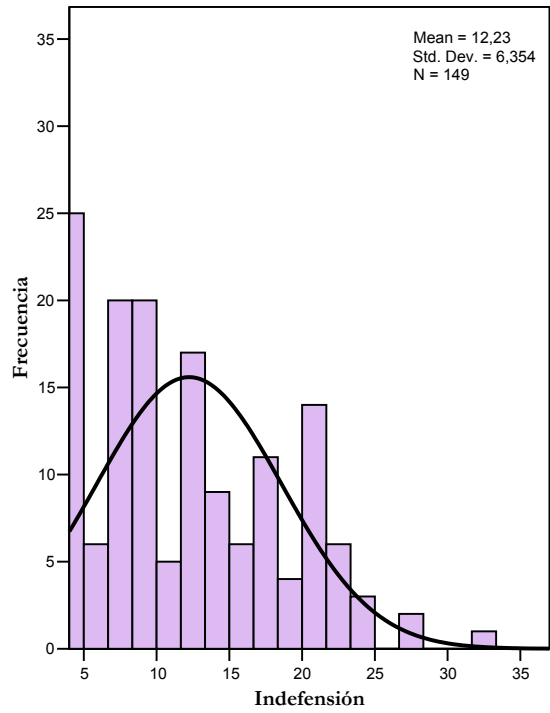


Figura 36. Gráfico de Expectativa de Indefensión o No Contingencia.

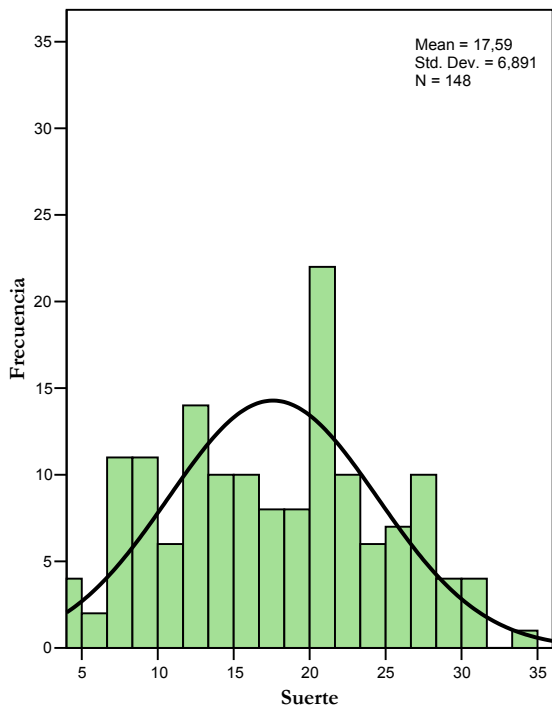


Figura 37. Gráfico de Expectativa o Creencia en la Suerte.

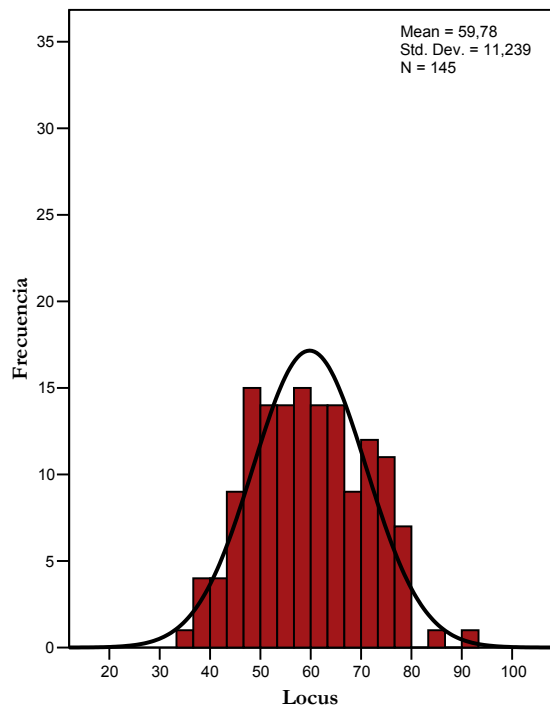


Figura 38. Gráfico de Expectativa de Locus de Control.

9.2.4. Análisis descriptivo pretest del Cuestionario de Aserción (Gambril y Richey, 1975).

Teniendo en cuenta los factores *Ansiedad* y *Respuesta* que se integran en el *Cuestionario de Aserción* obtenemos los siguientes resultados expresados en la tabla:

Tabla 32. Cuestionario de Aserción pretest.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Ansiedad	107	40	177	102,20	28,858
Respuesta	98	40	167	113,52	22,045
N válido (según lista)	90				

- **Ansiedad.**

Para este factor el mínimo se establece en 40 y el máximo en 177. La media se encuentra en 102,20.

Como podemos contemplar en el gráfico número 43, la cola de la distribución se sitúa a la derecha del gráfico, llevándonos a pensar que estamos ante una asimetría positiva.

- **Respuesta.**

En esta ocasión, las puntuaciones oscilan entre 40 y 167, y la media se sitúa en 113,52.

En esta ocasión, diremos que nuestra distribución se adapta a la curva de normalidad. Estamos ante una simetría.

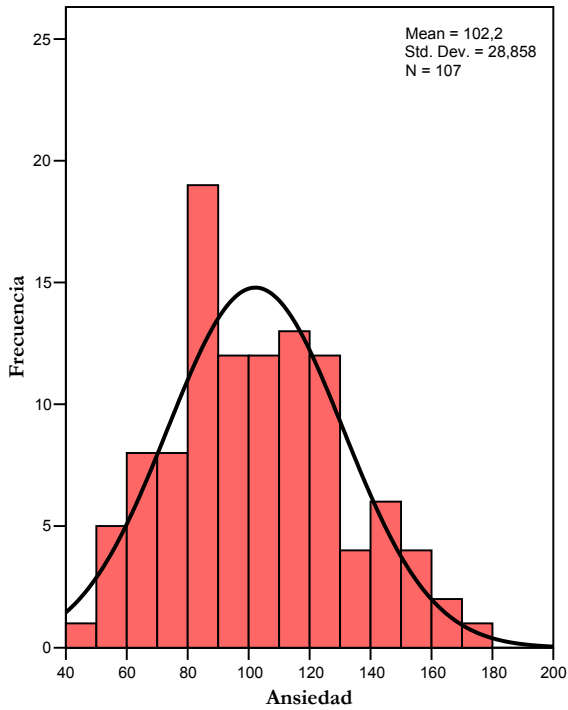


Figura 39. Gráfico de Ansiedad.

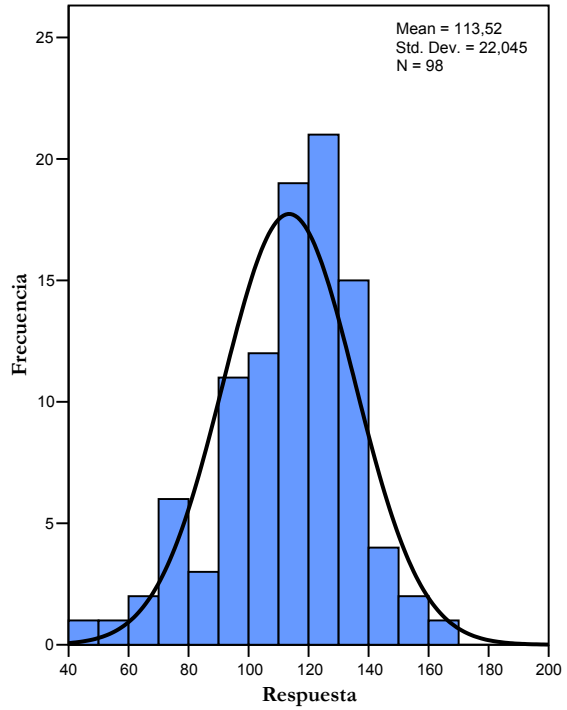


Figura 40. Gráfico de Respuesta.

9.2.5. Análisis descriptivo pretest del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

Tras preguntarle a la muestra distintas cuestiones acerca de su salud, encontramos los siguientes resultados:

Tabla 33. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) pretest

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
GHQ1	151	0	1	,24	,428
GHQ2	151	0	1	,15	,361
GHQ3	150	0	1	,11	,318
GHQ4	150	0	1	,24	,429
GHQ5	151	0	1	,19	,390
GHQ6	150	0	1	,27	,444
GHQ7	151	0	1	,23	,419
GHQ8	150	0	1	,45	,499
GHQ9	150	0	1	,43	,496

GHQ10	149	0	1	,27	,445
GHQ11	150	0	1	,19	,391
GHQ12	150	0	1	,09	,292
GHQ Global	147	0	12	2,88	2,960
N válido (según lista)	147				

- **Ítems GHQ.**

Analizando los 12 ítems que forman el Cuestionario de Salud General de Goldberg encontramos que las puntuaciones oscilan entre 0 y 1, y la media de cada uno de ellos no llega a superar 0,5, por lo que podríamos llegar a decir que la salud de la muestra se encuentra en buen estado.

- **GHQ Global.**

Atendiendo a la puntuación Global del Cuestionario obtenemos que las puntuaciones se encuentran entre 0 y 12, siendo la media 2,88.

En el histograma 46, vemos que las puntuaciones más altas están situadas a la izquierda del gráfico, por lo que hablamos de una distribución asimétrica positiva.

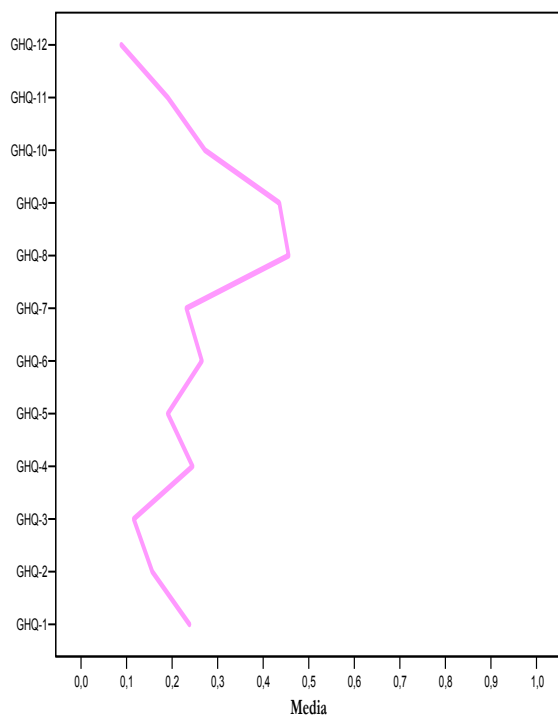


Figura 41. Gráfico de Medias de GHQ-12.

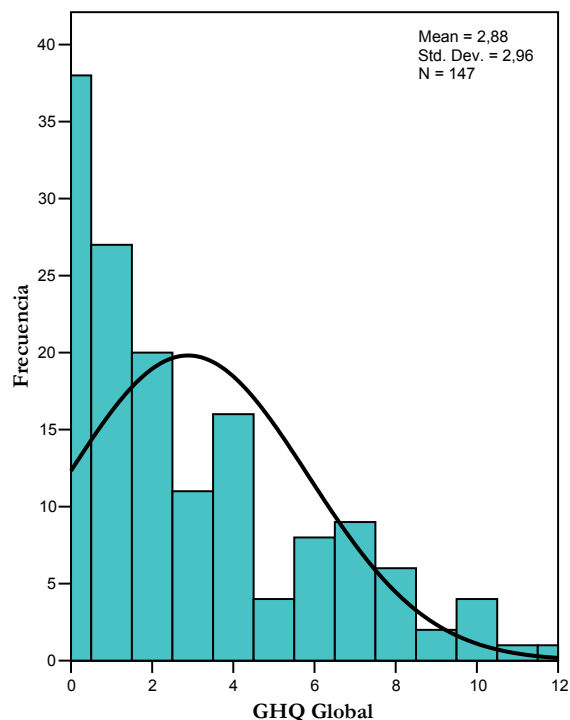


Figura 42. Gráfico de GHQ Global.

- **Resultado de GHQ.**

La siguiente tabla indica los diferentes resultados obtenidos en el Cuestionario GHQ-12. Vemos que el 40,8% de la muestra tiene *Mal* estado de salud, lo que se podría reflejar en posibles tensiones psicológicas, trastornos psicológicos, estrés,...

Tabla 34 Resultado de GHQ-12 pretest.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bien	85	55,9	57,8	57,8
	Mal	62	40,8	42,2	100,0
	Total	147	96,7	100,0	
Perdidos	Sistema	5	3,3		
Total		152	100,0		

Resultado GHQ

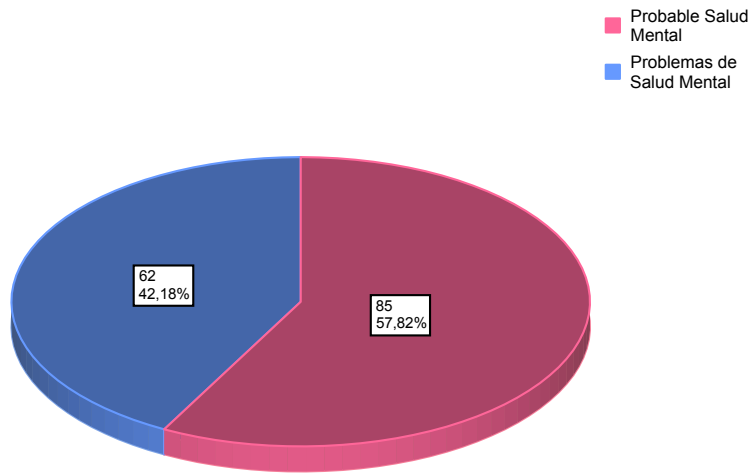


Figura 43. Gráfico de Resultado GHQ.

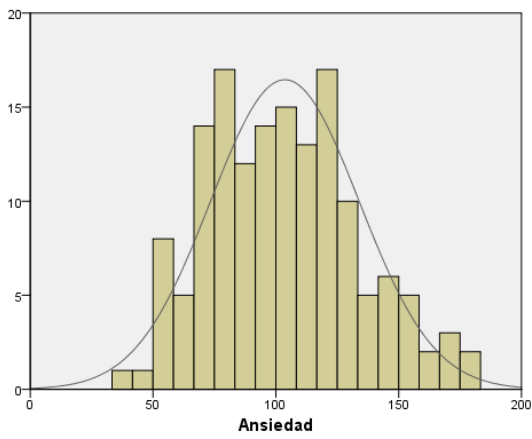


Figura 44. Gráfico de Ansiedad.

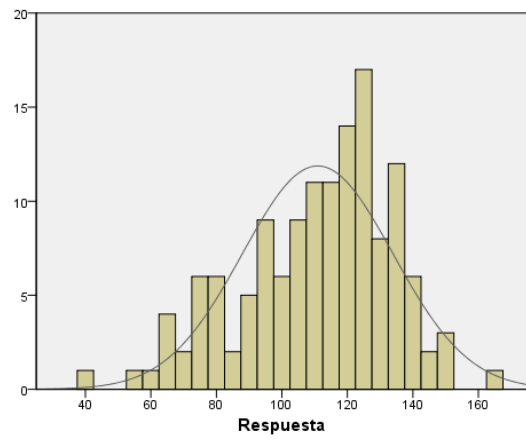


Figura 45. Gráfico de Respuesta.

9.3. Análisis descriptivo postest

9.3.1. Análisis de los factores desencadenantes de estrés docente

A continuación se presenta una tabla con la participación de la muestra en cada factor desencadenante de estrés docente, el mínimo y el máximo obtenido en dicho factor, así como la media. Cada uno de ellos puede ser una fuente de estrés.

Tabla 35. Factores desencadenantes de estrés docente. post

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Supervisión	44	13	52	31,80	10,117
Carencias	49	8	34	22,29	5,923
Cooperación	49	10	38	26,00	6,371
Alumnado	50	10	36	24,26	6,461
Adaptación	50	5	19	12,44	3,489
Valoración	50	8	21	14,54	3,370
Mejoras	49	12	37	25,04	6,130
N válido (según lista)	42				

- **Supervisión.**

Las puntuaciones en este factor oscilan entre 13 y 52. La media se encuentra en 31,80, la más alta entre los factores desencadenantes de estrés docente.

En la gráfica se observa que la distribución es simétrica, ya que se adapta a la curva de normalidad.

- **Carencias.**

En esta ocasión la puntuación mínima se encuentra en 8 y la máxima en 34. La media se sitúa en 22,29.

El Histograma presenta una distribución asimétrica.

- **Cooperación.**

Para este factor la media se establece en 26,00, con una puntuación mínima de 10 y una puntuación máxima de 38.

En este caso, y observando el gráfico, obtenemos una distribución, más o menos, simétrica.

- **Alumnado.**

Vemos que la puntuación media es *24,26*. Las puntuaciones obtenidas oscilan entre *10* y *36*.

Para este factor, en el histograma podemos observar que la curva se adapta a la distribución, por tanto, ésta es simétrica.

- **Adaptación.**

Las puntuaciones oscilan entre *5* y *19*, siendo la media *12,44* (ésta es la más baja de todos los factores de este cuestionario).

En el gráfico encontramos una asimetría.

- **Valoración.**

La puntuación mínima obtenida ha sido *8*, en cambio, la máxima se sitúa en *21*. La media en este factor es *14,54*.

Visualizando el gráfico 183, encontramos que la curva no se adapta a la distribución, por tanto estamos ante una distribución asimétrica.

- **Mejoras.**

En el último factor desencadenante de estrés docente obtenemos que las puntuaciones se encuentran entre *12* y *37*, estando la puntuación media en *25,04*.

El histograma correspondiente muestra una distribución simétrica que se adapta a la curva de normalidad.

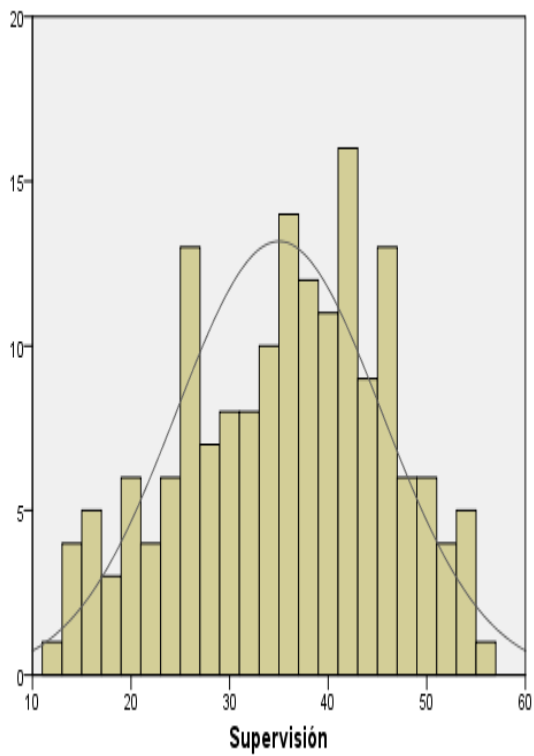


Figura 46. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Supervisión.

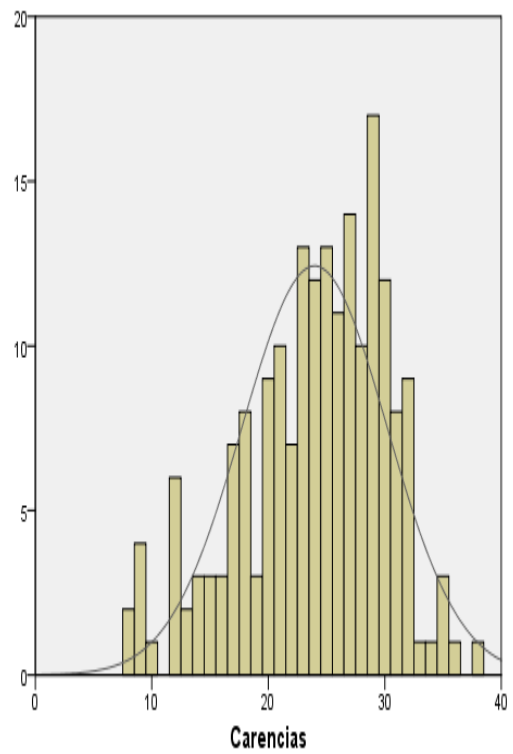


Figura 47. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Carencias.

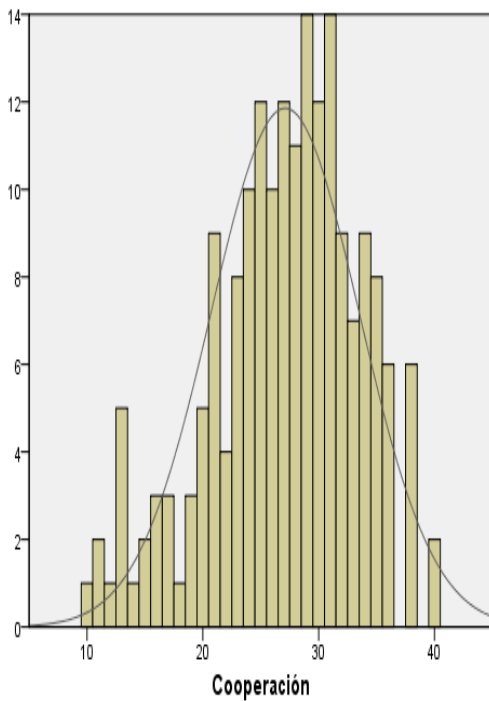


Figura 48. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Cooperación.

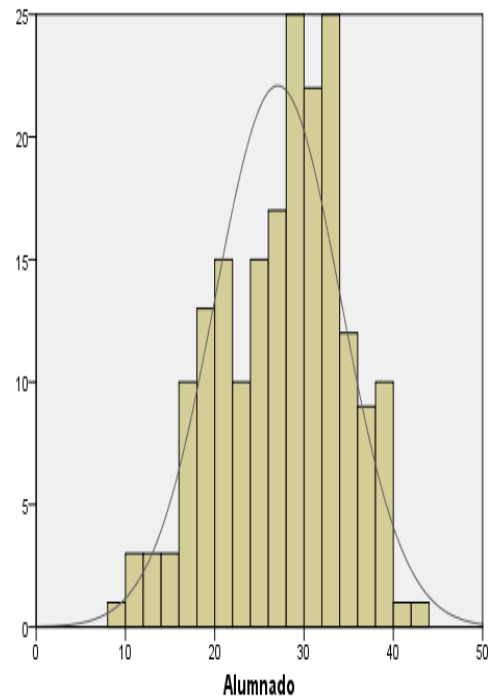


Figura 49 Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Alumnado.

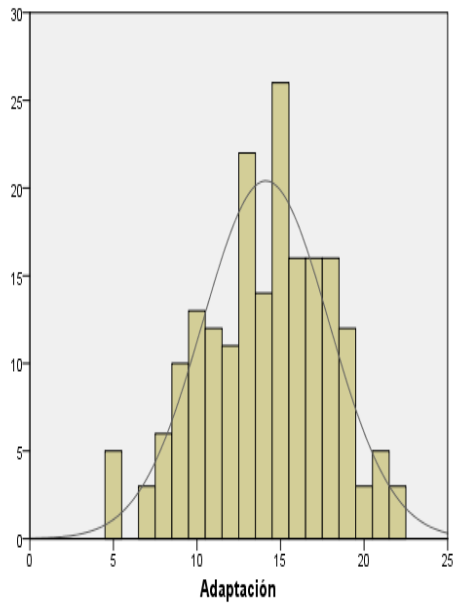


Figura 50. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Adaptación.

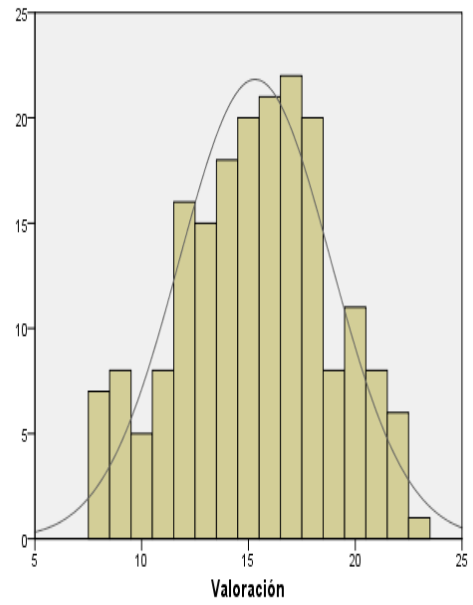


Figura 51. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Valoración.

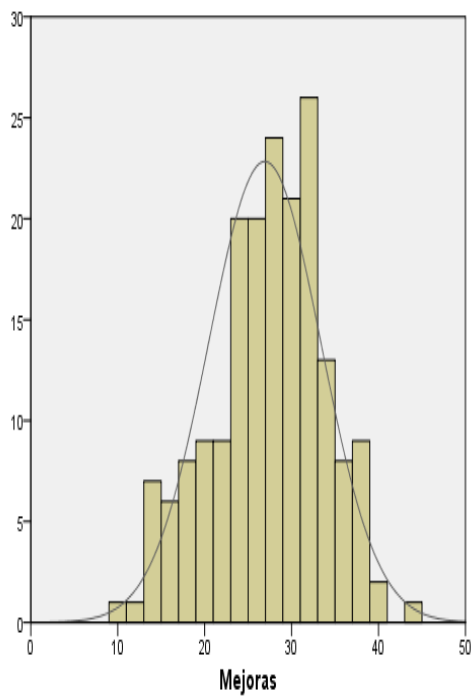


Figura 52. Gráfico del factor desencadenante de estrés docente Mejoras.

9.3.2. Análisis descriptivo postest del Índice de Reactividad al Estrés (IRE) (González de Rivera, 1989).

En la siguiente tabla, observamos las distintas puntuaciones obtenidas en el Índice de Reactividad al Estrés en sus distintas modalidades (vegetativo, emocional, cognitivo, conductual y global).

Tabla 36. Índice de Reactividad al Estrés post.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tít.
IRE veg	52	0	7	2,63	1,718
IRE emo	52	0	8	3,27	2,537
IRE cog	52	0	6	3,08	1,877
IRE cond	52	0	7	2,72	1,607
IRE global	52	1	6	2,82	1,347
N válido (según lista)	52				

- **IRE vegetativo.**

Observando la tabla anterior encontramos que la puntuación máxima se establece en 7, la mínima en 0. Se obtiene una media de 2,63, la cual, es inferior a todas las demás.

En el histograma encontramos una distribución asimétrica positiva, ya que la cola de distribución se sitúa a la derecha.

- **IRE emocional.**

En este caso, las puntuaciones obtenidas se encuentra entre 0 y 8, siendo la puntuación media igual a 3,27. En este caso, la puntuación media, es superior al resto de los factores de este cuestionario.

Vemos en el gráfico una distribución más o menos simétrica.

- **IRE cognitivo.**

Las puntuaciones oscilan entre 0 y 6 para este factor. La media obtenida es 3,08.

El histograma correspondiente muestra una distribución simétrica.

- **IRE conductual.**

Entre 0 y 7 se hallan las puntuaciones obtenidas de la muestra. La media en

este caso es 2,72.

Observando el histograma encontramos una distribución asimétrica positiva.

- **IRE global.**

En cuanto a la puntuación global obtenida en este cuestionario, podemos decir que éstas oscilan entre 1 y 6, estando la puntuación media en 2,82.

En el gráfico encontramos una distribución asimétrica, siendo ésta positiva.

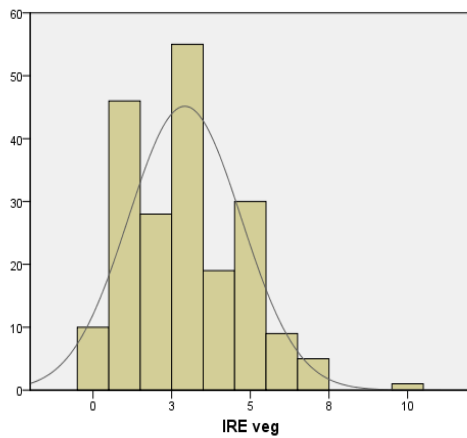


Figura 53. Gráfico de IRE vegetativo.

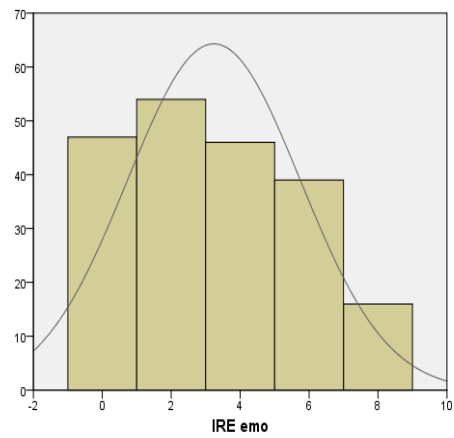


Figura 54. Gráfico de IRE emocional.

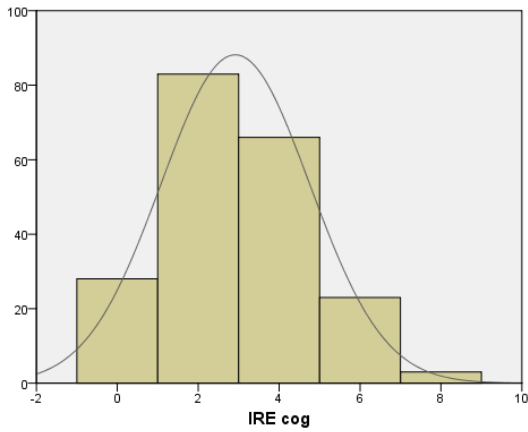


Figura 55. Gráfico de IRE cognitivo.

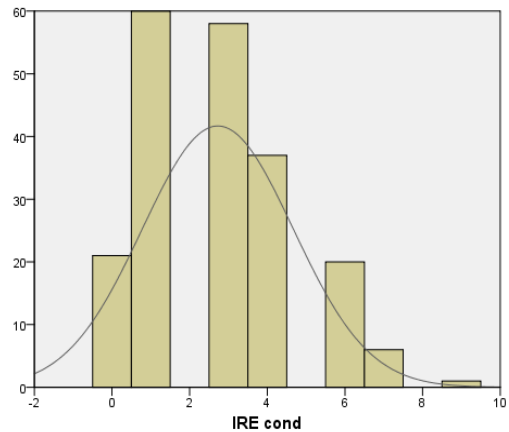


Figura 56. Gráfico de IRE conductual.

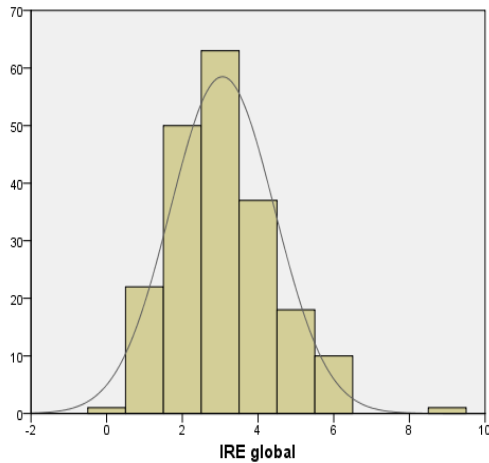


Figura 57. Gráfico de IRE global.

9.3.3. Análisis descriptivo Postest del Cuestionario BEEGC-20 (Palenzuela & Cols, 1997).

Seguidamente encontramos una tabla donde aparecen los distintos factores que componen el Cuestionario BEEGC-20: *Locus*, *Autoeficacia* y *Éxito*. Se ha de tener en cuenta que el factor *Locus* está integrado a su vez por otros tres factores: *Contigencia*, *Indefensión* y *Suerte*.

Tabla 37 Cuestionario BEEGC-20 posteste

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Contigencia	53	16	36	29,91	4,558
Indefensión	51	4	26	11,61	6,633
Suerte	53	4	32	16,79	6,976
Locus	51	39	83	58,25	10,520
Autoeficacia	53	17	35	25,81	3,552
Éxito	52	15	36	27,46	5,879
N válido (según lista)	51				

- **Expectativa de Contigencia o Internalidad.**

Para este factor, las puntuaciones oscilan entre 16 y 36, estando la media en 29,91.

Visualizando el gráfico correspondiente, obtenemos una distribución asimétrica negativa.

- **Expectativa de Indefensión o No Contigencia.**

En esta ocasión, la puntuación mínima es 4 y la máxima 26. La media se sitúa en 11,61.

En este caso, obtenemos una distribución asimétrica positiva. La cola de la distribución se sitúa a la derecha.

- **Expectativa o Creencia en la Suerte.**

Observando la tabla anterior encontramos que la puntuación media es igual a 16,79. El mínimo es 4 y el máximo es 32.

Nos encontramos, en este caso, con una distribución totalmente asimétrica que no se corresponde con la curva de normalidad.

- **Expectativa de Locus de Control.**

Este factor, está compuesto por la suma de los tres anteriores, por lo que las puntuaciones obtenidas son altas. Dichas puntuaciones oscilan entre 39 y 83, estando la media en 58,25 (la más alta).

Una vez más, teniendo en cuenta el gráfico oportuno, estamos ante una distribución asimétrica que no se adapta a la curva de normalidad.

- **Expectativa de Autoeficacia.**

Entre 17 y 35 se encuentran las puntuaciones obtenidas para este factor. La media se sitúa en 25,81. Dicha media, es la más baja de los tres factores principales del Cuestionario BEEGC-20.

En el gráfico encontramos una distribución que se adapta a la curva normal, por tanto, diremos que es simétrica.

- **Expectativa de Éxito.**

La puntuación máxima obtenida es 36, la mínima 15. La media encontrada es 27,46.

Nos encontramos con una distribución asimétrica, siendo esta negativa, ya que la cola de distribución se sitúa a la izquierda.

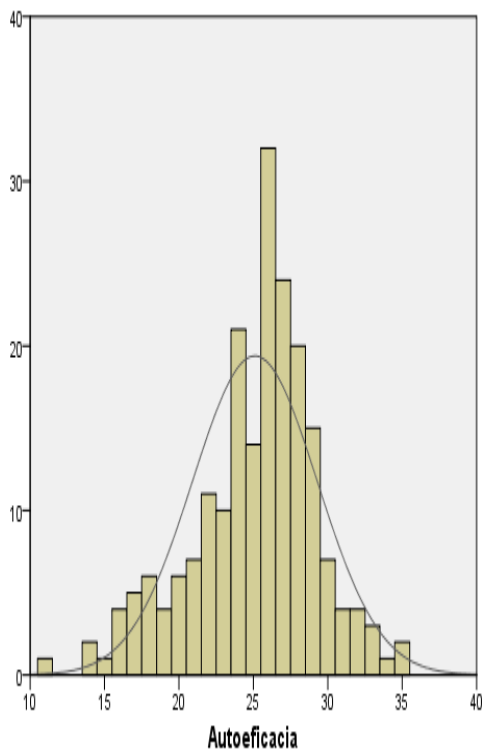


Figura 58. Gráfico de Expectativa de Autoeficacia.

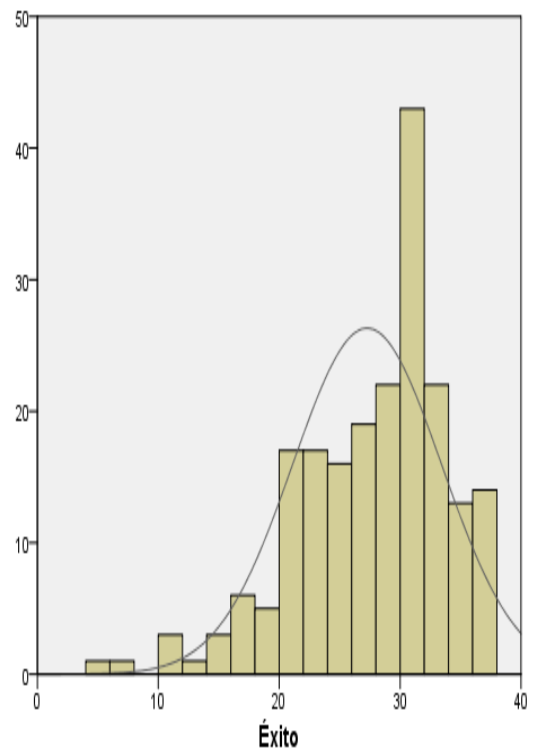


Figura 59. Gráfico de Expectativa de Éxito.

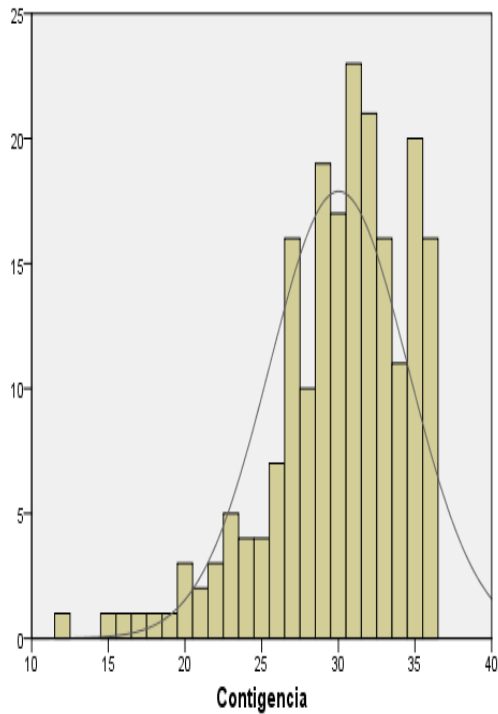


Figura 60. Gráfico de Expectativa de Contingencia o Internalidad.

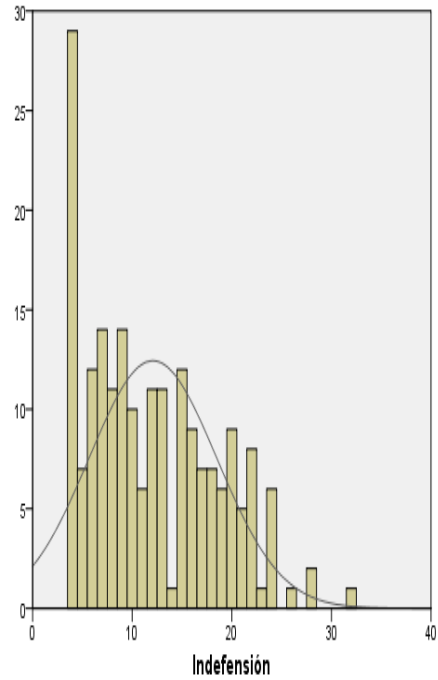


Figura 61. Gráfico de Expectativa de Indefensión o No Contingencia.

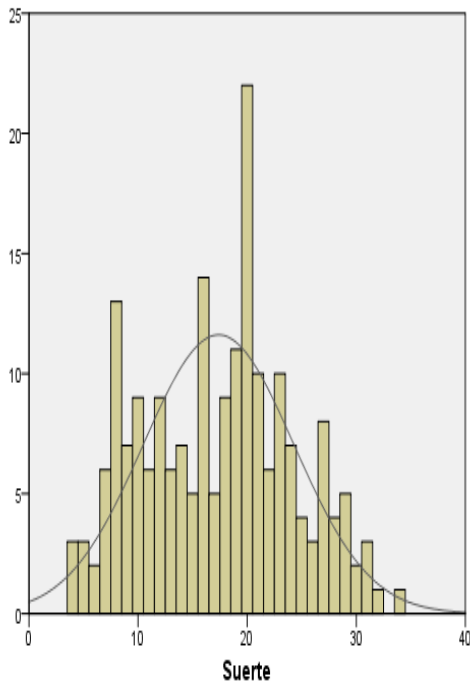


Figura 62. Gráfico de Expectativa o Creencia en la Suerte.

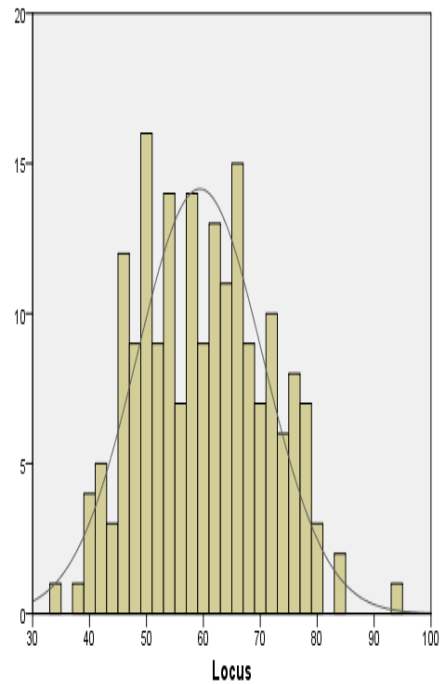


Figura 63. Gráfico de Expectativa de Locus de Control.

9.3.4. Análisis descriptivo postest del Cuestionario de Aserción (Gambril & Richey, 1975).

Teniendo en cuenta los factores *Ansiedad* y *Respuesta* que se integran en el Cuestionario de Aserción obtenemos los siguientes resultados expresados en la tabla:

Tabla 38. Cuestionario de Aserción. postest

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Ansiedad	43	50	183	107,26	33,701
Respuesta	39	54	152	104,44	24,374
N válido (según lista)	38				

- **Ansiedad.**

En este factor, las puntuaciones se sitúan entre 50 y 183, encontrándose la media en 107,26. Dicha media, es la más alta de los dos factores.

El histograma correspondiente muestra una distribución asimétrica.

Además diremos que esta es positiva, pues la cola de distribución se sitúa a la derecha.

- **Respuesta.**

En esta ocasión, las puntuaciones oscilan entre 54 y 152. La media, inferior a la anterior, es 104,44.

Observando el gráfico de Respuesta, vemos como la distribución no se llega a adaptar a la curva normal.

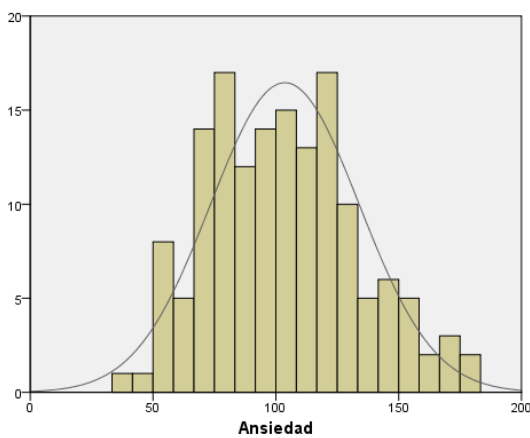


Figura 64. Gráfico de Ansiedad.

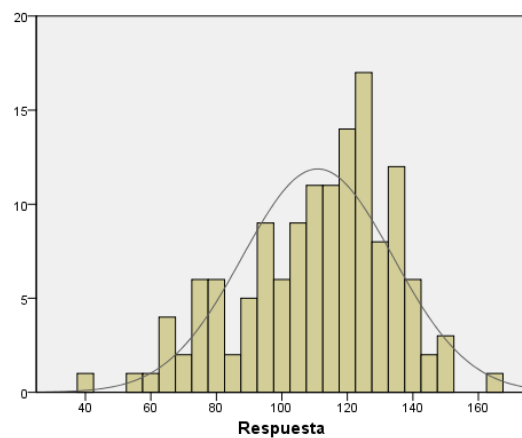


Figura 65. Gráfico de Respuesta.

9.3.5. Análisis descriptivo postest del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

Tras preguntarle a la muestra distintas cuestiones acerca de su salud, encontramos los siguientes resultados.

Tabla 39. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) postest.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
GHQ1	53	0	1	,15	,361
GHQ2	53	0	1	,09	,295
GHQ3	53	0	1	,06	,233
GHQ4	53	0	1	,11	,320
GHQ5	53	0	1	,09	,295
GHQ6	53	0	1	,43	,500
GHQ7	53	0	1	,13	,342
GHQ8	53	0	1	,30	,463
GHQ9	53	0	1	,25	,434

GHQ10	53	0	1	,09	,295
GHQ11	53	0	1	,06	,233
GHQ12	53	0	1	,06	,233
GHQ Global	53	0	8	1,85	2,070
N válido (según lista)	53				

- **Ítems GHQ.**

Analizando los 12 ítems que forman el Cuestionario de Salud General de Goldberg encontramos que la media de cada uno de ellos no llega a superar 0,5, por lo que podríamos decir que la salud de la muestra se encuentra en buen estado.

El gráfico de medias correspondiente, muestra que el ítem con mayor media es *GHQ6*, con 0,43, ya que sobresale de los demás. Los ítems *GHQ3*, *GHQ11* y *GHQ12* obtienen una media de 0,06, la más inferior.

- **GHQ Global.**

Atendiendo a la puntuación Global del Cuestionario obtenemos que las puntuaciones oscilan entre 0 y 8, encontrándose la media en 1,85.

El histograma muestra una distribución asimétrica positiva, ya que la cola de la distribución se sitúa a la derecha.

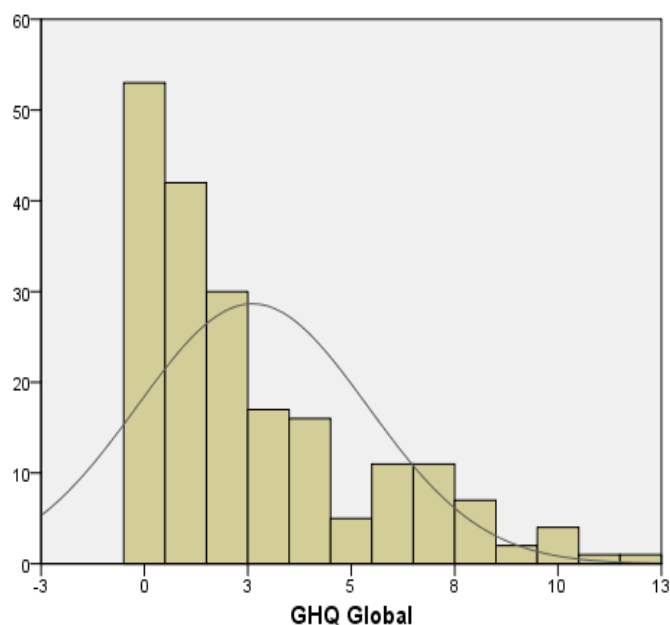


Figura 66. Gráfico de GHQ Global.

- **Resultado de GHQ.**

La siguiente tabla indica los diferentes resultados obtenidos en el *Cuestionario GHQ-12*. Vemos que el 13% de la muestra tiene *Mal* estado de salud, lo que se podría reflejar en posibles tensiones psicológicas, trastornos psicológicos, estrés,...

Tabla 40 Resultado de GHQ postest.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bien	46	85,2	86,8	86,8
	Mal	7	13,0	13,2	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,9		
Total		152	54	100,0	

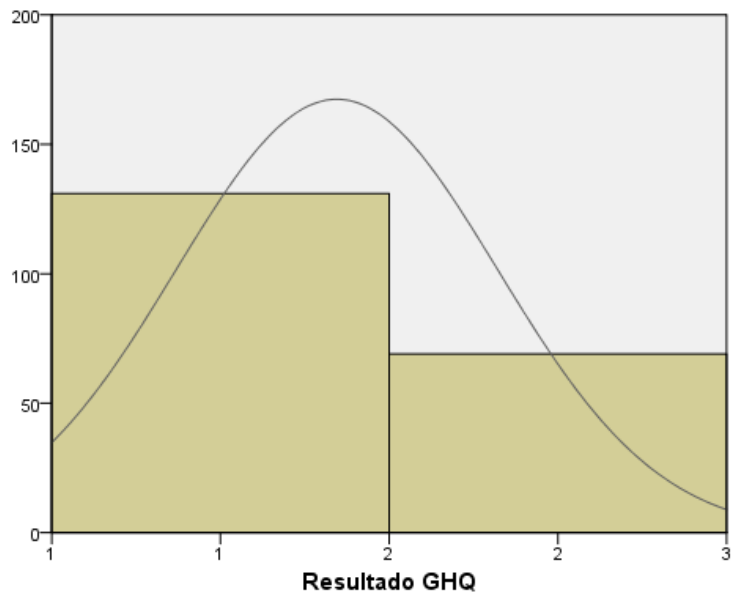


Figura 67. Gráfico de Resultado GHQ.

9.4. Análisis Correlacional e Inferencial de la muestra postest

9.4.1. Análisis de la variable Género.

9.4.1.1. Género - Escala “Fuentes de estrés en profesores” postest.

Comparando ambas variables encontramos que la media más alta está en el grupo de Mujeres en el factor Supervisión, concretamente 32,55. La más baja, 12,34, se encuentra también en las Mujeres pero en el factor Adaptación.

Observando la Prueba T para muestras independientes encontramos que no existen diferencias significativas entre los grupos de Género en los distintos factores de esta Escala, ya que el valor de P siempre es superior a 0,050.

El gráfico representa las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los factores. Como se puede apreciar a simple vista no se encuentran diferencias significativas entre Mujer y Hombre.

Tabla 41. Descriptiva de la relación Género – Escala “Fuentes de estrés en profesores postest”.

	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Supervisión	Mujer	29	32,55	10,273	1,908
	Hombre	15	30,33	9,990	2,580
Carencias	Mujer	34	21,85	6,444	1,105
	Hombre	15	23,27	4,574	1,181
Cooperación	Mujer	34	27,00	6,569	1,127
	Hombre	15	23,73	5,431	1,402
Alumnado	Mujer	35	24,09	6,639	1,122
	Hombre	15	24,67	6,230	1,609
Adaptación	Mujer	35	12,34	3,597	,608
	Hombre	15	12,67	3,331	,860
Valoración	Mujer	35	14,54	3,518	,595
	Hombre	15	14,53	3,114	,804
Mejoras	Mujer	34	24,85	6,616	1,135
	Hombre	15	25,47	5,041	1,302

Tabla 42. Prueba T de la relación Género – Escala “Fuentes de estrés en profesores” postest.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Supervisión	Se han asumido varianzas iguales	,008	,931	,685	42	,497	2,218	3,238	-4,315	8,752
	No se han asumido varianzas iguales			,691	29,144	,495	2,218	3,208	-4,342	8,779
Carencias	Se han asumido varianzas iguales	3,968	,052	-,767	47	,447	-1,414	1,844	-5,123	2,296
	No se han asumido varianzas iguales			-,874	37,161	,388	-1,414	1,617	-4,691	1,863
Cooperación	Se han asumido varianzas iguales	,966	,331	1,686	47	,098	3,267	1,938	-,632	7,165
	No se han asumido varianzas iguales			1,816	32,212	,079	3,267	1,799	-,396	6,930
Alumno	Se han asumido varianzas iguales	,072	,789	-,289	48	,774	-,581	2,013	-4,628	3,466
	No se han asumido varianzas iguales			-,296	28,196	,769	-,581	1,961	-4,597	3,435
Adaptación	Se han asumido varianzas iguales	,148	,702	-,298	48	,767	-,324	1,087	-2,509	1,861
	No se han asumido varianzas iguales			-,307	28,553	,761	-,324	1,053	-2,479	1,832
Valoración	Se han asumido varianzas iguales	,709	,404	,009	48	,993	,010	1,051	-2,103	2,122

Mejoras	No se han asumido varianzas iguales			,010	29,828	,992	,010	1,000	-2,033	2,052
	Se han asumido varianzas iguales	2,850	,098	-,320	47	,750	-,614	1,918	-4,473	3,245
	No se han asumido varianzas iguales			-,355	34,829	,724	-,614	1,727	-4,120	2,892

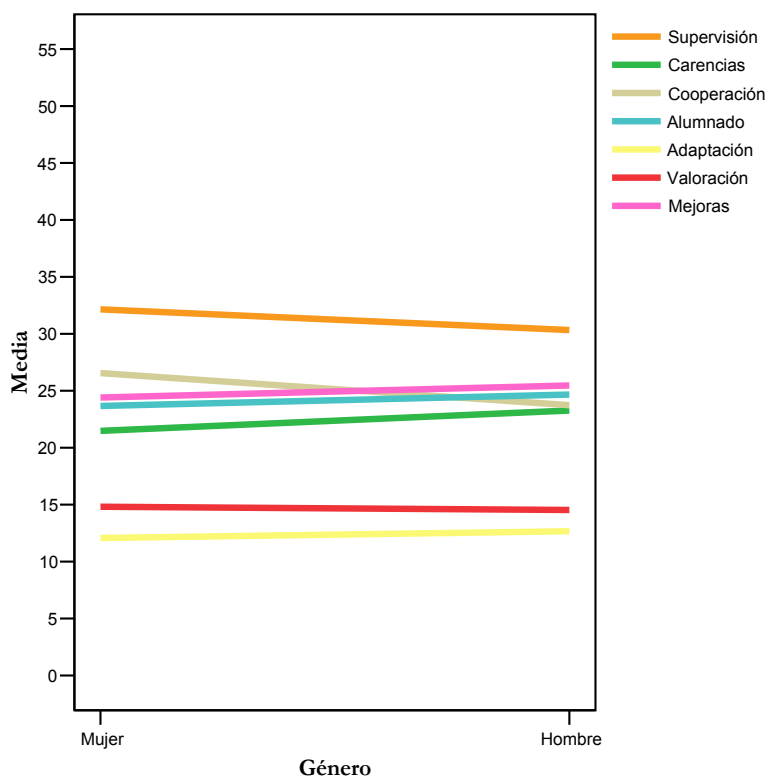


Figura 68. Gráfico de Medias en la relación Género – Escala “Fuentes de estrés en profesores”.

9.4.1.2. Género – Índice de Reactividad al Estrés posttest.

En la asociación entre estas dos variables llama la atención que la puntuación en el IRE emocional la media de puntuación de 4,13 de los hombres sea la mayor de la muestra, además de una mayor desviación típica, 2,77; y un mayor error típico de la media, 0,694. Cabe preguntarse si esta subescala contiene algún error; la media más baja, 2,17, pertenece también al grupo de hombres en la subescala de IRE vegetativo.

Ni la Prueba de Levene, ni la Prueba T, dan alianzas significativas entre estas variables.

Tabla 43. Descriptiva de la relación Género – Índice de Reactividad al Estrés posest.

	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
IRE veg	Mujer	36	2,83	1,756	,293
	Hombre	16	2,17	1,587	,397
IRE emo	Mujer	36	2,89	2,364	,394
	Hombre	16	4,13	2,778	,694
IRE cog	Mujer	36	3,11	1,939	,323
	Hombre	16	3,00	1,789	,447
IRE cond	Mujer	36	2,66	1,678	,280
	Hombre	16	2,86	1,475	,369
IRE global	Mujer	36	2,85	1,399	,233
	Hombre	16	2,75	1,262	,315

Tabla 44. Prueba T de la relación Género – Índice de Reactividad al Estrés posest.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
IRE veg	Se han asumido varianzas iguales	,480	,492	1,300	50	,200	,667	,513	-,363	1,697
	No se han asumido varianzas iguales			1,352	31,734	,186	,667	,493	-,338	1,671
IRE emo	Se han asumido varianzas iguales	,090	,766	-1,649	50	,105	-1,236	,750	-2,742	,270
	No se han asumido varianzas iguales			-1,548	25,094	,134	-1,236	,798	-2,880	,408
IRE cog	Se han asumido varianzas iguales	,293	,591	,195	50	,846	,111	,569	-1,033	1,255
	No se han asumido varianzas iguales			,201	31,115	,842	,111	,552	-1,014	1,236

IRE cond	Se han asumido varianzas iguales	,764	,386	-,408	50	,685	-,198	,487	-1,176	,779
	No se han asumido varianzas iguales			-,429	32,593	,671	-,198	,463	-1,141	,744
IRE global	Se han asumido varianzas iguales	,129	,721	,228	50	,820	,093	,408	-,727	,914
	No se han asumido varianzas iguales			,238	31,809	,813	,093	,392	-,706	,892

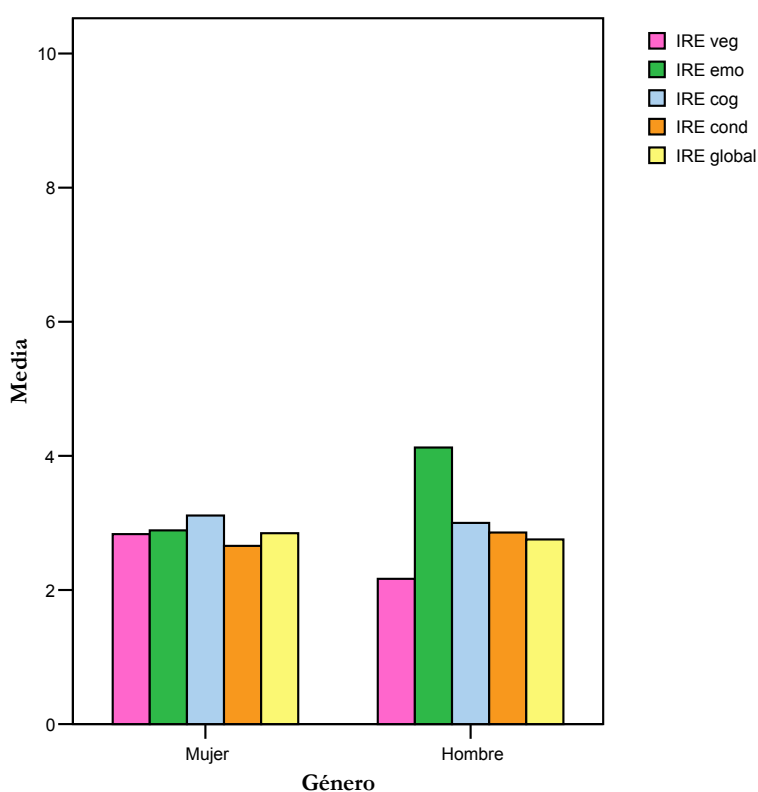


Figura 69. Gráfico de Medias en la relación Género – Índice de Reactividad al Estrés.

9.4.1.3. Género – Cuestionario BEEGC-20 postest.

En la tabla descriptiva observamos que las mayores medias en mujeres y hombres están en la escala de Locus de Control, 56,97 y 61,06; y las más bajas en Indefensión, 11,26 y 12,38 respectivamente. Se muestra una alta expectativa de éxito y una baja de indefensión.

Ni la Prueba de Levene, ni la de T para igualdad de medias lanzan relaciones

significativas

Tabla 45. Descriptiva de la relación Género – Cuestionario BEEGC-20 posest.

	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Contigencia	Mujer	37	29,81	4,402	,724
	Hombre	16	30,13	5,045	1,261
Indefensión	Mujer	35	11,26	6,679	1,129
	Hombre	16	12,38	6,682	1,671
Suerte	Mujer	37	16,03	6,886	1,132
	Hombre	16	18,56	7,080	1,770
Locus	Mujer	35	56,97	10,243	1,731
	Hombre	16	61,06	10,902	2,726
Autoeficacia	Mujer	37	26,14	3,713	,610
	Hombre	16	25,06	3,130	,782
Éxito	Mujer	36	28,19	5,605	,934
	Hombre	16	25,81	6,327	1,582

Tabla 46. Prueba T de la relación Género – Cuestionario BEEGC-20 posest.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Contigencia	Se han asumido varianzas iguales	,014	,906	-,228	51	,820	-,314	1,377	-3,078	2,449
	No se han asumido varianzas iguales			-,216	25,360	,831	-,314	1,454	-3,307	2,678
Indefensión	Se han asumido varianzas iguales	,145	,705	-,555	49	,582	-1,118	2,016	-5,169	2,933
	No se han asumido varianzas iguales			-,554	29,148	,584	-1,118	2,016	-5,241	3,005
Suerte	Se han asumido varianzas iguales	,153	,697	-1,220	51	,228	-2,535	2,078	-6,706	1,635

Locus	No se han asumido varianzas iguales			-1,207	27,840	,238	-2,535	2,101	-6,840	1,770
	Se han asumido varianzas iguales	,068	,795	-1,297	49	,201	-4,091	3,153	-10,428	2,246
	No se han asumido varianzas iguales			-1,267	27,567	,216	-4,091	3,229	-10,710	2,528
Autoeficacia	Se han asumido varianzas iguales	,193	,662	1,009	51	,318	1,073	1,063	-1,061	3,206
	No se han asumido varianzas iguales			1,081	33,625	,287	1,073	,992	-,945	3,090
	Se han asumido varianzas iguales	,053	,819	1,360	50	,180	2,382	1,752	-1,137	5,901
Éxito	No se han asumido varianzas iguales			1,297	25,938	,206	2,382	1,837	-1,394	6,158
	Se han asumido varianzas iguales									

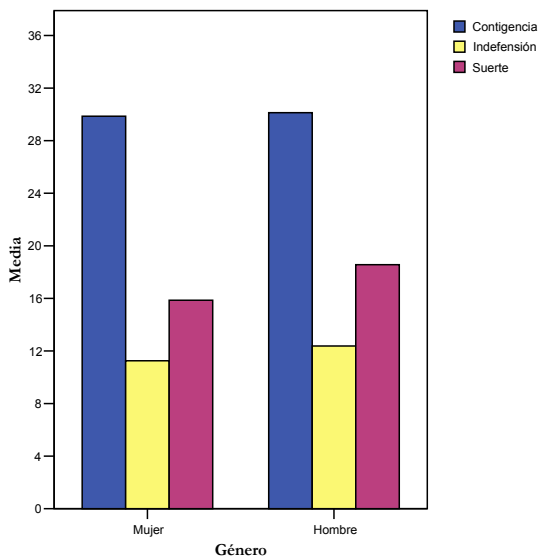


Figura 70. Gráfico de Medias en la relación Género – Locus.

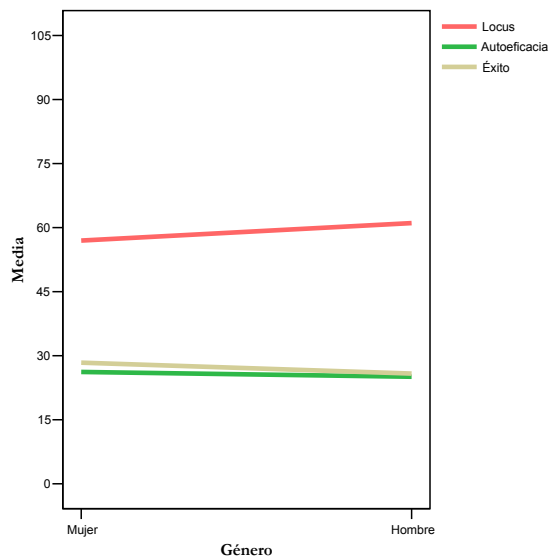


Figura 71. Gráfico de Medias en la relación Género – Cuestionario BEEGC-20.

9.4.1.4. Género – Cuestionario de Aserción postest

En este caso la mayor media la encontramos en *Ansiedad* para el grupo de hombres, con *116*; mientras que la más baja es para el grupo de mujeres en *Respuesta*, con *102,43*. Ni la Prueba

de Levene, ni la de T para igualdad de medias lanzan relaciones significativas

Tabla 47. Descriptiva de la relación Género – Cuestionario de Aserción postest.

	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Ansiedad	Mujer	30	103,47	33,174	6,057
	Hombre	13	116,00	34,595	9,595
Respuesta	Mujer	28	102,43	24,127	4,560
	Hombre	11	109,55	25,414	7,663

Tabla 48. Prueba T de la relación Género – Cuestionario de Aserción.postest

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Ansiedad	Se han asumido varianzas iguales	,000	1,000	-1,123	41	,268	-12,533	11,156	-35,063	9,996
	No se han asumido varianzas iguales			-1,105	22,022	,281	-12,533	11,347	-36,064	10,997
Respuesta	Se han asumido varianzas iguales	,061	,806	-,817	37	,419	-7,117	8,712	-24,768	10,534
	No se han asumido varianzas iguales			-,798	17,522	,435	-7,117	8,917	-25,887	11,653

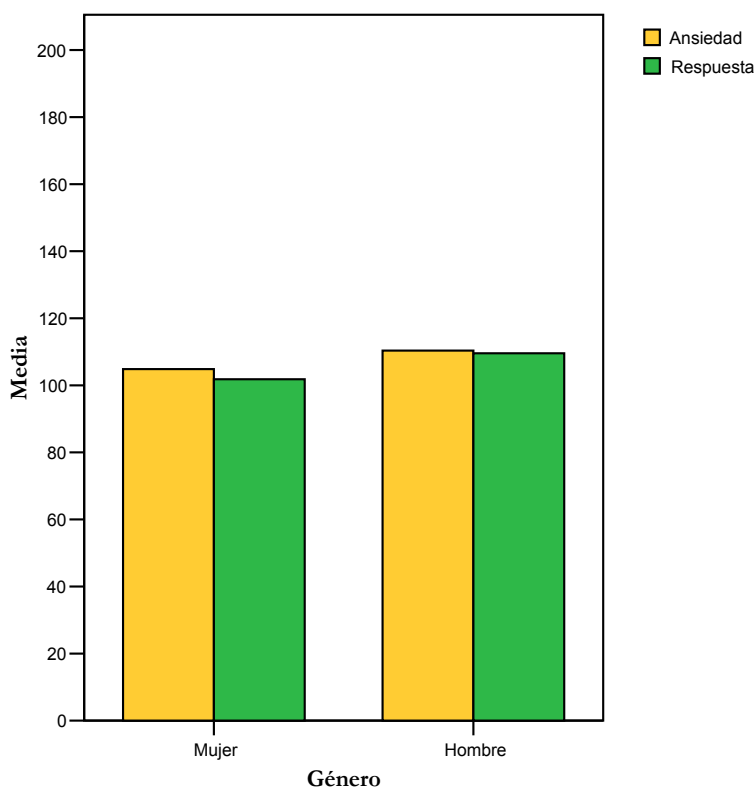


Figura 72. Gráfico de Medias en la relación Género – Cuestionario de Aserción.

9.4.1.5. Género – Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) posttest.

La media global más alta se da en el grupo de hombres, con 2,94; mientras que en el de mujeres es de 1,38.

La prueba de Levene para igualdad de varianzas muestra relaciones significativas para casi todos los Items a excepción del 2, 3 y 8. Hay también una relación significativa con el indicador *global* y el *resultado*, para este último encontramos resultado significativo también para las prueba T de igualdad de medias, en concreto de 0,47.

Tabla 49. Descriptiva de la relación Género – Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) posttest.

	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
GHQ-1	Mujer	37	,11	,315	,052
	Hombre	16	,25	,447	,112
GHQ-2	Mujer	37	,05	,229	,038
	Hombre	16	,19	,403	,101
GHQ-3	Mujer	37	,05	,229	,038
	Hombre	16	,06	,250	,063
GHQ-4	Mujer	37	,05	,229	,038
	Hombre	16	,25	,447	,112
GHQ-5	Mujer	37	,03	,164	,027
	Hombre	16	,25	,447	,112
GHQ-6	Mujer	37	,49	,507	,083
	Hombre	16	,31	,479	,120
GHQ-7	Mujer	37	,08	,277	,045
	Hombre	16	,25	,447	,112
GHQ-8	Mujer	37	,27	,450	,074
	Hombre	16	,38	,500	,125
GHQ-9	Mujer	37	,16	,374	,061
	Hombre	16	,44	,512	,128
GHQ-10	Mujer	37	,03	,164	,027
	Hombre	16	,25	,447	,112
GHQ-11	Mujer	37	,03	,164	,027
	Hombre	16	,13	,342	,085
GH1-12	Mujer	37	,00	,000	,000
	Hombre	16	,19	,403	,101
GHQ Global	Mujer	37	1,38	1,497	,246
	Hombre	16	2,94	2,768	,692
Resultado GHQ	Mujer	37	,05	,229	,038
	Hombre	16	,31	,479	,120

Tabla 50. Prueba T de la relación Género – Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) posest.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
GHQ-1	Se han asumido varianzas iguales	6,426	,014	-1,321	51	,192	-,142	,107	-,357	,074
	No se han asumido varianzas iguales			-1,152	21,702	,262	-,142	,123	-,398	,114

GHQ-2	Se han asumido varianzas iguales	9,500	,003	-1,531	51	,132	-,133	,087	-,308	,042
	No se han asumido varianzas iguales			-1,240	19,331	,230	-,133	,108	-,358	,091
GHQ-3	Se han asumido varianzas iguales	,057	,812	-,120	51	,905	-,008	,070	-,150	,133
	No se han asumido varianzas iguales			-,116	26,435	,909	-,008	,073	-,158	,141
GHQ-4	Se han asumido varianzas iguales	18,792	,000	-2,114	51	,039	-,196	,093	-,382	-,010
	No se han asumido varianzas iguales			-1,661	18,503	,114	-,196	,118	-,443	,051
GHQ-5	Se han asumido varianzas iguales	36,538	,000	-2,670	51	,010	-,223	,084	-,391	-,055
	No se han asumido varianzas iguales			-1,938	16,780	,070	-,223	,115	-,466	,020
GHQ-6	Se han asumido varianzas iguales	5,686	,021	1,166	51	,249	,174	,149	-,126	,474
	No se han asumido varianzas iguales			1,193	30,111	,242	,174	,146	-,124	,472
GHQ-7	Se han asumido varianzas iguales	10,834	,002	-1,680	51	,099	-,169	,101	-,371	,033
	No se han asumido varianzas iguales			-1,399	20,148	,177	-,169	,121	-,421	,083
GHQ-8	Se han asumido varianzas iguales	1,772	,189	-,752	51	,455	-,105	,139	-,384	,175
	No se han asumido varianzas iguales			-,721	26,029	,477	-,105	,145	-,403	,194
GHQ-9	Se han asumido varianzas iguales	11,749	,001	-2,195	51	,033	-,275	,125	-,527	-,023

GHQ-10	No se han asumido varianzas iguales			-1,938	22,205	,065	-,275	,142	-,570	,019
	Se han asumido varianzas iguales	36,538	,000	-2,670	51	,010	-,223	,084	-,391	-,055
GHQ-11	No se han asumido varianzas iguales			-1,938	16,780	,070	-,223	,115	-,466	,020
	Se han asumido varianzas iguales	8,478	,005	-1,417	51	,163	-,098	,069	-,237	,041
GH1-12	No se han asumido varianzas iguales			-1,094	18,080	,288	-,098	,090	-,286	,090
	Se han asumido varianzas iguales	55,542	,000	-2,866	51	,006	-,188	,065	-,319	-,056
GHQ Global	No se han asumido varianzas iguales			-1,861	15,000	,083	-,188	,101	-,402	,027
	Se han asumido varianzas iguales	12,628	,001	-2,660	51	,010	-1,559	,586	-2,736	-,383
Resultado GHQ	No se han asumido varianzas iguales			-2,123	18,909	,047	-1,559	,735	-3,097	-,021
	Se han asumido varianzas iguales	30,714	,000	-2,672	51	,010	-,258	,097	-,453	-,064
	No se han asumido varianzas iguales			-2,060	18,049	,054	-,258	,125	-,522	,005

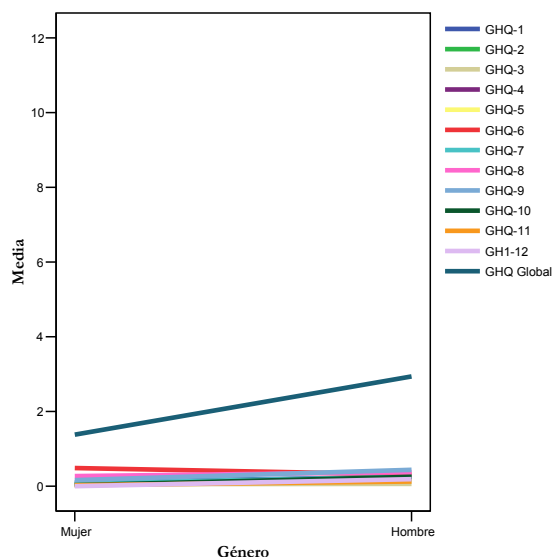


Figura 73. Gráfico de Medias en la relación Género – Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

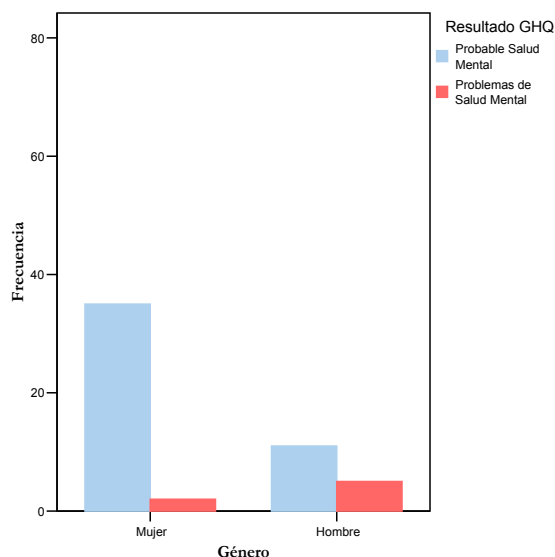


Figura 74. Gráfico de Frecuencias en la relación Género – Resultado GHQ-12.

9.4.2. Análisis posttest de la variable Intervalos de Edad.

9.4.2.1. Intervalos de Edad – Escala “Fuentes de Estrés en Profesores” posttest.

En la percepción subjetiva de los estresores por grupos de edad observamos que las mayores medias se dan en el estresor de Supervisión, para los grupos de edad de 26 a 35 años y de 46 a 55 años, con 34,11 y 33,09 respectivamente. Vemos además que este estresor es el que presenta mayor media de todos. En contraste el estresor de adaptación es el que menos media presenta, 12,44.

El ANOVA muestra relaciones significativas con los estresores de Carencias, Valoración y Adaptación, con 0,042; 0,036 y 0,047 respectivamente.

Tabla 51. Descriptiva de la relación Intervalos de Edad – Escala “Fuentes de estrés en profesores” postest.

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Supervisión	< 25 años	1	27,00	.	.	.	.	27	27
	26 - 35 años	19	34,11	11,100	2,547	28,76	39,46	15	52

Carencias	36 - 45 años	12	28,83	7,895	2,279	23,82	33,85	14	42	
	46 - 55 años	11	33,09	9,659	2,912	26,60	39,58	13	45	
	> 56 años	1	14,00	.	.	.	.	14	14
	Total	44	31,80	10,117	1,525	28,72	34,87	13	52	
	< 25 años	2	17,00	2,828	2,000	-8,41	42,41	15	19	
	26 - 35 años	20	23,95	5,558	1,243	21,35	26,55	12	34	
	36 - 45 años	13	20,77	6,300	1,747	16,96	24,58	8	30	
	46 - 55 años	12	23,58	4,738	1,368	20,57	26,59	14	32	
	> 56 años	2	13,00	5,657	4,000	-37,82	63,82	9	17	
	Total	49	22,29	5,923	,846	20,58	23,99	8	34	
Cooperación	< 25 años	2	23,00	8,485	6,000	-53,24	99,24	17	29	
	26 - 35 años	20	26,65	6,831	1,527	23,45	29,85	13	38	
	36 - 45 años	12	25,42	6,288	1,815	21,42	29,41	10	33	
	46 - 55 años	13	27,15	5,273	1,463	23,97	30,34	17	35	
	> 56 años	2	18,50	7,778	5,500	-51,38	88,38	13	24	
	Total	49	26,00	6,371	,910	24,17	27,83	10	38	
	< 25 años	2	21,50	4,950	3,500	-22,97	65,97	18	25	
	26 - 35 años	20	24,90	5,350	1,196	22,40	27,40	14	32	
	36 - 45 años	13	22,92	8,549	2,371	17,76	28,09	10	36	
	46 - 55 años	13	26,54	4,926	1,366	23,56	29,52	19	34	
Alumnado	> 56 años	2	14,50	2,121	1,500	-4,56	33,56	13	16	
	Total	50	24,26	6,461	,914	22,42	26,10	10	36	
	< 25 años	2	7,50	,707	,500	1,15	13,85	7	8	
	26 - 35 años	20	12,85	2,889	,646	11,50	14,20	9	19	
	36 - 45 años	13	10,92	3,926	1,089	8,55	13,30	5	18	
	46 - 55 años	13	13,92	3,095	,858	12,05	15,79	8	19	
	> 56 años	2	13,50	4,950	3,500	-30,97	57,97	10	17	
	Total	50	12,44	3,489	,493	11,45	13,43	5	19	
	< 25 años	2	12,50	4,950	3,500	-31,97	56,97	9	16	
	26 - 35 años	20	14,85	2,961	,662	13,46	16,24	8	20	
Valoración	36 - 45 años	13	14,31	3,924	1,088	11,94	16,68	9	21	
	46 - 55 años	13	15,62	2,399	,665	14,17	17,07	11	20	
	> 56 años	2	8,00	,000	,000	8,00	8,00	8	8	
	Total	50	14,54	3,370	,477	13,58	15,50	8	21	
	< 25 años	2	21,50	10,607	7,500	-73,80	116,80	14	29	
	26 - 35 años	20	26,30	5,263	1,177	23,84	28,76	17	36	
	36 - 45 años	12	22,50	7,693	2,221	17,61	27,39	12	36	
	Mejoras									

46 - 55 años	13	26,85	4,758	1,320	23,97	29,72	19	37
> 56 años	2	19,50	2,121	1,500	,44	38,56	18	21
Total	49	25,04	6,130	,876	23,28	26,80	12	37

Tabla de 52. ANOVA de la relación Intervalos de Edad – Escala “Fuentes de estrés en profesores”.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Supervisión	Inter-grupos	564,794	4	141,198	1,435	,241
	Intra-grupos	3836,365	39	98,368		
	Total	4401,159	43			
Carencias	Inter-grupos	333,826	4	83,456	2,720	,042
	Intra-grupos	1350,174	44	30,686		
	Total	1684,000	48			
Cooperación	Inter-grupos	160,341	4	40,085	,987	,425
	Intra-grupos	1787,659	44	40,629		
	Total	1948,000	48			
Alumnado	Inter-grupos	304,666	4	76,167	1,969	,116
	Intra-grupos	1740,954	45	38,688		
	Total	2045,620	49			
Adaptación	Inter-grupos	112,924	4	28,231	2,628	,047
	Intra-grupos	483,396	45	10,742		
	Total	596,320	49			
Valoración	Inter-grupos	111,524	4	27,881	2,820	,036
	Intra-grupos	444,896	45	9,887		
	Total	556,420	49			
Mejoras	Inter-grupos	238,026	4	59,507	1,672	,174
	Intra-grupos	1565,892	44	35,588		
	Total	1803,918	48			

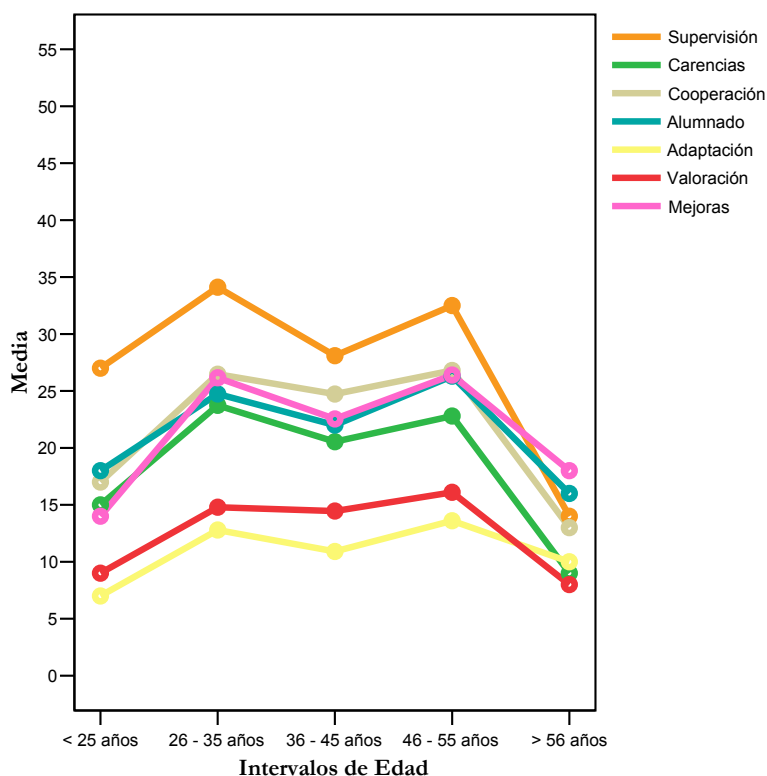


Figura 75. Gráfico de Medias en la relación Intervalos de Edad – Escala “Fuentes de estrés en profesores”.

9.4.2.2. Intervalos de Edad – Índice de Reactividad al Estrés postest.

En cuanto al IRE, la mayor media se da el IRE emocional para el grupo de edad de 46 a 55 años con 4,71. Las más bajas se dan en el IRE vegetativo y el cognitivo con 1, para los grupos de edad de menores de 25 años.

Encontramos una relación significativa en el ANOVA de 0,026 (Tabla 44), para el IRE vegetativo.

Tabla 53. Descriptiva de la relación Intervalos de Edad – Índice de Reactividad al Estrés.

	Intervalo de Edad	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
IRE veg	< 25 años	2	1,00	1,414	1,000	-11,71	13,71	0	2
	26 - 35 años	20	1,97	1,426	,319	1,30	2,63	0	6

IRE emo	36 - 45 años	14	3,33	1,974	,528	2,19	4,47	0	7	
	46 - 55 años	14	2,90	1,582	,423	1,99	3,82	1	6	
	> 56 años	2	4,00	,943	,667	-4,47	12,47	3	5	
	Total	52	2,63	1,718	,238	2,15	3,11	0	7	
	< 25 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0	
	26 - 35 años	20	2,70	2,452	,548	1,55	3,85	0	8	
	36 - 45 años	14	3,43	2,409	,644	2,04	4,82	0	8	
	46 - 55 años	14	4,71	2,301	,615	3,39	6,04	0	8	
	> 56 años	2	1,00	1,414	1,000	-11,71	13,71	0	2	
	Total	52	3,27	2,537	,352	2,56	3,98	0	8	
IRE cog	< 25 años	2	1,00	1,414	1,000	-11,71	13,71	0	2	
	26 - 35 años	20	3,10	1,774	,397	2,27	3,93	0	6	
	36 - 45 años	14	2,86	2,033	,543	1,68	4,03	0	6	
	46 - 55 años	14	3,71	1,729	,462	2,72	4,71	0	6	
	> 56 años	2	2,00	2,828	2,000	-23,41	27,41	0	4	
	Total	52	3,08	1,877	,260	2,55	3,60	0	6	
	< 25 años	2	2,14	1,010	,714	-6,93	11,22	1	3	
	26 - 35 años	20	2,79	1,427	,319	2,12	3,45	0	6	
	36 - 45 años	14	2,65	1,759	,470	1,64	3,67	0	6	
	46 - 55 años	14	2,65	1,356	,362	1,87	3,44	1	6	
IRE cond	> 56 años	2	3,57	5,051	3,571	-41,81	48,95	0	7	
	Total	52	2,72	1,607	,223	2,27	3,17	0	7	
	< 25 años	2	1,09	,663	,469	-4,86	7,05	1	2	
	26 - 35 años	20	2,44	1,061	,237	1,94	2,93	1	5	
	36 - 45 años	14	3,13	1,584	,423	2,21	4,04	1	6	
	46 - 55 años	14	3,26	1,242	,332	2,54	3,98	1	6	
	> 56 años	2	3,13	2,210	1,563	-16,73	22,98	2	5	
	Total	52	2,82	1,347	,187	2,44	3,19	1	6	
	IRE global									

Tabla 54. ANOVA de la relación Intervalos de Edad – Índice de Reactividad al Estrés.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
IRE veg	Inter-grupos	25,850	4	6,463	2,435	,060
	Intra-grupos	124,740	47	2,654		
	Total	150,590	51			
IRE emo	Inter-grupos	67,745	4	16,936	3,056	,026
	Intra-grupos	260,486	47	5,542		
	Total	328,231	51			
IRE cog	Inter-grupos	17,321	4	4,330	1,253	,302

IRE cond	Intra-grupos	162,371	47	3,455		
	Total	179,692	51			
	Inter-grupos	2,328	4	,582	,211	,931
	Total	131,672	51			
IRE global	Intra-grupos	129,344	47	2,752		
	Total	131,672	51			
	Inter-grupos	13,072	4	3,268	1,934	,120
	Total	79,407	47	1,690		
	Total	92,479	51			

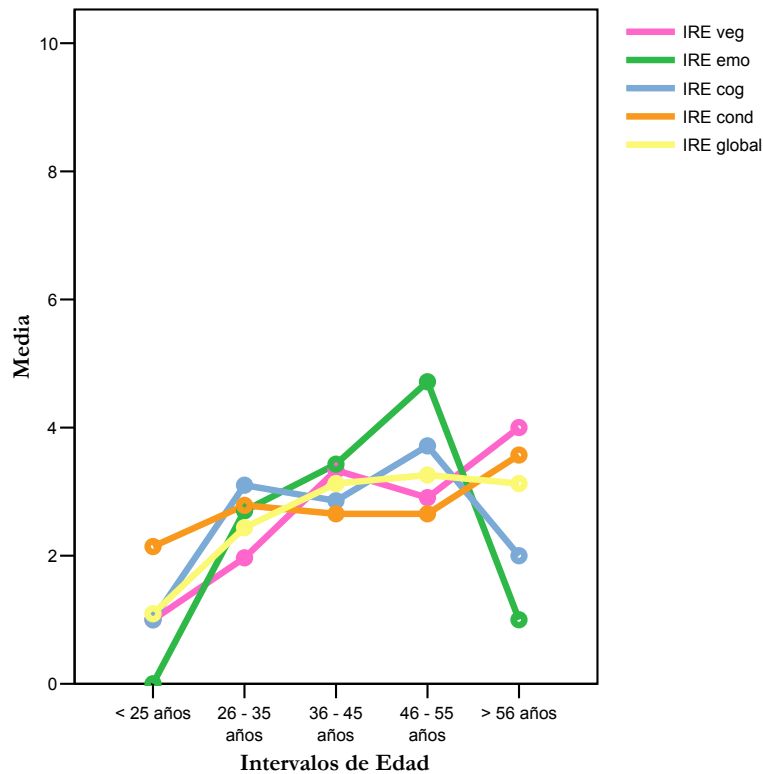


Figura 76. Gráfico de Medias en la relación Intervalos de Edad – Índice de Reactividad al Estrés.

9.4.2.3. Intervalos de Edad – Cuestionario BEEGC-20 postest.

En la Escala de modos de afrontamiento, las mayores medias se dan en la escala de Locus de control, para los grupos de edad de 36-45 y 46-55, con 60,54 y 59, respectivamente; siendo esta escala con diferencia la que presenta una mayor media con una puntuación de 58,25. En contraste la media más baja se da en la escala de Indefensión con una puntuación de 11,61, siendo los grupos de 26-35 años y el de mayores de 56 los que presenta medias menores con 9,11 y 9,50 respectivamente. Siendo estas últimas las medias más bajas de la

tabla.

El ANOVA no arroja relaciones estadísticamente significativas para esta variable.

Tabla 55. Descriptiva de la relación Intervalos de Edad – Cuestionario BEEGC-20.

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Contingencia	< 25 años	2	32,50	2,121	1,500	13,44	51,56	31	34
	26 - 35 años	20	30,65	3,897	,871	28,83	32,47	22	36
	36 - 45 años	15	29,33	4,806	1,241	26,67	31,99	22	36
	46 - 55 años	14	28,64	5,372	1,436	25,54	31,74	16	35
	> 56 años	2	33,00	4,243	3,000	-5,12	71,12	30	36
	Total	53	29,91	4,558	,626	28,65	31,16	16	36
Indefensión	< 25 años	2	15,50	9,192	6,500	-67,09	98,09	9	22
	26 - 35 años	19	9,11	5,087	1,167	6,65	11,56	4	19
	36 - 45 años	15	12,80	6,982	1,803	8,93	16,67	4	24
	46 - 55 años	13	13,62	7,500	2,080	9,08	18,15	4	26
	> 56 años	2	9,50	7,778	5,500	-60,38	79,38	4	15
	Total	51	11,61	6,633	,929	9,74	13,47	4	26
Suerte	< 25 años	2	10,50	2,121	1,500	-8,56	29,56	9	12
	26 - 35 años	20	16,80	7,571	1,693	13,26	20,34	7	29
	36 - 45 años	15	16,87	6,163	1,591	13,45	20,28	4	30
	46 - 55 años	14	18,50	7,047	1,883	14,43	22,57	7	32
	> 56 años	2	10,50	7,778	5,500	-59,38	80,38	5	16
	Total	53	16,79	6,976	,958	14,87	18,72	4	32
Locus	< 25 años	2	58,50	13,435	9,500	-62,21	179,21	49	68
	26 - 35 años	19	56,63	10,264	2,355	51,68	61,58	39	78
	36 - 45 años	15	59,00	10,385	2,682	53,25	64,75	44	78
	46 - 55 años	13	60,54	11,681	3,240	53,48	67,60	45	83
	> 56 años	2	53,00	11,314	8,000	-48,65	154,65	45	61
	Total	51	58,25	10,520	1,473	55,30	61,21	39	83
Autoeficacia	< 25 años	2	26,00	1,414	1,000	13,29	38,71	25	27
	26 - 35 años	20	25,65	3,558	,796	23,98	27,32	17	35
	36 - 45 años	15	25,40	3,621	,935	23,39	27,41	17	32
	46 - 55 años	14	26,71	3,832	1,024	24,50	28,93	19	31
	> 56 años	2	24,00	4,243	3,000	-14,12	62,12	21	27
	Total	53	25,81	3,552	,488	24,83	26,79	17	35
Éxito	< 25 años	2	27,50	4,950	3,500	-16,97	71,97	24	31
	26 - 35 años	19	28,53	5,399	1,239	25,92	31,13	20	36
	36 - 45 años	15	25,27	6,943	1,793	21,42	29,11	15	36
	46 - 55 años	14	27,57	5,374	1,436	24,47	30,67	16	35
	> 56 años	2	33,00	2,828	2,000	7,59	58,41	31	35
	Total	52	27,46	5,879	,815	25,82	29,10	15	36

Tabla 56. ANOVA de la relación Intervalos de Edad – Cuestionario BEEGC-20.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Contingencia	Inter-grupos	70,931	4	17,733	,843	,505
	Intra-grupos	1009,598	48	21,033		
	Total	1080,528	52			
Indefensión	Inter-grupos	231,890	4	57,973	1,355	,264
	Intra-grupos	1968,266	46	42,788		
	Total	2200,157	50			
Suerte	Inter-grupos	199,284	4	49,821	1,026	,404
	Intra-grupos	2331,433	48	48,572		
	Total	2530,717	52			
Locus	Inter-grupos	181,534	4	45,384	,390	,815
	Intra-grupos	5352,152	46	116,351		
	Total	5533,686	50			
Autoeficacia	Inter-grupos	21,106	4	5,277	,399	,808
	Intra-grupos	635,007	48	13,229		
	Total	656,113	52			
Éxito	Inter-grupos	155,324	4	38,831	1,135	,351
	Intra-grupos	1607,599	47	34,204		
	Total	1762,923	51			

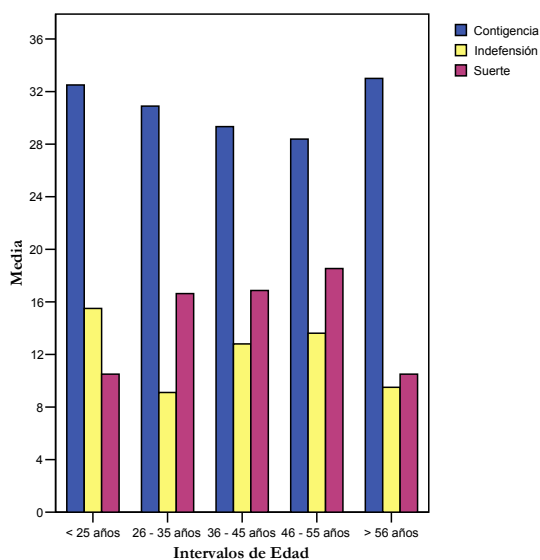


Figura 77. Gráfico de Medias en la relación Intervalos de Edad – Locus.

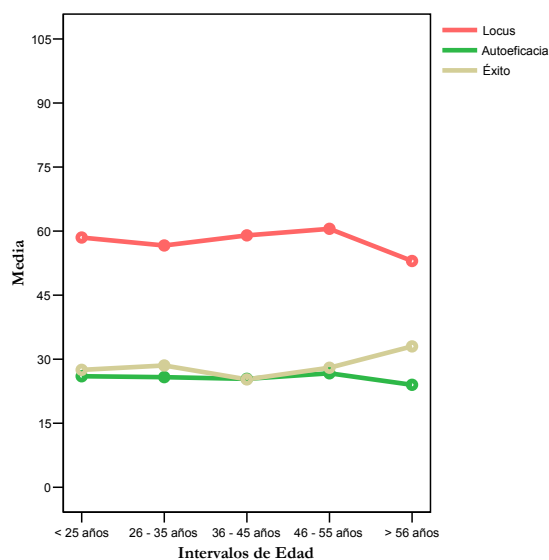


Figura 78. Gráfico de Medias en la relación Intervalos de Edad – Cuestionario BEEGC-20.

9.4.2.4. Intervalos de Edad – Cuestionario de Aserción postest.

La mayor media en el Cuestionario de Aserción la encontramos en el grupo de edad de 36-45 años con un puntuación de 117,57, mientras que la más baja la encontramos en la escala de respuesta para el grupo de mayores de 56 años con una puntuación de 67,00.

No encontramos relaciones estadísticamente significativas en al ANOVA.

Tabla 71. Descriptiva de la relación Intervalos de Edad – Cuestionario de Aserción.

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Ansiedad	< 25 años	2	70,50	19,092	13,500	-101,03	242,03	57	84
	26 - 35 años	17	102,65	33,138	8,037	85,61	119,68	50	175
	36 - 45 años	14	117,57	39,917	10,668	94,52	140,62	58	183
	46 - 55 años	9	112,00	19,545	6,515	96,98	127,02	68	133
	> 56 años	1	72,00	.	.	.	.	72	72
	Total	43	107,26	33,701	5,139	96,88	117,63	50	183
Respuesta	< 25 años	2	91,00	11,314	8,000	-10,65	192,65	83	99
	26 - 35 años	15	97,93	22,556	5,824	85,44	110,42	66	140
	36 - 45 años	12	115,75	22,535	6,505	101,43	130,07	76	152
	46 - 55 años	9	107,33	26,763	8,921	86,76	127,91	54	133
	> 56 años	1	67,00	.	.	.	.	67	67
	Total	39	104,44	24,374	3,903	96,53	112,34	54	152

- Tabla 72. ANOVA de la relación Intervalos de Edad – Cuestionario de Aserción.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad	Inter-grupos	5998,375	4	1499,594	1,366	,264
	Intra-grupos	41703,811	38	1097,469		
	Total	47702,186	42			
Respuesta	Inter-grupos	4008,406	4	1002,102	1,835	,145
	Intra-grupos	18567,183	34	546,094		
	Total	22575,590	38			

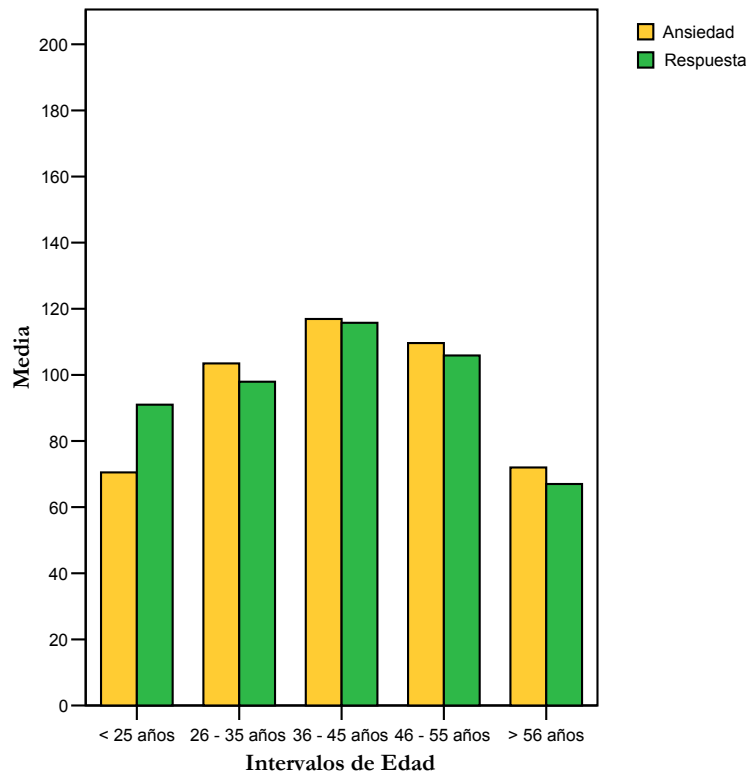


Figura 79. Gráfico de Medias en la relación Intervalos de Edad – Cuestionario de Aserción.

9.4.2.5. Intervalos de Edad – Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) postest

Podemos afirmar que en esta prueba encontramos una tendencia con el grupo de menores de 25 años y el de mayores de 56; estos presentan las menores puntuaciones medias, con una puntuación de 0 en los ítemes 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12 y en el Resultado GHQ; además de las menores medias en la puntuación global con 1,00 y 2,00, respectivamente.

No podemos afirmar no obstante relaciones estadísticamente significativas al no encontrar ninguna en el ANOVA.

Tabla 59. Descriptiva de la relación Intervalos de Edad – Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-12).

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
GHQ-1	< 25 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	26 - 35 años	20	,25	,444	,099	,04	,46	0	1
	36 - 45 años	15	,07	,258	,067	-,08	,21	0	1
	46 - 55 años	14	,14	,363	,097	-,07	,35	0	1
	> 56 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	53	,15	,361	,050	,05	,25	0	1
GHQ-2	< 25 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	26 - 35 años	20	,10	,308	,069	-,04	,24	0	1
	36 - 45 años	15	,07	,258	,067	-,08	,21	0	1
	46 - 55 años	14	,14	,363	,097	-,07	,35	0	1
	> 56 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	53	,09	,295	,041	,01	,18	0	1
GHQ-3	< 25 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	26 - 35 años	20	,10	,308	,069	-,04	,24	0	1
	36 - 45 años	15	,07	,258	,067	-,08	,21	0	1
	46 - 55 años	14	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	> 56 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	53	,06	,233	,032	-,01	,12	0	1
GHQ-4	< 25 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	26 - 35 años	20	,20	,410	,092	,01	,39	0	1
	36 - 45 años	15	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	46 - 55 años	14	,14	,363	,097	-,07	,35	0	1
	> 56 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	53	,11	,320	,044	,03	,20	0	1
GHQ-5	< 25 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	26 - 35 años	20	,10	,308	,069	-,04	,24	0	1
	36 - 45 años	15	,07	,258	,067	-,08	,21	0	1
	46 - 55 años	14	,14	,363	,097	-,07	,35	0	1
	> 56 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	53	,09	,295	,041	,01	,18	0	1
GHQ-6	< 25 años	2	,50	,707	,500	-5,85	6,85	0	1
	26 - 35 años	20	,45	,510	,114	,21	,69	0	1
	36 - 45 años	15	,47	,516	,133	,18	,75	0	1

GHQ-7	46 - 55 años	14	,29	,469	,125	,02	,56	0	1
	> 56 años	2	1,00	,000	,000	1,00	1,00	1	1
	Total	53	,43	,500	,069	,30	,57	0	1
	< 25 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	26 - 35 años	20	,10	,308	,069	-,04	,24	0	1
	36 - 45 años	15	,20	,414	,107	-,03	,43	0	1
	46 - 55 años	14	,14	,363	,097	-,07	,35	0	1
	> 56 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	53	,13	,342	,047	,04	,23	0	1
GHQ-8	< 25 años	2	,50	,707	,500	-5,85	6,85	0	1
	26 - 35 años	20	,35	,489	,109	,12	,58	0	1
	36 - 45 años	15	,33	,488	,126	,06	,60	0	1
	46 - 55 años	14	,14	,363	,097	-,07	,35	0	1
	> 56 años	2	,50	,707	,500	-5,85	6,85	0	1
	Total	53	,30	,463	,064	,17	,43	0	1
	< 25 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	26 - 35 años	20	,35	,489	,109	,12	,58	0	1
	36 - 45 años	15	,13	,352	,091	-,06	,33	0	1
GHQ-9	46 - 55 años	14	,21	,426	,114	-,03	,46	0	1
	> 56 años	2	,50	,707	,500	-5,85	6,85	0	1
	Total	53	,25	,434	,060	,13	,37	0	1
	< 25 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	26 - 35 años	20	,05	,224	,050	-,05	,15	0	1
	36 - 45 años	15	,07	,258	,067	-,08	,21	0	1
	46 - 55 años	14	,21	,426	,114	-,03	,46	0	1
	> 56 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	53	,09	,295	,041	,01	,18	0	1
GHQ-10	< 25 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	26 - 35 años	20	,10	,308	,069	-,04	,24	0	1
	36 - 45 años	15	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	46 - 55 años	14	,07	,267	,071	-,08	,23	0	1
	> 56 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	53	,06	,233	,032	-,01	,12	0	1
	< 25 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	26 - 35 años	20	,10	,308	,069	-,04	,24	0	1
	36 - 45 años	15	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
GH1-12	46 - 55 años	14	,07	,267	,071	-,08	,23	0	1
	> 56 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	53	,07	,267	,071	-,08	,23	0	1

GHQ Global	Total	53	,06	,233	,032	-,01	,12	0	1
	< 25 años	2	1,00	,000	,000	1,00	1,00	1	1
	26 - 35 años	20	2,30	2,003	,448	1,36	3,24	0	7
	36 - 45 años	15	1,47	2,031	,524	,34	2,59	0	8
	46 - 55 años	14	1,71	2,463	,658	,29	3,14	0	7
	> 56 años	2	2,00	1,414	1,000	-10,71	14,71	1	3
	Total	53	1,85	2,070	,284	1,28	2,42	0	8
Resultado GHQ	< 25 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	26 - 35 años	20	,15	,366	,082	-,02	,32	0	1
	36 - 45 años	15	,07	,258	,067	-,08	,21	0	1
	46 - 55 años	14	,21	,426	,114	-,03	,46	0	1
	> 56 años	2	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	53	,13	,342	,047	,04	,23	0	1

Tabla 60. ANOVA de la relación Intervalos de Edad – Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
GHQ-1	Inter-grupos	,395	4	,099	,741	,569
	Intra-grupos	6,398	48	,133		
	Total	6,792	52			
GHQ-2	Inter-grupos	,081	4	,020	,218	,927
	Intra-grupos	4,448	48	,093		
	Total	4,528	52			
GHQ-3	Inter-grupos	,097	4	,024	,425	,790
	Intra-grupos	2,733	48	,057		
	Total	2,830	52			
GHQ-4	Inter-grupos	,406	4	,102	,993	,421
	Intra-grupos	4,914	48	,102		
	Total	5,321	52			
GHQ-5	Inter-grupos	,081	4	,020	,218	,927
	Intra-grupos	4,448	48	,093		
	Total	4,528	52			
GHQ-6	Inter-grupos	,978	4	,245	,975	,430
	Intra-grupos	12,040	48	,251		
	Total	13,019	52			
GHQ-7	Inter-grupos	,161	4	,040	,327	,858
	Intra-grupos	5,914	48	,123		
	Total	6,075	52			
GHQ-8	Inter-grupos	,572	4	,143	,648	,631
	Intra-grupos	10,598	48	,221		
	Total	11,170	52			
GHQ-9	Inter-grupos	,671	4	,168	,881	,483
	Intra-grupos	9,140	48	,190		
	Total	9,811	52			

GHQ-10	Inter-grupos	,288	4	,072	,815	,522
	Intra-grupos	4,240	48	,088		
	Total	4,528	52			
GHQ-11	Inter-grupos	,102	4	,025	,447	,774
	Intra-grupos	2,729	48	,057		
	Total	2,830	52			
GH1-12	Inter-grupos	,102	4	,025	,447	,774
	Intra-grupos	2,729	48	,057		
	Total	2,830	52			
GHQ Global	Inter-grupos	8,002	4	2,000	,447	,774
	Intra-grupos	214,790	48	4,475		
	Total	222,792	52			
Resultado GHQ	Inter-grupos	,235	4	,059	,483	,748
	Intra-grupos	5,840	48	,122		
	Total	6,075	52			

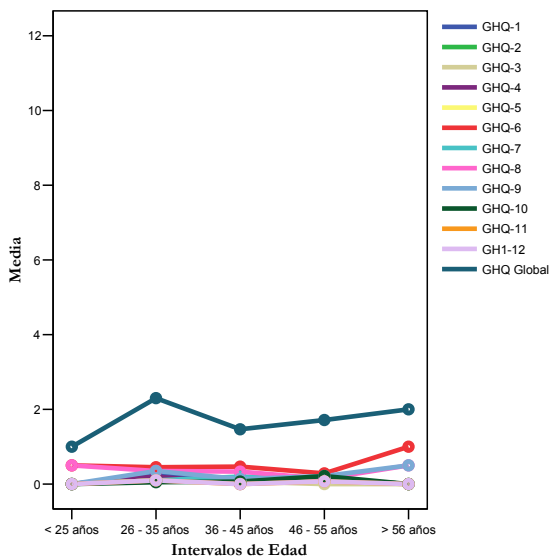


Figura 80. Gráfico de Medias en la relación Intervalos de Edad – Cuestionario de Salud de Golberg (GHQ-12)

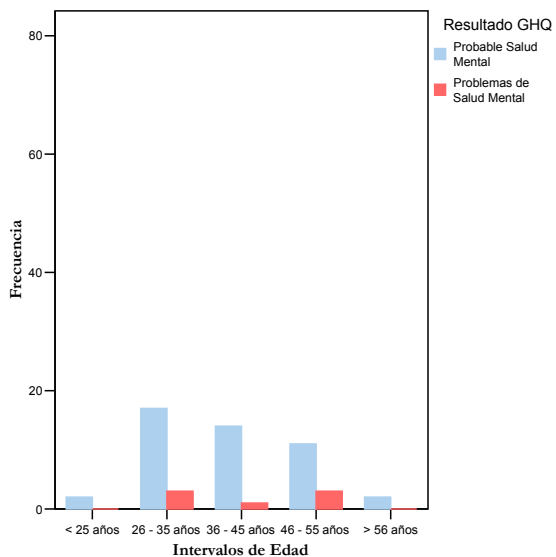


Figura 81. Gráfico de Frecuencias en la relación Intervalos de Edad – Resultado GHQ-12.

9.4.3. Análisis postest de la variable Intervalos de Años trabajados.

9.4.3.1. Intervalos de Años trabajados – Escala “Fuentes de Estrés en Profesores”.

En esta variable la media con mayor puntuación es la del estresor de Supervisión, con 36,89, para los profesores que llevan entre 4 y 5 años trabajando. La menor es la del estresor Alumnado para los docentes con menos de un año de experiencia, con una puntuación de

7,00.

El ANOVA muestra relaciones estadísticamente significativas para el estresor de Alumnado, en concreto con 0,006; y con el de Mejoras con 0,008.

Tabla 61. Descriptiva de la relación Intervalos de años trabajados – Escala “Fuentes de estrés en profesores”.

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Supervisión	Menos de un año	1	20,00	.	.	.	.	20	20
	De 1 a 3 años	9	35,11	8,880	2,960	28,29	41,94	20	46
	De 4 a 5 años	9	36,89	11,868	3,956	27,77	46,01	13	52
	De 6 a 10 años	10	30,10	9,386	2,968	23,39	36,81	14	49
	De 11 a 20 años	7	31,57	9,624	3,637	22,67	40,47	16	45
	Mas de 20 años	6	26,33	10,347	4,224	15,47	37,19	14	40
	Total	42	32,10	10,262	1,583	28,90	35,29	13	52
Carencias	Menos de un año	1	14,00	.	.	.	.	14	14
	De 1 a 3 años	9	21,11	3,655	1,218	18,30	23,92	15	26
	De 4 a 5 años	10	25,90	4,458	1,410	22,71	29,09	21	34
	De 6 a 10 años	10	20,90	6,437	2,036	16,30	25,50	9	29
	De 11 a 20 años	9	23,33	7,874	2,625	17,28	29,39	8	32
	Mas de 20 años	8	20,13	5,817	2,057	15,26	24,99	12	27
	Total	47	22,19	6,024	,879	20,42	23,96	8	34
Cooperación	Menos de un año	1	24,00	.	.	.	.	24	24
	De 1 a 3 años	9	25,11	7,026	2,342	19,71	30,51	13	34
	De 4 a 5 años	10	29,00	6,272	1,983	24,51	33,49	17	38
	De 6 a 10 años	10	25,50	6,980	2,207	20,51	30,49	13	36
	De 11 a 20 años	9	28,00	4,690	1,563	24,39	31,61	21	35
	Mas de 20 años	8	22,00	6,719	2,375	16,38	27,62	10	31
	Total	47	26,02	6,506	,949	24,11	27,93	10	38
Alumnado	Menos de un año	1	11,00	.	.	.	.	11	11
	De 1 a 3 años	10	25,70	4,809	1,521	22,26	29,14	18	34
	De 4 a 5 años	10	29,60	3,806	1,204	26,88	32,32	23	36
	De 6 a 10 años	10	21,20	4,826	1,526	17,75	24,65	16	29
	De 11 a 20 años	9	24,78	6,833	2,278	19,53	30,03	10	32
	Mas de 20 años	8	21,50	8,124	2,872	14,71	28,29	13	36
	Total	48	24,40	6,558	,947	22,49	26,30	10	36
Adaptación	Menos de un año	1	7,00	.	.	.	.	7	7
	De 1 a 3 años	10	12,00	3,018	,955	9,84	14,16	7	16
	De 4 a 5 años	10	14,10	4,175	1,320	11,11	17,09	8	19
	De 6 a 10 años	10	11,70	1,889	,597	10,35	13,05	10	15
	De 11 a 20 años	9	12,89	3,951	1,317	9,85	15,93	5	19
	Mas de 20 años	8	11,50	4,106	1,452	8,07	14,93	5	17

Valoración	Total	48	12,35	3,534	,510	11,33	13,38	5	19
	Menos de un año	1	12,00	.	.	.	.	12	12
	De 1 a 3 años	10	14,20	3,882	1,227	11,42	16,98	9	20
	De 4 a 5 años	10	16,50	2,506	,792	14,71	18,29	13	21
	De 6 a 10 años	10	14,80	2,658	,841	12,90	16,70	8	17
	De 11 a 20 años	9	15,33	3,536	1,179	12,62	18,05	9	20
	Mas de 20 años	8	11,63	3,378	1,194	8,80	14,45	8	15
Mejoras	Total	48	14,54	3,439	,496	13,54	15,54	8	21
	Menos de un año	1	12,00	.	.	.	.	12	12
	De 1 a 3 años	9	25,78	5,848	1,949	21,28	30,27	14	31
	De 4 a 5 años	10	29,30	5,697	1,802	25,22	33,38	19	37
	De 6 a 10 años	10	21,90	4,748	1,501	18,50	25,30	14	30
	De 11 a 20 años	9	26,56	5,833	1,944	22,07	31,04	16	36
	Mas de 20 años	8	22,13	5,111	1,807	17,85	26,40	16	29
Total	47	24,94	6,197	,904	23,12	26,76	12	37	

Tabla 62. ANOVA de la relación Intervalos de años trabajados – Escala “Fuentes de estrés en profesores”.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Supervisión	Inter-grupos	675,894	5	135,179	1,336	,271
	Intra-grupos	3641,725	36	101,159		
	Total	4317,619	41			
Carencias	Inter-grupos	277,713	5	55,543	1,636	,172
	Intra-grupos	1391,564	41	33,941		
	Total	1669,277	46			
Cooperación	Inter-grupos	267,590	5	53,518	1,307	,280
	Intra-grupos	1679,389	41	40,961		
	Total	1946,979	46			
Alumnado	Inter-grupos	637,824	5	127,565	3,872	,006
	Intra-grupos	1383,656	42	32,944		
	Total	2021,479	47			
Adaptación	Inter-grupos	73,090	5	14,618	1,195	,328
	Intra-grupos	513,889	42	12,235		
	Total	586,979	47			
Valoración	Inter-grupos	120,342	5	24,068	2,321	,060
	Intra-grupos	435,575	42	10,371		
	Total	555,917	47			
Mejoras	Inter-grupos	543,156	5	108,631	3,640	,008
	Intra-grupos	1223,653	41	29,845		
	Total	1766,809	46			

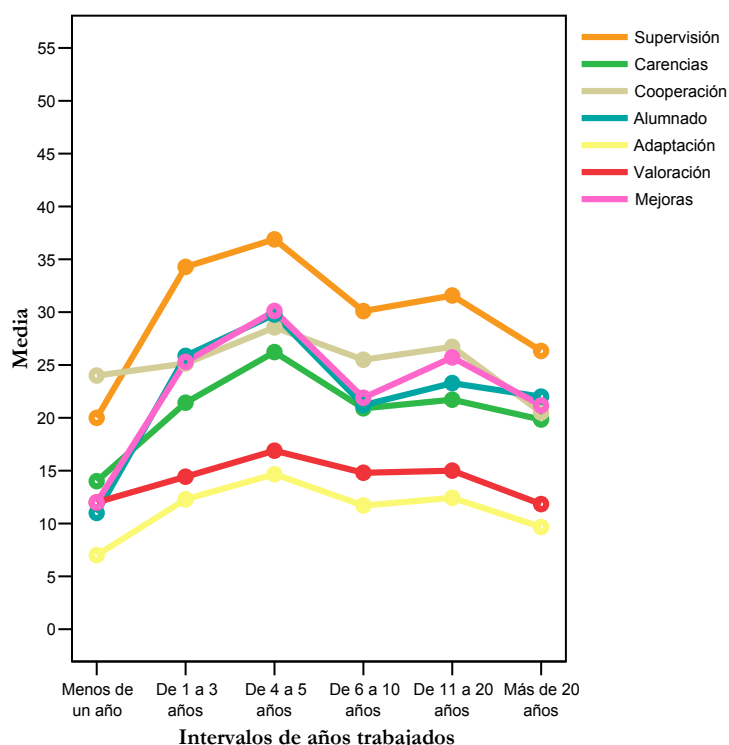


Figura 82. Gráfico de Medias en la relación Intervalos de Años trabajados – Escala “Fuentes de estrés en profesores”.

9.4.3.2. Intervalos de Años trabajados – Índice de Reactividad al Estrés.

En cuanto a la relación de la experiencia con el IRE, la mayor media la encontramos, para la Escala de IRE emo para profesores con menos de un año trabajado. La menor la encontramos también para este grupo de edad en la escala IRE Cond con una puntuación de 1,43.

No encontramos relaciones estadísticamente significativas en el ANOVA

Tabla 63. Descriptiva de la relación Intervalos de años trabajados – Índice de Reactividad al Estrés.

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
IRE veg	Menos de un año	1	4,00	.	.	.	.	4	4
	De 1 a 3 años	11	2,73	1,849	,557	1,49	3,97	0	6
	De 4 a 5 años	10	2,67	1,474	,466	1,61	3,72	0	5
	De 6 a 10 años	10	2,07	1,016	,321	1,34	2,79	1	3

IRE emo	De 11 a 20 años	9	2,44	1,563	,521	1,24	3,65	1	6
	Mas de 20 años	8	2,75	2,556	,904	,61	4,89	0	6
	Total	49	2,56	1,669	,238	2,08	3,04	0	6
	Menos de un año	1	6,00	.	.	.	.	6	6
	De 1 a 3 años	11	3,45	2,841	,857	1,55	5,36	0	8
	De 4 a 5 años	10	4,00	2,828	,894	1,98	6,02	0	8
	De 6 a 10 años	10	2,00	1,633	,516	,83	3,17	0	4
	De 11 a 20 años	9	3,11	2,261	,754	1,37	4,85	0	6
	Mas de 20 años	8	3,00	3,207	1,134	,32	5,68	0	8
	Total	49	3,18	2,579	,368	2,44	3,92	0	8
IRE cog	Menos de un año	1	4,00	.	.	.	.	4	4
	De 1 a 3 años	11	2,55	1,809	,545	1,33	3,76	0	6
	De 4 a 5 años	10	4,00	1,886	,596	2,65	5,35	2	6
	De 6 a 10 años	10	3,00	1,944	,615	1,61	4,39	0	6
	De 11 a 20 años	9	2,89	2,028	,676	1,33	4,45	0	6
	Mas de 20 años	8	2,50	1,773	,627	1,02	3,98	0	4
	Total	49	3,02	1,876	,268	2,48	3,56	0	6
	Menos de un año	1	1,43	.	.	.	.	1	1
	De 1 a 3 años	11	3,12	1,402	,423	2,17	4,06	1	6
	De 4 a 5 años	10	2,71	1,054	,333	1,96	3,47	1	4
IRE cond	De 6 a 10 años	10	1,71	1,313	,415	,78	2,65	0	4
	De 11 a 20 años	9	2,86	1,237	,412	1,91	3,81	1	4
	Mas de 20 años	8	2,86	2,645	,935	,65	5,07	0	7
	Total	49	2,62	1,580	,226	2,17	3,08	0	7
	Menos de un año	1	3,75	.	.	.	.	4	4
	De 1 a 3 años	11	2,90	1,439	,434	1,93	3,86	1	5
	De 4 a 5 años	10	3,09	1,136	,359	2,28	3,91	1	5
	De 6 a 10 años	10	2,13	,604	,191	1,69	2,56	1	3
	De 11 a 20 años	9	2,71	,765	,255	2,12	3,30	2	4
	Mas de 20 años	8	2,77	2,231	,789	,91	4,64	1	6
IRE global	Total	49	2,74	1,303	,186	2,37	3,12	1	6

Tabla 64. ANOVA de la relación Intervalos de años trabajados – Índice de Reactividad al Estrés

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
IRE veg	Inter-grupos	5,338	5	1,068	,358	,874
	Intra-grupos	128,304	43	2,984		
	Total	133,642	48			
IRE emo	Inter-grupos	29,731	5	5,946	,883	,501
	Intra-grupos	289,616	43	6,735		
	Total	319,347	48			
IRE cog	Inter-grupos	15,363	5	3,073	,860	,516
	Intra-grupos	153,616	43	3,572		
	Total	168,980	48			
IRE cond	Inter-grupos	13,383	5	2,677	1,082	,384
	Intra-grupos	106,401	43	2,474		
	Total	119,783	48			
IRE global	Inter-grupos	6,345	5	1,269	,726	,608
	Intra-grupos	75,152	43	1,748		

Total	81,497	48
-------	--------	----

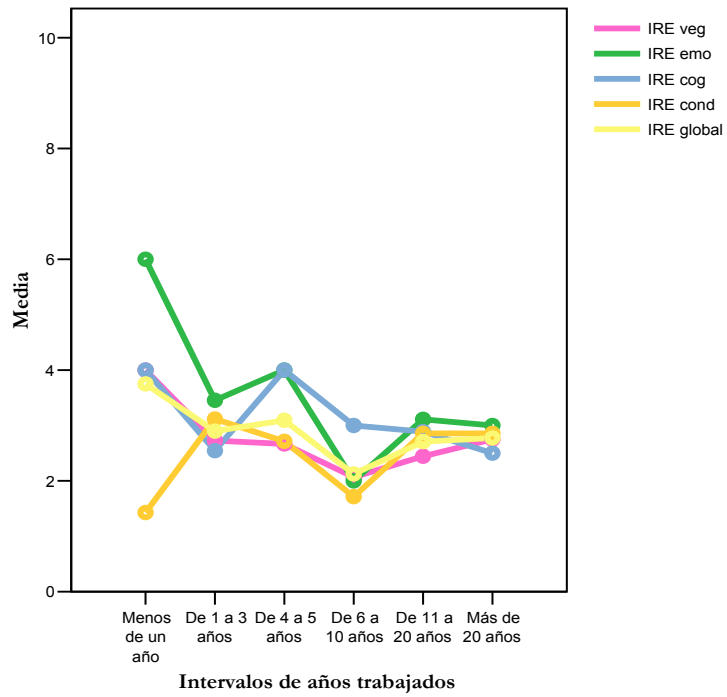


Figura 83. Gráfico de Medias en la relación Intervalos de Años trabajados – Índice de Reactividad al Estrés

9.4.3.3. Intervalos de Años trabajados – Cuestionario BEEGC-20.

En esta prueba llama la atención que tanto la mayor media como la menor se dé en los docentes con menos de un año de experiencia. La mayor la encontramos en la escala de *Suerte* con una puntuación media de 67,00 y la menor en la escala de *Éxito* con una de 22,00.

No encontramos relaciones estadísticamente significativas en el ANOVA.

Tabla 65. Descriptiva de la relación Intervalos de años trabajados – Cuestionario BEEGC-20.

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Contigencia	Menos de un año	1	23,00	.	.	.	.	23	23
	De 1 a 3 años	11	31,45	3,725	1,123	28,95	33,96	25	36
	De 4 a 5 años	10	28,00	5,228	1,653	24,26	31,74	21	36
	De 6 a 10 años	10	30,40	4,477	1,416	27,20	33,60	22	36
	De 11 a 20 años	9	28,67	5,123	1,708	24,73	32,60	16	33
	Mas de 20 años	8	31,38	4,207	1,487	27,86	34,89	22	36
	Total	49	29,84	4,661	,666	28,50	31,18	16	36
Indefensión	Menos de un año	1	24,00	.	.	.	.	24	24
	De 1 a 3 años	11	12,82	5,689	1,715	9,00	16,64	4	22
	De 4 a 5 años	9	12,44	7,715	2,572	6,51	18,38	4	26
	De 6 a 10 años	10	10,60	6,947	2,197	5,63	15,57	4	24
	De 11 a 20 años	9	10,33	5,148	1,716	6,38	14,29	4	22
	Mas de 20 años	8	9,00	6,437	2,276	3,62	14,38	4	18
	Total	48	11,42	6,506	,939	9,53	13,31	4	26
Suerte	Menos de un año	1	20,00	.	.	.	.	20	20
	De 1 a 3 años	11	18,91	8,312	2,506	13,32	24,49	9	32
	De 4 a 5 años	10	18,90	7,385	2,335	13,62	24,18	7	30
	De 6 a 10 años	10	15,10	6,332	2,002	10,57	19,63	5	24
	De 11 a 20 años	9	15,78	6,815	2,272	10,54	21,02	7	23
	Mas de 20 años	8	13,00	6,740	2,383	7,37	18,63	4	20
	Total	49	16,61	7,199	1,028	14,54	18,68	4	32
Locus	Menos de un año	1	67,00	.	.	.	.	67	67
	De 1 a 3 años	11	63,18	11,881	3,582	55,20	71,16	49	83
	De 4 a 5 años	9	59,44	10,199	3,400	51,60	67,28	46	78
	De 6 a 10 años	10	56,10	10,071	3,185	48,90	63,30	42	70
	De 11 a 20 años	9	54,78	8,927	2,976	47,92	61,64	39	65
	Mas de 20 años	8	53,38	9,606	3,396	45,34	61,41	44	69
	Total	48	57,88	10,453	1,509	54,84	60,91	39	83

Autoeficacia	Menos de un año	1	28,00	.	.	.	.	28	28
	De 1 a 3 años	11	26,00	2,720	,820	24,17	27,83	21	30
	De 4 a 5 años	10	24,30	4,832	1,528	20,84	27,76	19	35
	De 6 a 10 años	10	26,70	2,163	,684	25,15	28,25	24	31
	De 11 a 20 años	9	27,44	2,833	,944	25,27	29,62	24	32
	Mas de 20 años	8	23,75	4,833	1,709	19,71	27,79	17	30
	Total	49	25,73	3,673	,525	24,68	26,79	17	35
Éxito	Menos de un año	1	22,00	.	.	.	.	22	22
	De 1 a 3 años	11	28,73	4,735	1,428	25,55	31,91	23	35
	De 4 a 5 años	9	26,00	7,124	2,375	20,52	31,48	16	36
	De 6 a 10 años	10	28,50	6,570	2,078	23,80	33,20	17	36
	De 11 a 20 años	9	27,33	4,975	1,658	23,51	31,16	20	35
	Mas de 20 años	8	28,50	6,969	2,464	22,67	34,33	15	36
	Total	48	27,73	5,906	,852	26,01	29,44	15	36

Tabla 66. ANOVA de la relación Intervalos de años trabajados – Cuestionario BEEGC-20.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Contigencia	Inter-grupos	143,692	5	28,738	1,375	,253
	Intra-grupos	899,002	43	20,907		
	Total	1042,694	48			
Indefensión	Inter-grupos	253,408	5	50,682	1,226	,314
	Intra-grupos	1736,259	42	41,339		
	Total	1989,667	47			
Suerte	Inter-grupos	255,368	5	51,074	,984	,439
	Intra-grupos	2232,265	43	51,913		
	Total	2487,633	48			
Locus	Inter-grupos	695,061	5	139,012	1,315	,276
	Intra-grupos	4440,189	42	105,719		
	Total	5135,250	47			
Autoeficacia	Inter-grupos	93,629	5	18,726	1,454	,225
	Intra-grupos	553,922	43	12,882		
	Total	647,551	48			
Éxito	Inter-grupos	82,797	5	16,559	,447	,813
	Intra-grupos	1556,682	42	37,064		
	Total	1639,479	47			

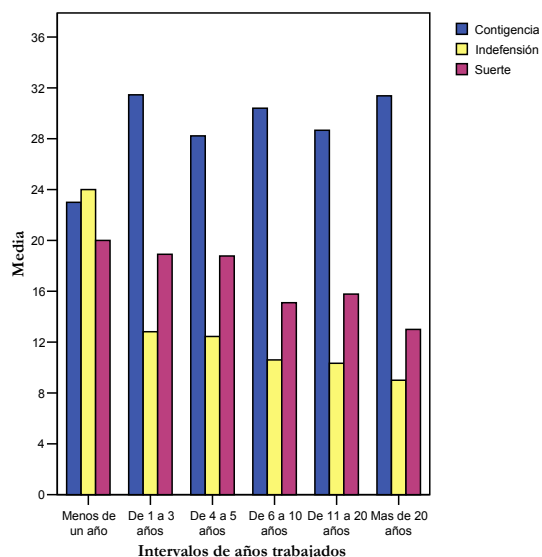


Figura 84. Gráfico de Medias en la relación Intervalos de Años trabajados – Locus.

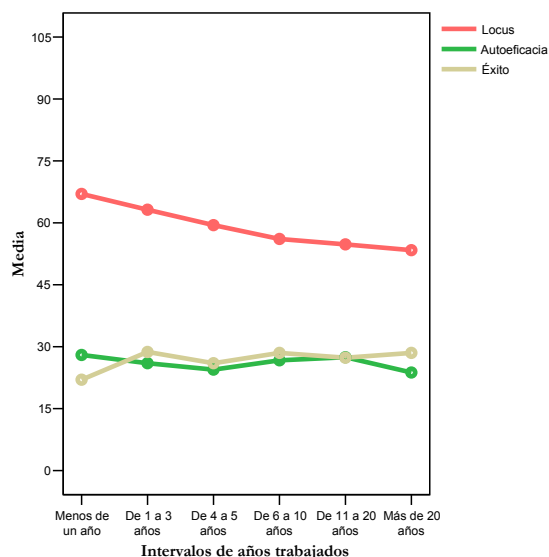


Figura 85. Gráfico de Medias en la relación Intervalos de Años trabajados – Cuestionario BEEGC-20.

9.4.3.4. Intervalos de Años trabajados – Cuestionario de Aserción.

En relación al Cuestionario de Aserción encontramos que tanto el mayor valor como el menor pertenecen a la escala de *Ansiedad*, en concreto al grupo con menos de un año de docencia con 152,00 y al que lleva entre 6 y 10 en la docencia con 92,11.

En la Tabla de resultado del ANOVA no encontramos relaciones estadísticamente significativas.

Tabla 67. Descriptiva de la relación Intervalos de años trabajados – Cuestionario de Aserción.

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Ansiedad	Menos de un año	1	152,00	.	.	.	.	152	152
	De 1 a 3 años	10	105,60	28,453	8,998	85,25	125,95	57	157
	De 4 a 5 años	7	121,29	37,849	14,306	86,28	156,29	70	175
	De 6 a 10 años	9	92,11	25,561	8,520	72,46	111,76	57	128
	De 11 a 20 años	7	121,43	36,170	13,671	87,98	154,88	63	183
	Más de 20 años	7	95,00	39,808	15,046	58,18	131,82	50	163

Respuesta	Total	41	107,34	34,057	5,319	96,59	118,09	50	183
	Menos de un año	1	133,00	.	.	.	.	133	133
	De 1 a 3 años	11	100,18	22,257	6,711	85,23	115,13	54	123
	De 4 a 5 años	7	113,00	24,792	9,371	90,07	135,93	71	140
	De 6 a 10 años	9	96,78	25,767	8,589	76,97	116,58	67	142
	De 11 a 20 años	6	116,83	27,939	11,406	87,51	146,15	66	152
	Mas de 20 años	5	95,00	18,000	8,050	72,65	117,35	76	116
	Total	39	104,44	24,374	3,903	96,53	112,34	54	152

Tabla 68. ANOVA de la relación Intervalos de años trabajados – Cuestionario de Aserción.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad	Inter-grupos	7928,788	5	1585,758	1,443	,233
	Intra-grupos	38466,432	35	1099,041		
	Total	46395,220	40			
Respuesta	Inter-grupos	3423,564	5	684,713	1,180	,340
	Intra-grupos	19152,025	33	580,364		
	Total	22575,590	38			

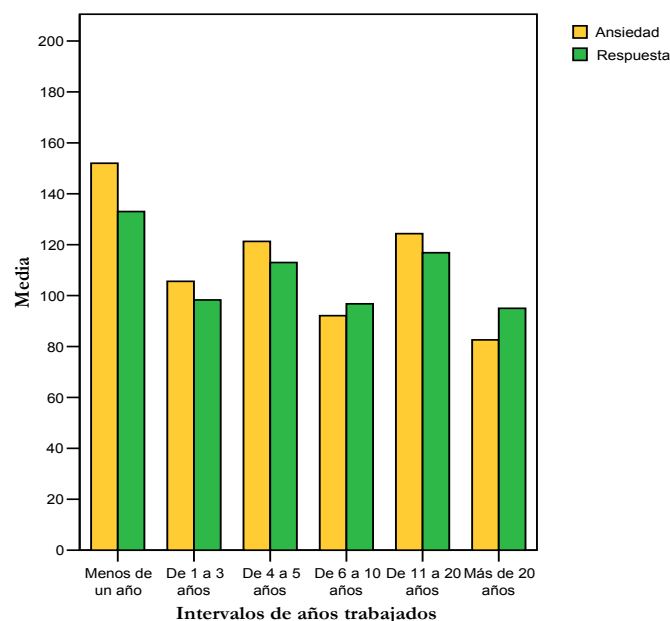


Figura 86. Gráfico de Medias en la relación Intervalos de Años trabajados – Cuestionario de Aserción.

9.4.3.5. Intervalos de Años trabajados – Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

En este caso llama la atención que los docentes con menos de un año de experiencia presentan las menores medias en todas las puntuaciones de la prueba, incluyendo la de Resultado; presentan además la menor media en la puntuación Global. Una tendencia parecida, aunque no tan contundente la encontramos en los profesores con más de 20 años, incluyendo el resultado, algo menor se da también en el grupo de docentes que lleva entre 11 y 20 años en la profesión. Estos dos grupos son los que presentan las menores puntuaciones medias en el indicador GHQ global, con 0,75 para los que llevan más de 20 años y 1,00 para los que llevan menos de un año. La puntuación más alta en este indicador es para el grupo de docentes que lleva entre 4 y 5 años de ejercicio docente.

El ANOVA no muestra relaciones estadísticamente significativas con respecto a esta prueba.

Tabla 69. Descriptiva de la relación Intervalos de años trabajados – Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
GHQ-1	Menos de un año	1	,00	.	.	.	.	0	0
	De 1 a 3 años	11	,18	,405	,122	-,09	,45	0	1
	De 4 a 5 años	10	,20	,422	,133	-,10	,50	0	1
	De 6 a 10 años	10	,30	,483	,153	-,05	,65	0	1
	De 11 a 20 años	9	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Mas de 20 años	8	,13	,354	,125	-,17	,42	0	1
	Total	49	,16	,373	,053	,06	,27	0	1
GHQ-2	Menos de un año	1	,00	.	.	.	.	0	0
	De 1 a 3 años	11	,09	,302	,091	-,11	,29	0	1
	De 4 a 5 años	10	,30	,483	,153	-,05	,65	0	1
	De 6 a 10 años	10	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	De 11 a 20 años	9	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Mas de 20 años	8	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	49	,08	,277	,040	,00	,16	0	1
GHQ-3	Menos de un año	1	,00	.	.	.	.	0	0

GHQ-4	De 1 a 3 años	11	,09	,302	,091	-,11	,29	0	1
	De 4 a 5 años	10	,20	,422	,133	-,10	,50	0	1
	De 6 a 10 años	10	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	De 11 a 20 años	9	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Mas de 20 años	8	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	49	,06	,242	,035	-,01	,13	0	1
	Menos de un año	1	,00	.	.	.	.	0	0
	De 1 a 3 años	11	,09	,302	,091	-,11	,29	0	1
	De 4 a 5 años	10	,10	,316	,100	-,13	,33	0	1
	De 6 a 10 años	10	,10	,316	,100	-,13	,33	0	1
De 11 a 20 años	9	,11	,333	,111	-,15	,37	0	1	
Mas de 20 años	8	,00	,000	,000	,00	,00	0	0	
Total	49	,08	,277	,040	,00	,16	0	1	
Menos de un año	1	,00	.	.	.	.	0	0	
GHQ-5	De 1 a 3 años	11	,18	,405	,122	-,09	,45	0	1
	De 4 a 5 años	10	,20	,422	,133	-,10	,50	0	1
	De 6 a 10 años	10	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	De 11 a 20 años	9	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Mas de 20 años	8	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	49	,08	,277	,040	,00	,16	0	1
	Menos de un año	1	1,00	.	.	.	.	1	1
	De 1 a 3 años	11	,45	,522	,157	,10	,81	0	1
	De 4 a 5 años	10	,40	,516	,163	,03	,77	0	1
	De 6 a 10 años	10	,40	,516	,163	,03	,77	0	1
De 11 a 20 años	9	,56	,527	,176	,15	,96	0	1	
Mas de 20 años	8	,25	,463	,164	-,14	,64	0	1	
Total	49	,43	,500	,071	,28	,57	0	1	
Menos de un año	1	,00	.	.	.	.	0	0	
GHQ-6	De 1 a 3 años	11	,09	,302	,091	-,11	,29	0	1
	De 4 a 5 años	10	,30	,483	,153	-,05	,65	0	1
	De 6 a 10 años	10	,20	,422	,133	-,10	,50	0	1
	De 11 a 20 años	9	,11	,333	,111	-,15	,37	0	1
	Mas de 20 años	8	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	49	,14	,354	,051	,04	,24	0	1
	Menos de un año	1	,00	.	.	.	.	0	0
	De 1 a 3 años	11	,45	,522	,157	,10	,81	0	1
	De 4 a 5 años	10	,10	,316	,100	-,13	,33	0	1
	De 6 a 10 años	10	,10	,316	,100	-,13	,33	0	1
De 11 a 20 años	9	,56	,527	,176	,15	,96	0	1	
Mas de 20 años	8	,13	,354	,125	-,17	,42	0	1	
Total	49	,27	,446	,064	,14	,39	0	1	
Menos de un año	1	,00	.	.	.	.	0	0	
GHQ-7	De 1 a 3 años	11	,27	,467	,141	-,04	,59	0	1
	De 4 a 5 años	10	,30	,483	,153	-,05	,65	0	1
	De 6 a 10 años	10	,30	,483	,153	-,05	,65	0	1
	De 11 a 20 años	9	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Mas de 20 años	8	,13	,354	,125	-,17	,42	0	1
	Total	49	,20	,407	,058	,09	,32	0	1
	Menos de un año	1	,00	.	.	.	.	0	0
	De 1 a 3 años	11	,18	,405	,122	-,09	,45	0	1
	De 4 a 5 años	10	,10	,316	,100	-,13	,33	0	1

GHQ-11	De 6 a 10 años	10	,10	,316	,100	-,13	,33	0	1
	De 11 a 20 años	9	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Mas de 20 años	8	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	49	,08	,277	,040	,00	,16	0	1
	Menos de un año	1	,00	.	.	.	.	0	0
	De 1 a 3 años	11	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	De 4 a 5 años	10	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	De 6 a 10 años	10	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	De 11 a 20 años	9	,11	,333	,111	-,15	,37	0	1
GH1-12	Mas de 20 años	8	,13	,354	,125	-,17	,42	0	1
	Total	49	,04	,200	,029	-,02	,10	0	1
	Menos de un año	1	,00	.	.	.	.	0	0
	De 1 a 3 años	11	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	De 4 a 5 años	10	,20	,422	,133	-,10	,50	0	1
	De 6 a 10 años	10	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	De 11 a 20 años	9	,11	,333	,111	-,15	,37	0	1
	Mas de 20 años	8	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	49	,06	,242	,035	-,01	,13	0	1
GHQ Global	Menos de un año	1	1,00	.	.	.	.	1	1
	De 1 a 3 años	11	2,09	2,548	,768	,38	3,80	0	8
	De 4 a 5 años	10	2,40	2,459	,777	,64	4,16	0	7
	De 6 a 10 años	10	1,60	1,647	,521	,42	2,78	0	5
	De 11 a 20 años	9	1,56	1,810	,603	,16	2,95	0	6
	Mas de 20 años	8	,75	1,165	,412	-,22	1,72	0	3
	Total	49	1,71	2,010	,287	1,14	2,29	0	8
	Menos de un año	1	,00	.	.	.	.	0	0
	De 1 a 3 años	11	,18	,405	,122	-,09	,45	0	1
Resultado GHQ	De 4 a 5 años	10	,20	,422	,133	-,10	,50	0	1
	De 6 a 10 años	10	,10	,316	,100	-,13	,33	0	1
	De 11 a 20 años	9	,11	,333	,111	-,15	,37	0	1
	Mas de 20 años	8	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Total	49	,12	,331	,047	,03	,22	0	1

Tabla 70. ANOVA de la relación Intervalos de años trabajados – Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
GHQ-1	Inter-grupos	,483	5	,097	,668	,650
	Intra-grupos	6,211	43	,144		
	Total	6,694	48			
GHQ-2	Inter-grupos	,664	5	,133	1,899	,114
	Intra-grupos	3,009	43	,070		
	Total	3,673	48			
GHQ-3	Inter-grupos	,307	5	,061	1,053	,399
	Intra-grupos	2,509	43	,058		
	Total	2,816	48			
GHQ-4	Inter-grupos	,075	5	,015	,180	,968
	Intra-grupos	3,598	43	,084		
	Total	3,673	48			

GHQ-5	Inter-grupos	,437	5	,087	1,162	,344
	Intra-grupos	3,236	43	,075		
	Total	3,673	48			
GHQ-6	Inter-grupos	,751	5	,150	,574	,720
	Intra-grupos	11,249	43	,262		
	Total	12,000	48			
GHQ-7	Inter-grupos	,502	5	,100	,785	,566
	Intra-grupos	5,498	43	,128		
	Total	6,000	48			
GHQ-8	Inter-grupos	1,927	5	,385	2,173	,075
	Intra-grupos	7,624	43	,177		
	Total	9,551	48			
GHQ-9	Inter-grupos	,702	5	,140	,832	,534
	Intra-grupos	7,257	43	,169		
	Total	7,959	48			
GHQ-10	Inter-grupos	,237	5	,047	,593	,705
	Intra-grupos	3,436	43	,080		
	Total	3,673	48			
GHQ-11	Inter-grupos	,154	5	,031	,753	,588
	Intra-grupos	1,764	43	,041		
	Total	1,918	48			
GH1-12	Inter-grupos	,327	5	,065	1,131	,358
	Intra-grupos	2,489	43	,058		
	Total	2,816	48			
GHQ Global	Inter-grupos	14,569	5	2,914	,698	,628
	Intra-grupos	179,431	43	4,173		
	Total	194,000	48			
Resultado GHQ	Inter-grupos	,240	5	,048	,411	,839
	Intra-grupos	5,025	43	,117		
	Total	5,265	48			

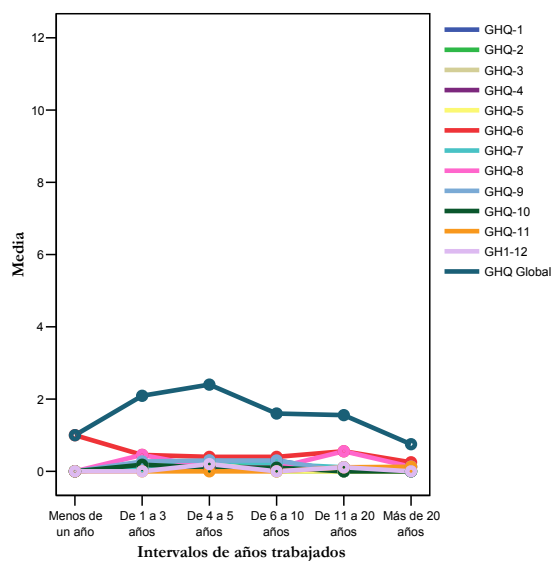


Figura 87. Gráfico de Medias en la relación Intervalos de Años trabajados – Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

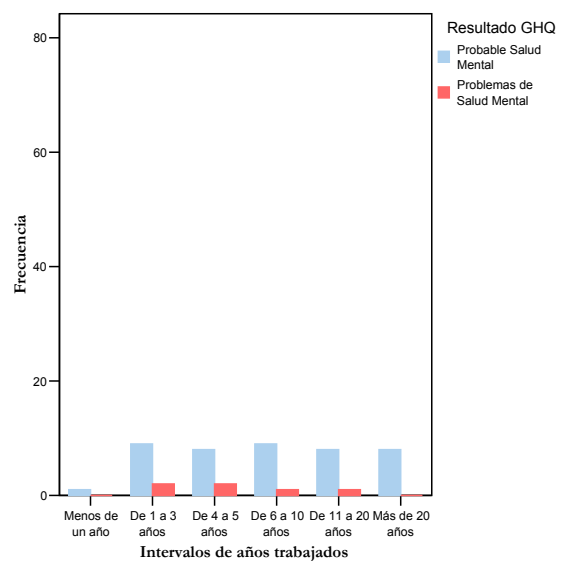


Figura 88. Gráfico de Frecuencias en la relación Intervalos de Años trabajados – Resultado GHQ-12.

9.5. Análisis Pretest-Post Test

9.5.1. Análisis – Escala “Fuentes de estrés en profesores”.

Visualizando la Tabla de Estadísticos podemos decir que la puntuación media más alta es 34,72 para *Supervisión* en el *Pretest*. La media más baja, 12,44, es para *Adaptación* en el *Postest*.

En la Tabla de Correlaciones de muestras relaciones, vemos como en todos los pares existe correlación.

Analizando la Prueba T de muestras relacionadas obtenemos que existen diferencias significativas en el *Par 1 (Supervisión)*, en el *Par 2 (Carencias)*, en el *Par 4 (Alumnado)*, en el *Par 5 (Adaptación)*, en el *Par 6 (Valoración)* y en el *Par 7 (Mejoras)*.

Tabla 71. Estadísticos de muestras relacionadas: Escala “Fuentes de estrés en profesores”.

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Supervisión_Pretest	34,72	43	9,231	1,408
	Supervisión_Postest	31,60	43	10,156	1,549
Par 2	Carencias_Pretest	24,47	49	5,561	,794
	Carencias_Postest	22,29	49	5,923	,846
Par 3	Cooperación_Pretest	27,12	49	6,122	,875
	Cooperación_Postest	26,00	49	6,371	,910
Par 4	Alumnado_Pretest	28,74	50	7,085	1,002
	Alumnado_Postest	24,26	50	6,461	,914
Par 5	Adaptación_Pretest	14,24	50	4,089	,578
	Adaptación_Postest	12,44	50	3,489	,493
Par 6	Valoración_Pretest	15,69	49	3,501	,500
	Valoración_Postest	14,59	49	3,385	,484
Par 7	Mejoras_Pretest	27,57	47	5,900	,861
	Mejoras_Postest	25,11	47	6,055	,883

Tabla 72. Correlaciones de muestras relacionadas: Escala “Fuentes de estrés en profesores”.

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Supervisión_Pretest Y	43	,607	,000
	Supervisión_Postest			
Par 2	Carencias_Pretest Y	49	,507	,000
	Carencias_Postest			

Par 3	Cooperación_Pretest Y	49	,500	,000
Par 4	Cooperación_Postest Alumnado_Pretest Y	50	,604	,000
Par 5	Alumnado_Postest Adaptación_Pretest Y	50	,470	,001
Par 6	Adaptación_Postest Valoración_Pretest Y	49	,591	,000
Par 7	Valoración_Postest Mejoras_Pretest Y	47	,531	,000
	Mejoras_Postest			

Tabla 73. Prueba T de muestras relacionadas: Escala “Fuentes de estrés en profesores”.

		Diferencias relacionadas							
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Supervisión_Pretest -	3,116	8,631	1,316	,460	5,772	2,368	42	,023
Par 2	Supervisión_Postest Carencias_Pretest -	2,184	5,711	,816	,543	3,824	2,677	48	,010
Par 3	Carencias_Postest Cooperación_Pretest -	1,122	6,247	,892	-,672	2,917	1,258	48	,215
Par 4	Cooperación_Postest Alumnado_Pretest -	4,480	6,052	,856	2,760	6,200	5,235	49	,000
Par 5	Alumnado_Postest Adaptación_Pretest -	1,800	3,933	,556	,682	2,918	3,236	49	,002
Par 6	Adaptación_Postest Valoración_Pretest -	1,102	3,117	,445	,207	1,997	2,475	48	,017
Par 7	Valoración_Postest Mejoras_Pretest -	2,468	5,789	,844	,768	4,168	2,923	46	,005
	Mejoras_Postest								

- **Supervisión.**

Sabiendo que existen diferencias significativas, y visualizando el gráfico, podemos decir que el programa de intervención ha sido eficaz en este factor, pues la puntuación en *Supervisión* ha descendido notablemente.

- **Carencias.**

En el gráfico podemos comprobar que la puntuación ha disminuido en el *Postest*, por tanto, el programa en este caso ha sido eficaz.

- **Cooperación.**

A través del gráfico podemos decir que existen diferencias entre *Pretest* y *Postest*, pero estas no llegan a ser significativas.

- **Alumnado.**

Una vez más, podemos decir que nuestro programa de intervención ha sido eficaz pues, en este caso, la puntuación obtenida en el factor *Alumnado* ha disminuido significativamente en el *Postest*.

- **Adaptación.**

Visualizando el gráfico número 343, vemos como decae la puntuación media en el *Postest*. Por tanto, el programa ha sido eficaz.

- **Valoración.**

En este factor también ha influido el programa, pues el gráfico nos muestra que existen diferencias entre el antes y el después, siendo estas menores al final de la intervención.

- **Mejoras.**

En el gráfico del factor *Mejoras*, se repite la misma situación. Las puntuaciones han disminuido en el *Postest*, después de intervenir.

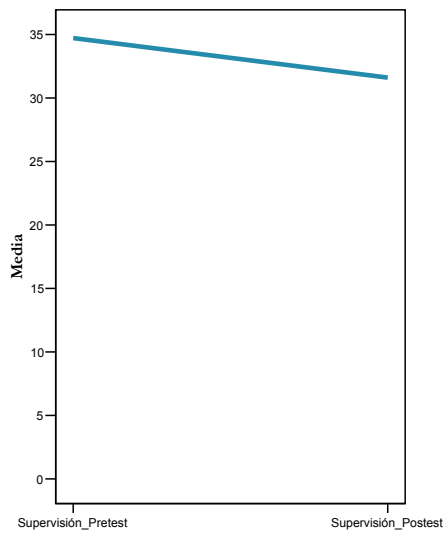


Figura 89. Gráfico de muestras relacionadas:
Supervisión.

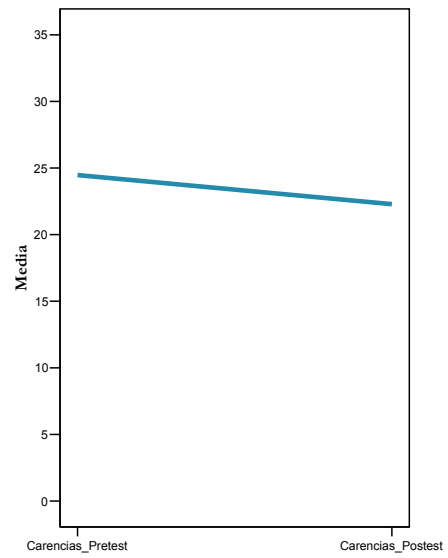


Figura 90. Gráfico de muestras relacionadas:
Carencias.

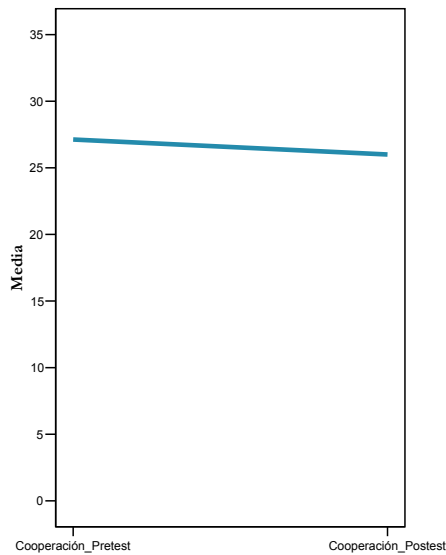


Figura 91. Gráfico de muestras relacionadas:
Cooperación.

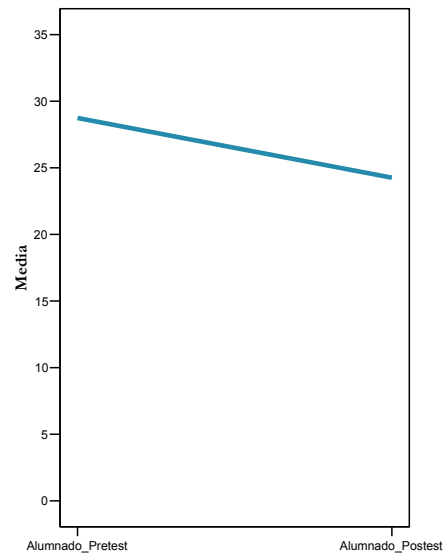


Figura 92. Gráfico de muestras relacionadas:
Alumnado.

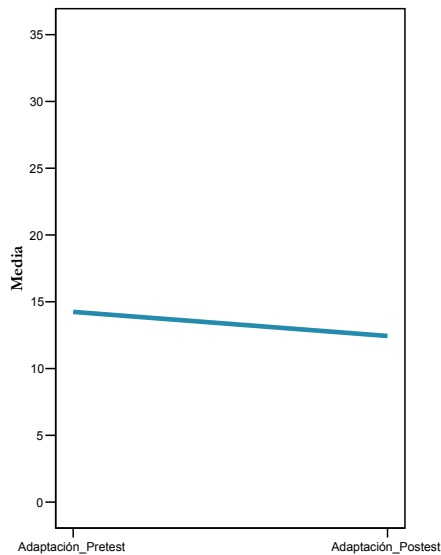


Figura 93. Gráfico de muestras relacionadas: Adaptación.

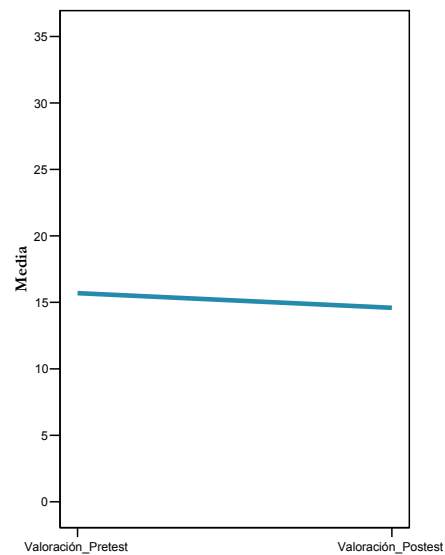


Figura 94. Gráfico de muestras relacionadas: Valoración.

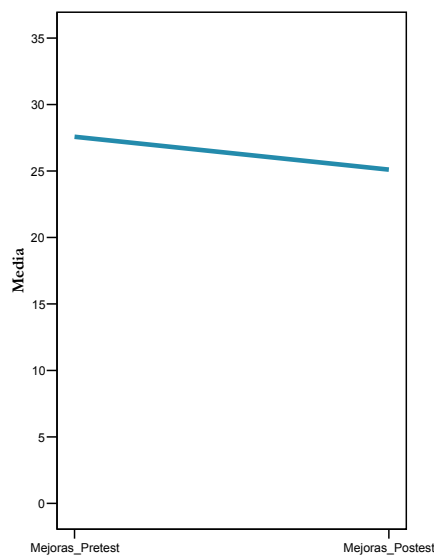


Figura 95. Gráfico de muestras relacionadas: Mejoras.

9.5.2. Análisis - Índice de Reactividad al Estrés (IRE).

En la siguiente Tabla de Estadísticos obtenemos la puntuación media inferior y superior. La primera es 2,63, para IRE Vegetativo en el Posttest. La segunda, 3,33, se encuentra en *IRE Emocional* en el *Posttest* también.

Analizando Tabla de Correlaciones de muestras relaciones obtenemos que en todos los factores existe correlación.

Tras realizar la Prueba T de muestras relacionadas, encontramos que no existen diferencias significativas en *IRE*, ya que el valor de sus P es superior a 0,050.

Tabla 74. Estadísticos de muestras relacionadas: Índice de Reactividad al Estrés.

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	IRE Veg_Prestest	2,85	52	1,782	,247
	IRE Veg_Postest	2,63	52	1,718	,238
Par 2	IRE Emo_Prestest	3,25	51	2,464	,345
	IRE Emo_Postest	3,33	51	2,519	,353
Par 3	IRE Cog_Prestest	3,31	52	1,810	,251
	IRE Cog_Postest	3,08	52	1,877	,260
Par 4	IRE Cond_Prestest	2,86	52	1,674	,232
	IRE Cond_Postest	2,72	52	1,607	,223
Par 5	IRE Global_Prestest	2,97	51	1,356	,190
	IRE Global_Postest	2,84	51	1,348	,189

Tabla 75. Correlaciones de muestras relacionadas: Índice de Reactividad al Estrés (IRE).

		N	Correlación	Sig.
Par 1	IRE Veg_Prestest Y	52	,566	,000
	IRE Veg_Postest			
Par 2	IRE Emo_Prestest Y	51	,653	,000
	IRE Emo_Postest			
Par 3	IRE Cog_Prestest Y	52	,316	,022
	IRE Cog_Postest			
Par 4	IRE Cond_Prestest Y	52	,298	,032
	IRE Cond_Postest			
Par 5	IRE Global_Prestest Y	51	,598	,000
	IRE Global_Postest			

Tabla 76. Prueba T de muestras relacionadas: Índice de Reactividad al Estrés (IRE).

		Diferencias relacionadas							
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	IRE Veg_Prestest -	,218	1,632	,226	-,236	,672	,963	51	,340
	IRE Veg_Postest								
Par 2	IRE Emo_Prestest -	-,078	2,077	,291	-,663	,506	-,270	50	,789
	IRE Emo_Postest								
Par 3	IRE Cog_Prestest -	,231	2,157	,299	-,370	,831	,772	51	,444
	IRE Cog_Postest								

Par 4	IRE Cond_Pretest								
	-	,137	1,945	,270	-,404	,679	,509	51	,613
Par 5	IRE Cond_Posttest								
	IRE Global_Pretest								
	-	,129	1,212	,170	-,212	,470	,758	50	,452
	IRE Global_Posttest								

- **IRE vegetativo.**

Aunque las puntuaciones hayan bajado en el Posttest para este caso, no podemos decir que el programa haya sido efectivo, pues las diferencias no son significativas.

- **IRE emocional.**

Observando el gráfico de línea, vemos que la puntuación media era inferior en el Pretest, por tanto, nuestro programa, para este factor, no ha sido eficaz.

- **IRE cognitivo.**

Aunque las puntuaciones hayan disminuido como pretendíamos, éstas no son significativas para poder decir que nuestro programa es eficaz.

- **IRE conductual.**

En este factor también las puntuaciones han bajado después de la intervención del programa, pero no podemos decir que haya influido ya que la Prueba T de muestras relacionadas nos dice que no existen diferencias significativas entre los dos momentos.

- **IRE global.**

Como en los casos anteriores, en el *Posttest* la puntuación media es inferior, pero no podemos afirmar que se efecto del programa.

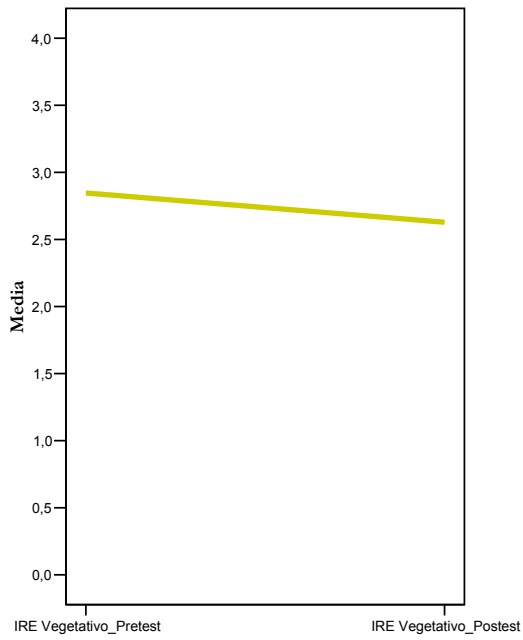


Figura 96. Gráfico de muestras relacionadas: IRE vegetativo.

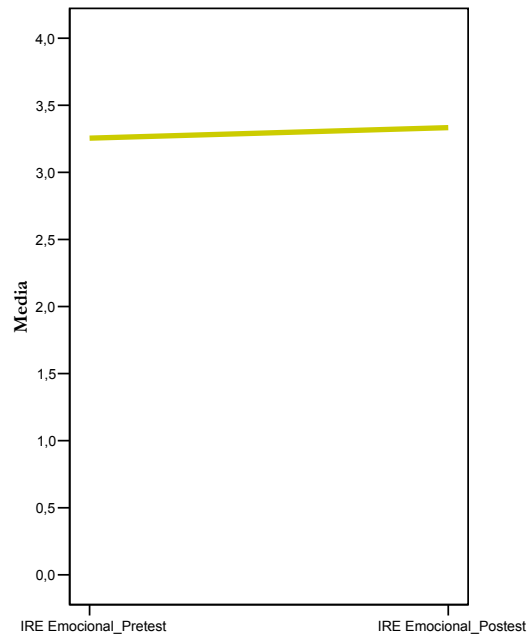


Figura 97. Gráfico de muestras relacionadas: IRE emocional.

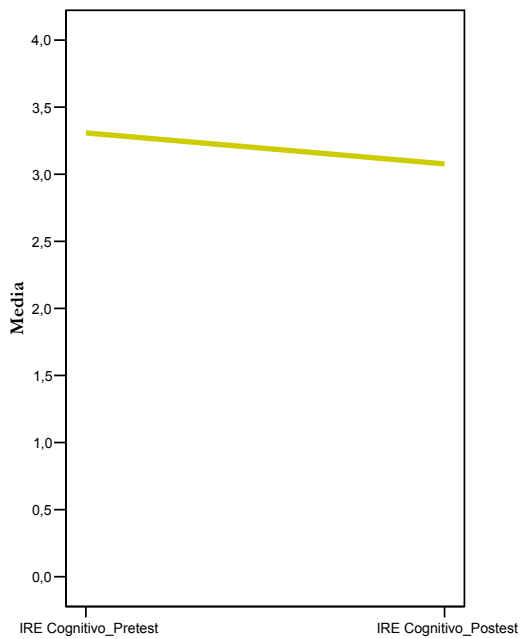


Figura 98. Gráfico de muestras relacionadas: IRE cognitivo.

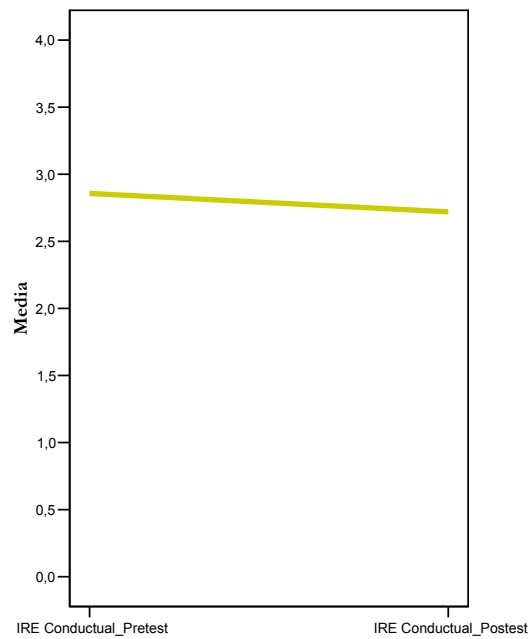


Figura 99. Gráfico de muestras relacionadas: IRE conductual.

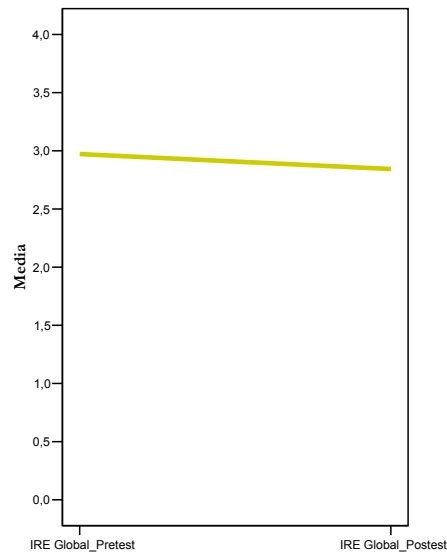


Figura 100. Gráfico de muestras relacionadas: IRE global.

9.5.3. Análisis - Cuestionario BEEGC-20.

En la Tabla de Estadísticos hallamos la media más alta y la media más baja. En el primer caso, la puntuación asciende a 61,12 para el factor *Locus* en el *Pretest*. En el segundo caso, la media se establece en 25,33 para *Autoeficacia* en el *Pretest*.

Observando la Tabla de Correlaciones de muestras relaciones obtenemos que en los tres factores del Cuestionario BEEGC-20 existe correlación.

Tras realizar la Prueba T de muestras relacionadas, encontramos que no existen diferencias significativas.

Tabla 77. Estadísticos de muestras relacionadas: Cuestionario BEEGC-20.

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Locus_Prestest	61,12	49	10,820	1,546
	Locus_Postest	58,16	49	10,715	1,531
Par 2	Autoeficacia_Prestest	25,33	52	4,693	,651
	Autoeficacia_Postest	25,83	52	3,585	,497
Par 3	Éxito_Prestest	27,67	51	6,282	,880
	Éxito_Postest	27,63	51	5,814	,814

Tabla 78. Correlaciones de muestras relacionadas: Cuestionario BEEGC-20.

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Locus_Pretest	49	,491	,000
	Y			
Par 2	Locus_Postest	52	,474	,000
	Autoeficacia_Pretest			
Par 3	Y	51	,855	,000
	Autoeficacia_Postest			
	Éxito_Pretest			
	Y			
	Éxito_Postest			

Tabla 79. Prueba T de muestras relacionadas: Cuestionario BEEGC-20.

		Diferencias relacionadas							
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Locus_Pretest	2,959	10,859	1,551	-,160	6,078	1,908	48	,062
	-								
Par 2	Locus_Postest	-,500	4,350	,603	-1,711	,711	-,829	51	,411
	Autoeficacia_Pretest								
Par 3	Autoeficacia_Postest	,039	3,286	,460	-,885	,963	,085	50	,932
	Éxito_Pretest								
	-								
	Éxito_Postest								

- **Expectativa de Locus de Control.**

En el gráfico 354, encontramos que la puntuación media ha disminuido en el Postest, sin llegar a ser la diferencia existente significativa.

- **Expectativa de Autoeficacia.**

En este gráfico casi no se aprecia diferencia alguna y, además, la puntuación es un poco inferior en el Pretest, por tanto, nuestro programa en esta ocasión no ha sido efectivo.

- **Expectativa de Éxito.**

Como ocurriera en el caso anterior, las diferencias son inapreciables, por lo que nuestra intervención no ha sido eficaz.

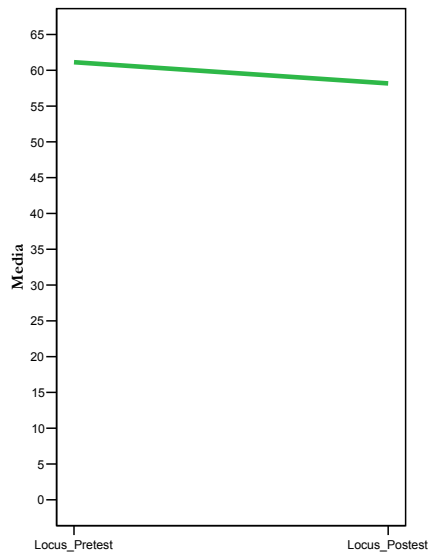


Figura 101. Gráfico de muestras relacionadas: Expectativa de Locus de Control.

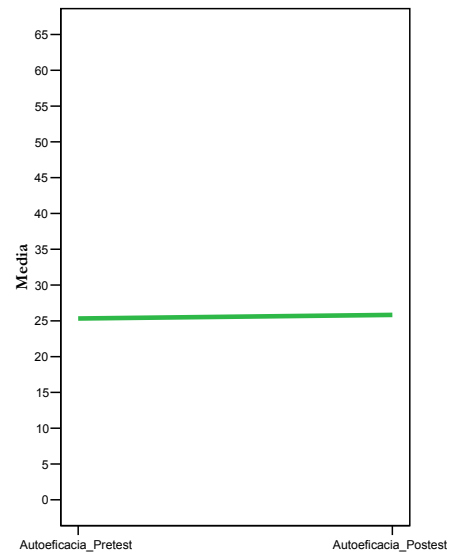


Figura 102. Gráfico de muestras relacionadas: Expectativa de Autoeficacia.

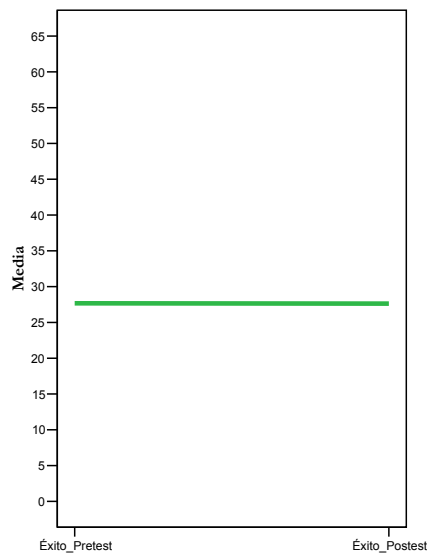


Figura 103. Gráfico de muestras relacionadas: Expectativa de Éxito.

9.5.4. Análisis - Cuestionario de Aserción.

En lo referente al Cuestionario de Aserción, primeramente encontramos una Tabla de Estadísticos donde aparecen la puntuación media superior (111,94) e inferior (99,84). En el primer caso, se encuentra en el *Pretest*, en el segundo, al *Posttest*. Ambas pertenecen al factor *Respuesta*.

Seguidamente, aparece la Tabla de Correlaciones de muestras relaciones donde vemos que existe correlación en el primer par, concretamente en el factor *Ansiedad*.

Por último, acudimos a la Prueba T de muestras relacionadas para comprobar si existen diferencias significativas. Hallamos que el *Par 2*, factor *Respuesta*, tiene una P igual a *0,026*, por lo que podemos afirmar que existen diferencias significativas.

Tabla 80. Estadísticos de muestras relacionadas: Cuestionario de Aserción.

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Ansiedad_Pretest	101,35	34	29,544	5,067
	Ansiedad_Postest	102,88	34	33,128	5,681
Par 2	Respuesta_Pretest	111,94	32	25,184	4,452
	Respuesta_Postest	99,84	32	23,712	4,192

Tabla 81. Correlaciones de muestras relacionadas: Cuestionario de Aserción.

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Ansiedad_Pretest Y	34	,758	,000
	Ansiedad_Postest			
Par 2	Respuesta_Pretest Y	32	,286	,113
	Respuesta_Postest			

Tabla 82. Prueba T de muestras relacionadas: Cuestionario de Aserción.

		Diferencias relacionadas							
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Ansiedad_Pretest -	-1,529	22,054	3,782	-9,224	6,166	-,404	33	,689
	Ansiedad_Postest								
Par 2	Respuesta_Pretest -	12,094	29,240	5,169	1,552	22,636	2,340	31	,026
	Respuesta_Postest								

- **Ansiedad.**

Observando el gráfico de medias encontramos que la puntuación en el *Postest* ha aumentado, por lo que diremos que nuestro Programa en esta ocasión no ha sido eficaz.

- **Respuesta.**

Tras saber que existen diferencias significativas en este factor, y acudir al gráfico, sabemos que nuestra intervención sí es eficaz en este caso, pues la puntuación ha disminuido después de la aplicación del Programa.

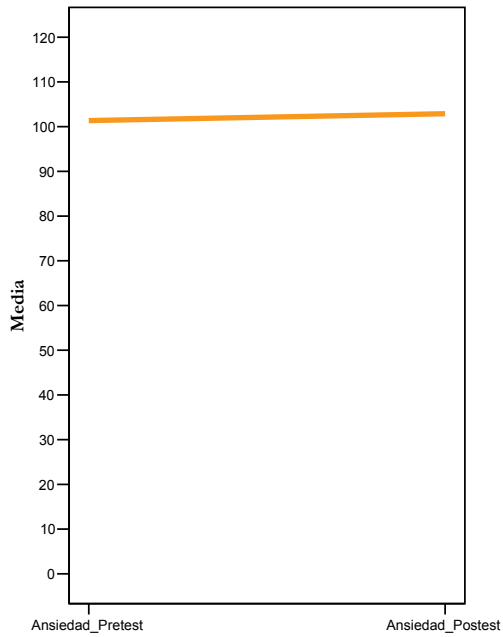


Figura 104. Gráfico de la relación Análisis - Ansiiedad.

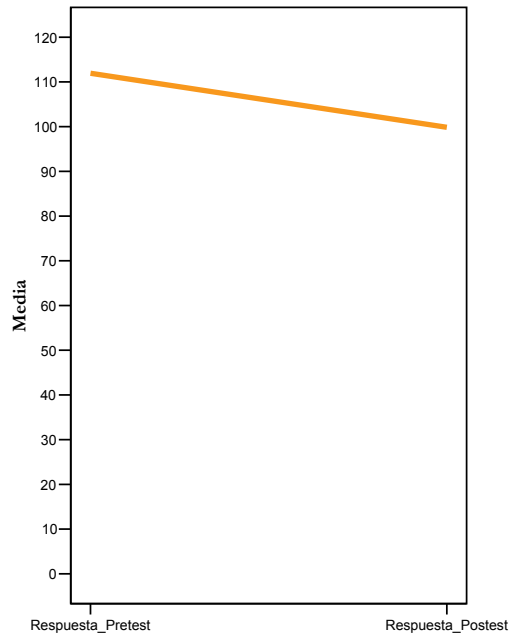


Figura 105. Gráfico de la relación Análisis - Respuesta.

9.5.5. Análisis - Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

En la Tabla de Estadísticos obtenemos que la puntuación media inferior es *0,06* para el ítem *GHQ3*, *GHQ11* y *GHQ12* todos en el *Postest*. La media superior, se sitúa en *2,68* para *GHQ Global* en el *Pretest*.

Seguidamente, se encuentra la Tabla de Correlaciones de muestras relaciones donde vemos que hay ítems que se correlacionan, estos son *Par 2 (GHQ2)*, *Par 5 (GHQ5)*, *Par 6 (GHQ6)*, *Par 8 (GHQ8)*, *Par 11 (GHQ11)* y *Par 13 (GHQ Global)*.

En la Prueba T de muestras relacionadas encontramos que existen diferencias significativas en los siguientes ítems: *GHQ5* ($P = 0,033$), *GHQ6* ($P = 0,017$), *GHQ8* ($P = 0,044$), *GHQ9* ($P = 0,026$), *GHQ11* ($P = 0,033$) y *GHQ Global* ($P = 0,040$).

Tabla 83. Estadísticos de muestras relacionadas: Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	GHQ1_Pretest	,17	53	,379	,052
	GHQ1_Postest	,15	53	,361	,050
Par 2	GHQ2_Pretest	,17	53	,379	,052
	GHQ2_Postest	,09	53	,295	,041
Par 3	GHQ3_Pretest	,08	53	,267	,037
	GHQ3_Postest	,06	53	,233	,032
Par 4	GHQ4_Pretest	,21	53	,409	,056
	GHQ4_Postest	,11	53	,320	,044
Par 5	GHQ5_Pretest	,23	53	,423	,058
	GHQ5_Postest	,09	53	,295	,041
Par 6	GHQ6_Pretest	,25	53	,434	,060
	GHQ6_Postest	,43	53	,500	,069
Par 7	GHQ7_Pretest	,19	53	,395	,054
	GHQ7_Postest	,13	53	,342	,047
Par 8	GHQ8_Pretest	,45	53	,503	,069
	GHQ8_Postest	,30	53	,463	,064
Par 9	GHQ9_Pretest	,45	53	,503	,069
	GHQ9_Postest	,25	53	,434	,060
Par 10	GHQ10_Pretest	,23	53	,423	,058
	GHQ10_Postest	,09	53	,295	,041
Par 11	GHQ11_Pretest	,17	53	,379	,052
	GHQ11_Postest	,06	53	,233	,032
Par 12	GHQ12_Pretest	,09	53	,295	,041
	GHQ12_Postest	,06	53	,233	,032
Par 13	GHQ Global_Pretest	2,68	53	2,840	,390
	GHQ Global_Postest	1,85	53	2,070	,284

Tabla 84. Correlaciones de muestras relacionadas: Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

		N	Correlación	Sig.
Par 1	GHQ1_Prestest Y	53	,230	,097
Par 2	GHQ1_Postest GHQ2_Prestest Y	53	,542	,000
Par 3	GHQ2_Postest GHQ3_Prestest Y	53	-,070	,619
Par 4	GHQ3_Postest GHQ4_Prestest Y	53	,111	,430
Par 5	GHQ4_Postest GHQ5_Prestest Y	53	,288	,036
Par 6	GHQ5_Postest GHQ6_Prestest Y	53	,297	,031
Par 7	GHQ6_Postest GHQ7_Prestest Y	53	,239	,085
Par 8	GHQ7_Postest GHQ8_Prestest Y	53	,393	,004
Par 9	GHQ8_Postest GHQ9_Prestest Y	53	,010	,943
Par 10	GHQ9_Postest GHQ10_Prestest Y	53	,134	,339
Par 11	GHQ10_Postest GHQ11_Prestest Y	53	,324	,018
Par 12	GHQ11_Postest GHQ12_Prestest Y	53	,200	,150
Par 13	GHQ12_Postest GHQ Global_Prestest Y GHQ Global_Postest	53	,351	,010

Tabla 85. Pruebas T de muestras relacionadas: Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12.

		Diferencias relacionadas							
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	GHQ1_Prestest - GHQ1_Postest	,019	,460	,063	-,108	,146	,299	52	,766
Par 2	GHQ2_Prestest - GHQ2_Postest	,075	,331	,045	-,016	,167	1,660	52	,103

Par 3	QH3_Prestest								
	-	,019	,366	,050	-,082	,120	,375	52	,709
	QH3_Postest								
Par 4	GH4_Prestest								
	-	,094	,491	,067	-,041	,230	1,399	52	,168
	GH4_Postest								
Par 5	GH5_Prestest								
	-	,132	,440	,060	,011	,253	2,184	52	,033
	GH5_Postest								
Par 6	GH6_Prestest								
	-	-,189	,557	,076	-,342	-,035	-2,468	52	,017
	GH6_Postest								
Par 7	GH7_Prestest								
	-	,057	,456	,063	-,069	,182	,903	52	,371
	GH7_Postest								
Par 8	GH8_Prestest								
	-	,151	,533	,073	,004	,298	2,060	52	,044
	GH8_Postest								
Par 9	GH9_Prestest								
	-	,208	,661	,091	,025	,390	2,286	52	,026
	GH9_Postest								
Par 10	GH10_Prestest								
	-	,132	,482	,066	-,001	,265	1,995	52	,051
	GH10_Postest								
Par 11	GH11_Prestest								
	-	,113	,375	,052	,010	,217	2,197	52	,033
	GH11_Postest								
Par 12	GH12_Prestest								
	-	,038	,338	,046	-,055	,131	,814	52	,419
	GH12_Postest								
Par 13	GHQ Global_Prestest								
	-	,830	2,867	,394	,040	1,620	2,108	52	,040
	GHQ Global_Postest								

- **Ítems GHQ-12.**

- ✓ **GHQ1.**

En el gráfico número 374, encontramos que la puntuación media ha disminuido después de la aplicación del Programa, pero no al no existir diferencias significativas no podemos afirmar a que sean debidas a nuestra intervención.

- ✓ **GHQ2.**

En este ítem la puntuación también ha bajado, pero no podemos demostrar que sea debido a nuestra intervención.

✓ **GHQ3.**

Una vez más, la media ha bajado en el *Postest*, pero al no existir diferencias significativas no podemos afirmar que nuestro Programa sea efectivo.

✓ **GHQ4.**

Vemos como en el *Pretest* la puntuación media era superior a la del *Postest*. Aún así, no es debido a nuestra intervención.

✓ **GHQ5.**

Acudiendo al gráfico vemos como las diferencias significativas existentes van en relación acorde a nuestra intención. En este caso, la aplicación de nuestro Programa ha sido efectiva.

✓ **GHQ6.**

En este ítem, el *Postest* presenta mayor puntuación al *Pretest*. Aunque existan diferencias significativas, la intervención no ha sido eficaz.

✓ **GHQ7.**

Al igual que ocurriera en casos anteriores, la disminución de la puntuación media es lo que esperábamos tras nuestra aplicación, pero al no existir diferencias significativas no podemos atribuir las a nuestra intervención.

✓ **GHQ8.**

Al encontrar diferencias significativas y haber disminuido la puntuación en el *Postest*, podemos afirmar que nuestro Programa ha sido eficaz.

✓ **GHQ9.**

Igualmente que en el ítem anterior, se demuestra que nuestra intervención es efectiva.

✓ **GHQ10.**

Aunque en el *Postest* encontramos una disminución de la media, no se atribuyen a nuestro Programa puesto que la Prueba T de muestras relacionadas ha demostrado que no existen diferencias significativas entre *Pretest* y *Postest*.

✓ **GHQ11.**

Como existen diferencias significativas y, dichas diferencias, van en concordancia a lo que esperábamos, diremos que nuestro Programas y su intervención han sido un éxito.

✓ **GHQ12.**

El *Postest* ha descendido tras la aplicación del Programa. Sin embargo, no existen diferencias significativas.

• **GHQ Global.**

Teniendo en cuenta el resultado global del *Cuestionario GHQ-12*, podemos decir que nuestro Programa es eficaz ya que al bajar notablemente las puntuaciones en el *Postest*, hemos conseguido reducir problemas de Salud Mental.

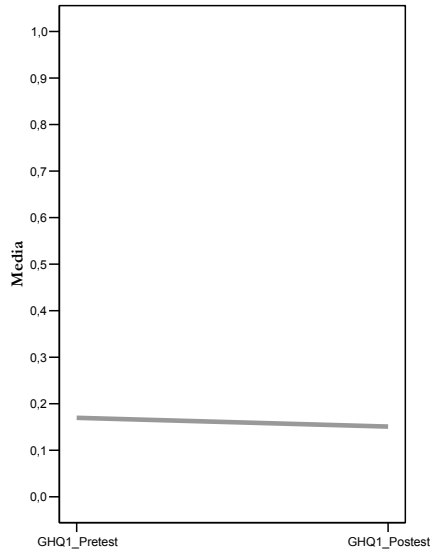


Figura 106. Gráfico de muestras relacionadas:
GHQ1.

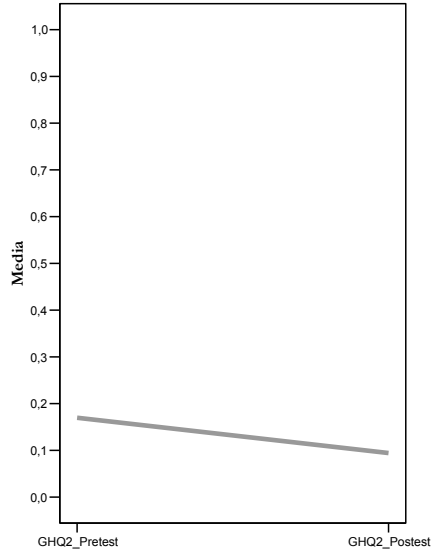


Figura 107. Gráfico de muestras relacionadas:
GHQ2.

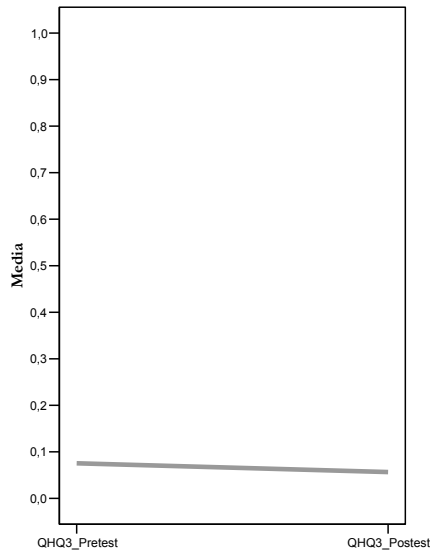


Figura 108. Gráfico de muestras relacionadas:
GHQ3.

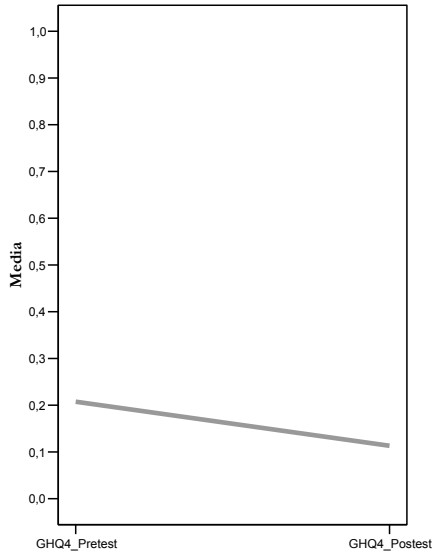


Figura 109. Gráfico de muestras relacionadas:
GHQ4.

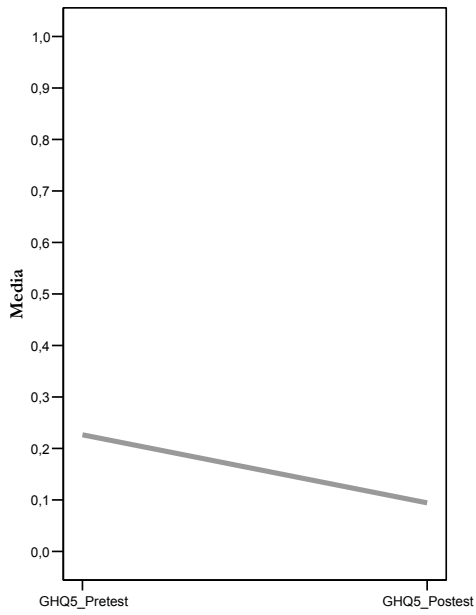


Figura 110. Gráfico de muestras relacionadas:
GHQ5.

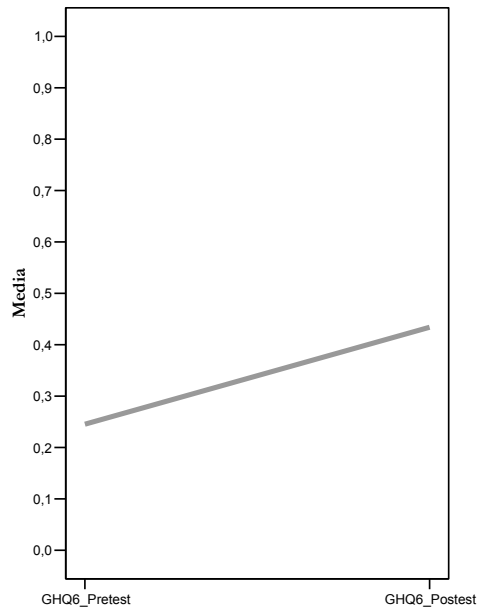


Figura 111. Gráfico de muestras relacionadas:
GHQ6.

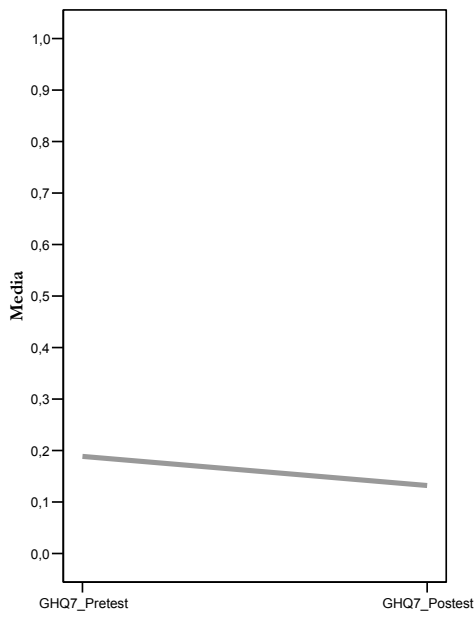


Figura 112. Gráfico de muestras relacionadas:
GHQ7.

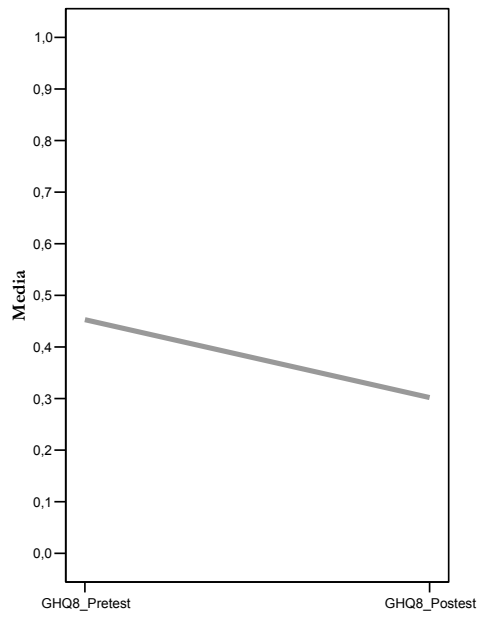


Figura 113. Gráfico de muestras relacionadas:
GHQ8.

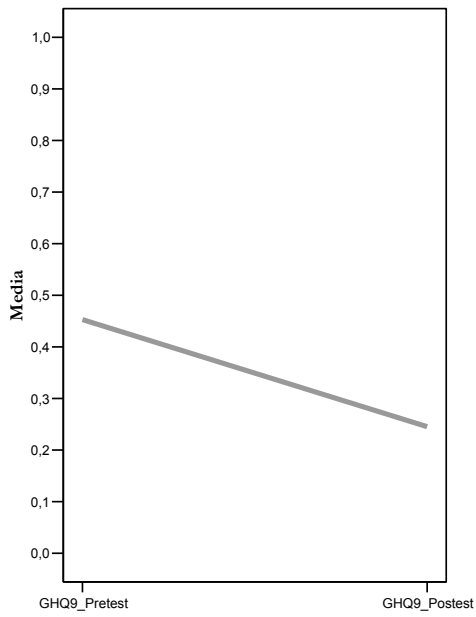


Figura 114. Gráfico de muestras relacionadas:
GHQ9.

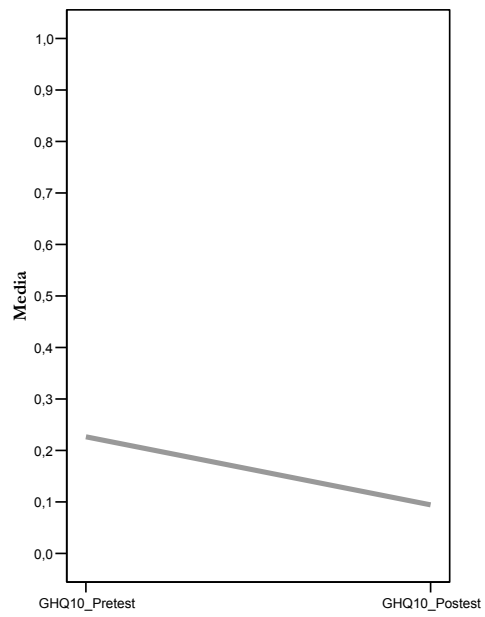


Figura 115. Gráfico de muestras relacionadas:
GHQ10.

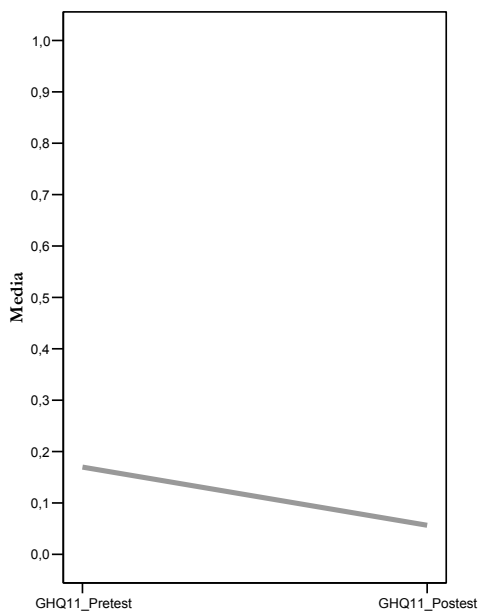


Figura 116. Gráfico de muestras relacionadas:
GHQ11.

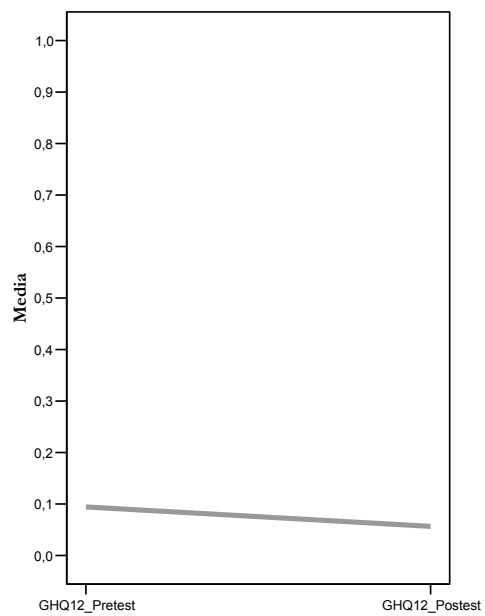


Figura 117. Gráfico de muestras relacionadas:
GHQ12.

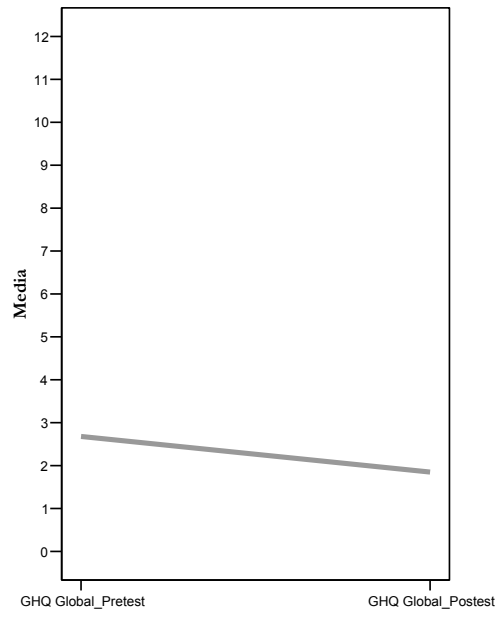


Figura 118. Gráfico de muestras relacionadas: GHQ Global.

10. Discusión de resultados

10.1. Análisis descriptivo

En cuanto a las variables más relevantes para nuestro estudio encontramos que la mayoría de la muestra está compuesta por mujeres, casi el 70% y el resto son hombres. Diversos estudios confirman que estamos ante una profesión en la que la mayoría son mujeres, por ejemplo en Extremadura, Rubio (2003) y Baigorri (2006), también encuentran que la mayoría de las docentes de Extremadura son mujeres.

Por su parte la antigua Consejería de Educación (actualmente de Educación y Empleo) de la Junta de Extremadura, publicó en 2012 datos que confirman también la mayoría del censo del profesorado extremeño es femenino, en concreto el 63%. El Ministerio de Educación confirma también estos datos, elevando esta cifra al 72,6% en 2014.

La edad media de la muestra está alrededor de los 39 años, algo menos de lo observado por Rubio (2003) con un promedio de 41 años; Baigorri (2006) que encontró un promedio de 46 años y Vilanueva et al. (2005) un promedio de 43,9 años.

Por último encontramos que los años de ejercicio docente encontramos un promedio de 11 años de experiencia docente, lo cual es menos de lo encontrado por Rubio (2003) que lo situaba en 16 años; y Baigorri (2006) que encontró un promedio de 20 años. Siendo por entonces los más veteranos del estado español.

Estamos por tanto ante una muestra de características similares en cuanto al Género, edad y la experiencia del colectivo tanto a nivel regional como nacional.

10.2. Análisis correlacional e inferencial postest

10.2.1. Variable Género

Con respecto a la variable de Género, solo encontramos relaciones estadísticamente significativas en Salud mental, o sea que nuestro programa hizo que las mujeres tendieran a mejorar su salud mental tras la aplicación. Son muchos los estudios recientes que muestran patrones distintos en salud mental para hombres y mujeres (Aznar et al., 2002; Bildt & Michélsen, 2002; Ghazi & Maringe, 2011; González, 2011; Kilbom, Messing & Thorbjörnsson, 1998; Klassen & Chiu, 2010; Li & Fung, 2013; Pena, Extremera, et al., 2012; Pena, Rey & Extremera, 2012).

En el ámbito nacional y en consonancia con nuestro estudio Aznar y Rodriguez (2002) con una muestra de 223 docentes en los que 155 eran mujeres, tampoco encontraron muchas relaciones del Género con variables del estrés docente.

Por su parte el estudio de Ramírez, Hernández, y Díaz (2008) encuentran que el estrés, junto a la salud física y la autoestima, son buenos predictores de salud mental en mujeres. Sin embargo, Montero et al. (2004) que en mujeres hay mayor tendencia a buscar ayuda por problemas de tipo psicológico.

Es conocido el estudio de Maslach (1982) en el cual señalaba que las mujeres experimentaban mayor cansancio emocional que los hombres, sin embargo otros autores (Schawab & Iwanicki, 1982; Gil-Monte & Peiró, 1997) encontraban mayor varianza en la despersonalización.

Lo cierto es que en el estudio del estrés la mayoría de autores no encuentra diferencias significativas con respecto a la variable de Género (Byne, 1999; Schawab e Iwanicki, 1982). Como se expuso en la fundamentación teórica hay modelos teóricos poco desarrollados que apuntan en otra dirección, pero todavía es pronto para poder extrapolar resultados (Taylor & cols. 2005; Contrada, 2011).

Es difícil encontrar programas de intervención especializados al Género, no obstante Hampel, Jahr y Backhaus (2008) encontraron que las mujeres respondieron mejor a un programa específico para afrontamiento del estrés y mantuvieron los resultados más tiempo.

10.2.2. Variable Edad

Para la variable de Edad se encontraron relaciones estadísticamente significativas para la percepción de fuentes de estrés en los estresores: carencias, valoración y adaptación, y en la respuesta vegetativa al estrés. Es decir que el programa de intervención hizo que la tendencia a estar afectado por estos estresores disminuyera y del mismo modo que la respuesta vegetativa al estrés.

La revisión de la literatura muestra resultados poco concluyentes e incluso contradictorios, (Herruzo & Moriana, 2004) en una amplia revisión sobre estas variables. Estos autores, revisan estudios encontrando que: Golembiewski, Munzenriper y Stevenson (1986) encontraron relaciones curvilíneas de la edad respecto al Burnout, al igual que Whitehead (1986), sin embargo Selzer y Numerof (1988), encontraron relaciones lineales y Hook (1988) no encontró relaciones.

Más concretamente en cuanto a la respuesta de estrés se presentan evidencias que señalan que los docentes más jóvenes experimentaban mayores niveles de estrés (Yagil, 1998), y mayores niveles de cansancio emocional y fatiga como señalan diversos estudios (Crane & Iwanicki, 1986; Schawb & Iwanicki, 1982a). Sin embargo, Malik, Mueller & Meinke (1991) no encontraban diferencias significativas respecto a la edad.

Con respecto a nuestro estudio se puede relacionar con el de Franco, Mañas, Cangas, Moreno, y Gallego (2010) pues del mismo modo consiguieron mejorar las relaciones de varios indicadores de malestar relacionados con el estrés docente en una muestra de 68 docentes en un diseño cuasi-experimental.

10.2.3. Variable Años trabajados

Por último la variable de años trabajados se muestra relacionada de forma significativa con las fuentes de estrés de Alumnado y Mejoras, lo cual significa que nuestro programa parece haber influido en la percepción que los docentes tienen de esas dos fuentes de estrés. Autores como Van Ginkel (1987) y Borg y Falzon (1989) informaban que los docentes con

mayor experiencia, que llevaban más de veinte años en la profesión, tenían una respuesta de estrés mayor.

Por otro lado, Flores y Fernandez-Castro (2004) en una muestra de 165 profesores, de los cuales 86 eran mujeres no encontraron diferencias significativas en función de la experiencia y la edad en contraste con otros estudios anteriores que si encontraron diferencias significativas relacionadas con los años trabajados (Fernández, 1995; Travers & Cooper 1993; Fernandez-Castro et al, 1994). Sus conclusiones apuntan a que es arriesgado que se puedan generalizar fases homogéneas para grupos docentes con experiencia similar, ya que de alguna manera se negaría la evolución profesional y personal del docente.

10.3. Análisis pretest-postest

A partir de los resultados obtenidos en función de los objetivos propuestos, se pasa a exponer a continuación las conclusiones en cuanto a la eficacia del programa cognitivo-conductual.

10.3.1. Fuentes de estrés en los profesores

Se puede afirmar que en lo referente a las fuentes de estrés en los profesores, el programa ha sido eficaz en diversas fuentes de estrés, en concreto en supervisión, carencias, alumnado, adaptación y mejores. Es decir, nuestra intervención disminuyó la percepción subjetiva de los docentes de los niveles de como la supervisión de la estructura jerárquica que pueden afectar su práctica profesional, las carencias para el desarrollo del trabajo, el alumnado como fuente

de estrés; y mejoró la adaptación a los cambios, aumentó la percepción de valoración del trabajo por parte de los demás y de las mejoras profesionales.

Este mismo resultado se encuentra en estudios similares como el de Tsang et al (2015), con una muestra de 47 profesores de Primaria y un programa similar al nuestro, consiguen también reducir las fuentes de estrés. De la misma manera Gold et al (2010) también logra disminuir el estrés en un grupo de maestros de Primaria.

Una investigación de Granath et al (2006) en una muestra de 35 personas, de las cuales 27 eran mujeres, encontró que un programa de intervención cognitivo-conductual, en comparación de uno basado en prácticas de yoga, reducía, entre otros aspectos, la percepción de las fuentes de estrés. En una extensa revisión sobre la aplicación de programas de TCC al estrés laboral (Mok, Chau, Chan & Ip, 2014) encuentra que este efecto es uno de los más comunes, ya sea mediante autoinformes o pruebas como la Escala de Estrés Percibido (PSS). En otra amplia revisión sobre el tema Brown y Venable (2008) encuentran también que este efecto es común.

10.3.2. Respuesta de estrés

En cuanto a las pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual antes situaciones percibidas como estresantes, es decir el rasgo estable de estrés, si bien el programa produjo cambios y disminuyó las puntuaciones, estas diferencias no fueron significativas. Por lo que el programa no ha logrado reducir las respuestas estables de estrés, es decir las variables propias del individuo que condicionan su respuesta a situaciones estresantes, ni en sus componentes ni a nivel global. Podemos hipotetizar que no se produce

un cambio significativo al tratarse de algo muy interiorizado y quizás un programa de las características del nuestro no es suficiente para producir un cambio tan profundo a no ser que vaya acompañado de un tratamiento individual. Monterrey, Gonzalez y de las Cuevas (1990), plantean que el IRE no es un rasgo y que la reactividad al estrés es un estado influido por el Género, en nuestro caso no influyó en Género, pero si la edad. Quizás hay que profundizar más en la naturaleza de este instrumento, ya que se suele usar más en estudios de tipo descriptivo e inferencial, por lo que no está claro que la respuesta de estrés tipo rasgo se vea influida por intervenciones.

10.3.3. Expectativas de control

En cuanto a las expectativas de control nuevamente observamos que si bien se ha dado una disminución en los tres tipos de expectativas de control, no podemos afirmar que se hayan producido por efecto de nuestro programa. Así observamos una disminución en la Expectativa de Locus de control, es decir la expectativa que tiene la persona de en qué medida los acontecimientos tiene que ver con sus acciones o son debidos a la suerte, sin embargo la disminución en la media no es estadísticamente significativa. Eso mismo vemos en la expectativa de autoeficacia, por lo que no podemos afirmar que nuestro programa de actuación haya cambiado el juicio de la persona sobre sus propias capacidades. Son diversos los estudios que confirman que el Locus de control interno se relaciona positivamente con una menor incidencia y un mejor afrontamiento del estrés, así por ejemplo Kyriacou y Sutcliffe (2011) encontraron claras relaciones entre el estrés ocupacional de los profesores y un locus de control externo, siendo esta la tendencia encontrada en prácticamente toda la literatura revisada (Bollini et al., 2004; McIntyre, 2011; Vig, 2012; Visdómine, 2004) e incluso en un meta-análisis (Ng, Sorensen & Eby, 2006). No obstante cabe decir que no se han encontrado

estudios experimentales que lo traten como variable, predominando los de naturaleza descriptiva e inferencial.

Por último, encontramos una disminución en la expectativa de éxito, es decir observamos cambios en la estimación que los docentes hacen en qué grado van a conseguir sus metas u objetivos, sin embargo no encontramos que este cambio sea significativo, por lo que no podemos atribuirlo a los efectos del programa cognitivo-conductual.

10.3.4. Conducta asertiva

Los efectos sobre la conducta asertiva son más complejos, ya que encontramos un aumento en la media de la puntuación de ansiedad registrada ante situaciones sociales, pero esta diferencia no es significativa, es decir que aunque se observa una mayor ansiedad ante situaciones sociales, esta no se debe a los efectos de nuestra intervención. Sin embargo encontramos que el tratamiento sí ha tenido efecto en el componente conductual de la asertividad, es decir nuestro tratamiento hace que la muestra aumente de forma significativa la probabilidad de emitir conductas asertivas ante situaciones sociales.

Otros estudios similares basados en programas de intervención cognitivo-conductuales como el de Legeron (1993) y el de Vera-Villaroel, Valenzuela, Abarca, y Ramos (2005) consiguieron cambios significativos en la conducta asertiva en un estudio con profesores de Secundaria muy similar al nuestro, aunque con mayor énfasis en las técnicas conductuales. Por su parte Troutman, Burke, y Beeler (2011) encuentran cambios positivos en la asertividad y en la autoeficacia en mujeres. De la misma, Hirokawa, Taniguchi, Tsuchiya, y Kawakami

(2012) consiguieron resultados sobre la asertividad en un programa cognitivo-conductual de estrés de estructura similar.

10.3.5. Salud Mental

En cuanto a la mejora de la salud mental podemos afirmar que nuestro programa ha tenido un efecto de mejora sobre la salud general del grupo, ya que las puntuaciones globales disminuyeron de forma significativa tras la aplicación del programa cognitivo-conductual. En cuanto a los distintos componentes de la salud mental vemos que nuestro programa ha sido efectivo en cuatro de los doce componentes.

Estos resultados se dan en otros estudios basados en programas de naturaleza cognitivo-conductual en profesores (Ruths et al., 2013; Sheikhiyani & Fakouri, 2012) por tanto, parece que la mejora de la salud mental es un efecto común ante la aplicación de este tipo de programas en el colectivo docente. Ruths et al. (2013), consiguen mejoras en salud mental con un programa similar y el mismo instrumento de medida. Por su parte Salami (2017) y Sheikhiyani y Fakouri (2012), también logran mejoras en esta variable tras aplicar programas cognitivo-conductuales muy similares al nuestro. La efectividad de este tipo de programas para la mejora de la salud mental es revisada en profundidad por Gardner, Rose, Mason, Tyler, y Cushway (2005) quienes vinculan los buenos resultados a las similitudes conceptuales entre los modelos de la TCC y los modelos transaccionales del estrés.

A nivel general podemos concluir que nuestro programa de intervención aplicado a nuestro estudio ha tenido mejores efectos sobre indicadores más generales. En consecuencia,

ha disminuido la incidencia de la percepción negativa de diversas fuentes de estrés, ha mejorado la aparición de conductas asertivas y ha hecho que aumente la salud mental del grupo participante. Como ya hemos explicado, se puede intuir un patrón relacionado con la asertividad, incluso en extremos como algunas de las actitudes disfuncionales relacionadas con la relación con los demás y su influencia en nuestro comportamiento y viceversa.

Por tanto podemos concluir que el programa de intervención cognitivo-conductual ha mejorado la salud mental del profesorado, sus conductas de asertividad y la percepción subjetiva que se tiene de ciertos estresores relacionados con la profesión docente.

11. Confirmación de hipótesis

H1. Existen diferencias en la percepción de fuentes de estrés y la reactividad al estrés en los docentes según el Género

Esta hipótesis no se confirma, pues no se encontraron diferencias significativas en función del Género en la percepción de las fuentes de estrés reflejadas en la Escala de Fuentes de estrés en profesores. De la misma forma no se encontraron relaciones estadísticamente significativas en relación al Índice de reactividad al estrés.

H2. Existen diferencias en las expectativas de control y la salud mental en función del Género

Esta hipótesis se confirma parcialmente, ya que si bien no se encontraron diferencias significativas en las expectativas de control, sí que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación global y el indicador el cuestionario GHQ-12.

H3. La edad se relaciona con la percepción, la reactividad al estrés y las expectativas de control

Esta hipótesis se confirma parcialmente, ya que si bien no se obtuvieron relaciones significativas en relación las expectativas de control, sí que se encontraron relaciones significativas de la Edad con las fuentes de estrés de Carencias, Valoración y Adaptación y con la escala de emoción del Índice de reactividad al estrés.

H4. Los años trabajados se relacionan con la percepción, la reactividad al estrés y las expectativas de control

Esta hipótesis se confirma parcialmente, ya que si bien no se encuentran relaciones significativas en relación a la percepción y las expectativas de control, sí que se encuentran asociaciones con dos de las fuentes de estrés, en concreto con la de Alumnado y el de Mejoras.

H5. Los años trabajados se relacionan con la salud mental, las actitudes disfuncionales y los estilos de afrontamiento

Esta hipótesis no se confirma al no encontrarse relaciones significativas en ninguna de las tres pruebas, por lo que podemos afirmar que no existe relación entre la experiencia y la salud mental, las actitudes disfuncionales y los estilos de afrontamiento.

H6. La implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual supone una mejora en la salud mental del profesorado

Se confirma esta hipótesis, ya que la prueba t para muestras relacionadas muestra que en el análisis Pretest-Posttest se dan diferencias significativas en la mayoría de ítems de la prueba y en el indicador global.

H7. La implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual supone una mejora en la percepción subjetiva de los niveles de estrés de los docentes

Se confirma la hipótesis, ya que se encuentran diferencias estadísticamente significativas en seis de las siete fuentes de estrés de la Escala de fuentes de estrés en profesores. Podemos afirmar que el programa de intervención cognitivo-conductual mejora la percepción subjetiva del estrés de los docentes.

H8. La implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual mejora la respuesta de asertividad del profesorado

Se confirma la hipótesis, ya que se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala de Respuesta de Cuestionario de Aserción. Por consiguiente, se puede afirmar que el programa de intervención mejora la respuesta asertiva del profesorado.

12. Conclusiones

Revisados los resultados, la primera conclusión a la que podemos llegar es que en función de dichos resultados, nuestro programa de intervención ha resultado eficaz para producir una mejoría significativa en la calidad de vida del profesorado. Esta afirmación se fundamenta en los cambios significativos experimentados en la mejora de la percepción de los estresores, el aumento de conductas asertivas y la mejora en las puntuaciones en salud mental.

No es difícil destacar algunas aportaciones y ventajas de un programa de intervención cognitivo-conductual en el ámbito del estrés docente. Podemos afirmar que:

- Ha mejorado la salud mental del profesorado
- Ha mejorado la percepción sobre algunos estresores
- Hay una mejora de conductas asertivas
- Hay un ahorro en gasto farmacéutico
- No hemos encontrado contraindicaciones
- Este tipo de intervenciones no presenta efectos secundarios
- Tiene probada eficacia en sintomatología ansiosa y depresiva

En este estudio ha quedado demostrado que el personal docente está dispuesto a tratar su estrés y aprender estrategias de afrontamiento. Así a este programa de intervención han acudido profesores con diferentes niveles de estrés, de diferentes edades y con distinta experiencia profesional, dispuestos a mejorar su afrontamiento del estrés y aprender a prevenirlo.

El programa de intervención que hemos desarrollado y aplicado es bastante sencillo y de fácil aplicación, por tanto se presta a ser utilizado por distintos recursos relacionados con el profesorado como los CPR, los propios centros o por que no los ayuntamientos y las universidades populares. Hemos usado la psicoeducación como punto de partida, eligiendo el resto de componentes en base al apoyo empírico de estudios anteriores. Así, durante las sesiones se enseñaron las técnicas necesarias para dotar a los docentes de alternativas de respuesta para modificar conductas y pensamientos inadecuados

Podemos afirmar que la fase de psicoeducación ha sido un punto importante, ya que sirvió para aclarar las dudas existentes sobre el proceso de estrés, lo que a su vez ha contribuido a disminuir la incertidumbre que puedan generar factores como:

- El desconocimiento del proceso de estrés y burnout
- El desconocimiento de alternativas terapéuticas al tratamiento farmacológico
- La ignorancia de sintomatología física asociada al estrés crónico
- Los cambios en el ámbito más cercano del docente debidos al estrés cronificado, ya sean a nivel familiar o relacional

Es conocido que siempre es deseable que una intervención sea eficaz, efectiva y eficiente o en otras palabras que se den los efectos esperados tanto en las condiciones controladas y en la práctica al mínimo coste y un resultado máximo (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Ferro & Vives, 2004).

Queremos también destacar que el programa de intervención que hemos llevado a cabo se ha mostrado eficaz con respecto a alguno de los objetivos más importantes de la

investigación, esto es, el aumento de la salud mental y de las conductas asertivas y la mejora en la percepción de algunos estresores en otras palabras se ha ayudado a mejorar la calidad de vida de los docentes. Esto se ha llevado a cabo en un ambiente muy relacionado con la práctica docente y con recursos muy cercanos, como son los CPR, es decir sitios conocidos y frecuentados por los docentes. Cabe hablar también de que todo el proceso ha supuesto un coste económico mínimo tanto para los participantes, en comparación por ejemplo al tratamiento farmacológico, como para los CPR. Citar también que al usarse el formato grupal se ha conseguido que el programa se aplicase a un buen número de docentes en un tiempo corto

Una de las implicaciones de este estudio, a nivel clínico y práctico, ya que como hemos indicado se ha abordado el estrés docente de forma que no hay efectos secundarios al no usar medicación. Además, al mismo tiempo más allá del estrés y sus manifestaciones se ha informado y enseñado al profesorado y paralelamente que se le han dado alternativas de respuesta para la prevención de síntomas tanto presentes como de potencial aparición al estar muy vinculado con la práctica docente. Como hemos expuesto en la fundamentación teórica de este trabajo, la terapia cognitivo-conductual tiene un amplio apoyo en su aplicación al diversos problemas relacionados con la conducta de enfermedad.

Aunque sería necesaria la realización de un análisis exhaustivo de costes y beneficios, se puede afirmar que dado lo fácil que ha sido aplicar el programa y sus resultados y si se plantease la aplicación este tipo de programas con una mayor frecuencia y a una mayor población se daría un importante ahorro a distintos niveles. Por un lado ahorro farmacológico, tanto para la administración como para los propios docentes; y por otro ahorro en bajas

laborales, las cuales hemos visto están muy relacionadas con el estrés. Por otro lado se puede fomentar una cultura de la prevención y afrontamiento del estrés por parte del profesorado, lo cual llevaría a una menor incidencia de las enfermedades relacionadas.

Por tanto, este programa, y el proyecto más amplio en el que se desarrolló, no sólo tiene relevancia asistencial, sino que también la tiene desde un punto de vista educativo y preventivo. Como hemos indicado la Consejería de Educación del Junta de Extremadura podría estimular la implementación de estos programas en algunos de recursos comentados, como los propios centros, los CPR, los ayuntamientos y las universidades populares.

Cabe mencionar el éxito que el programa tuvo en algunas localidades como Almendralejo, en la cual se tuvieron que realizar dos ediciones del taller. Esto muestra el interés que hay entre la población docente y el potencial de desarrollo de este tipo de experiencias formativas que van más allá de lo profesional

Llegados a este punto no resulta exagerado afirmar que el programa cognitivo-conductual de intervención en el estrés docente ha funcionado a dos niveles distintos, por un lado ha supuesto un novedoso formato de investigación en la región y por otro ha tenido una importante labor terapéutica.

12.1.1. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

En peimer lugar, cabe destacar es el escaso número de trabajos publicados, tanto a nivel internacional como en el ámbito nacional, de estudios sobre la eficacia de este tipo de

programas en el ámbito del estrés docente. Así es fácil encontrar estudios sobre problemáticas asociadas al estrés, pero no sobre todo el proceso. Por tanto, hay escasa evidencia sobre el efecto que los programas multicomponente basados en la TCC tienen sobre el estrés docente. Resultaría por tanto necesario llevar a cabo más estudios controlados de esta naturaleza.

En segundo lugar, no encontramos muchos estudios que comparen este tipo de tratamientos con otros, ya sean de naturaleza psicológica o de otro tipo. Si encontramos un aumento considerable de programas de tratamiento basados en terapias de tipo alternativo sin estudios que avalen su eficacia

Una de las limitaciones encontradas en el estudio, ha sido el tamaño de la muestra, hubiera sido deseable una muestra mayor, por lo que de cara a futuros trabajos se intentará contar con muestras mayores. En el cuestionario *BEEGC-20* nos encontramos con pérdidas en algunos ítems, por lo que de cara a futuros estudios habrá que sensibilizar sobre la importancia que tiene el cuestionario en su totalidad.

Otra limitación importante ha sido lo poco equilibrada que estaba la muestra en cuanto al Género, ya que la mayoría eran mujeres. De cara a futuros estudios es importante controlar mejor esta variable.

Por otro lado, para depurar el proceso de reproducir la investigación sería interesante garantizar el control de variables extrañas a fin de fortalecer las garantías de los resultados encontrados.

Desde un punto de vista más práctico, para mejorar la validez interna y la propia práctica clínica, sería adecuado incluir en el proceso sesiones de seguimiento, a fin de repasar y comprobar el aprendizaje durante el programa y se discutan y analicen las dificultades o problemas que se hayan encontrado los participantes a la hora de aplicar las técnicas y estrategias. Ya que si se piensa bien, se trata de mucha información y en algunos casos se están pidiendo objetivos tan ambiciosos, en el caso de las técnicas de reestructuración cognitiva, como cambiar la forma de pensar.

Con respecto a futuras líneas de investigación sería interesante profundizar en el estudio de buenas variables predictivas tanto de buena como de mala salud mental, a fin de poder desarrollar programas de prevención e intervención más sólidos e identificar factores protectores frente a la mala salud mental.

Como hemos indicado el programa ha resultado eficaz, pues ha mejorado la situación inicial de los profesores participantes, sin embargo es necesario valorar la eficacia diferencial de los componentes del programa de tratamiento en futuras investigaciones. Sirva de ejemplo la relajación, la cual se introduce en este tipo de estudios y no se suele valorar de forma específica. Así, hay estudios que muestran la falta de asociación existente entre la práctica de la relajación y las mejoras físicas y psicológicas (Hassett & Gevirtz, 2009; Thieme & Gracely, 2009). Por tanto, se hace necesaria la planificación de estudios clínicos controlados que determinen tanto la eficacia de la relajación como de los procedimientos y las combinaciones más efectivas para la intervención en el estrés docente.

En consecuencia, sería un gran logro determinar el efecto diferencial de cada componente del programa de intervención para así optimizarlo e incluir aquellos más

efectivos en la planificación. En la fundamentación se ha expuesto la naturaleza heterogénea del fenómeno del estrés, no sólo en su conceptualización, sino también en las particularidades de respuesta que se presentan en función de variables como el Género, la edad o la experiencia laboral. Por tanto, adaptar las estrategias más eficaces del programa a las características específicas de cada subgrupo, daría lugar a un planteamiento más adecuado y seguramente más eficaz, efectivo y eficiente.

Desde un punto de vista clínico, sería interesante incluir un grupo placebo, que pasaría el programa más adelante, que permitiera poder investigar y controlar los efectos inespecíficos del tratamiento, como puedan ser las expectativas del terapeuta. Esto sin duda supondría una mejora metodológica de cara a futuras investigaciones, mejorando sin duda el rigor científico de las mismas.

Otra línea de investigación puede ser la del estudio de factores protectores que puedan ser enseñados, es decir estudiar qué factores predicen una mejor salud mental del profesorado y ver si estos pueden ser transmitidos mediante la enseñanza de habilidades.

Cómo se ha señalado anteriormente, en la mala salud del profesorado influyen factores relacionados con tempranas expectativas distorsionadas sobre el puesto de trabajo. La identificación de estas actitudes disfuncionales y su tratamiento puede ser otra línea de investigación a tener en cuenta, especialmente por el beneficio que la corrección de estas conlleva para la regulación emocional y la mejora del estado de salud general (Garrosa et al., 2010; Garrosa et al., 2008; Philipp & Schüpbach, 2013)

REFERENCIAS

- Aboussafy, D., Campbell, T. S., Lavoie, K., Aboud, F. E. & Ditto, B. (2005). Airflow and autonomic responses to stress and relaxation in asthma: the impact of stressor type. *Int J Psychophysiol*, 57(3), 195-201. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2005.02.004
- Aguayo, F. & Lama, J. (1996). Estrés ocupacional: una perspectiva ergonómica y su protección en el diseño organizacional. *Mapfre Seguridad*, 62, 21-31.
- Agulló, E., Boada, J. & Diego, R. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131.
- Aldrete, M. G., Aranda, C., Valencia, S. & Salazar, J. G. (2011). Satisfacción laboral y síndrome burnout en docentes de secundaria. *Revista Educación y Desarrollo*, 17, 15-22.
- Alkjaer, T., Pilegaard, M., Bakke, M. & Jensen, B. R. (2005). Effect of aging on performance, muscle activation and perceived stress during mentally demanding computer tasks. *Scand J Work Environ Health*, 31(2), 152-159.
- Álvaro, J., Torregrosa, J. R. & Luque, A. G. (1992). *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*: Siglo Veintiuno Editores.
- Amiel, R., y Lebigre, F. (1970). L'évolution de la relation enseignant-enseigné. *Paris: Ligue Française d'Hygiène Mentale*.
- Anastasiou, S. & Papakonstantinou, G. (2014). Factors affecting job satisfaction, stress and work performance of secondary education teachers in Epirus, NW Greece. *International Journal of Management in Education*, 8(1), 37-33.
- Anderson, C. A. & Arnoult, L. H. (1989). An examination of perceived control, humor, irrational beliefs, and positive stress as moderators of the relation between negative stress and health. *Basic and Applied Social Psychology*, 10(2), 101-117.
- Antoniou, A.-S., Ploumpi, A. & Ntalla, M. (2013). Occupational Stress and Professional Burnout in Teachers of Primary and Secondary Education: The Role of Coping Strategies. *Psychology*, 4(3A), 349-355.
- Arias, F. & Gonzalez, M. (2009). Estrés, Agotamiento Profesional (burnout) y Salud en Profesores de Acuerdo a su Tipo de Contrato. *Reinserción Laboral*, 11(31), 172-176.
- Arking, R. (2006). *Biology of aging: observations and principles* (Vol. 7): Oxford University Press: New York.
- Arocena, F. A. L., Ceballos, J. C. M. & Claudia, L. (2011). Factores afectivos y de personalidad como antecedentes del bienestar laboral en profesores españoles y mexicanos. *Pensamiento psicológico*, 9(16), 11-26
- Augusto, J. M., López, E. & Pulido, M. (2011). Inteligencia Emocional Percibida y estrategias de afrontamiento al estrés en profesores de enseñanza primaria: propuesta de un modelo explicativo con ecuaciones estructurales (SEM) Perceived emotional intelligence and stress coping strategies in primary school teachers: Proposal for an explanatory model with structural equation modelling (SEM). *Revista de Psicología Social*, 26(3), 413-425.
- Awa, W. L., Plaumann, M. & Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns*, 78(2), 184-190. doi: 10.1016/j.pec.2009.04.008
- Ayuso, J. A. (2006). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39(3), 4-18.
- Aznar, M., Rodríguez, M., José, M. & Aznar, M. (2002). Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 451-465.

- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1993). *SuCCsful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (Vol. 4). New York: Cambridge University Press.
- Ballester, R. (1998). *Salud y Psicología de la Salud*. Barcelona: Ariel.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation by thought and action*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1(2), 77-98.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol*, 44(9), 1175-1184.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in physiological functioning. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 355-394). Washington, DC: Hemisphere. .
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*: Wiley Online Library.
- Bandura, A. (1995). Comments on the crusade against the causal efficacy of human thought. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(3), 179-190.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*: Worth Publishers.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. *Handbook of personality: Theory and research*, 154-196.
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M. & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Dev*, 74(3), 769-782.
- Bandura, A. & McClelland, D. C. (1977). *Social learning theory*. NJ: Prentice-Hall
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. & Alford, B. (1967). *Depression: Causes and treatment*: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beckley, J. (2011). *The wellbeing of New Zealand teachers: the relationship between health, stress, job demands and teacher efficacy*: a thesis presented for the partial fulfilment for the requirements of Master of Educational Psychology at Massey University, Albany, New Zealand.
- Belcastro, P. & Gold, R. (2009). Teacher stress and burnout: implications for school health personnel. *Journal of school health*, 53(7), 404-407.
- Belser, R. C. (1983). Psychophysiological coping-response specificity. *Dissertation Abstracts International*, 44(5-B), 1631-1632.
- Benmansour, N. (1998). Job Satisfaction, Stress and Coping Strategies among Moroccan High School Teachers. *Mediterranean Journal of Educational Studies*, 3(1), 13-33.
- Berkley, K. J. (1992). Vive la difference! *Trends Neurosci*, 15(9), 331-332.
- Bermejo, L. (2007). Variables cognitivas mediadoras en el malestar docente. *Mapfre medicina*, 18(1), 4-7.
- Bermúdez, J. (1994). Psicología de la personalidad: área de estudio y teoría. *Psicología de la personalidad*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, Ed. Universitaria.
- Betoret, F. (2009). Self-efficacy, school resources, job stressors and burnout among Spanish primary and secondary school teachers: a structural equation approach. *Educational Psychology*, 29(1), 45-68.

- Betoret, F. D. (2006). Stressors, self-efficacy, coping resources, and burnout among secondary school teachers in Spain. *Educational Psychology, 26*(4), 519-539.
- Bildt, C. & Michelsen, H. (2002). Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a 4-year follow-up. *Int Arch Occup Environ Health, 75*(4), 252-258. doi: 10.1007/s00420-001-0299-8
- Birdi, K., Allan, C. & Warr, P. (1997). Correlates and perceived outcomes of four types of employee development activity. *J Appl Psychol, 82*(6), 845-857.
- Birdi, K., Warr, P. & Oswald, A. (1995). Age Differences in Three Components of Employee Well-being. *Applied Psychology, 44*(4), 345-373. doi: 10.1111/j.1464-0597.1995.tb01085.x
- Birren, J. E. & Birren, B. A. (1990). The concepts, models, and history of the psychology of aging. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Ed.) (Ed.), *Handbook of the psychology of aging* : (pp. 3-18). San Diego: Academic Press.
- Bollini, A. M., Walker, E. F., Hamann, S. & Kestler, L. (2004). The influence of perceived control and locus of control on the cortisol and subjective responses to stress. *Biol Psychol, 67*(3), 245-260. doi: 10.1016/j.biopsycho.2003.11.002
- Bones, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. & Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema, 22*(3), 389-395.
- Borg, M. & Riding, R. (1991). Towards a model for the determinants of occupational stress among schoolteachers. *European Journal of Psychology of Education, 6*(4), 355-373.
- Borges, S. C. M. L. (2012). *Satisfacción en el trabajo y salud mental en docentes de enseñanza superior de Coimbra*.
- Bosch, J., de Geus, J., Veerman, C., Hoogstraten, J. & Nieuw Amerongen, A. (2003). Innate Secretary Immunity in Response to Laboratory Stressors That Evoke Distinct Patterns of Cardiac Autonomic Activity. *Psychosomatic medicine, 65*(2), 245-258.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am J Public Health, 88*(1), 68-74.
- Bravo, M., Peiró, J., Rodríguez, I. & Prieto, F. (1996). *Satisfacción laboral* (Vol. 2). Madrid: Síntesis.
- Brenner, S. O., Sörbom, D. & Wallius, E. (2011). The stress chain: A longitudinal confirmatory study of teacher stress, coping and social support. *Journal of occupational Psychology, 58*(1), 1-13.
- Brígido, M., Caballero, A., Bermejo, M. & Mellado, V. (2009). Las emociones sobre la enseñanza y aprendizaje de las ciencias en estudiantes de Maestro de Primaria. *REME, 11*(31). <http://reme.uji.es/articulos/numero31/article11/texto.html>
- Broadbent, S. (1973). Teachers' Mental Health: Whose Responsibility? *Phi Delta Kappan, 55*(4), 268-269.
- Brouwers, A., Tomic, W. & Boluijt, H. (2011). Job demands, job control, social support and self-efficacy beliefs as determinants of burnout among physical education teachers.
- Brown, J. L. & Vanable, P. A. (2008). Cognitive-behavioral stress management interventions for persons living with HIV: a review and critique of the literature. *Annals of Behavioral Medicine, 35*(1), 26-40.
- Brundtland, G. (2002). La OMS alerta de la insatisfacción profesional en la enfermería.(en línea). *Archivos de noticias doyma (consultado: 8 de agosto 2013) disponible en: http://db.Doyma.es*
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T. & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol, 66*(5), 862-866.

- Buendía, J. & Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*: Ediciones Pirámide.
- Buendía, J. & Riquelme, A. (1995). Burnout, factores de estrés y locus de control en un grupo de vigilantes de instituciones penitenciarias. *Ansiedad y estrés*(1), 195-204.
- Burg, M. M., Graeber, B., Vashist, A., Collins, D., Earley, C., Liu, J., . . . Soufer, R. (2009). Noninvasive detection of risk for emotion-provoked myocardial ischemia. *Psychosom Med*, 71(1), 14-20. doi: 10.1097/PSY.0b013e318187c035
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, 26(1), 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Buunk, J., De Jonge, B., Ybema, J. F. & De Wolff, C. J. (2000). Psychosocial aspects of occupational stress. *Work psychology*, 2, 145.
- Byrne, B. M. (1991). Burnout: Investigating the impact of background variables for elementary, intermediate, secondary, and university educators. *Teaching and Teacher Education*, 7(2), 197-209.
- Byrne, B. M. (1994). Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *American Educational Research Journal*, 31(3), 645-673.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos V. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicoticos* (Vol. 1): Siglo XXI de España Editores.
- Cacioppo, J. T. (2007). Psychology is a hub science. *Observer*, 20(8), 5 & 42.
- Calvete, E. & Villa, A. (1997). Programa “Deusto 14-16”: II. Evaluación e intervención en el estrés docente: Bilbao: Mensajero.
- Calvete, E. & Villa, A. (1999). Estrés y burnout docente: influencia de variables cognitivas. *Revista de Educación*(319), 291-303.
- Cannon, W. (1929). The sympathetic division of the autonomic system in relation to homeostasis. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 22(2), 282-294.
- Cantera, F. (2005). Evaluación de la satisfacción laboral: métodos directos e indirectos. *Barcelona: Gabinete Técnico Provincial Cantabria*.
- Cañero, F. D. C. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20(3), 5.
- Capel, S. A. (1992). Stress and burnout in teachers. *European Journal of Teacher Education*, 15(3), 197-211.
- Caplan, R., Cobb, S., French Jr, J. R., Harrison, R. v. & Pinneau Jr, S. R. (1975). Job demands and worker health: Main effects and occupational differences.
- Carrillo, F. (2012). El papel de la regulación emocional, el Flow y la voluntad de los procesos y las consecuencias del estrés de un colectivo docente. *ISEP Science*(2), 82-95.
- Carrobes, J. (1996). Estrés y trastornos psicofisiológicos. In Caballo, V., Buela-Casal, G. & Carrobes, J. (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Vol. 2). Madrid: Siglo XXI.
- Carton, A. & Fruchart, E. (2013). Sources of stress, coping strategies, emotional experience: effects of the level of experience in primary school teachers in France. *Educational Review*(ahead-of-print), 1-18.
- Carver, C. S. & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annu Rev Psychol*, 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C. S. & Vargas, S. (2011). Stress, coping and health. *The Oxford Handbook of Health Psychology*, 162.
- Cladellas, R. & Castelló, A. (2011). Percepción del estado de salud y estrés, de profesorado universitario, en relación con la franja horaria de docencia. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(1), 217-240.

- Clark, A., Oswald, A. & Warr, P. (1996). Is job satisfaction U-shaped in age? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69(1), 57-81.
- Cohen, S., Kessler, R. & Gordon, L. (1997). *Measuring stress: a guide for health and social scientists* New York: Oxford University Press.
- Conesa, P. (1991). *Locus de control y causas de satisfacción e insatisfacción en estudiantes universitarios*. Editorial Universidad Complutense de Madrid. Tesis de Doctorado del Departamento de Psicología Diferencial y Psicología del Trabajo.
- Contrada, R. (2011). Stress, adaptation and health. *The handbook of stress science: Biology, psychology and health*, 1-10.
- Contrada, R. J., Ashmore, R. D., Gary, M. L., Coups, E., Egeth, J. D., Sewell, A., . . . Chasse, V. (2000). Ethnicity-related sources of stress and their effects on well-being. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 136-139.
- Cooper, C. (1983). *Stress research: Issues for the eighties*. New York: Wiley.
- Cooper, C., Dewe, P. J. & O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*: Sage.
- Cooper, C. L. & Dewe, P. J. (2008). *Stress: A brief history*: John Wiley & Sons.
- Cooper, C. L. & Kelly, M. (1993). Occupational stress in head teachers: a national UK study. *British Journal of Educational Psychology*, 63(1), 130-143.
- Cornejo, R. (2008). Salud laboral docente y condiciones de trabajo: Docencia.
- Cox, S. & Heames, R. (2000). *Cómo enfrentar el malestar docente: Estrategias e ideas prácticas para los tutores y sus alumnos*. Barcelona: Octaedro.
- Cox, T. (1987). Stress, coping and problem solving. *Work & Stress*, 1(1), 5-14.
- Cox, T. (1990). The recognition and measurement of stress: conceptual and methodological issues. *Evaluation of Human Work*. Taylor & Francis, London, 31-39.
- Cox, T. & Ferguson, E. (1991). Individual differences, stress and coping.
- Cox, T., y Griffiths, A. (1995). The nature and measurement of work stress: theory and practice. *The evaluation of human work: A practical ergonomics methodology*. London: Taylor & Francis.
- Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E. (2000). Research on work-related stress: European Agency for Safety and Health at Work. *Research on work-related stress: European Agency for Safety and Health at Work*.
- Cox, T., Griffiths, A. & Rial, E. (2010). Work related stress. *Occupational health psychology*, 31-56.
- Cox, T. & Mackay, C. (1981). A transactional approach to occupational stress. *Stress, work design and productivity*. Wiley & Sons, Chichester, 10-34.
- Coyne, J. C. & Racioppo, M. W. (2000). Never the Twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55(6), 655.
- Chamarthi, B., Dubrey, S. W., Cha, K., Skinner, M. & Falk, R. H. (1997). Features and prognosis of exertional syncope in light-chain associated AL cardiac amyloidosis. *Am J Cardiol*, 80(9), 1242-1245.
- Chaplain, R. P. (2008). Stress and psychological distress among trainee secondary teachers in England. *Educational Psychology*, 28(2), 195-209. doi: 10.1080/01443410701491858
- Chávez, R. C. & Quiñónez, M. (2007). Factores asociados al malestar/bienestar docente. Una investigación actual. *REICE-Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 5(5e).
- Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of Burnout. In W. Schaufeli & C. Maslach (Eds.), *Profesional Burnout: recent developments in theory and research: Social issues and questions* (pp. 135-149). Philadelphia: Taylor & Francis.

- Cherniss, C. & Krantz, D. L. (1983). The ideological community as an antidote to burnout in the human services. *Stress and burnout in the human service professions*, 198-212.
- Cherry, N. (1984). Women and work stress: evidence from the 1946 birth cohort. *Ergonomics*, 27(5), 519-526. doi: 10.1080/00140138408963520
- Cho, Y. & Shim, S. S. (2013). Predicting teachers' achievement goals for teaching: The role of perceived school goal structure and teachers' sense of efficacy. *Teaching and Teacher Education*, 32, 12-21.
- Dallman, M. F. & Hellhammer, D. (2011). Regulation of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis, chronic stress, and energy: the role of brain networks. *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*, 11-36.
- Davis, K. C. & Palladino, J. M. (2011). Compassion Fatigue among Secondary Special Education Teachers: A Case Study about Job Stress and Burnout. *Online Submission*.
- De Heus, P. & Diekstra, R. F. (1999). Do teachers burn out more easily? A comparison of teachers with other social professions on work stress and burnout symptoms. In R. Vandenberghe y A. M. Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher Burnout* (pp. 269-284). Nueva York: Cambridge University Press.
- De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R. & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Soc Sci Med*, 50(9), 1317-1327.
- De Lange, A., Taris, T., Jansen, P., Smulders, P., Houtman, I. & Kompier, M. (2006). Age as a factor in the relation between work and mental health: results from the longitudinal TAS survey. *Occupational health psychology: European perspectives on research, education and practice*, 1, 21-45.
- De Lange, A. H. (2005). *What about causality?: examining longitudinal relations between work characteristics and mental health*: Citeseer.
- De Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A., Houtman, I. L. & Bongers, P. M. (2004). The relationships between work characteristics and mental health: examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study. *Work & Stress*, 18(2), 149-166.
- De Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A., Houtman, I. L. & Bongers, P. M. (2005). Different mechanisms to explain the reversed effects of mental health on work characteristics. *Scand J Work Environ Health*, 31(1), 3-14.
- De Rosa, A. S. (1987). The social representations of mental illness in children and adults. *Current issues in European social psychology*, 2, 47-138.
- De Vedia, M. (2012). Informe de la Unesco: condiciones de trabajo en las aulas Los docentes, con la salud en riesgo. *Unipluriversidad*, 5(3), 77-78.
- Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C. & Jolly, A. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol*, 73 (Pt 1)(1), 77-85.
- DeLongis, A., Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 486.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R: cuestionario de 90 síntomas: manual*: TEA ediciones.
- Dickerson, S. S. & Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychol Bull*, 130(3), 355-391. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.355
- Dohrenwend, B. P. & ShROUT, P. E. (1985). " Hassles" in the conceptualization and measurement of life stress variables. *American Psychologist*, 40(7), 780-785.

- Donders, N., Van der Gulden, J., Furer, J., Tax, B. & Abbing, E. R. (2003). Work stress and health effects among university personnel. *International archives of occupational and environmental health*, 76(8), 605-613.
- Dougall, A. L. & Baum, A. (2010). Stress, health, and illness. *Handbook of health psychology*, 321-337.
- Eccles, J. S. & Wigfield, A. (2002). Motivational beliefs, values, and goals. *Annu Rev Psychol*, 53(1), 109-132. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135153
- Ellis, A. (1969). Rational-emotive therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1(2), 82-90.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. Carol Publishing Group Secaucus, NJ.
- Ellis, A., y Bernard, M. (1990). ¿Qué es la Terapia Racional Emotiva (RET). *Manual de Terapia Racional emotiva*, 2.
- Ellis, A., y Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy (RET)*: Springer Publishing Company New York.
- Engel, B. T. (1998). An historical and critical review of the articles on blood pressure published in psychosomatic medicine between 1939 and 1997. *Psychosomatic medicine*, 60(6), 682-696.
- Esteva, M., Larraz, C. & Jiménez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista Clinica Espanola*, 206(2), 77-83.
- Esteve, J. (2001). *La salud de los profesores: Influjo del trabajo profesional en la personalidad del educador*. Paper presented at the Ponències de IV Jornades de reflexió i formació sobre el rol, perfil i funcions del professor de psicologia i pedagogia a la secundaria. La salut i el grau de satisfacció del professorat és clau. Barcelona: Grup de Treball de Secundaria del COPC.
- Fava, G. A., Savron, G., Grandi, S. & Rafanelli, C. (1997). Cognitive-behavioral management of drug-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 58(6), 278-282; quiz 283-274.
- Fernández, J. & Edo, S. (2008). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *anales de psicología*, 10(2), 127.
- Fernet, C., Guay, F., Senécal, C. & Austin, S. (2012). Predicting intraindividual changes in teacher burnout: The role of perceived school environment and motivational factors. *Teaching and Teacher Education*.
- Ferro, R. & Vives, C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace@*, 16, 97-99.
- Fidalgo, M. & Pérez, J. (1997). Test de Salud Total de Langner-Amiel. *Nota Técnica de Prevención*(421).
- Fielding, M. A. (1982). *Personality and situational correlates of teacher stress and burnout*. University of Oregon.
- Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P. R., do Couto, B. R. & Grau-Alberola, E. (2013). Influence of a Cognitive Behavioural Training Program on Health: A Study among Primary Teachers//Influencia de un programa de entrenamiento cognitivo conductual sobre la salud: Un estudio con profesorado de Educación Primaria. *Revista de Psicodidactica/Journal of Psychodidactics*.
<http://dx.doi.org/10.1387%2FRevPsicodidact.6995>
- Flores, M. & Fernandez-Castro, J. (2004). Creencias de los profesores y estrés docente en función de la experiencia profesional Teacher's beliefs and stress as a function of professional experience. *Estudios de Psicología*, 25(3), 343-357.

- Flores, M. (2001). *El factor humano en la docencia de educación Secundaria: un estudio de la eficacia docente y el estrés a lo largo de la carrera profesional*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466-475. doi: 10.1037/0022-3514.54.3.466
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 50(3), 571-579.
- Folkman, S., Schaefer, C. & Lazarus, R. S. (1979). Cognitive processes as mediators of stress and coping. *Human stress and cognition*, 265-298.
- Franco, C., Mañas, I., Cangas, A. J., Moreno, E. & Gallego, J. (2010). Reducing teachers' psychological distress through a mindfulness training program. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 655-666.
- French, D. P., Senior, V., Weinman, J. & Marteau, T. M. (2007). Causal attributions for heart disease: A systematic review. *Psychology & Health*, 16(1), 77-98. doi: 10.1080/08870440108405491
- French, J., Caplan, R. D. & Van Harrison, R. (1982). *The mechanisms of job stress and strain* (Vol. 7): Chichester [Sussex]; New York: J. Wiley.
- Friedman-Krauss, A. H., Raver, C. C., Morris, P. A. & Jones, S. M. (2014). The role of classroom-level child behavior problems in predicting preschool teacher stress and classroom emotional climate. *Early Education and Development*, 25(4), 530-552.
- Gaillard, A. (1993). Comparing the concepts of mental load and stress. *Ergonomics*, 36(9), 991-1005.
- Gandhi, V. & Sharda, M. (2013). A study of occupational stress among senior secondary School teachers in relation to their effectiveness. *International Indexed & Refereed Research Journal*, IV(40).
<http://www.ssmrae.com/admin/images/6e844f10c2a62c17280a5b11f981db60.pdf>
- García, M. (1991). Enfermedades del profesorado: análisis y prevención. *Cuadernos de pedagogía*(192), 67-72.
- García, M. (1996). Bajas por enfermedad. Una investigación crítica. *Cuadernos de pedagogía*(251), 80-83.
- García, J. & Lou Arnal, S. (2006). Trastornos afectivos y género. *Claves en Salud Mental, Monografía*.
- García, L., García, F. J., Marín, M. T., Mas, B. & Caamaño, M. D. (2000). Training programme in techniques of self-control and communication skills to improve nurses' relationships with relatives of seriously ill patients: a randomized controlled study. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 425-431.
- Gardner, B., Rose, J., Mason, O., Tyler, P. & Cushway, D. (2005). Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress: An intervention study. *Work & Stress*, 19(2), 137-152. doi: 10.1080/02678370500157346
- Garrido, M. M., Hash-Converse, J. M., Leventhal, H. & Leventhal, E. A. (2011). Stress and chronic disease management. *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*, 488-500.
- Garrido, M. P. & Pacheco, N. E. (2012). Inteligencia emocional percibida en el profesorado de Primaria y su relación con los niveles de burnout e ilusión por el trabajo (engagement) Perceived Emotional Intelligence in Primary School Teachers and Its Relationship with Burnout Levels. *Revista de Educación*, 359, 604-627.
- Garrosa, E., Moreno, B., Boada, M. & Blanco, L. (2010). Emociones positivas y bienestar laboral. *Gestión práctica de riesgos laborales*(74), 22-27.

- Garrosa, E., Moreno, B., Rodríguez, A. & Sanz, A. (2008). La influencia del estrés de rol y la competencia emocional en el desgaste profesional y en el engagement. *Informació Psicològica*(91), 80.
- Ghazi, S. R. & Maringe, F. (2011). Age, gender and job satisfaction among elementary school head teachers in Pakistan. *Education, Knowledge and Economy*, 5(1-2), 17-27. doi: 10.1080/17496896.2011.628856
- Gil-Monte, P., Carlotto, M. & Figueiredo-Ferraz, H. (2013). *The mediator role of guilt on the relationship between burnout and psychosomatic disorders*.
- Gil-Monte, P. R., Carlotto, M. S. & Gonçalves, S. (2011). Prevalence of burnout in a sample of Brazilian teachers. *The European Journal of Psychiatry*, 25(4), 205-212.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *anales de psicología*, 15(2), 261.
- Gil Monte, P. R., Unda, S. & Sandoval, J. I. (2010). Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Universitas Psychologica*, 9(1), 169-178.
- Gili, M. & Leal, C. (2005). Diferencias de género en salud mental. In J. Vallejo y C. Leal (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (pp. 2195-2209). Barcelona: Ars XXI.
- Glass, D. C. (1977). *Behavior patterns, stress, and coronary disease*: Lawrence Erlbaum.
- Glass, D. C., y Singer, J. E. (1972). Urban stress: Experiments on noise and social stressors.
- Glass, D. C., Singer, J. E., Leonard, H. S., Krantz, D., Cohen, S., y Cummings, H. (1973). Perceived control of aversive stimulation and the reduction of stress responses. *J Pers*, 41(4), 577-595.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J. & Caballo, V. (2006). Escala de Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S. & Vázquez, L. (2008). La "Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés"(EAEAE): resultados psicométricos [The coping with stress self-efficacy scale (EAEAE): Psychometric properties]. *Psicothema*, 20, 161-171.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J. F., López, I., Martínez, A., Gutiérrez, S. & Vázquez Vázquez, L. (2008). Autoeficiencia para el afrontamiento del estrés en una muestra adulta española. *Ansiedad y estrés*, 14(1), 13-29.
- Godoy Izquierdo, D., Godoy, J. F., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S. & Vázquez Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema*, 20(1), 155-165.
- Godoy Izquierdo, D. & Godoy, J. F. (2004). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala para la evaluación de la dureza. *Psicología conductual= behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*(1), 43-77.
- Goldberg, D., y Williams, P. (1996). Cuestionario de salud general GHQ *Guía para el usuario de las distintas versiones. Lobo A, Muñoz PE. Versiones en lengua española validadas*: Barcelona: Masson.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27(1), 191-197.
- Gonzalez-Morales, M. G., Peiro, J. M., Rodríguez, I. & Bliese, P. D. (2012). Perceived collective burnout: a multilevel explanation of burnout. *Anxiety Stress Coping*, 25(1), 43-61. doi: 10.1080/10615806.2010.542808
- González de Rivera, J. (1981). *Stress reactivity patterns*. Paper presented at the VI World Congress International, College of Psychosomatic Medicine, Montreal.

- González de Rivera, J. (1989). Factores de estrés y enfermedad. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*, 10(1), 11-20.
- González de Rivera, J. (1990). El índice de reactividad al estrés. *Inteva, Madrid*.
- González de Rivera, J. & Morera, A. (1984). Reactividad al estrés en pacientes ingresados en un hospital general. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr*, 12(3), 207-213.
- González, M. F. (2011). Salud laboral y género: Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 89-114.
- González, L. E. (2013). *Salud mental y salud mental positiva en estudiantes universitarios de la Escuela de Ciencias Políticas*. Autónoma de Madrid, Madrid.
- Graetz, B. (1991). Multidimensional properties of the General Health Questionnaire. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 26(3), 132-138.
- Granath, J., Ingvarsson, S., von Thiele, U. & Lundberg, U. (2006). Stress management: a randomized study of cognitive behavioural therapy and yoga. *Cogn Behav Ther*, 35(1), 3-10. doi: 10.1080/16506070500401292
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230.
- Greenglass, E., Burke, R. & Konarski, R. (1997). The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model. *Work & Stress*, 11(3), 267-278.
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L. & Burke, R. J. (1996). Components of social support, buffering effects and burnout: Implications for psychological functioning. *Anxiety, stress, and coping*, 9(3), 185-197.
- Greenglass, E. & Fink, G. (2000). Teaching and stress. *G. Fink. Encyclopedia of Stress*, 3(571-575).
- Grieger, T. A., Cozza, S. J., Ursano, R. J., Hoge, C., Martinez, P. E., Engel, C. C. & Wain, H. J. (2006). Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry*, 163(10), 1777-1783; quiz 1860. doi: 10.1176/ajp.2006.163.10.1777
- Griffith, J. (2002). Multilevel analysis of cohesion's relation to stress, well-being, identification, disintegration, and perceived combat readiness. *Military Psychology*, 14(3), 217.
- Grunberg, N. E., Berger, S. S. & Hamilton, K. R. (2011). Stress and drug use. *The handbook of stress science. Biology, psychology and health*, 287-300.
- Guerrero, E. (1997). Estudio y análisis descriptivo de bajas laborales docentes. *Psicología educativa*, 3(2), 175-188.
- Guerrero, E. (1998). Un estudio sobre el absentismo laboral: análisis descriptivo, las bajas laborales docentes. *Campo abierto: Revista de educación*(15), 41-54.
- Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de psicología*, 14(1), 145-158.
- Guerrero, E., Gómez, R., Moreno, J. M., García-Baamonde, M. E. & Blázquez, M. (2011). El síndrome del quemado, modos de afrontamiento del estrés y salud mental en profesores no universitarios. *Psicología Conductual*(3), 557-576.
- Guerrero, E. & Vicente, F. (2001). *Síndrome de " burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*: Universidad de Extremadura.
- Guerrero, E., Balsera, A., Rubio, R. P. & Rubio, J. C. (2006). *Aplicación de un programa de prevención y control de estrés en docentes no universitarios*. Paper presented at the VI Congreso internacional de la SEAS., Benidorm, Alicante, España.

- Guerrero, E. & Rubio, J. (2005). Estrategias de prevención e intervención del Burnout en el ámbito educativo. *Salud Mental*, 28(5), 27-33.
- Guerrero, E., y Vicente, F. (2001). *Síndrome de " burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*: Universidad de Extremadura.
- Guillén, C. & Guil, R. (2000). *Psicología del Trabajo para Relaciones Laborales*. Madrid: McGraw-hill.
- Hakanen, J. J., Bakker, A. B. & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*, 43(6), 495-513.
- Halpin, G., Harris, K. & Halpin, G. (1985). Teacher stress as related to locus of control, sex, and age. *The Journal of Experimental Educational*, 136-140.
- Hampel, P., Jahr, A. & Backhaus, O. (2007). Gender-specific stress management training at school. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(1), 20-38.
- Hankins, M. (2008). The reliability of the twelve-item general health questionnaire (GHQ-12) under realistic assumptions. *BMC Public Health*, 8(1), 355. doi: 10.1186/1471-2458-8-355
- Hansson, R. O., DeKoekoek, P. D., Neece, W. M. & Patterson, D. W. (1997). SuCCSful aging at work: Annual review, 1992–1996: The older worker and transitions to retirement. *Journal of vocational behavior*, 51(2), 202-233.
- Hasan, A. (2014). A study of occupational stress of primary school teachers. *Educationia Confab*, 3 (4), 11-19.
- Hash-Converse, J. M. & Kusnecov, A. W. (2010). Behavioral, emotional, and Cognitive Sequelae of Immune System activation. *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*, 65.
- Hassett, A. L. & Gevirtz, R. N. (2009). Nonpharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine. *Rheum Dis Clin North Am*, 35(2), 393-407. doi: 10.1016/j.rdc.2009.05.003
- Henson, R. K. (2001). Perceived Responsibility of Prospective Teachers for the Moral Development of Their Students. *Professional Educator*, 23(2), 47-53.
- Herruzo, J. & Moriana, J. A. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 597-621.
- Heslegrave, R. J. & Furedy, J. J. (1978). Anticipatory HR deceleration as a function of perceived control and probability of aversive loud noise: A deployment of attention account. *Biological Psychology*, 7(3), 147-166. doi: 10.1016/0301-0511(78)90009-1
- Hiro, H., Kawakami, N., Tanaka, K. & Nakamura, K. (2007). Association between job stressors and heavy drinking: age differences in male Japanese workers. *Industrial health*, 45(3), 415-425.
- Hirokawa, K., Taniguchi, T., Tsuchiya, M. & Kawakami, N. (2012). Effects of a Stress Management Program for Hospital Staffs on Their Coping Strategies and Interpersonal Behaviors. *Industrial health*, 50(6), 487-498. doi: 10.2486/indhealth.MS1358
- Hoffner, C. (1993). Children's strategies for coping with stress: Blunting and monitoring. *Motivation and Emotion*, 17(2), 91-106.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*, 36(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Holifield, J. R. (1981). *An analysis of junior high/middle school teachers' perception of factors affecting teacher job stress and principals' perception of ways to alleviate or manage teacher job stress*. (Doctoral), Ball State University, Muncie, Indiana, EE.UU. Retrieved from <http://liblink.bsu.edu/uhtbin/catkey/250626>

- Holmes, T. H., y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*, 11(2), 213-218.
- Holroyd, K. A., O'Donnell, F. J., Stensland, M., Lipchik, G. L., Cordingley, G. E. & Carlson, B. W. (2001). Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *Jama*, 285(17), 2208-2215.
- Houtman, I. L. D. & Kompier, M. A. J. (2011). Work and Mental Health In J. M. Stellman (Ed.), *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. Geneve: International Labor Organization.
- Hu, Y., Stewart-Brown, S., Twigg, L. & Weich, S. (2007). Can the 12-item General Health Questionnaire be used to measure positive mental health? *Psychological medicine*, 37(07), 1005-1013.
- Huang, G. D., Feuerstein, M. & Sauter, S. L. (2002). Occupational stress and work-related upper extremity disorders: concepts and models. *Am J Ind Med*, 41(5), 298-314. doi: 10.1002/ajim.10045
- Hurrell, J. J., Jr. & McLaney, M. A. (1988). Exposure to job stress--a new psychometric instrument. *Scand J Work Environ Health*, 14 Suppl 1, 27-28.
- Hurrell Jr, J. J. & Murphy, L. R. (1991). Locus of control, job demands, and health.
- Ilomäki, L. (2011). Does Gender Have a Role in ICT Among Finnish Teachers and Students? *Scandinavian Journal of Educational Research*, 55(3), 325-340. doi: 10.1080/00313831.2011.576910
- Innes, J. & Kitto, S. (1989). Neuroticism, self-consciousness and coping strategies, and occupational stress in high school teachers. *Personality and Individual Differences*, 10(3), 303-312.
- Isenberg, S. A., Lehrer, P. M. & Hochron, S. (1992). The effects of suggestion and emotional arousal on pulmonary function in asthma: a review and a hypothesis regarding vagal mediation. *Psychosomatic medicine*, 54(2), 192-216.
- Ivancevich, J. & Matteson, M. (1987). Medical technologists and laboratory technicians, sources of stress and coping strategies. *Payne, R. e Firth-Cozens, J. Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ivancevich, J. M. & Matteson, M. T. (1992). *Estrés y trabajo: una perspectiva gerencial*. México D.F.: Trillas.
- Jackson, B., Sellers, R. M. & Peterson, C. (2002). Pessimistic explanatory style moderates the effect of stress on physical illness. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 567-573.
- Jepson, E. & Forrest, S. (2006). Individual contributory factors in teacher stress: the role of achievement striving and occupational commitment. *Br J Educ Psychol*, 76(Pt 1), 183-197. doi: 10.1348/000709905X37299
- Jiménez, A. E., Gutiérrez, J., José, M. & Celis, E. R. M. (2012). Burnout, social support and job satisfaction of teachers working. *Psicología Escolar e Educativa*, 16(1), 125-134.
- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*, 78(10), 1336-1342.
- Johnson, S. M. & Naidoo, A. V. (2013). Transpersonal practices as prevention intervention for burnout among HIV/AIDS coordinator teachers. *South African Journal of Psychology*, 43(1), 59-70.
- Jones, F., Bright, J. & Clow, A. (2001). *Stress: Myth, theory, and research*: Pearson Education.

- Jones, M., Smith, K. & Johnston, D. W. (2005). Exploring the Michigan model: The relationship of personality, managerial support and organizational structure with health outcomes in entrants to the healthcare environment. *Work & Stress*, 19(1), 1-22.
- Justo, C. (2009). Reducción de la percepción del estrés en estudiantes de Magisterio mediante la práctica de la meditación flúir. *Apuntes de Psicología*, 27(1), 99-109.
- Justo, F. (2008). Programa de relajación y de mejora de autoestima en docentes de educación infantil y su relación con la creatividad de sus alumnos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 45(1), 10.
- Kahn, J., Schneider, K., Jenkins-Henkelman, T. & Moyle, L. (2006). Emotional social support and job burnout among high-school teachers: is it all due to dispositional affectivity? *Journal of Organizational Behavior*, 27(6), 793-807.
- Kanfer, R. & Ackerman, P. L. (2004). Aging, Adult Development, and Work Motivation. *Academy of management review*, 29(3), 440-458.
- Kaplan, H. & Sadock, A. (1988). *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins Co.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Keller, M. M., Chang, M.-L., Becker, E. S., Goetz, T. & Frenzel, A. C. (2014). Teachers' emotional experiences and exhaustion as predictors of emotional labor in the classroom: an experience sampling study. *Frontiers in psychology*, 5.
- Keyes, C. L. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: the complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging Ment Health*, 8(3), 266-274. doi: 10.1080/13607860410001669804
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539.
- Kiernan, C., Mason, L., Alborz, A., Reeves, D., Rivers, M., Swarbrick, R., . . . Emerson, E. (2000). Factores asociados al estrés y la satisfacción con el trabajo en personal de servicios para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 31(192), 5-20.
- Kilbom, Å., Messing, K. & Thorbjörnsson, C. B. (1998). *Women's health at work*: National Institute for Working Life (Arbetslivsinstitutet).
- Kittel, F. & Leynen, F. (2003). A Study of Work Stressors and Wellness/health Outcomes Among Belgian School Teachers. *Psychology & Health*, 18(4), 501-510. doi: 10.1080/0887044031000147229
- Klassen, R. M. & Chiu, M. M. (2010). Effects on teachers' self-efficacy and job satisfaction: Teacher gender, years of experience, and job stress. *Journal of Educational Psychology*, 102(3), 741.
- Kokkinos, C. M. (2007). Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *Br J Educ Psychol*, 77(Pt 1), 229-243. doi: 10.1348/000709905X90344
- Kompier, M. A. J. (2003). Job design and well-being. *The handbook of work and health psychology*, 2, 429-454.
- Konsman, J. P., Parnet, P. & Dantzer, R. (2002). Cytokine-induced sickness behaviour: mechanisms and implications. *Trends Neurosci*, 25(3), 154-159.
- Koolhaas, J. M., Bartolomucci, A., Buwalda, B., de Boer, S. F., Flugge, G., Korte, S. M., . . . Fuchs, E. (2011). Stress revisited: a critical evaluation of the stress concept. *Neurosci Biobehav Rev*, 35(5), 1291-1301. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.02.003
- Korte, S. M., Koolhaas, J. M., Wingfield, J. C., y McEwen, B. S. (2005). The Darwinian concept of stress: benefits of allostasis and costs of allostatic load and the trade-offs in

- health and disease. *Neurosci Biobehav Rev*, 29(1), 3-38. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.08.009
- Kovess-Masféty, V., Rios-Seidel, C. & Sevilla-Dedieu, C. (2007). Teachers' mental health and teaching levels. *Teaching and Teacher Education*, 23(7), 1177-1192.
- Krantz, D. S. & McCeney, M. K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annu Rev Psychol*, 53(1), 341-369. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135208
- Krasner, M., Epstein, R., Beckman, H., Suchman, A., Chapman, B., Mooney, C. & Quill, T. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Jama*, 302(12), 1284.
- Kyriacou, C. (1987). Teacher stress and burnout: An international review. *Educational Research*, 29(2), 146-152.
- Kyriacou, C. (2003). *Antiestrés para profesores*.
- Kyriacou, C. & Sutcliffe, J. (1979). A note on teacher stress and locus of control. *Journal of occupational Psychology*, 52(3), 227-228. doi: 10.1111/j.2044-8325.1979.tb00456.x
- Kyriacou, C. & Sutcliffe, J. (2011). A note on teacher stress and locus of control. *Journal of occupational Psychology*, 52(3), 227-228.
- Latorre, I. & Saéz, J. (2009). Cuál es el perfil epidemiológico de padecer burnout en profesores no universitarios de la región de Murcia? *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 12(1), 5.
- Latorre, I. & Sáez, J. (2009). Análisis del " burnout" en profesores no universitarios de la región de Murcia (España) en función del tipo de centro docente. *anales de psicología*, 25(1), 86.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*: New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *Am Psychol*, 46(8), 819-834.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*: Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *Am Psychol*, 55(6), 665-673.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. & Alfert, E. (1964). Short-Circuiting of Threat by Experimentally Altering Cognitive Appraisal. *J Abnorm Psychol*, 69(2), 195-205.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., y Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes. The problem of confounded measures. *Am Psychol*, 40(7), 770-785.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity *Dynamics of stress* (pp. 63-80): Springer.
- Lazarus, R. S., Valdés, M. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*: Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., Valdés Miyar, M. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*: Ediciones Martínez Roca.
- LeDoux, J. (1998). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*: Simon and Schuster.
- Legeron, P. (1993). Behavioral and cognitive strategies in stress management. *L'Encephale*, 19, 193-202.
- Leiderman, P. H. & Shapiro, D. (1964). Studies on the galvanic skin potential level: some behavioral correlates. *Journal of psychosomatic research*, 7(4), 277-281.
- LePine, J. A., LePine, M. A. & Jackson, C. L. (2004). Challenge and hindrance stress: relationships with exhaustion, motivation to learn, and learning performance. *J Appl Psychol*, 89(5), 883-891. doi: 10.1037/0021-9010.89.5.883

- Lesme, D. (2011). Agentes de prevención de comportamientos autodestructivos en la escuela: acerca del malestar docente. *Revista de Investigación Científica en Psicología.*, 8(1), 48-54.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol*, 41(3), 397-404.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A. & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13(4), 717-733.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*, 2, 7-30.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: selected theoretical papers* (Edited by Dorwin Cartwright.).
- Li, T. & Fung, H. H. (2014). How avoidant attachment influences subjective well-being: an investigation about the age and gender differences. *Aging Ment Health*, 18(1), 4-10. doi: 10.1080/13607863.2013.775639
- Lim, V. (1996). Job insecurity and its outcomes: Moderating effects of work-based and nonwork-based social support. *Human Relations*, 49(2), 171-194.
- Lima, C. L. & Lerrechea, E. M. (2013). La práctica docente y su relación con el malestar docente. *Debates em Educação*, 4(8).
- Linares, O. & Gutiérrez, R. (2010). Satisfacción laboral y percepción de salud mental en profesores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2(1), 31-36.
- Lindelöw, M. & Bildt Thorbjörnsson, C. (1998). Facts and prejudices. Psychological differences between women and men. *Women's health at work. Solna: National Institute for Working Life*.
- Lindelöw, M. & Bildt Thorbjörnsson, C. (1998). Psychological differences between woman and men. *in Womens's Health at Work. Arbetslivsinstitutet*, 61-95.
- Lóez-Castedo, A. & Fernandez, L. (2005). Psychometric Properties of the Spanish Version of The 12-Item General Health Questionnaire in Adolescents 1. *Perceptual and motor skills*, 100(3), 676-680.
- López-Araújo, B., Osca, A. & Peiró, J. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicothema*, 19(1), 81.
- López, M. P. S. & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.
- López, A. F., Rondón, J. M., Cellerino, C. & Alfano, S. M. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de beck, freeman, davis y otros. *Ciencias Psicológicas*, 4, 97-124.
- Lorente, L., Salanova, M., Martínez, I. & Schaufeli, W. (2008). Extension of the Job Demands-Resources model in the prediction of burnout and engagement among teachers over time. *Psicothema*, 20(3), 354-360.
- Loscocco, K. A. & Spitze, G. (1990). Working conditions, social support, and the well-being of female and male factory workers. *J Health Soc Behav*, 31(4), 313-327.
- Lovallo, W. R. (2004). *Stress and health: Biological and psychological interactions*: SAGE Publications, Incorporated.
- Lundin, T. & Otto, U. (1992). Swedish UN soldiers in Cyprus, UNFICYP: Their psychological and social situation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 57(4), 187-193.
- Lunenburg, F. C. & Cadavid, V. (1992). Locus of control, pupil control ideology, and dimensions of teacher burnout. *Journal of Instructional Psychology*, 19(1), 13-22.

- Lupien, S. J., Ouellet-Morin, I., Hupbach, A., Tu, M. T., Buss, C., Walker, D., . . . McEwen, B. S. (2006). Beyond the stress concept: Allostatic load--a developmental biological and cognitive perspective.
- Macías, A. B. & Zúñiga, A. M. (2013). Representaciones sociales sobre el estrés laboral en una muestra de docentes de educación primaria. *PRAXIS INVESTIGATIVA ReDIE*, 5(8).
- Male, D. & May, D. (2009). Burnout and workload in teachers of children with severe learning difficulties. *British Journal of Learning Disabilities*, 25(3), 117-121.
- Manasero M, Vázquez A, Ferrer V, Fornés J & M.C., F. (2003). Estrés y burnout en la enseñanza: Universitat de les Illes Balears.
- Marín, J. R. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes: propiedades psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(2), 59-84.
- Martin, A. J. (1999). Assessing the multidimensionality of the 12-item General Health Questionnaire. *Psychol Rep*, 84(3 Pt 1), 927-935. doi: 10.2466/pr0.1999.84.3.927
- Martín, P., Salanova, M. & Peiró, J. M. (2003). El estrés laboral: ¿ Un concepto cajón-de-sastre? *Proyecto social: Revista de relaciones laborales*(10), 167-185.
- Martínez Selva, J. M. (2004). *Estrés Laboral: Guía para empresarios y empleados*: Pearson Educación, SA.
- Maskarinec, G., Gotay, C. C., Tatsumura &, Shumay, D. M., y Kakai, H. (2001). Perceived cancer causes: use of complementary and alternative therapy. *Cancer Pract*, 9(4), 183-190. doi: 10.1046/j.1523-5394.2001.94006.x
- Mason, J. W. (1971). A re-evaluation of the concept of 'non-specificity' in stress theory. *Journal of Psychiatric research*, 8, 323-333.
- Mason, J. W. (1975). A historical view of the stress field. *Journal of human stress*, 1(2), 22-36.
- Matteson, M. T. & Ivancevich, J. M. (1987). *Controlling work stress: Effective human resource and management strategies*: Jossey-Bass San Francisco.
- McCarthy, C., Kissen, D., Yadley, L., Wood, T. & Lambert, R. (2006). Relationship of teachers' preventive coping resources to burnout symptoms. *Understanding teacher stress in an age of accountability*, 179.
- McGregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B. & Carver, C. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of psychosomatic research*, 56(1), 1-8.
- McIntyre, T. C. (1984). The Relationship between Locus of Control and Teacher Burnout. *British Journal of Educational Psychology*, 54(2), 235-238. doi: 10.1111/j.2044-8279.1984.tb02585.x
- McIntyre, T. C. (2011). The relationship between locus of control and teacher burnout. *British Journal of Educational Psychology*, 54(2), 235-238.
- McLaughlin, M. W., Pfeifer, R. S., Swanson-Owens, D. & Yee, S. (1986). Why teachers won't teach. *The Phi Delta Kappan*, 67(6), 420-426.
- McManus, I. C., Keeling, A. & Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med*, 2(1), 29. doi: 10.1186/1741-7015-2-29
- Meadow, K. P. (1981). Burnout in professionals working with deaf children. *Am Ann Deaf*, 126(1), 13-22.

- Meehling, D. A. (1982). *An investigation of the effects of personal locus of control, anxiety, self-esteem and selected demographic characteristics on teacher stress*. University of Maryland.
- Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1989). *Stress inoculation training*: Springer.
- Mero, B. (2009). Las emociones sobre la enseñanza y aprendizaje de las ciencias en estudiantes de Maestro de Primaria. *REME*, 11(31), 11.
- Miller, B. D. & Wood, B. L. (1997). Influence of specific emotional states on autonomic reactivity and pulmonary function in asthmatic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(5), 669-677. doi: 10.1097/00004583-199705000-00018
- Miller, D. & Fraser, E. (2000). Stress associated with being a student teacher: Opening out the perspective. *Scottish Educational Review*, 32(2), 142-154.
- Mok, A. L. F., Chau, J. P. C., Chan, D. W. K. & Ip, W. Y. (2014). The effectiveness of cognitive behavioral interventions in reducing stress among nurses working in hospitals: a systematic review protocol. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(7), 12-23.
- Molina, T., Gutiérrez, A. & Hernández, L. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *anales de psicología*, 24(2), 353.
- Montalban, F. (2000). Autorreferencialidad y síndrome de burnout. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 77-95.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J. & Vázquez-Barquero, J. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18, 175-181.
- Montero, S. (2008). Sanitarios y profesores, colectivos especialmente sensibles al burnout (II). *Gestión práctica de riesgos laborales*(45), 46.
- Monterrey, A., González de Rivera, J. & De las Cuevas, C. (1990). Consistencia temporal del Índice de Reactividad al Estrés en sujetos normales. *Psiquis. En prensa, aceptado para publicación*.
- Moreno-Jiménez, B., George, F., Carvajal, R. & Uribe, J. (2009). Consecuencias Positivas y Negativas en el Trabajo: El Rol de las Expectativas Laborales en el Proceso de Desgaste Profesional. *Ciencia & Trabajo*, (32), 80-84.
- Moreno-Jiménez, B., Hernández, E., Carvajal, R., Gamarra, M. & Puig, R. (2009). El Burnout del Profesorado Universitario y las Intenciones de Abandono: Un Estudio Multi-Muestra Burnout Among Faculty Members and the Intentions to Quit: A Multi-Sample Study. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 25(2), 149-163.
- Moreno-Jiménez, B., Herrer, M., Rodríguez-Carvajal, R. & Hernández, E. (2010). Emociones y salud en el trabajo: Análisis del constructo "trabajo emocional" y propuesta de evaluación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 63-73.
- Moreno-Jiménez, B., Oliver, C. & Aragoneses, A. (1993). Configuración específica del estrés laboral asistencial en el profesorado de Educación Media. *Madrid, España: Centro Nacional de Investigación Educativa (CIDE)*. [Links].
- Moreno, B., Corso, S., Sanz-Vergel, A., Rodríguez, A. & Boada, M. (2010). El " Burnout" y el " engagement" en profesores de Perú. Aplicación del modelo de demandas-recursos laborales. *Ansiedad y estrés*, 16(2), 293-307.
- Moreno, B. & Gálvez Herrer, M. (2008). La evaluación del desgaste profesional (burnout) en el ámbito médico. *Jano*(1717), 46.
- Morera, A., Fernández, L., Valenciano, R., Sánchez, A., Henry, M., y Bello, G. (1990). Reactividad al estrés y personalidad. *Rev. Psiquiatría Fac Med. Barna*, 17, 155-158.

- Morey, J. N., Boggero, I. A., Scott, A. B. & Segerstrom, S. C. (2015). Current Directions in Stress and Human Immune Function. *Curr Opin Psychol*, 5, 13-17. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.03.007
- Munuera-Carrillo, A. (2013). *Estudio sobre el grado de satisfacción de los profesores de Primaria según el tipo de centro educativo*. Universidad Internacional de La Rioja, Murcia.
- Muñoz, P. (1993). *Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana*. Paper presented at the Anales del Fondo de Investigación Sanitaria.
- Naghieh, A., Montgomery, P., Bonell, C. P., Thompson, M. & Aber, J. L. (2015). Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD010306. doi: 10.1002/14651858.CD010306.pub2
- Navarro, P., Ascaso, C., Garcia-Esteve, L., Aguado, J., Torres, A. & Martín-Santos, R. (2007). Postnatal psychiatric morbidity: a validation study of the GHQ-12 and the EPDS as screening tools. *General Hospital Psychiatry*, 29(1), 1.
- Ng, T. W. H., Sorensen, K. L. & Eby, L. T. (2006). Locus of control at work: a meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 27(8), 1057-1087. doi: 10.1002/job.416
- Nieto, M. P., Cano-Vindel, A., Tobal, J. M., Camuñas, N., Sayalero, M. & Blanco, J. (2001). La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: Un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento./Anxiety, anger and burnout in a hospital setting: A study about their relationships and the treatment efficacy. *Ansiedad y estrés*(7), 247-257.
- Nolen-Hoeksema, S. & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychol Aging*, 17(1), 116-124.
- Nysut, P. (1980). Disruptive students cause stress. Nueva York: Information Bulletin New York State United Teachers.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behav Res Ther*, 23(4), 437-451.
- Okeke, C. & Dlamini, C. C. (2013). An empirical study of stressors that impinge on teachers in secondary schools in Swaziland. *South African Journal of Education*, 33(1).
- Olivas, O. L. L. & Martínez, R. E. G. (2012). Efectos moduladores del apoyo social ante la reacción de estrés y ansiedad en profesores. *Psicología y Salud*, 22(1), 107-114.
- Oliver, C. (2011). Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanza media: el burnout como síndrome específico.
- Ortín, F. J., Olmedilla, A., Garcés, E. J. & Hidalgo, M. D. (2008). Locus de control y vulnerabilidad a la lesión en fútbol semiprofesional y profesional. *Cuadernos de psicología del deporte*, 8(2), 101-112.
- Ortiz, M., Castelvi, M., Espinoza, L., Guerrero, R., Lienqueo, P., Parra, R. & Villagra, E. (2012). Personality types and Burnout syndrome in pre-school teachers in Chile. *Universitas Psychologica*, 11(1), 229-239.
- Otero-López, J., Castro, C., Villardefrancos, E. & Santiago, M. (2009). Insatisfacción laboral y burnout en profesores de secundaria: las conductas y/o actitudes problemáticas de los estudiantes y el manejo del conflicto a examen. *European Journal of Education and Psychology*, 2(2), 99-111.
- Ozer, E. M. & Bandura, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: a self-efficacy analysis. *J Pers Soc Psychol*, 58(3), 472-486.
- Palenzuela, D. (1987). The expectancy construct within the social learning theories of Rotter and Bandura: A reply to Kirsch's approach. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 437-452.

- Palenzuela, D. L., Prieto, G., Barros, A. M. & Almeida, L. S. (1997). Una versión española de una batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BBEGC). *Revista portuguesa de educação*, 10(1), 75-96.
- Park, C. L., y Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of general psychology*, 1(2), 115.
- Parra, M. (2001). Salud Mental y Trabajo *Monografías de gestión en salud mental y psiquiatría*. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile.
- Parra, M. (2007). La salud de los docentes: revisión de líneas emergentes en la investigación e intervención: Santiago: UNESCO/OREALC.
- Pascual, E., Perez-Jover, V., Mirambell, E., Ivañez, G. & Terol, M. C. (2003). Job Conditions, Coping and Wellness/Health Outcomes in Spanish Secondary School Teachers. *Psychology & Health*, 18(4), 511-521. doi: 10.1080/0887044031000147238
- Peacock, E. J. & Wong, P. T. P. (1990). The stress appraisal measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. *Stress Medicine*, 6(3), 227-236. doi: 10.1002/smi.2460060308
- Peiró, J. & Gil-Monte, P. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *anales de psicología*, 15(2).
- Pena, M., Extremera, N. & Rey, L. (2012). Bienestar personal y laboral en el profesorado de Infantil y Primaria: perfiles diferenciales en función de su inteligencia emocional y del género. *Revista de Psicodidáctica/Journal of Psychodidactics*.
- Pena, M., Rey, L. & Extremera, N. (2012). Life Satisfaction and Engagement in Elementary and Primary Educators: Differences in Emotional Intelligence and Gender//Bienestar personal y laboral en el profesorado de Infantil y Primaria: diferencias en función de su inteligencia emocional y del género. *Revista de Psicodidáctica/Journal of Psychodidactics*, 17(2).
- Pérez, M. (1999). La escuela como organización que aprende: una tensión entre cultura escolar y creencias profesionales de los profesores. *Enseñanza & Teaching: Revista interuniversitaria de didáctica*(17), 201-216.
- Pérez, L. G., Oltra, J. C. & Cervera, T. C. (2000). *Prevención del estrés profesional docente*: Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia. Servicio de Formación del Profesorado.
- Pérez, M. (2009). *Eficacia de un Programa de Entrenamiento en Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés en Pacientes Psicóticos*. (Doctor), Granada.
- Pérez, M. Á., González Ordi, H. & Redondo, M. M. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 18(3), 401-423.
- Perrewé, P. L. & Zellars, K. L. (1999). An examination of attributions and emotions in the transactional approach to the organizational stress process. *Journal of Organizational Behavior*, 20(5), 739-752.
- Pervin, L. A. (2012). *La ciencia de la personalidad*: McGraw-Hill.
- Peter, R. & Siegrist, J. (1999). Chronic psychosocial stress at work and cardiovascular disease: the role of effort-reward imbalance. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(5), 441-449.
- Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M. & Nygren, Å. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5), 506-516.
- Philipp, A. & Schüpbach, H. (2013). Age-Related Differences in the Emotion Regulation of Teachers in the Classroom *Age-Differentiated Work Systems* (pp. 149-173): Springer.
- Phillips, J. S. (1978). Job structure and age satisfaction. *Aging and Work*, 1, 109-119.

- Pierce, C. & Molloy, G. N. (1990). Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. *British Journal of Educational Psychology*, 60(1), 37-51.
- Pietarinen, J., Pyhältö, K., Soini, T. & Salmela-Aro, K. (2013). Validity and Reliability of the Socio-Contextual Teacher Burnout Inventory (STBI). *Psychology*, 4(1), 73-82.
- Pilgrim, D. (2009). *Key concepts in mental health*: SAGE Publications Limited.
- Pines, A. (1985). The burnout measure. In J. W. Jones (Ed.), *Police burnout: Theory, Research, and Application*. Park Ridge Illinois.: London House Management Press.
- Pines, A. M. (1993). Burnout: An existential perspective. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 33-51.
- Pinzón-Espitia, A. R. (2013). *Evaluación y prevención del Síndrome de Burnout en la población docente del NGC*. (Master), Universidad Internacional de La Rioja. Retrieved from <http://reunir.unir.net/handle/123456789/1179>
- Pittner, M. S. & Houston, B. K. (1980). Response to stress, cognitive coping strategies, and the type A behavior pattern. *J Pers Soc Psychol*, 39(1), 147-157.
- Pretzer, J. L. & Beck, A. T. (2007). Cognitive approaches to stress and stress management. *Principles and practice of stress management*, 465-496.
- Prieto, M. (2011). Estrés y ansiedad en profesores. *Crítica*, 61(974), 42-45.
- Proctor, J. & Alexander, D. (2006). Stress among primary teachers: Individuals in organizations. *Stress Medicine*, 8(4), 233-236.
- Ramírez, M., Hernández, R. & Díaz, M. (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 23(2), 101-108.
- Ramírez, M. T. G., Hernández, R. L., y Díaz, M. Á. R. (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 23(2), 101-108.
- Ramírez, T. (2007). El malestar docente. *Docencia e Investigación*, 32(17), 301.
- Rasku, A. & Kinnunen, U. (2003). Job Conditions and Wellness among Finnish Upper Secondary School Teachers. *Psychology & Health*, 18(4), 441-456. doi: 10.1080/0887044031000147184
- Retelsdorf, J., Butler, R., Streblow, L. & Schiefele, U. (2010). Teachers' goal orientations for teaching: Associations with instructional practices, interest in teaching, and burnout. *Learning and Instruction*, 20(1), 30-46.
- Rey, L. & Extremera, N. (2011). El apoyo social como un mediador de la inteligencia emocional percibida y la satisfacción vital en una muestra de profesorado Social support as mediator of perceived emotional intelligence and life satisfaction in a sample of teachers. *Revista de Psicología & Social*, 26(3), 401-412.
- Rey, L., Pacheco, N. E. & Garrido, M. P. (2012). Burnout y Engagement en el profesorado: ¿son el Género y el nivel de impartición importantes? *Ansiedad y estrés*, 18(2), 119-129.
- Rhodes, S. R. (1983). Age-related differences in work attitudes and behavior: A review and conceptual analysis. *Psychological bulletin*, 93(2), 328.
- Riart, J. & Martorell, A. (2009). L'estrès laboral dels docents. Malalties que pot provocar i propostes terapèutiques: Barcelona: ISEP.
- Richardson, K. M. & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69-93. doi: 10.1037/1076-8998.13.1.69
- Richardson, P. W., Watt, H. M. & Devos, C. (2013). Types of professional and emotional coping among beginning teachers. *Advances in Research on Teaching*, 18, 229-253.
- Richter, A., Schumann, N. P. & Zwiener, U. (1990). Characteristics of heart rate fluctuations and respiratory movements during orienting, passive avoidance and flight-fight

- behavior in rabbits. *International Journal of Psychophysiology*, 10(1), 75-83. doi: 10.1016/0167-8760(90)90048-i
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. & Llandrich, J. O. (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.
- Rodríguez, M., Serrano, M., Chávez, S., Pérez, J. & Beltrán, C. (2008). Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout diferencias entre hombres y mujeres docentes de secundaria, Zona Metropolitana de Guadalajara, México. *México, Cienc Trab*, 30, 138-142.
- Rodríguez, M. G. A., Becerra, L. N. V., Beltrán, C. A., Estrada, M. I. C. & Viera, A. O. (2012). Factores psicosociales, laborales y Síndrome de Burnout en profesores de preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 13(1), 19-26.
- Roesch, S. C., Weiner, B. & Vaughn, A. A. (2002). Cognitive approaches to stress and coping. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(6), 627-632.
- Rogers, A. & Pilgrim, D. (2010). *A sociology of mental health and illness*: Open University Press.
- Romero, I. M. M. & Hermosell, J. d. D. G. (2013). Análisis de la eficacia de un Programa de Inteligencia Emocional con profesores de Badajoz y Castelo Branco. Analysis of the effectiveness of an Emotional Intelligence Program with teachers from Badajoz and Castelo Branco. *Revista de Educación Campo Abierto*, 31(1), 51-68.
- Rosa, M., Albiol, L. & Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. *Anales de psicología*, 25(1), 150-159.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr*, 80(1), 1-28.
- Rubio, J. (2003). *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria*. Universidad de Extremadura.
- Rubio, J. C. (2003). *Fuentes de estrés, síndrome de Burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria*. Universidad de Extremadura.
- Rubio, R. P. (2008). *Estrés en profesores extremeños de infantil, primaria y secundaria*. Universidad de Extremadura.
- Russell, D. W., Altmaier, E. & Van Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied psychology*, 72(2), 269.
- Ruths, F. A., de Zoysa, N., Frearson, S. J., Hutton, J., Williams, J. M. G. & Walsh, J. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for mental health professionals—a pilot study. *Mindfulness*, 4(4), 289-295.
- Ryff, C. D. & Baltes, P. B. (1976). Value transition and adult development in women: The instrumentality-terminality sequence hypothesis. *Developmental psychology*, 12(6), 567.
- Sahibzada, N. & Bano, M. (2012). Occupational Role Stress among Public and Private University Teachers. *PUTAJ Humanities and Social Sciences*, 19.
- Samniah, N., Iskos, D., Sakaguchi, S., Lurie, K. G. & Benditt, D. G. (2001). Syncope in pharmacologically unmasked Brugada syndrome: indication for an implantable defibrillator or an unresolved dilemma? *Europace*, 3(2), 159-163. doi: 10.1053/eupc.2001.0154
- Sann, U. (2003). Job Conditions and Wellness of German Secondary School Teachers. *Psychology & Health*, 18(4), 489-500. doi: 10.1080/0887044031000147210

- Sanz, J. & Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de BECK: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(67), 707-750.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1994). Algunas consideraciones adicionales sobre la versión española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weisman y Beck. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20(73), 669-674.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Potter, E. H., 3rd & Antoni, M. H. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosom Med*, 47(2), 156-163.
- Sass, D. A., Seal, A. K. & Martin, N. K. (2011). Predicting teacher retention using stress and support variables. *Journal of Educational Administration*, 49(2), 200-215.
- Schaie, K. W. (1993). Ageist language in psychological research. *American Psychologist*, 48, 49-49.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*: CRC PressI Llc.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol*, 67(6), 1063-1078.
- Schonfeld, I. S. (2011). Coping with job-related stress: The case of teachers. *Journal of occupational Psychology*, 63(2), 141-149.
- Schulz, A. J., Zenk, S. N., Israel, B. A., Mentz, G., Stokes, C. & Galea, S. (2008). Do neighborhood economic characteristics, racial composition, and residential stability predict perceptions of stress associated with the physical and social environment? Findings from a multilevel analysis in Detroit. *Journal of Urban Health*, 85(5), 642-661.
- Schwartz, G. E. & Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: an amended definition. *J Behav Med*, 1(3), 249-251.
- Schwarzer, R. & Baessler, J. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y estrés*, 2(1), 1-8.
- Seeman, M. (1959). On the meaning of alienation. *American sociological review*, 783-791.
- Segal, D. L., Qualls, S. H. & Smyer, M. A. (2010). *Aging and mental health*: Wiley-Blackwell.
- Sekar, M., Subburaj, A. & Sundaram, M. S. Policing the Most Stressful Occupation: A Study on Tamilnadu Head Constables.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sharplin, E., O'Neill, M. & Chapman, A. (2011). Coping strategies for adaptation to new teacher appointments: Intervention for retention. *Teaching and Teacher Education*, 27(1), 136-146.
- Sheikhiani, M. & Fakouri, Z. (2007). Management of Stress among Trainee-Teachers through Cognitive Behavioral Therapy. *Pakistan Journal of Social Science*, 4(2), 299-307.
- Sheikhiani, M. & Fakouri, Z. (2012). Management of Stress among Trainee-teachers through Cognitive-Behavioral Therapy. *Indian Journal of Psychological Science*, 3(1), 143-152.
- Shiffman, S., Stone, A. A. & Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annu Rev Clin Psychol*, 4, 1-32.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*, 1(1), 27-41.

- Siu, O., Cooper, C. L., Spector, P. E. & Donald, I. (2001). Age differences in coping and locus of control: a study of managerial stress in Hong Kong. *Psychol Aging, 16*(4), 707-710.
- Slade, T., Johnston, A., Oakley Browne, M. A., Andrews, G. & Whiteford, H. (2009). 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *Aust N Z J Psychiatry, 43*(7), 594-605. doi: 10.1080/00048670902970882
- Smith, C. A. & Kirby, L. D. (2011). The role of appraisal and emotion in coping and adaptation. *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*, 195-208.
- Smith, C. A. & Lazarus, R. S. (1990). Emotion and adaptation *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 609-637). New York, NY, US: Guilford Press.
- Sonnentag, S. & Frese, M. (2003). *Stress in organizations*: Wiley Online Library.
- Spector, B. S. (1984). Case study of an innovation requiring teachers to change roles. *Journal of Research in Science Teaching, 21*(6), 563-574. doi: 10.1002/tea.3660210603
- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences* (Vol. 3): SAGE Publications, Incorporated.
- Steinhardt, M. A., Smith Jaggars, S. E., Faulk, K. E. & Gloria, C. T. (2011). Chronic Work Stress and Depressive Symptoms: Assessing the Mediating Role of Teacher Burnout. *Stress and Health, 27*(5), 420-429.
- Stephan, Y., Caudroit, J. & Chalabaev, A. (2011). Subjective health and memory self-efficacy as mediators in the relation between subjective age and life satisfaction among older adults. *Aging Ment Health, 15*(4), 428-436. doi: 10.1080/13607863.2010.536138
- Sterns, H. L. & Doverspike, D. (1989). Aging and the retraining and learning process in organizations. In I. G. R. Katzel (Ed.), *Training and development in work organizations* (pp. 229-332). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sterns, H. L. & Miklos, S. M. (1995). The Aging Worker in a Changing Environment: Organizational and Individual Issues. *Journal of vocational behavior, 47*(3), 248-268. doi: <http://dx.doi.org/10.1006/jvbe.1995.0003>
- Stone, C. R. (1982). Counseling "Unhappy People" Can Ruin You in the Ratings. *Journal of Employment Counseling, 19*(4), 158-162. doi: 10.1002/j.2161-1920.1982.tb00753.x
- Streufert, S., Pogash, R., Piasecki, M. & Post, G. M. (1990). Age and management team performance. *Psychol Aging, 5*(4), 551-559.
- Sui, O. & Spect, O. (2001). Brief report: Age differences in coping and locus of control: A study of managerial stress in Hong Kong. *Psychology and Aging, 16*, 707-710.
- Takaki, J. & Yano, E. (2006). Possible gender differences in the relationships of self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. *Behav Med, 32*(1), 5-11. doi: 10.3200/BMED.32.1.5-11
- Tang, C., Au, W., Schwarzer, R. & Schmitz, G. (2001). Mental health outcomes of job stress among Chinese teachers: Role of stress resource factors and burnout. *Journal of Organizational Behavior, 22*(8), 887-901.
- Tang, L. Y. (2012). Work demands, supervisor support, coping and burnout among teachers| NOVA. The University of Newcastle's Digital Repository.
- Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist, 38*(11), 1161.
- Taylor, S., Dickerson, S. & Klein, L. (2002). Toward a biology of social support.
- Taylor, S., y Master, S. (2011). Social responses to stress: The tend-and-befriend model. *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*, 101-109.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R. & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review, 107*(3), 411-429. doi: 10.1037/0033-295x.107.3.411

- Taylor, S. E., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., Updegraff, J. A. & Klein, L. C. (2002). Sex differences in biobehavioral responses to threat: Reply to Geary and Flinn (2002). *Psychological Review*, 109(4), 751-753. doi: 10.1037/0033-295x.109.4.751
- Tejedor, C. V. (2013). Análisis de datos del estrés de tarea de los docentes y reflexiones para su prevención. *ISEP Science*(4), 52-66.
- Telch, M. J., Bandura, A., Vinciguerra, P., Agras, A. & Stout, A. L. (1982). Social demand for consistency and congruence between self-efficacy and performance. *Behavior Therapy*, 13(5), 694-701.
- Teven, J. (2007). Teacher temperament: Correlates with teacher caring, burnout, and organizational outcomes. *Communication Education*, 56(3), 382-400.
- Thieme, K. & Gracely, R. H. (2009). Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain? *Curr Rheumatol Rep*, 11(6), 443-450.
- Toohy, A. J. (1992). *Occupational stress: Managing a metaphor*. Macquarie University.
- Torsheim, T. & Wold, B. (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of adolescence*, 24(6), 701-713.
- Travers, C. & Cooper, C. (1997). *El estrés de los profesores*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Trinkūnienė, L. & Kardelienė, L. (2013). Occupational difficulties at work of physical education teachers. *Ugdymas, Kūno Kultūra, Sportas*, 2, 88.
- Trotter-Mathison, M. (2010). *The resilient practitioner: burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers and health professionals* (Vol. 3): Taylor & Francis.
- Troutman, C. S., Burke, K. G. & Beeler, J. D. (2011). The Effects Of Self-Efficacy, Assertive-ness, Stress, And Gender On Intention To Turnover In Public Accounting. *Journal of Applied Business Research (JABR)*, 16(3).
- Tsigilis, N., Koustelios, A. & Togia, A. (2004). Multivariate relationship and discriminant validity between job satisfaction and burnout. *Journal of Managerial Psychology*, 19(7), 666-675.
- Uchino, B. N. & Birmingham, W. (2010). Stress and support processes. *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*, 111-121.
- Unterbrink, T., Zimmermann, L., Pfeifer, R., Wirsching, M., Braehler, E. & Bauer, J. (2008). Parameters influencing health variables in a sample of 949 German teachers. *Int Arch Occup Environ Health*, 82(1), 117-123. doi: 10.1007/s00420-008-0336-y
- Valero, L. (1997). Comportamientos bajo presión: El burnout en los educadores. *Estrés y salud*, 213-237.
- Van der Doef, M. & Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87-114.
- Van der Klink, J., Blonk, R., Schene, A. H. & Van Dijk, F. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American journal of public health*, 91(2), 270.
- Van Vegchel, N., de Jonge, J., Bakker, A. & Schaufeli, W. (2002). Testing global and specific indicators of rewards in the Effort-Reward Imbalance Model: Does it make any difference? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(4), 403-421.
- Van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H. & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med*, 60(5), 1117-1131. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.06.043

- Van Yperen, N. W. & Snijders, T. A. (2000). A multilevel analysis of the demands–control model: Is stress at work determined by factors at the group level or the individual level? *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 182.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165.
- Vega, M. F. & Bilbao, J. P. (1997). NTP 421: " Test de salud total" de Langner-Amiel: su aplicación en el contexto laboral.
- Vera-Villaroel, P., Valenzuela, P., Abarca, O. & Ramos, N. (2005). Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 121-132.
- Vercambre, M. N., Brosselin, P., Gilbert, F., Nerriere, E. & Kovess-Masfety, V. (2009). Individual and contextual covariates of burnout: a cross-sectional nationwide study of French teachers. *BMC Public Health*, 9(1), 333. doi: 10.1186/1471-2458-9-333
- Verhoeven, C., Kraaij, V., Joeke, K. & Maes, S. (2003). Job Conditions and Wellness/Health Outcomes in Dutch Secondary School Teachers. *Psychology & Health*, 18(4), 473-487. doi: 10.1080/0887044031000147201
- Verhoeven, C., Maes, S., Kraaij, V. & Joeke, K. (2003). The Job Demand-Control-Social Support Model and Wellness/Health Outcomes: A European Study. *Psychology & Health*, 18(4), 421-440. doi: 10.1080/0887044031000147175
- Vig, M. (2012). *Study of teacher s stress in relation to locus of control family environment and emotional intelligence among teacher educator*. Guru Nanak Dev University. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10603/5138>
- Visdómine, J. C. & Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 729-751.
- Visdómine, J. (2004). *Un análisis contextual-funcional de locus de control como conducta relacional derivada: aportaciones de la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT). Aportaciones experimentales*. Tesis doctoral, Universidad Almería.
- Wallston, B. D. & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: a review of the literature. *Health Educ Monogr*, 6(2), 107-117.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D. & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *J Consult Clin Psychol*, 44(4), 580-585.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr*, 6(2), 160-170.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health*: Clarendon Press Oxford.
- Warr, P. (1992). Age and occupational well-being. *Psychol Aging*, 7(1), 37-45.
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress*, 8(2), 84-97. doi: 10.1080/02678379408259982
- Warr, P. (2001). Age and work behaviour: Physical attributes, cognitive abilities, knowledge, personality traits and motives. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 16, 1-36.
- Werneke, U., Goldberg, D. P., Yalcin, I. & Ustun, B. T. (2000). The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 30(4), 823-829.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychol Rev*, 66(5), 297-333.
- WHO. (1951). Technical Report Series. In W. H. Organization (Ed.), *Technical Report Series* (Vol. 31). Geneve: World Health Organization.

- Williams, P. G., Smith, T. W., Gunn, H. E. & Uchino, B. N. (2010). Personality and Stress: 18 Individual Differences in Exposure, Reactivity, Recovery, and Restoration. *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*, 231.
- Woolfolk, R. L. (2001). The concept of mental illness: An analysis of four pivotal issues. *Journal of Mind and Behavior*, 22(2), 161-178.
- Woolfolk, R. L., Lehrer, P. M. & Allen, L. A. (2007). Conceptual issues underlying stress management.
- Ye, S. (2009). Factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12): The role of wording effects. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 197-201.
- Zavala, J. Z. (2012). Estrés y burnout docente: conceptos, causas y efectos. *Educación*, 17(32), 67-86.
- Zwiener, U., Richter, A., Schumann, N. P., Glaser, S. & Witte, H. (1990). Heart rate fluctuations in rabbits during different behavioural states. *Biomedica biochimica acta*, 49(1), 59-68.