

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS DOCTORAL

**Valor del capital psicológico en la calidad de vida del personal
militar: un programa de entrenamiento**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Eduardo Hernández Varas

Director

Francisco Javier Labrador Encinas

Madrid

© Eduardo Hernández Varas, 2019

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I



TESIS DOCTORAL

**Valor del Capital Psicológico en la calidad de vida del personal
militar: un programa de entrenamiento**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Eduardo Hernández Varas

DIRECTOR

Francisco Javier Labrador Encinas

Madrid, 2019

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I



TESIS DOCTORAL

**Valor del Capital Psicológico en la calidad de vida del personal
militar: un programa de entrenamiento**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR:

Eduardo Hernández Varas

DIRECTOR:

Francisco Javier Labrador Encinas

Madrid, 2019



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS
PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

D./Dña. Eduardo Hernández Varas _____,
estudiante en el Programa de Doctorado _____ de Psicología _____,
de la Facultad de Psicología _____ de la Universidad Complutense de
Madrid, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y
titulada:

Valor del Capital Psicológico en la calidad de vida del personal militar:
un programa de entrenamiento _____

y dirigida por: Francisco Javier Labrador Encinas _____

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita.

Del mismo modo, asumo frente a la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Madrid, a 31 de mayo de 2019

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Eduardo Hernández Varas'.

Fdo.: Eduardo Hernández Varas _____

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

*“Existe una meta, pero no un camino;
lo que llamamos camino son vacilaciones.”*

Franz Kafka, Aforismos de Zürau, 1917

A mi familia.

AGRADECIMIENTOS

Quizás, esta sea la parte más complicada de completar de una tesis, debido a que a lo largo de este camino participan de uno u otro modo multitud de personas, y siempre es difícil recoger a todos en estas líneas.

En primer lugar, debo manifestar mi más sincero y eterno agradecimiento a mi director Francisco Javier Labrador Encinas, quién no dudó en ser la guía de este trabajo. No sólo he de agradecerle su apoyo y consejo en esta tesis, sino los casi nueve años en los que me ha enseñado y dado la base teórica en mi etapa como alumno en la carrera. Como tutor en el máster, las herramientas prácticas y el juicio crítico necesario para ser un buen profesional y poder tratar a un paciente con la profesionalidad que merece. Y por último, este inicio en la investigación que me permite aportar mi pequeño granito de arena a la profesión que escogí por vocación. Sin duda, muchas de las metas alcanzadas a nivel profesional y personal no habrían sido posible sin su contribución y apoyo, su crítica constructiva y su forma de hacerme reflexionar sobre los problemas cuestionándome la realidad que se abre frente a los ojos.

Sería injusto no dedicarle unas líneas al que fue mi mando en el Tercio de Armada, el General de División de Infantería de Marina Don Antonio Planells Palau. Pues sin su visto bueno y confianza, este proyecto no hubiera sido posible. Del mismo modo, la deuda con los infantes de marina que voluntariamente se prestaron a participar en este estudio es infinita, pues sin ellos, nada de lo aquí contenido tendría sentido.

Tampoco puedo olvidarme del Comandante Enfermero Antonio Vázquez y del Capitán Psicólogo Juan Antonio Martínez. El primero, me brindó la

comprensión del proyecto que realizaba, animándome siempre a finalizarlo y recordándome la relevancia del doctorado en mi carrera militar. El segundo, siempre ha sido amable al responderme las mil y una preguntas que le he hecho, echándome una inmensa paciencia durante mis primeros meses en el destino y orientándome desde su valiosa experiencia.

No puedo dejar de mencionar a todas aquellas personas que han formado parte de este proyecto en la parte personal, y que en cierta manera, han sido un sustento y aliento para continuar y no desistir. Pero me gustaría mencionar de manera especial a algunas de ellas. A Félix y Esther, por la comprensión mostrada cuando he aplazado visitarlos por razones de trabajo y estudios, y por aguantarme cuando me quejo, sabiendo que es un mal vicio y que al final, casi siempre, termino alcanzando el objetivo. Ya no voy a tener excusa. A Marta, por tu alegría e hiperactividad contagiada y tus visitas al Sur para comprobar que seguía con vida (aunque estuviera entre muchos papeles y tablas de datos). A Sara, por orientarme y ayudarme a resolver mil dudas. Sin tus consejos, probablemente, el puerto hubiera sido otro. A Roberto, por tu humor inteligente y tu natural habilidad para relativizar los problemas. Y a José, por tu paciencia al escucharme, calma transmitida y haber sabido estar ahí cuando he necesitado parar y desconectar para continuar con un poco más de fuerza. Gracias a todos vosotros por haberme cuidado.

Por último, y quizás más importante, he de dar las gracias a mi familia. Ellos son los que siempre han estado, están y estarán en mi vida dándome un apoyo incondicional y respetando siempre mis decisiones. Son los que nunca se olvidan de preguntar al final del día. Los que han aguantado el mal humor cuando las cosas se torcían. Los que han aconsejado y han ayudado a tomar decisiones.

Los que me han soportado y querido siempre. Gracias. Gracias a mi hermano, por ayudarme, contar conmigo y hacerme partícipe de tus decisiones, dándome ese huequito en tu vida aunque estés lejos. Pero lo que es más importante, que cuentes conmigo para futuros viajes con los que compartir tiempo juntos, ya que al fin y al cabo, ese tiempo compartido será el que recordemos toda la vida y cuyo valor será inestimable. Gracias a mi madre y a mi padre por desde el más profundo cariño, hacerme sentir querido y apreciado cada día, alegrándoos por las metas alcanzadas, vivirlas como vuestras y por recibirme con los brazos abiertos e ilusión cada vez que vuelvo a casa. Gracias a mi tía y mis abuelas, por mostrarme su cariño a través de su preocupación constante e intranquilidad por todos los posibles riesgos que puedan acechar en esta vida.

Por todo esto, y mucho más, GRACIAS.

ÍNDICE

RESUMEN	xvii
ABSTRACT	xix
INTRODUCCIÓN	22
MARCO TEÓRICO	28
<i>Psicología Positiva</i>	29
Aplicaciones de la Psicología Positiva	31
Comportamiento Organizacional Positivo	36
Capital Psicológico (CP)	37
<i>Eficacia</i>	38
<i>Esperanza</i>	41
<i>Optimismo</i>	45
<i>Resiliencia</i>	48
<i>Bienestar Psicológico (BP)</i>	51
<i>Satisfacción Laboral (SL)</i>	55
<i>Salud Mental</i>	56
<i>Programas de Resiliencia Militares e Intervención en Capital Psicológico</i>	60
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	64
ESTUDIO I	66
Objetivos	67
Hipótesis	68
Método	71
Participantes	71

Variables	72
Instrumentos de medida	73
Diseño	76
Procedimiento	76
Análisis de datos	77
Resultados	78
Descripción de la muestra	78
Descriptiva de los parámetros recogidos	81
Análisis asociativo	88
Diferencias en: Bienestar Psicológico, Satisfacción Laboral y Salud General Percibida, en función de las variables sociodemográficas	89
Diferencias en Capital Psicológico en función de la variables sociodemográficas	99
Modelos predictivos	106
Análisis de perfiles	122
Contraste de Hipótesis	130
Discusión	135
Limitaciones y directrices futuras	144
Conclusión	145
ESTUDIO II	148
Objetivo	149
Hipótesis	149
Método	151
Participantes	151
Variables e instrumentos de medida	152
Diseño	154
Procedimiento	155
Análisis de datos	156

Resultados	157
Descripción de la muestra	157
Equivalencia entre grupos	160
Descriptiva de los parámetros recogidos	162
Eficacia del programa de intervención	170
Contraste de hipótesis	185
Discusión	189
Limitaciones y directrices futuras	193
Conclusión	195
BIBLIOGRAFÍA	197
ANEXOS	229
Anexo A: Consentimiento informado	231
Anexo B: Instrumentos de evaluación	232
Anexo C: Programa de intervención	238
Anexo D: Material resumen para el personal	270

RESUMEN

Uno de los objetivos que las organizaciones han pretendido por los beneficios que conllevan, tanto para los trabajadores como para sí mismas, es la felicidad y bienestar de sus empleados. Sin embargo, las condiciones propias de la vida militar pueden dificultar o entorpecer esa meta. Este estudio pretende conocer cómo el capital psicológico es capaz de predecir y mejorar el bienestar, salud y satisfacción laboral de los militares.

Para ello se desarrollaron dos estudios. El primero consistió en un estudio descriptivo correlacional con una muestra de 522 militares españoles. En él, se aplicaron regresiones lineales, empleando el capital psicológico y sus componentes como predictores del bienestar, la salud y la satisfacción. Los resultados obtenidos constataron una relación positiva y significativa con un poder predictivo del 54.5% para el bienestar psicológico, un 13.9% para la satisfacción laboral, y de un 7% para la salud.

El segundo estudio consistió en un tratamiento generado a partir de las necesidades del personal detectadas desde el modelo del capital psicológico. Fue aplicado a una muestra militares divididos en dos grupos independientes: tratamiento (N=41) y control (N=49), que fueron medidos en dos momentos; pre y post intervención. Se aplicaron anovas mixtos de dos factores para comprobar la eficacia del programa desarrollado y sus efectos sobre el propio capital psicológico, el bienestar, la salud y la satisfacción laboral. Los resultados obtenidos al comparar ambos grupos indican que la intervención produjo cambios favorables para el capital psicológico, el bienestar y la satisfacción, pero no para la salud.

Debido al importante poder predictivo del capital psicológico sobre el bienestar, y en menor medida sobre la satisfacción y la salud de los militares, queda justificado el desarrollo y aplicación de programas dirigidos a mejorar las fortalezas y recursos del personal por parte de la organización. Éstos resultan efectivos produciendo cambios tras la intervención, con lo que se estaría protegiendo y manteniendo el nivel de funcionamiento óptimo personal militar.

ABSTRACT

Worker happiness and wellbeing is one of the aims pretended due to the positive impact both the employer organisation and the employee. However, the hardship inherent to military life may hinder the achievement of this goal. In this study we aim to address whether the psychological capital is able to predict the psychological wellbeing, work satisfaction and health self-perception in military population.

Two studies were carried out. The first one consisted on a descriptive, correlational study using a cohort of 522 Spanish military by applying multiple lineal regression, using psychological capital as predictor of work satisfaction, health self-perception and psychological wellbeing. A positive, significative correlations were detected between the variables, and the predictive power of psychological capital was 54.5% for wellbeing, 13.9% for work satisfaction, and, 7% for health.

The second one consisted on a treatment generated from the requirements of the military staff under psychological capital framework. It was applied to a sample split into two groups, treatment (N=41) and control (N=49), and they were assesses in two times, pre and post intervention. Two-factor mixed anovas were run to test the developed program's efficacy and sized its effects on psychological capital, wellbeing, health and work satisfaction. Positive results were found for psychological capital, wellbeing and work satisfaction, but no effect on health.

Due to the relevant predictive power of psychological capital over the individuals' wellbeing, and to a lesser extent in work satisfaction and health, the

development of programs aimed at enhancing strengths and personal resources is justified, because these are effective and generate positive changes after intervention, keeping and shielding the individual's optimal performance level, as has been shown.

INTRODUCCIÓN

La Psicología Positiva, de forma progresiva se está imponiendo como una alternativa al enfoque tradicional fundamentado en la patologización. Mientras que esa forma tradicional de entender la Psicología ha centrado sus esfuerzos en encontrar y mejorar las debilidades del individuo, la Psicología Positiva, busca como encontrar y potenciar sus fortalezas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Esta manera de comprender la Psicología no está del todo extendida, ni es asimilada en su totalidad como forma de trabajo en el ámbito laboral. No obstante, a medida que la Psicología Positiva hace uso del rigor científico para asentar y difundir su conocimiento, los conceptos y constructos a los que da lugar, se van aplicando a múltiples y diferentes áreas.

El concepto del Capital Psicológico proviene de la Psicología Positiva, y aparece con el objetivo de estudiar y entender como la actitud positiva ante las diferentes demandas afecta en el día a día del trabajador. Este constructo se compone de; eficacia, esperanza, resiliencia y optimismo, quedando definido del siguiente modo:

“El Capital Psicológico es el estado de desarrollo psicológico positivo del individuo caracterizado por: (1) tener confianza (autoeficacia) para tomar y poner el esfuerzo necesario para superar los retos; (2) hacer la atribución positiva (optimismo) sobre los sucesos presentes y futuros; (3) perseverar en las metas (esperanza) para alcanzar el éxito; y (4) cuando los problemas y la adversidad aparezcan, ser capaz de mantenerse y recuperarse yendo incluso más allá (resiliencia) para alcanzar el éxito” (Luthans, Youssef, & Avolio, 2007)

Aunque la literatura existente sobre el Capital Psicológico ha crecido en los últimos años, aún queda camino por recorrer y profundizar sobre qué y cómo se relaciona con el bienestar, la salud, la satisfacción, desempeño laboral y otros comportamientos de interés para las organizaciones (Avey, Luthans, Smith, & Palmer, 2010; Luthans, Luthans, & Luthans, 2004; Luthans, Youssef, & Avolio, 2007).

Hay determinadas profesiones que por su razón de ser están expuestas a situaciones de estrés extremo, como ocurre entre militares, policías, bomberos o personal sanitario (Bravo, Kelley, & Hollis, 2016; Day & Livingstone, 2001; Devereux, Hastings, Noone, Firth, & Totsika, 2009; Vogt, Pless, King, & King, 2005). Para el militar, vivir en un ambiente en el que hay continuos retos emocionales puede alterar su bienestar psicológico y calidad de vida. Un militar, en el día a día, se ve expuesto a estresores laborales y familiares que tiene que afrontar y manejar. Por ejemplo; estar sometido a un entrenamiento físico exigente, maniobras fuera del hogar durante días, altas cargas de trabajo, alteraciones o déficits en la alimentación, sueño e higiene, la posibilidad de ser desplegado en zona de operaciones, el riesgo de quedar traumatizado, ser testigo de violencia, muerte o destrucción, ser herido o padecer problemas psicológicos.

La Salud Mental dentro de los ejércitos se está posicionando como una prioridad en algunos países. Los estudios realizados en personal militar estadounidense retornados de las guerras de Irak y Afganistán, revelan que entre 16% y el 29% de los soldados y marines cumplen los criterios diagnósticos de trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión o ansiedad generalizada en los tres y cuatro primeros meses tras regresar de la zona de operaciones

(Hoge, 2011; Hoge et al., 2004; Thomas et al., 2010). Además, el haber sido desplegado en repetidas ocasiones impacta sobre el bienestar psicológico y salud mental. Dicho impacto se ve acentuado si el periodo entre despliegues es breve y no han podido tener una reintegración completa con su entorno en territorio nacional (MacGregor, Han, Dougherty, & Galarneau, 2012; Merritt, 2010). De este modo, el personal militar debido a la exposición continua al estrés que padece puede ver menoscabadas sus capacidades y motivación (Schaubroeck, Riolli, Peng, & Spain, 2011), así como comprometida su salud, bienestar, desarrollo, y desempeño profesional (Carstensen & Turk-Charles, 1994; Frappell-Cooke, Gulina, Green, Hacker Hughes, & Greenberg, 2010; Hoge et al., 2004).

No obstante, a pesar de ver comprometida su salud, el militar, al igual que el civil, prefiere recurrir a una red informal de apoyo antes que a un recurso profesional de Salud Mental (Greenberg et al., 2003; Greenberg, Gould, Langston, & Brayne, 2009). Al militar se le supone una persona dura, poco comunicativa en relación a sus sentimientos, capaz de manejar los afectos negativos y emociones complejas (Lauber, Nordt, Falcato, & Rossler, 2004; Nash, Silva, & Litz, 2009), y quien además, es consciente de que posiblemente será juzgado y estigmatizado como una persona peligrosa, impredecible y responsable de su situación en caso de buscar esa ayuda. El hecho de hacerlo, cuestionaría su dureza, su valía como militar y autoeficacia, siendo esta una creencia inherente a la cultura militar (Corrigan, 2004; Kulesza, Pedersen, Corrigan, & Marshall, 2015). Por todo ello y debido al alto número de efectivos afectados por las intervenciones militares, la política de defensa de algunos países priorizan la prevención, mejora y desarrollo de las habilidades y fortalezas

de sus soldados (Casey, 2011). Para ello se han desarrollado programas de prevención y entrenamiento eficaces apoyados empíricamente, tanto en personal civil como militar (Lester, McBride, Bliese, & Adler, 2011). En el caso de éstos últimos sirvan de ejemplos el *Comprehensive Soldier Fitness*, el *Canadian Road to Mental Readiness* o el *BattleSMART*.

A día de hoy, la relación entre el Capital Psicológico, el bienestar psicológico, la salud y la satisfacción en la población militar no ha sido suficientemente estudiada. Bajo nuestro conocimiento, sólo tres estudios han investigado el capital psicológico con diferentes variables en el contexto militar, y ninguno con población militar española (Krasikova, Lester, & Harms, 2015; Schaubroeck et al., 2011; Van Dyk, 2015). Por todo ello, los presentes estudios buscan investigar cómo el nivel de Capital Psicológico del que disponga el personal militar impacta en la percepción de bienestar psicológico, salud mental, salud física y satisfacción laboral, y desarrollar un programa de desarrollo de habilidades psicológicas efectivo que resulte beneficioso al personal que es susceptible de ser desplegado en zona de operaciones.

MARCO TEÓRICO

Psicología Positiva

El objetivo de la Psicología Positiva es “entender, probar, descubrir y promocionar los factores que permiten al individuo y a las comunidades desarrollarse” (Sheldon, Frederickson, Rathunde, Csikszentmihalyi, & Haidt, 2000). Para ello, se centra en establecer un corpus de conocimiento sustentado en una base empírica y medible que le aleja de corrientes similares de corte más filosófico como la Psicología Humanista (Hefferon & Boniwell, 2011; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

El movimiento de la Psicología Positiva nace en 1998 de la mano de Martin Seligman que, como presidente de la *American Psychological Association*, remarcó la necesidad de refocalizar los esfuerzos en el bienestar, la felicidad, el *flow*, las fortalezas personales, la sabiduría, la creatividad, la imaginación y los diferentes aspectos positivos de los grupos e instituciones, en vez de en la enfermedad y en los aspectos disfuncionales (Hefferon & Boniwell, 2011; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Sheldon, Frederickson, Rathunde, Csikszentmihalyi, & Haidt, 2000).

La preocupación por el bienestar y la felicidad es una constante dentro de la filosofía occidental y es dónde la Psicología Positiva encuentra sus orígenes. El bienestar o la felicidad se han tratado a través de la moral, la virtud o del significado de vivir una buena vida por muchos filósofos como Aristóteles, Spinoza, Schopenhauer, Bertrand Russel o Heidegger entre otros. En el terreno de la Psicología, los antecedentes que recogen esta tradición abierta por la Filosofía deben buscarse en James (1902), quien fue el pionero que relacionó las emociones y su expresión de manera conjunta (Hefferon & Boniwell, 2011).

Sin embargo, ese camino se dejó de lado durante la primera mitad del siglo XX, pues la Psicología se centró esencialmente en el tratamiento de la enfermedad y en la evaluación de aquellas personas que mostraban alguna habilidad o talento destacado. Tras la 2ª Guerra Mundial, los aspectos clínicos de la enfermedad mental y su tratamiento tomaron relevancia. No obstante, pronto surgieron voces críticas hacia el conductismo y psicoanálisis imperantes que empleaban un modelo tradicional de psicoterapia focalizado en lo negativo o problemático del funcionamiento de la persona, desde la perspectiva del déficit tal y como regía el modelo médico. De esta crítica emergió la Psicología Humanista, abordando el estudio de la Salud Mental desde atributos positivos como la felicidad, la satisfacción, el éxtasis, la amabilidad, la bondad y la generosidad. Bajo este prisma se entiende a la persona como un todo y se enfatizan los atributos positivos de la felicidad y de la autorrealización del individuo. Algunos de los psicólogos que más han aportado a esta corriente han sido: Maslow (1954) con el modelo de la jerarquía de las necesidades, centrado en las potencialidades del individuo y no en sus deficiencias; Rogers (1951,1961) y la terapia centrada en la persona; Jahoda (1958) con el modelo de salud mental positiva; Erikson (1963) y la teoría del desarrollo psicosocial del individuo; Vaillant (1977) y las tareas fundamentales para una buena adaptación; Deci y Ryan (1985) y la teoría de la autodeterminación; o, Ryff y Singer (1996) con el modelo de bienestar psicológico.

Hasta la fecha, la Psicología Positiva se ha posicionado y ganado legitimidad y relevancia dentro de la Psicología y de la sociedad. No obstante, ha sido cuestionada y criticada (Pérez-Álvarez, 2012), pero también defendida, debido a que sus investigaciones, se rigen por el un método científico riguroso

que ha permitido constituir una base de conocimiento a partir de la cual, extrapolar sus hallazgos y aplicarlos en el día a día de las personas permitiendo un mejor entendimiento de los factores que influyen en la felicidad y en las actitudes positivas de las personas (Vázquez, 2013). La Psicología Positiva señala que las personas felices se caracterizan por tener una mejor salud física y mental, bienestar psicológico y comportamientos más adaptados, mostrando unos mayores niveles de resiliencia, optimismo, apoyo social, espiritualidad y gratitud (Lyubomirsky, 2007).

Aplicaciones de la Psicología Positiva

La Psicología Positiva sugiere que los determinantes de la felicidad individual dependen de tres factores principales que se distribuyen en las siguientes proporciones: un 50% corresponde a un *set point* (línea base) de felicidad genéticamente determinado, un 10% a las circunstancias y el 40% restante a las actividades intencionales (Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005). Ante la imposibilidad de poder alterar la parte genética y circunstancial de las personas, la Psicología Positiva estudia ese 40% de actividades intencionales que fomentan la felicidad individual. Este punto da inicio al desarrollo del concepto de las *tres vidas* (Seligman, 2011; Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005).

Las *tres vidas* se relacionan con tres dimensiones desarrollables, que son: (1) vida placentera (*the pleasant life*), (2) vida comprometida (*the good/engaged life*), y (3) vida con significado (*the meaningful life*). Éstas marcan el camino a la persona para incrementar su felicidad. La vida placentera se relaciona con

actividades agradables, la vida comprometida con aquellas actividades en las que la persona se involucra, y la vida con significado hace referencia a los objetivos que están más allá del propio interés personal (Csikszentmihalyi, 1999; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2012; Seligman, 2011; Seligman, Rashid, & Parks, 2006; Seligman et al., 2005).

La vida placentera busca la felicidad a través de las experiencias placenteras más inmediatas, tal como apuntan las teorías hedonistas de la felicidad. Es la manera más directa y sencilla de alcanzar la felicidad, pero es la menos efectiva a la hora de mantener sus niveles a lo largo del tiempo (Seligman et al., 2006). Consiste en experimentar la mayor cantidad de emociones positivas, ya sean pasadas, presentes o futuras, permitiendo conocer qué llevó o llevan a ellas y que habilidades potenciaron o potencian su intensidad y duración. No necesariamente hace referencia a grandes eventos de la vida, sino a los pequeños placeres cotidianos como son la compañía, la naturaleza o la satisfacción de las necesidades del cuerpo. Cuando se recuerda una emoción positiva pasada (p.ej.: satisfacción, alegría, plenitud, orgullo y serenidad) se induce un estado de felicidad que mejora los aspectos positivos del recuerdo (Lyubomirsky, Sheldon, et al., 2005; McCullough, 2000; Seligman et al., 2005), lo que facilita emociones positivas sobre el futuro generando esperanza, optimismo, fe o confianza. Estas emociones sobre el futuro son las que contrarrestan los estados de pesimismo y tristeza (Seligman, 2011; Snyder, 2000a). Sin embargo, las emociones positivas del presente reportan una satisfacción derivada de los placeres inmediatos, en los que la persona debe aprender a recrearse en ese momento placentero para incrementar su felicidad de manera momentánea (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2012; Seligman et al.,

2006). Las emociones positivas se asocian con índices menores de depresión y ansiedad, y aminoraran los efectos que producen las emociones negativas a nivel fisiológico y atencional (Fredrickson, 2000; Fredrickson & Branigan, 2005). Por otro lado, las emociones positivas favorecen la recuperación y resiliencia ante las crisis (Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003; Tugade & Fredrickson, 2004). De este modo, se induce una espiral ascendente hacia el bienestar en el que la emoción y la acción se retroalimentan entre sí, alejando así el círculo vicioso de negatividad que producen los pensamientos negativos y el estado de ánimo depresivo (Fredrickson & Joiner, 2002; Fredrickson et al., 2003; Tugade & Fredrickson, 2004).

La vida comprometida supone que el individuo participa, se implica y compromete en: actividades laborales, que suponen un reto pero que no son imposibles; relaciones personales íntimas; y, ocio. El estado de alta implicación se conoce como *flow*, y se refiere al estado en el que la persona se involucra con la actividad en sí y por sí mismo, y no por las variables externas que rodean a la misma. En el estado de *flow*, la actividad supone un reto que la persona ha elegido y hace uso de sus habilidades para poder finalizarla de manera exitosa. Durante su realización, el tiempo pasa rápido y la atención está completamente involucrada en la tarea pudiéndose llegar a perderse el sentido del *self* (Csikszentmihalyi, 1999; Moneta & Csikszentmihalyi, 1996; Seligman et al., 2006). El *flow*, por sí mismo, no significa que la persona tenga una vida comprometida, pero sí es un indicio de ello. De hecho, aquellas personas que experimentan el *flow* con frecuencia reportan una mayor frecuencia estados emocionales positivos fuera de este estado (Csikszentmihalyi, 1999). Una forma de mejorar la vida comprometida y el *flow* es identificar las fortalezas y los

talentos personales y encontrar oportunidades en las que poder emplearlos, teniendo como consecuencia un alivio significativo de la sintomatología depresiva (Seligman, 2011; Seligman et al., 2006).

La vida con significado se refiere al uso de las fortalezas personales y talentos para servir a algo más grande e importante que uno mismo (Seligman et al., 2006). Para alcanzar la felicidad por esta vía, es necesario que la persona sienta que sus acciones contribuyen directamente a una causa superior, teniendo un sentimiento de pertenencia y conexión con ella. Esto se logra a través de instituciones sociales, culturales o religiosas. En este punto, se produce la unión de los intereses individuales, focalizados en el cuidado de uno mismo y de las propias fortalezas, y de la aproximación altruista, que se centra en moderar los intereses individuales y enfatizar el sacrificio por un propósito superior (Seligman et al., 2006). Cuando el individuo es capaz de llevar a cabo ciertos sacrificios por un propósito dotándoles de sentido, produce satisfacción personal y creencias de que se ha tenido una buena vida, dando lugar a un destacado y mantenido sentimiento de felicidad en comparación con la vida placentera y la vida comprometida (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2012). Además, cuando la persona logra alguno de los propósitos superiores, confiere un significado distinto a diferentes circunstancias, ya sean positivas o negativas. Pero cuando ese significado no aparece, puede dar lugar a sintomatología depresiva, que se alivia si la persona es capaz de implicarse con una causa superior (Mcadams, Diamond, De, Aubin, & Mansfield, 1997; Pennebaker, 1993; Seligman et al., 2006).

El concepto de las fortalezas individuales es central dentro de la Psicología Positiva, y nace a partir de una identificación de virtudes comunes en

diferentes culturas que establecen criterios de identificación y selección. A través del Inventario de Fortalezas VIA, las 24 fortalezas del carácter se agrupan bajo seis categorías superiores; sabiduría y conocimiento, coraje, humanidad, justicia, templanza y trascendencia (Park, Peterson, & Seligman, 2004; C. Peterson & Seligman, 2005). A partir de la aplicación del inventario, se han establecido relaciones entre las fortalezas y la salud, el bienestar, el logro y la satisfacción vital (Emmons & McCullough, 2003; Christopher Peterson, Ruch, Beermann, Park, & Seligman, 2007). Además de las fortalezas, la Psicología Positiva ha dado lugar a otras líneas de investigación que han permitido trasladar sus conocimientos a múltiples áreas, cómo relacionar la idea de las fortalezas con el campo de las organizaciones positivas (OP) (*positive organizational scholarship*) y el comportamiento organizacional positivo (COP) (*positive organizational behaviour*). La OP y el COP hacen referencia a dos corrientes paralelas y complementarias. La OP centra los esfuerzos a nivel de organizaciones, es decir, mantiene un enfoque a nivel macro manejando constructos tales como compasión o virtuosidad que pueden estar o no abiertos al desarrollo y/o relacionados con el impacto sobre el desempeño laboral (Cameron, Bright, & Caza, 2004). El COP, en cambio, focaliza su esfuerzo a nivel micro, o lo que es lo mismo, a nivel del individuo y en constructos regidos por el criterio de estado que están abiertos al desarrollo y relacionados con el desempeño de la persona (Luthans, 2002a; Luthans & Church, 2002), lo que le hace ser de vital importancia para la competitividad desde el punto de vista organizacional en su estrategia para alcanzar el éxito (Le Blanc & Oerlemans, 2016).

Comportamiento Organizacional Positivo

Se define cómo el “estudio y aplicación de las fortalezas de las personas y capacidades psicológicas que son orientadas de manera positiva, y pueden ser medidas, desarrolladas y gestionadas de manera efectiva para la mejora del rendimiento en el lugar de trabajo” (Luthans, 2002a). Este concepto hace referencia a que las capacidades psicológicas positivas que están abiertas al desarrollo y perfeccionamiento a través de programas breves de entrenamiento, por lo que son entendidas como estados y no como rasgos (Luthans, Avey, Avolio, Norman, & Combs, 2006). Ésta es la principal diferencia con la visión de la OP, que tiende a focalizar los estudios en constructos de rasgos disposicionales (Luthans et al., 2007). El COP, además, exige a los constructos un fundamento empírico y base teórica bien establecida, así como medidas validadas y fiables a nivel individuo (micronivel) que permitan su desarrollo y mejora con intervenciones que repercutan en los resultados del trabajo del individuo (Luthans, 2002a, 2002b; Luthans & Youssef, 2007; Wright, 2003; Youssef & Luthans, 2007). Los primeros trabajos del COP incluyen capacidades psicológicas como la seguridad en sí mismo, la esperanza, el optimismo, la percepción subjetiva de bienestar y la inteligencia emocional. A medida que se han estudiado, han surgido dificultades al conceptualizarlos o medirlos por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos por el COP (Luthans, 2002a). Tras los pertinentes análisis y evaluaciones se han propuesto como capacidades definitivas integrantes del COP la eficacia, el optimismo, la esperanza y la resiliencia. Una vez comprendido el potencial de estas cuatro capacidades en el personal laboral, se han reclasificado como un factor de segundo orden bajo el

nombre de Capital Psicológico (Luthans, Luthans, & Luthans, 2004; Luthans, 2002a, 2002b).

Capital Psicológico (CP)

El CP deriva de los criterios basados en el COP (Luthans, Luthans, & Luthans, 2004; Luthans & Youssef, 2004), y lo constituyen cuatro variables psicológicas: eficacia, esperanza, optimismo y resiliencia. Se sugiere que estas variables influyen a largo plazo en el bienestar, la salud, en un comportamiento organizacional positivo y en los resultados relacionados con el trabajo (Luthans, Avey, et al., 2006; Luthans, Avey, Avolio, & Peterson, 2010; Luthans, Avey, & Patera, 2008; Schaubroeck et al., 2011). El CP tiene una naturaleza de estado tal como se ha evidenciado, es decir, es más estable que un estado transitorio (por ejemplo, una emoción) pero más fluido que un rasgo de personalidad, y esto es lo que permite diferenciarlo del concepto de fortaleza (Luthans et al., 2007). Por tener esa naturaleza de estado, el CP sugiere que una persona puede mejorar y desarrollarse, ya sea a través de la inversión y/o de lo que ésta tenga planificado para sí misma (Luthans et al., 2004; Luthans et al., 2007). Se ha propuesto su desarrollo a través de micro-intervenciones consistentes en entrenamientos de una sesión de dos a tres horas (Luthans et al., 2004), en las que se obtienen mejoras significativas en CP al completarlas, permitiendo su aplicación en diferentes formatos, tales como el presencial o el telemático (Luthans et al., 2006; Luthans et al., 2010, 2008). No obstante, las relaciones del CP con la salud y el bienestar deben seguir investigándose, pues hay evidencias de la influencia de los cuatro componentes del CP de manera individualizada

sobre la salud, y que al estar estrechamente relacionados entre sí hacen que el CP, a pesar de las pocas investigaciones existentes, deba considerarse relevante por las posibles implicaciones sobre la salud ocupacional (Sinclair, Waitsman, Oliver, & Deese, 2013).

Los cuatro componentes del CP, son por sí mismos factores que determinan la respuesta del individuo ante los estresores existentes en el lugar de trabajo (Luthans & Youssef, 2004). Se han definido de la siguiente manera: (1) eficacia, en referencia a la confianza para tener éxito en una tarea desafiante; (2) optimismo, como la atribución positiva sobre el presente y el futuro de manera amplia; (3) esperanza, entendida como perseverancia individual en los objetivos, redirigiendo las vías que llevan a ellos cuando sea necesario para la consecución de los mismos; y (4) resiliencia, aludiendo a la necesidad de frente a los retos o adversidades, manteniéndose o corrigiéndose, y yendo incluso más allá para alcanzar el objetivo (Luthans et al., 2004; Luthans et al., 2007). Estos cuatro componentes y el propio CP han captado la atención de la Psicología Militar, ya que engloba características más amplias que las contempladas en el *hardiness* (esperanza, optimismo y resiliencia). Es por ello, que los componentes del CP serán descritos en mayor detalle a continuación, para facilitar el entendimiento de los mismos y su potencial en el ámbito militar.

Eficacia

El estudio sobre las creencias de autoeficacia no es nuevo en Psicología debido al valor predictivo que tiene sobre multitud de variables relevantes en la vida de las personas. La autoeficacia se entiende cómo la competencia percibida

sobre las propias capacidades para organizar, ejecutar y valorar la acción iniciada para alcanzar los objetivos pretendidos (Bandura, 1977, 1982, 1997).

La eficacia o autoeficacia reúne todos los criterios de inclusión del COP con una sólida base empírica y teórica fundamentada en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), en la capacidad simbólica del pensamiento y la habilidad para responder al entorno (Maddux, 2002), tal como describe la teoría cognitivo-social (Bandura & National Institute of Mental Health, 1986). Además del respaldo teórico, la eficacia cuenta con medidas validadas y fiables de magnitud, de intensidad, y de generalización (Bandura & National Institute of Mental Health, 1986). La eficacia puede matizarse como “la confianza/convicción de una persona sobre sus capacidades para movilizar la motivación, recursos cognitivos, y pautas de acción necesarias para ejecutar exitosamente una tarea específica dentro de un contexto determinado” (Stajkovic & Luthans, 1998a, 1998b), adaptándose y anticipándose con éxito a las posibles consecuencias (Shahnawaz & Jafri, 2009), gracias a una efectiva selección de retos acordes a las aspiraciones y objetivos que se propongan (Luthans & Youssef, 2004). Su importancia radica en que, a la hora de afrontar una situación concreta, determina la tolerancia para afrontar el estrés que se produzca y poder superarlo. Es un factor con tiene efectos sobre la iniciativa, el nivel de esfuerzo a invertir y la motivación para completar las tareas que conducen a las metas y objetivos establecidos, manteniendo la persistencia y perseverancia ante los obstáculos o eventos aversivos que puedan acaecer y, en ocasiones, eligiendo tareas complejas y retos que conduzcan a la superación personal (Bandura, & National Institute of Mental Health 1986, 1997; Luthans, 2002a; Luthans et al., 2007). Por lo anteriormente expuesto, se ha visto que aquellas personas que cuentan con

bajos niveles de eficacia tienden a mostrar mayor fatiga, enfermedad, ansiedad, depresión y estrés en comparación con aquellos que reportan niveles de eficacia altos (Avey, Luthans, & Jensen, 2009).

Múltiples meta-análisis han recogido la relación entre autoeficacia y el funcionamiento humano (Bandura & Locke, 2003), y al menos tres de ellos señalan una relación media-alta entre la eficacia y el desempeño laboral (Judge, Jackson, Shaw, Scott, & Rich, 2007; Sadri & Robertson, 1993; Stajkovic & Luthans, 1998a). Por ejemplo, en el realizado por Stajkovic y Luthans (1998) donde se analizaron 114 estudios, se concluyó que la correlación es de tamaño medio para la eficacia y el desempeño laboral (.38) y algo mayor para la eficacia y la satisfacción laboral (.45).

Las creencias sobre la autoeficacia se desarrollan a partir de cuatro fuentes de información principales (Bandura, 1982): (1) la experiencia práctica; (2) el aprendizaje vicario; (3) la persuasión verbal, a través del feedback y apoyo positivo recibido por parte del entorno, y (4) la activación psicológica y emocional, si es controlable por la persona siendo capaz de superar el evento a afrontar (Bandura, 1997). Sin embargo, estas fuentes son meros inputs de información que deben ser elaborados cognitivamente para mostrar su efecto (Bandura, 2000). Atendiendo a los meta-análisis existentes, la eficacia puede ser entrenada a través del modelado conductual de manera efectiva, obteniéndose mejores resultados si el entrenamiento se compone por un modelado cognitivo, práctica y refuerzo, siendo esta opción la más beneficiosa frente a las charlas informativas y la práctica en solitario (Burke & Day, 1986; Gist, 1989), lo que aporta la pauta a seguir en los futuros programas de intervención que pretendan tal objetivo.

Por todo ello, es esperable que la eficacia influya en la salud, bienestar y resultados en el trabajo. Y el hecho de estar abierta al desarrollo, hace que sea de interés desde el punto de vista militar en múltiples áreas y tareas que su personal debe afrontar y superar.

Esperanza

Se introduce como constructo de la disciplina psiquiátrica y psicológica en los años 50 (Magaletta & Oliver, 1999). Hace referencia a “un conjunto de cogniciones fundamentadas en la interactividad derivada de la (a) voluntad del individuo (determinación de acción hacia un objetivo) y los (b) caminos que llevan al objetivo (planificación para alcanzar los objetivos)” (Snyder et al., 1991. p.287). El componente de la voluntad hace referencia a la motivación individual para alcanzar el objetivo y la creencia de que puede ser realizado de manera exitosa. El componente de los caminos refleja cómo un individuo percibe su capacidad para crear un plan que le lleve al objetivo. Además, la esperanza afecta al establecimiento de los objetivos y a los mecanismos que determinan que se seleccionen, aborden y logren objetivos más desafiantes cada vez, modificándolos si es necesario a medida que se obtienen evidencias y/o realidades nuevas sobre la situación (Luthans, Avey, Avolio, & Peterson, 2010; Luthans & Youssef, 2004).

La esperanza no se compone exclusivamente de la voluntad o intención hacia la superación de los obstáculos para alcanzar los objetivos, sino que también es parte de la habilidad que tiene la persona para identificar, clarificar y perseguir las vías que le pueden llevar a prosperar (Luthans & Jensen, 2002).

Los componentes de la esperanza son relevantes en el ámbito laboral actual con respecto a la automotivación, la autonomía y las acciones contingentes (Luthans & Jensen, 2002). Al igual que ocurre con la eficacia, la esperanza influye sobre múltiples aspectos de la vida de las personas. Sin embargo, la diferencia radica en que el rol que juega en el ámbito laboral no ha sido plenamente desarrollado. Algunas de las conclusiones a las que se ha llegado al estudiarla ha sido su relación positiva con aspectos deseados por las personas, entre los que se incluyen éxitos, buen desempeño, mayor retención laboral, incrementos salariales, compromiso organizacional, satisfacción laboral y vital general (Bailey, Eng, Frisch, & Snyder, 2007; Luthans, Avolio, Walumbwa, & Li, 2005; Luthans et al., 2007; Peterson & Byron, 2007; Peterson & Luthans, 2003; Youssef & Luthans, 2007). También se ha relacionado con un mayor rendimiento deportivo, una predisposición favorable a acudir a los servicios sanitarios en caso de requerirlo y a un impacto positivo sobre la efectividad de los tratamientos ante la enfermedad (Irving, Snyder, & Crowson, 1998; Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000; Snyder, 2000b). Éstos últimos aspectos relacionados con la salud hacen que la esperanza sea un valor a considerar en las estrategias de promoción de Salud Mental, ya que es un factor que ayuda a mejorar a las personas a través del establecimiento de objetivos, la generación de alternativas y la solución de problemas (Luthans, Luthans, & Jensen, 2012; Snyder, 2000b). Por ello, la evidencia señala que los individuos con altos niveles en esperanza, son menos propensos a albergar sentimientos de ausencia de control, de impredecibilidad y/o vulnerabilidad (Snyder, 2000b). Experimentar unos niveles bajos de esperanza puede conllevar padecer un abanico de emociones negativas que limitan las respuestas ante situaciones comprometidas. Por el

contrario, unos altos niveles de esperanza resultan en emociones positivas como consecuencia de los pensamientos esperanzadores que se generan, lo que permite poner en juego destrezas y recursos para afrontar la adversidad, blindando y/o reduciendo el posible impacto de una situación compleja y por tanto, los posibles problemas de salud mental que puedan derivarse (Fredrickson, 1998). Además, de esa protección, la esperanza permite encontrar con mayor facilidad apoyo social en amigos o compañeros de trabajo, ya que fomenta el sentimiento o idea de pertenencia al grupo (Snyder, Rand, & Sigmon, 2002). La razón de ello podría ser que las personas prefieren relacionarse con individuos esperanzados y con una actitud persistente y perseverante. Esta situación se da dentro de las unidades militares, pues los soldados prefieren relacionarse con aquellos que tienen energía y una actitud positiva para cumplir con la misión que se encomienda. Desafortunadamente, aquellos que tienen bajos niveles de esperanza acusan falta de apoyo social y no tienen personas en las que confiar, lo que genera ausencia de sentimiento de pertenencia al grupo y a la organización, que se traduce en un probable abandono de la misma.

Por tanto, la esperanza es una fortaleza cognitiva que mantiene fuertes asociaciones con un mejor bienestar y salud, y por lo tanto, se asocia a menores niveles de enfermedad, tanto física como mental, siendo uno de los predictores más significativos de la salud mental (31%) frente a la enfermedad mental (Cheavens, Feldman, Gum, Michael, & Snyder, 2006; Snyder et al., 1996; Venning, Kettler, Zajac, Wilson, & Elliott, 2011).

En la investigación de la esperanza dentro del ámbito militar, se ha visto que tiene un papel primordial en la supervivencia de los veteranos de la guerra de Vietnam que tuvieron experiencias de combate (Huff, 2002). Se ha de tener

en cuenta que los veteranos de guerra tienden a puntuar más bajo que otras poblaciones en esperanza. Sin embargo, parece ser que esa esperanza tiene un rol importante a la hora de recuperarse de un trastorno de estrés post-traumático (Irving, Telfer, & Blake, 1997). Estos estudios, aunque sean muy limitados, indican que la esperanza en el personal militar facilita una adaptación resiliente.

Además, estas relaciones no se limitan en exclusiva al individuo. Se ha encontrado que los líderes con bajos niveles de esperanza tienen equipos con un desempeño significativamente menor y una capacidad de retención bajas en comparación con aquellos líderes con altos niveles de esperanza (Peterson & Luthans, 2003), lo que resulta de especial interés en aquellas organizaciones en las que su razón de ser es la jerarquía, cómo es el caso de la institución militar.

Relacionado con el COP, se han propuesto múltiples guías para el desarrollo y manejo de la esperanza en el entorno laboral (Luthans, 2002a). Así, para el componente del objetivo, la teoría de la esperanza ha propuesto la aceptación y el compromiso con lo pretendido, determinando o estableciendo cuales son los objetivos principales, intermedios y menores, para que de este modo al fragmentarlo en submetas, el objetivo-final sea más asequible. En relación con el componente de las vías que llevan al objetivo, se propone el desarrollo de múltiples planes de acción para alcanzar las metas pretendidas. Es de interés también combatir la falsa esperanza y, hacer uso de la representación mental de una actuación sobre un evento relevante en el futuro, ya que ese ejercicio de entrenamiento en imaginación puede ayudar a aumentar la esperanza sobre la propia actuación.

Optimismo

Según la Real Academia Española de la Lengua, hace referencia a la “propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más favorable”. Desde la perspectiva psicológica, se puede entender como “el estilo atributivo por el que los eventos positivos se interpretan como producto de causas personales, permanentes y generales, mientras que los eventos negativos son debidos a factores externos, temporales y específicos de la situación” (Seligman, 2006). En otras palabras, el optimismo no deja de ser la atribución y/o expectativa positiva sobre los eventos futuros (Luthans, 2002a). Esperanza y optimismo son similares, pero conceptualmente distintos, pues la primera hace referencia a factores internos, y el segundo adquiere una perspectiva más amplia no limitándose únicamente al *self*.

El optimismo es un amortiguador esencial de los estresores potencialmente dañinos tanto a nivel físico como psicológico (Thomas, Britt, Odle-Dusseau, & Bliese, 2011). Los estudios señalan que un alto optimismo reduce el estrés percibido y ayuda a desarrollar estrategias de afrontamiento estableciendo objetivos personales y profesionales ante las situaciones estresantes que deben manejar las personas en el día a día (Aspinwall & Taylor, 1992; Chemers, Watson, & May, 2000; El-Anzi, 2005; Totterdell, Wood, & Wall, 2006). Un estilo explicativo optimista repercute en diferentes aspectos laborales tales como el desempeño, la productividad, la satisfacción laboral o el compromiso organizacional (Luthans, Avolio, Walumbwa, & Li, 2005; Seligman & Schulman, 1986; Youssef & Luthans, 2007). Por otro lado, el optimismo, ayuda a las personas a adaptarse y a aceptar la realidad cambiante permitiendo, a su

vez, distanciarse de los propios errores, lo que lleva a evitar o aminorar multitud de riesgos y consecuencias negativas como depresión, culpa, autocastigos, rumiaciones, desesperación, problema de sustancias, evasión de problemas, indecisión, baja percepción de logro, estrés psicológico, o incluso suicidio (Bryan, Ray-Sannerud, Morrow, & Etienne, 2013; Carver & Scheier, 2002; Thomas et al., 2011). Por tanto, resulta de interés aplicado en la milicia, pues en ocasiones el militar debe desempeñar sus funciones de manera eficiente bajo altos niveles de presión y estrés, y el optimismo facilita el crecimiento post-traumático (Feder et al., 2008). Siguiendo el argumento anterior, aquellos militares que reportan altos niveles de optimismo han manifestado una menor probabilidad de tener ideaciones de tipo suicida y/o sintomatología relacionada con el estrés post-traumático cuando han padecido altos niveles de exposición al combate frente a aquellos que puntuaron un bajo nivel de optimismo (Bryan et al., 2013; Thomas et al., 2011).

No obstante, hay situaciones en las que el optimismo puede resultar no ventajoso e incluso dañino. Un ejemplo de ello sería cuando se ignoran las amenazas o se sobreestiman las propias capacidades para manejar una situación adversa y no se disponen de las habilidades y estrategias adecuadas. De este modo, el optimista pueden fallar a la hora de protegerse ante la amenaza, por lo que el optimismo podría jugar en contra de la propia persona (Carver & Scheier, 2002). También cabe pensar que el optimista mantiene una visión de la realidad más vulnerable que un pesimista ante un evento traumático. Pues el pesimista, se mantiene expectante a la tragedia mientras que el optimista no, y por ello, se puede ver más duramente afectado por un evento traumático.

El optimismo tiene una línea base disposicional (Scheier & Carver, 1987) determinada genéticamente que constituye aproximadamente el 25% de la variabilidad del optimismo (Plomin et al., 1992), pero se puede desarrollar (Seligman, 2006) e incrementar los niveles a través de intervenciones de entrenamiento cognitivo-conductuales (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010; Riskind, Sarampote, & Mercier, 1996). Las experiencias previas de éxitos y fracasos desempeñan un rol vital a la hora de incrementar los niveles de optimismo, pues a partir de las experiencias de éxito, se anticiparán los próximos éxitos. Además, las habilidades adaptativas y el modelado positivo ayudan al individuo a incrementar los niveles de optimismo y las expectativas a lo largo del tiempo (Carver et al., 2010). Por lo tanto, esa posibilidad de desarrollo es lo que permite a este factor ser incluido como constructo del CP (Luthans & Youssef, 2007).

Al igual que la esperanza, el impacto del optimismo en el entorno laboral no ha sido especialmente atendido. Sin embargo, los estudios que se han interesado por él, han mostrado que guarda una relación positiva con el desempeño laboral (Green, Medlin, & Whitten, 2004; Luthans et al., 2005; Luthans, Lebsack, & Lebsack, 2008). Esto ha atraído la atención de las organizaciones, fomentando entre el personal un estilo explicativo optimista que permita adoptar posiciones realistas y flexibles para adaptarse a las situaciones cambiantes venideras (Luthans, Luthans, & Jensen, 2012).

Resiliencia

Al igual que las anteriores está incluida en el COP, y hace referencia a “la capacidad de mantenerse, recuperarse o de prosperar ante la adversidad” (Hardy, Concato, & Gill, 2004). El COP señala que “es la capacidad para superar la adversidad, el conflicto, el fracaso, o incluso eventos positivos, el progreso o mayores responsabilidades” (Luthans, 2002a).

El estudio de la resiliencia se inicia en la década de los 60 y 70 con las investigaciones de niños que crecieron en contextos difíciles, con padres diagnosticados con alguna enfermedad mental (Rutter, 1985; Rutter, 1987), que se desarrollaron bajo el umbral la pobreza o en entornos familiares desfavorables (Garmezy, 1991, 1993; Garmezy, Masten, & Tellegen, 1984; Werner, 1993, 1995). La conclusión más importante de estos estudios fue que los individuos estudiados, a pesar de tener una realidad adversa y unas perspectivas pobres de mejora, fueron capaces de responder positivamente ante las dificultades y el estrés superando las adversidades y logrando tener unas vidas razonablemente normales (Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1985). Precisamente que el inicio del estudio de la resiliencia parta de la Psicología Infantil fundamenta la idea de que no está determinada ni por la genética ni por el entorno y, por tanto, se entiende como un proceso de desarrollo natural a lo largo de la vida de la persona (Masten, 1994), u organización cuando éstos afrontan retos, riesgos y estresores del día a día, permitiéndoles crecer ante la adversidad con los recursos adicionales y fortalezas que se generan (Sutcliffe & Vogus, 2003; Youssef & Luthans, 2007).

El desarrollo de la resiliencia implica aspectos que requieren estrategias de reducción a la exposición de riesgos y sistemas de protección. Al igual que el resto de factores del COP, para su desarrollo, es necesario establecer objetivos positivos y realistas, conocer con qué activos se dispone (lugar de trabajo favorable, conocimiento o habilidad adecuado...) y con qué factores de protección y prevención de riesgos se cuentan (políticas institucionales de prevención, factores económicos, competencia dura...) (Masten, 1994; Masten, Cutuli, Herbers, & Reed, 2009; Yates & Masten, 2004). Sin embargo, la resiliencia no es un fenómeno que ocurra en todos los ámbitos de la vida de la persona, más bien queda circunscrito a dominios específicos en los que se manifiesta como puede ser una resiliencia académica, una resiliencia laboral o una resiliencia externa o comportamental (Luthar, Lyman, & Crossman, 2014), y esa flexibilidad es lo que le diferencia de otros elementos como la esperanza o el optimismo.

El trabajo sobre resiliencia, en los inicios se focalizó en entenderla como constructo, describiendo sus fenómenos y cómo y con qué se relaciona. En los últimos años se ha puesto el foco en la intervención (Ryff & Singer, 2003), ya que ésta puede ser desarrollada a través de diferentes estrategias que implican tiempo, esfuerzo y superación personal por parte de los individuos con aprendizajes escalonados (Martin, 2002; Murray, 2003). La resiliencia interacciona con otros factores recogidas dentro de la Psicología Positiva, como el optimismo y la esperanza, permitiendo que la persona pueda prosperar ante la adversidad (Tennen & Affleck, 1998). Por ello, cuando las personas tienen bajos niveles de adaptación resiliente, son incapaces de avanzar tras un suceso traumático o adverso, y tienden a padecer problemas incluso cuando ocurren

cambios de signo positivo, como puede ser un incremento en las responsabilidades o el progreso (Luthans & Youssef, 2007). Es por ello que un individuo resiliente está en una posición de ventaja a la hora de adaptarse a un cambio a afrontar un reto, además de mostrar una estabilidad emocional mayor (Tugade & Fredrickson, 2004).

Actualmente, el estudio de la resiliencia se ha extendido a muy diferentes áreas, y guarda relación con mejores actitudes hacia el trabajo, desempeño laboral, salud, satisfacción y retención laboral (Avey, Reichard, Luthans, & Mhatre, 2011; Harland, Harrison, Jones, & Reiter-Palmon, 2005; Luthans et al., 2005; Luthans, Vogelgesang, & Lester, 2006; Snyder, 2002; Stajkovic & Luthans, 1998a; Waite & Richardson, 2004; Youssef & Luthans, 2007). Con la investigación realizada hasta el momento, se ha desarrollado una teoría sobre la resiliencia empíricamente probada a nivel individual, grupal y organizacional, que apunta a la generación y desarrollo de individuos y organizaciones resilientes (Bartone, 2006) que resulta de gran interés desde la perspectiva militar. Y es por ello que la resiliencia se ha concebido como un factor protector que puede enseñarse y aprenderse. Por eso, el Ejército de los Estados Unidos de América inicialmente, y luego otros muchos, han incluido en su currículum de instrucción un programa de entrenamiento psicológico que pretende reforzar la resiliencia del personal focalizando los esfuerzos en trabajar el optimismo, la fe, la solución de problemas, la autoeficacia, la flexibilidad, la empatía, el sentido de ser y la espiritualidad (Moran & Nemeč, 2013).

Bienestar Psicológico (BP)

Se puede definir como el estado óptimo de funcionamiento psicológico (Ryan & Deci, 2001) o la percepción propia de una persona de que su lugar en el mundo se corresponde o no con sus expectativas, valores y aspiraciones (Ryff, Friedman, Morozink & Tsenkova, 2012). Su estudio se ha centrado en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal como los principales indicadores del funcionamiento positivo. Dentro de lo que se entiende por BP, se puede diferenciar un bienestar hedónico y uno eudaimónico. El primero es propio de una felicidad subjetiva centrada en la experiencia de placer (Ryan & Deci, 2001), y tiende a ser evaluado con medidas subjetivas que hacen referencia a la satisfacción vital o la presencia o ausencia de afectos positivos y negativos (Waterman, 2008). El segundo incluye componentes motivacionales y comportamentales que se encaminan a la autorrealización (Waterman, 2008), haciendo referencia al funcionamiento óptimo positivo del individuo e implicando un sentido de plenitud que no queda recogido como tal en la conceptualización de felicidad momentánea, ya que el bienestar eudaimónico tiene un componente cognitivo que moviliza los recursos y la motivación, siendo éste el foco de atención de ésta investigación, ya que la evidencia en la literatura señala que el BP, cuando se encuentra en niveles óptimos, impacta de manera positiva en la recuperación de la enfermedad, ya sea física o mental (Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009). Éste aspecto es de especial interés si se tienen en cuenta las particularidades de la vida militar, pues el personal militar se encuentra expuesto en mayor medida a eventos traumáticos que la población general, y es por ello, que se requiere un alto grado de preparación física y

mental, que busque proteger ese BP (Tucker, Sinclair, & Thomas, 2005).

Por otro lado, para poder comprender el concepto de BP, es necesario revisar las tres tradiciones que han propuesto un marco teórico para este concepto. Desde la Psicología del Desarrollo se sugiere que las representaciones del bienestar se desarrollan de manera progresiva a lo largo de la vida, sirviendo de ejemplo la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson o la teoría de las fases del desarrollo de Bühler. La Psicología Clínica ofrece varias formulaciones del concepto de bienestar, como es el concepto de autorrealización de Maslow (1968), el de madurez de Allport (1961) o Rogers (1961) con el concepto de la persona plenamente funcional. Finalmente, desde el marco de la Salud Mental, se ha guiado el concepto de bienestar como la ausencia de enfermedad. A pesar de los esfuerzos de estas tradiciones de la Psicología por dar un concepto de bienestar, el impacto que ha tenido al investigarse empíricamente ha sido limitado por a la ausencia de una definición operativa del término que permita la perfecta descripción de lo que se está midiendo (Ryff, 1995). No disponer de dicha definición ha dado lugar a que el término de bienestar pueda intercambiarse por el de calidad de vida con ciertos matices, pues ambos recogen multitud de aspectos, estén o no relacionados con la salud (Fernández-López, Fernández-Fidalgo & Cieza, 2010). Sin embargo, todas estas tradiciones tienen puntos en común que se solapan enfatizando determinadas cualidades del bienestar, que quedan recogidas en las siguientes dimensiones: propósito en la vida, crecimiento personal, autonomía, auto-aceptación, relaciones positivas y dominio del entorno (Ryff, 1989a, 1989b). Estos seis componentes serán descritos en mayor detalle a continuación.

- **Auto-aceptación.** Es uno de los criterios base del bienestar. Busca la aceptación del propio pasado y del presente para sentirse bien consigo mismo siendo conscientes de las propias limitaciones (Kashubeck-West & Meyer, 2008). La persona que se siente insatisfecha o no acepta el modo en el que vive y tiene dificultades con sus capacidades, tenderá a bajos niveles de autoaceptación frente aquella que acepta los diferentes aspectos de su vida (buenos y malos) y vive acorde con su pasado, manteniendo una actitud positiva hacia sí mismo (Fava et al., 2005). Esto, resulta primordial para mantener un funcionamiento psicológico positivo (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002).

- **Relaciones positivas con otras personas.** Las personas necesitan mantener redes de conocidos y amistades en las que confiar, siendo un aspecto esencial del bienestar. Además, tal como han señalado multitud de estudios, el aislamiento social, la soledad y la pérdida de apoyo se relaciona estrechamente con la posibilidad de padecer una enfermedad, un acortamiento en la esperanza de vida (Berkman, 1995; Davis, Morris, & Kraus, 1998; House, Landis, & Umberson, 1988) o repercutir en la salud mental (Ryff, 1989b).

- **Autonomía.** Es una de las dimensiones esenciales. Sustenta la individualidad en los diferentes contextos sociales, la autodeterminación de mantener las propias convicciones, la independencia y la autoridad personal (Ryff & Keyes, 1995). Las

personas con altas puntuaciones en autonomía son capaces de autorregular de manera más eficaz su comportamiento y de resistir las presiones sociales (Ryff & Singer, 2002), creciendo y experimentando bienestar a través del propio proceso de autorregulación y no por la aprobación de otros. Esto hace posible que prospere en solitario cuando el entorno le gratifica las necesidades básicas de apoyo, competencia, autonomía y relación (Sato, 2001).

- **Dominio del entorno.** Es otra de las características del funcionamiento positivo, y hace referencia a la habilidad para elegir o crear entornos adecuados que permiten satisfacer las necesidades y deseos propios (Ryff, Friedman, Morozink & Tsenkova, 2012). Las personas que poseen altos niveles de dominio del entorno tienen mayor una sensación de control sobre la realidad, viéndose capaces de poder influir sobre ella. A medida que la persona madura y pasa el tiempo, acumula experiencias, sobre todo entre la juventud y la adultez, haciendo que las puntuaciones en dominio del entorno se incrementen (García, Archer, Moradi & Andersson-Arntén, 2012).
- **Propósito en la vida.** Son las metas y objetivos que establecen las personas para dotar a su vida de cierto sentido, siendo algo crítico para el bienestar individual (Abbott et al., 2006).
- **Crecimiento personal.** Hace referencia al desarrollo de potencialidades que permiten la mejora de la persona maximizando las

capacidades y habilidades de las que se disponen (Keyes et al., 2002) al manejar los retos de la vida y aprender de ello, teniendo una mente abierta que dota de sentido el crecimiento personal. Goldstein (1934) fue el primero en explicar el crecimiento personal, luego Maslow (1954) introdujo su teoría de la autorrealización, y es esa autorrealización la que motiva al individuo a alcanzar su máximo potencial en la vida (Ryan & Deci, 2001).

Satisfacción Laboral (SL)

Se ha considerado especialmente relevante para el éxito de la organización. Primero, porque es un indicador del BP y de la salud mental de los trabajadores, pues hay razones para pensar que un trabajador infeliz es a menudo una persona infeliz. De hecho, la satisfacción laboral correlaciona con la satisfacción vital y viceversa (Rain, Lane, & Steiner, 1991). Y segundo, la opinión de que las actitudes afectan al comportamiento lleva a la suposición de que la SL genera motivación en los empleados influyendo en el rendimiento de forma positiva (Arnold, Randall, & Patterson, 2010; Baloch, 2009; Spector, 1997).

Se puede definir la SL como el placer o estado emocional positivo resultante de las valoraciones que una persona hace de su trabajo o de sus experiencias laborales (Locke, 1976), de forma que se da valor tanto al aspecto afectivo como el cognitivo. Por lo que cuando una persona valora su trabajo, vincula determinadas cogniciones y afectos del trabajo con aspectos cognitivos y afectivos de su bienestar subjetivo. La SL se ha estudiado para poder determinar sus vínculos con la productividad laboral y la efectividad

organizacional. Se ha de entender como un constructo multifacético que según el grado en el que se experimente, se relaciona directamente con el compromiso, la retención, las actitudes del personal, el grado de bienestar físico, el absentismo y las posibilidades de éxito en la carrera profesional, contribuyendo todo ello a la eficacia organizacional (Cavanagh, 1992; Shann, 1998). Cuando mejora la SL se incrementa la conciencia del personal sobre el rendimiento de la unidad (Christiansen, Wallace, Newton, Caldwell, & Mann-Salinas, 2017), lo que puede ser muy interesante trasladarlo al ámbito militar. Además si la SL es baja, el personal será más receptivo a abandonar la organización, lo que se traducirá en un desempeño e implicación pobre que dará por resultado un trabajo de baja calidad (Chamberlain, Hoben, Squires, & Estabrooks, 2016), burnout, estrés laboral, ansiedad y depresión (Mark & Smith, 2012).

Salud Mental

La prevalencia de enfermedad dentro de las Fuerzas Armadas tiende a ser menor que la de la población general debido a que previo al alistamiento, se realiza un reconocimiento médico completo a modo de *screening* que excluye a todo aquel que puede tener una enfermedad mental en el momento de enrolarse. En un estudio longitudinal realizado con personal militar norteamericano activo, se estimó que el 18% padecía algún problema de salud mental frente al 26% de la población general (Riddle et al., 2007). En el mismo estudio, se señaló que aproximadamente el 3% del personal militar había experimentado un trastorno depresivo, un 2% un trastorno de ansiedad, otro 2% había sido diagnosticado

con estrés post-traumático, y un 12% cumplía criterios para el diagnóstico de abuso de alcohol (Riddle et al., 2007).

A pesar de las bajas prevalencias de diagnósticos psiquiátricos en población militar americana, los despliegues de Iraq y Afganistán se han visto asociados a un incremento de las necesidades de Salud Mental por parte de los miembros del ejército americano por varias razones. Por un lado, las familias se resienten debido a los despliegues y el distanciamiento que implican, constituyéndose como un factor de riesgo que aumenta las probabilidades de divorcio del personal desplegado (Department of Defense, 2007). Dentro de esa población militar, el 38% del personal desplegado experimenta problemas significativos de salud mental a consecuencia de haberse visto expuesto a eventos traumáticos (Department of Defense, 2007; Hoge et al., 2004). Además, ser desplegado incrementa los riesgos de padecer depresión, ansiedad, estrés post-traumático, problemas de abuso de sustancias o, incluso de cometer suicidio (Fiedler et al., 2006; Hoge et al., 2004). No obstante, previo a los despliegues, el personal militar es sometido a un reconocimiento psicofísico completo, en el que se incluye una valoración psicológica para determinar su aptitud para el despliegue. Sin embargo, hay resultados contradictorios sobre la efectividad de esos reconocimientos pre-despliegue a la hora de predecir problemas de salud mental tras la misión (Gahm & Lucenko, 2008; Hoge, Auchterlonie, & Milliken, 2006; Rona et al., 2009), ya que no hay ninguna medida fiable que prediga el desarrollo de sintomatología psiquiátrica durante el despliegue (Nevin, 2009). Parece ser, que la exposición al combate es el mejor predictor para conocer la salud mental durante el despliegue y el acceso a

recursos de salud mental una vez llegado al territorio nacional (Hoge et al., 2006; Rona et al., 2009).

Por otro lado, el acceso a los servicios de salud mental en el ejército está estigmatizado. Existe la creencia de que acudir a ellos tendrá un impacto negativo sobre la carrera militar y/o sus mandos no tendrán la confianza que solían tener en ellos. Sin embargo, la forma en la que un individuo accede a los servicios de salud mental influye en el pronóstico del tratamiento y sobre su carrera. Por norma general, el personal accede por: (1) iniciativa propia o por consejo de sus compañeros; (2) referido por parte de un capellán o miembro del equipo de sanidad; (3) por requerimiento de su mando; y/o (4) por un reconocimiento extraordinario obligatorio por sospecha de drogas o por conductas anormales o estrés psicológico aparente (Department of Defense, 2003). Esta última conlleva la apertura de una evaluación oficial con el correspondiente informe, en el que se incluyen una serie de recomendaciones en las que se explican las limitaciones de esa persona para cumplir con su deber. El ejército español regula este tipo de reconocimientos de manera muy similar a través de la normativa recogida en el RD 944/2001 y otras muchas instrucciones técnicas, donde al final de la evaluación se indica el grado de aptitud para el servicio del personal en función de una serie de criterios médicos establecidos. No obstante, hay que tener en cuenta que dentro de la obediencia debida, el personal militar que provee asistencia psicológica o médica, tiene la obligación de facilitar la información pertinente al mando del personal afectado en aras de proteger al personal y cumplimentar la misión, sin tener en consideración los deseos del paciente. No obstante, esto rara vez ocurre, y cuando pasa, el mando suele ser comprensivo y pocas veces tiene un efecto negativo sobre la carrera

del militar afectado por un problema de salud mental (Rowan & Campise, 2006), por lo que el mantenimiento de la confidencialidad es más débil dentro del ámbito militar que entre la población general.

Además del estigma asociado a hacer uso de los servicios de Salud Mental, hay otro tipo de limitaciones compartidas con la población general, como es: la dificultad de acudir a tratamiento debido a las actividades del trabajo, la ubicación de los servicios de atención mental, siendo esto más acusado cuando se está desplegado, y la vergüenza asociada al acudir a tratamiento (Hoge et al., 2006, 2004). Sin embargo, ese estigma se ve reducido cuando la persona cuenta con estrechas relaciones personales y un liderazgo que respalda a sus subordinados en la unidad militar de pertenencia (Britt et al., 2008). Específicamente un liderazgo de calidad, no solo correlaciona negativamente con el estigma en salud mental, sino también con la tasa de problemas de salud mental que puede haber en la unidad (Britt, Greene-Shortridge, & Castro, 2007). Por lo tanto, un buen estilo de liderazgo puede mitigar los efectos negativos del combate, manteniendo la salud mental y bienestar de la unidad, a la par que facilita la búsqueda y acceso a los servicios de Salud Mental.

Hay que tener en cuenta que la investigación señala que el personal desplegado duplica las tasas de depresión, ansiedad o fobias simples frente al personal civil pero, son los que menos ayuda solicitan a pesar de ser los que más la necesitan (Fiedler et al., 2006; Hoge et al., 2004). No obstante, estos estudios hacen referencia a población militar estadounidense, y la naturaleza de los despliegues son diferentes a los realizados por las Fuerzas Armadas españolas, lo que no quita que cuando son desplegados en zona de operaciones, el contingente español pueda verse expuesto a situaciones de

combate o riesgo, padeciendo múltiples estresores como la lejanía de la familia o la hostilidad propia de una zona de operaciones. Es por ello que es necesario conocer que relaciones guarda con el CP y el BP y de este modo prevenir posibles problemas de salud mental.

Programas de Resiliencia Militares e Intervención en Capital Psicológico

El desarrollo de habilidades psicológicas, y más en concreto la resiliencia, ha sido una constante en los ejércitos (García Silgo, 2012). Inicialmente la selección, el cribado, el entrenamiento, la cohesión y el liderazgo han sido las vías tradicionales empleadas para la prevención psicológica ignorando cualquier aportación desde la Psicología de la Salud (Nash, Krantz, Stein, Westphal, & Litz, 2011). En los casos en los que se llevó a cabo alguna aproximación desde éste enfoque, se hizo de manera intuitiva y alejada de la contrastación empírica (García Silgo, 2012). Sin embargo, la necesidad de protocolizar, y con ello la necesidad de cuantificar y registrar, ha impuesto una metodología científica basada en la evidencia que ha desplazado a la intuición del mando (Casey, 2011; Cornum, Matthews, & Seligman, 2011).

Es a partir de la caída de las políticas de bloque de la Guerra Fría y el surgimiento de los conflictos asimétricos y el terrorismo cuándo los programas de entrenamiento en habilidades psicológicas y resiliencia del personal militar ha tomado relevancia, siendo parte de las estrategias de Defensa en algunos países (García Silgo, 2013). Los programas para fomentar y desarrollar la resiliencia y otras habilidades de afrontamiento efectivas han proliferado en las últimas dos

décadas haciendo evolucionar el concepto de resiliencia de rasgo a estado modificable (Chmitorz et al., 2018; Leppin et al., 2014; Robertson, Cooper, Sarkar, & Curran, 2015).

De hecho, en el ámbito militar se han desarrollado algunos programas de formación para el personal militar, sus familias y para los líderes o mandos de los ejércitos. Estos se han aplicados antes, durante y después de que el personal militar sea trasladado a las diferentes zonas de operaciones fuera del territorio nacional en las que se actúa, así como en la rutina diaria de las unidades. El programa que más repercusión tiene a nivel de publicaciones científicas es el *Comprehensive Soldier and Family Fitness* (CSF2) desarrollado por el ejército de los Estados Unidos de América, pero no es el único ni el primer programa de éstas características desarrollado. La *RAND Corporation* recopiló un total de 77 programas de entrenamiento en resiliencia, ya fueran civiles o militares, provenientes de diferentes naciones como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Australia o Israel (Meredith et al., 2011).

En 2009, la OTAN bajo el prisma de una psicología militar basada en la evidencia, a través de la *Science and Thecnology Organization* (STO) da a conocer el *Mental Health Training*, que pretende el desarrollo de habilidades de afrontamiento que ayuden al militar a lo largo de su vida profesional y le prepare para las misiones en el extranjero o el desarrollo de sus labores en un entorno operativo. Sin embargo, muchos programas no tienen en cuenta las evidencias empíricas, por lo que se fundamentan en criterios aleatorios, intuitivos o los ya tradicionalmente empleados, por lo que es difícil poder precisar si reportan algún efecto, positivo o negativo, sobre la salud, el bienestar y el rendimiento. La metodología basada en la evidencia indica que los materiales y contenidos de

los programas han de fundamentarse en técnicas ya investigadas y validadas, y que los mismos sean puestos a prueba para validarse en estudios controlados con muestras aleatorias (García Silgo, 2013).

Esa evidencia empírica se encuentra en literatura sobre programas de desarrollo del CP en sus diferentes formatos (Luthans et al., 2010; Luthans, Avey, & Patera, 2008; Meyers, van Woerkom, de Reuver, Bakk, & Oberski, 2015; Rew, Powell, Brown, Becker, & Slesnick, 2017; Zhang, Li, Ma, Hu, & Jiang, 2014) y en diferentes muestras (Dello Russo & Stoykova, 2015; Reichard, Dollwet, & Louw-Potgieter, 2014; Rew et al., 2017), pero ninguna en población española ni militar.

La necesidad de dotar de habilidades y de fomentar la resiliencia de los militares tanto a nivel personal como profesional surge debido a que son los problemas psicosociales, asociados a los despliegues en el caso de los militares (García Silgo, 2013), los que generan un aumento de la psicopatología, el absentismo, empeoramiento del BP y de la salud (WHO, 2001). Sin embargo, algunos estresores se ven modulados por determinadas variables y factores, siendo estos los que han recibido la atención de los diferentes programas de entrenamiento pues, buscan el beneficio para el individuo protegiendo y mejorando su salud y bienestar, y por extensión, su nivel de funcionamiento óptimo. No existe un formato específico, estructura o marco teórico que indique cómo debe ser un programa de entrenamiento en resiliencia y en habilidades psicológicas, ni tampoco una forma exacta o perfecta de medirlos. Pero si son desarrollados empleando técnicas psicológicas eficaces avaladas por la evidencia obtenida hasta ahora, es esperable que los programas desarrollados

obtengan resultados favorables (Leppin et al., 2014; Rew et al., 2017; Robertson et al., 2015).

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Objetivo General

A pesar de la importante contribución en el entendimiento del comportamiento humano de la Psicología Positiva, se encuentran limitaciones o vacíos a la hora de trasladar los análisis a la población militar. Y más específicamente a la población militar española. Con el marco teórico presentado, se ha pretendido acercar el corpus de conocimiento existente del CP, el BP, la SL y la Salud Mental para que los objetivos que se plantean en esta tesis sean contextualizados y puedan comprenderse. Es por ello, que esta investigación se desarrolla con la intención de conocer cómo el CP impacta sobre el BP, SL y salud de los militares españoles, desarrollando posteriormente un programa de intervención piloto fundamentado en el CP del que puedan beneficiarse tanto los militares como la Institución castrense.

Para ello se desarrollan los dos estudios con sus correspondientes objetivos que se analizan en los siguientes apartados.

ESTUDIO I

Objetivos

1. Describir la población militar en una unidad operativa del ejército español.
2. Explorar la existencia de diferencias en el capital psicológico y sus componentes, el bienestar psicológico, la satisfacción laboral y la salud percibida en las variables sociodemográficas contempladas en los militares de la muestra.
3. Determinar las relaciones del capital psicológico y sus componentes con:
 - a. el bienestar psicológico,
 - b. la salud,
 - c. la satisfacción laboral.
4. Determinar cuánta variabilidad queda explicada por el capital psicológico y sus dimensiones en:
 - a. el bienestar psicológico,
 - b. la salud,
 - c. la satisfacción laboral.
5. Determinar la importancia relativa de los componentes del capital psicológico al predecir:
 - a. el bienestar psicológico,
 - b. la salud,
 - c. la satisfacción laboral.

6. Establecer retratos diferenciales desde las dimensiones del capital psicológico en las variables:
 - a. bienestar psicológico,
 - b. satisfacción laboral,
 - c. salud general percibida.

Hipótesis

Hipótesis 1: El capital psicológico y cada uno de sus componentes se relacionan de manera positiva con el bienestar psicológico.

H1.a: El nivel general de capital psicológico se relacionan de manera positiva con el bienestar psicológico.

H1.b: El componente eficacia del CP se relacionan de manera positiva con el bienestar psicológico.

H1.c: El componente esperanza del CP se relacionan de manera positiva con el bienestar psicológico.

H1.d: El componente resiliencia del CP se relacionan de manera positiva con el bienestar psicológico.

H1.e: El componente optimismo del CP se relacionan de manera positiva con el bienestar psicológico.

Hipótesis 2: El capital psicológico y cada uno de sus componentes se relacionan de manera positiva con la salud.

H2.a: El nivel general de capital psicológico se relacionan de manera positiva con la salud.

H2.b: El componente eficacia del CP se relacionan de manera positiva con la salud.

H2.c: El componente esperanza del CP se relacionan de manera positiva con la salud.

H2.d: El componente resiliencia del CP se relacionan de manera positiva con la salud.

H2.e: El componente optimismo del CP se relacionan de manera positiva con la salud.

Hipótesis 3: El capital psicológico y cada uno de sus componentes se relacionan de manera positiva con la satisfacción laboral.

H3.a: El nivel general de capital psicológico se relacionan de manera positiva con la satisfacción laboral.

H3.b: El componente eficacia del CP se relacionan de manera positiva con la satisfacción laboral.

H3.c: El componente esperanza del CP se relacionan de manera positiva con la satisfacción laboral.

H3.d: El componente resiliencia del CP se relacionan de manera positiva con la satisfacción laboral.

H3.e: El componente optimismo del CP se relacionan de manera positiva con la satisfacción laboral.

Hipótesis 4: El nivel de capital psicológico predice de manera positiva la variabilidad en:

H4.a: el bienestar psicológico,

H4.b: la salud,

H4.c: y, la satisfacción laboral.

Hipótesis 5: El nivel del componente eficacia del capital psicológico predice de manera positiva la variabilidad en:

H5.a: el bienestar psicológico,

H5.b: la salud,

H5.c: y, la satisfacción laboral.

Hipótesis 6: El nivel del componente esperanza del capital psicológico predice de manera positiva la variabilidad en:

H6.a: el bienestar psicológico,

H6.b: la salud,

H6.c: y, la satisfacción laboral.

Hipótesis 7: El nivel del componente optimismo del capital psicológico predice de manera positiva la variabilidad en:

H7.a: el bienestar psicológico,

H7.b: la salud,

H7.c: y, la satisfacción laboral.

Hipótesis 8: El nivel del componente resiliencia del capital psicológico predice de manera positiva la variabilidad en:

H8.a: el bienestar psicológico,

H8.b: la salud,

H8.c: y, la satisfacción laboral.

Hipótesis 9: El modelo de regresión tomando como único predictor el capital psicológico, explicará una mayor proporción de varianza que cuando se toman como predictores los cuatro componentes del capital psicológico sobre las dependientes:

H8.a: el bienestar psicológico,

H8.b: la salud,

H8.c: y, la satisfacción laboral.

Método

Participantes

Los participantes fueron militares españoles pertenecientes al cuerpo de Infantería de Marina de la Armada Española del Tercio de Armada de San Fernando (Cádiz). Todos firmaron el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Complutense de Madrid y se ajustaron a los criterios de inclusión del estudio (1. Estar en servicio activo; 2. Ser susceptible de ser desplegado; 3. Tener entre 18 y 58 años; 4. Tener empleo entre soldado

y capitán; 5. Haber superado el último reconocimiento médico y no estar de baja médica en el momento del estudio).

Variables

A) Sociodemográficas:

- a. Sexo (hombre/mujer),
- b. Edad,
- c. Escala (mandos/tropa),
- d. Tipo de contrato con las Fuerzas Armadas (permanente/temporal),
- e. Antigüedad en las Fuerzas Armadas,
- f. Función principal realizada en las Fuerzas Armadas (combate general/especial/técnico),
- g. Número de misiones realizadas,
- h. Número total de meses desplegados,
- i. Nivel de estudios (básico/medio/superior),
- j. Estado civil (soltero/pareja de hecho o casado/separado o divorciado/viudo),
- k. Hijos (0/1/2/3 o más),
- l. Residencia (solo/compartiendo piso/familiar).

B) Capital psicológico:

- a. Eficacia,
- b. Esperanza,
- c. Optimismo,
- d. Resiliencia.

- C) Bienestar psicológico.
- D) Satisfacción laboral.
- E) Salud general percibida.

Instrumentos de medida

Capital psicológico. Se empleó la adaptación española del cuestionario de 24 preguntas PCQ (Azanza, Domínguez, Moriano, & Molero, 2014). Es una encuesta de autoinforme diseñado para medir los cuatro constructos contenidos en el CP: autoeficacia, esperanza, optimismo y resiliencia. Los ítems 2, 3 y 5 se reformularon para poder adaptarlos a la realidad militar.

Existe una versión abreviada del PCQ de 12 ítems, pero los estudios señalan que no valora los cuatro componentes del CP tan bien como la versión de 24 ítems, aunque obtiene una buena medición del constructo del CP (Luthans, Avey, Clapp-Smith, & Li, 2008). Es por ello que en este estudio se optó por la versión PCQ-24.

El PCQ hace uso de la escala de respuesta tipo Likert de 1 (“Muy en desacuerdo”) a 6 (“Muy de acuerdo”). Las puntuaciones son agregadas y promediadas para obtener la puntuación total de CP. Los encuestados deben responder según su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones propuestas en el momento de la evaluación. Una alta puntuación en el PCQ indica que el participante tiene un alto nivel de CP. El alfa de Cronbach para el PCQ-24 fue del .888 en este estudio. Para los ítems relacionados específicamente con la eficacia, esperanza, resiliencia y optimismo la fiabilidad según las alfas de Cronbach fueron .913, .813, .660 y .536 respectivamente.

Bienestar psicológico. Se midió a través de la adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico (PWBS) de 29 ítems (Díaz et al., 2006). Es una encuesta de autoinforme diseñado para medir los seis constructos contenidos en el BP: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, propósito en la vida.

La Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1995) ha sido empleada en una gran variedad de estudios y muestras. Se confeccionó una vez se definieron sus seis dimensiones de manera teórica, lo que generó en un primer momento unos 80 ítems por dimensión que se redujeron a 20 seleccionándose aquellos ítems que mostraban un mejor ajuste en los análisis realizados. A consecuencia de la longitud se han propuesto sucesivas reducciones del instrumento como una versión de 14 ítems por escala (Ryff, Lee, Essex, & Schmutte, 1994), la de tres ítems por escala (Ryff & Keyes, 1995) o la de 39 ítems con seis y ocho elementos por escala (van Dierendonck, 2004). Para este estudio se hace uso de la versión de 29 ítems, que a pesar de la reducción de elementos con respecto a la original y otras versiones, ha mostrado un mejor ajuste al modelo propuesto de seis factores y uno de segundo orden en población española (Díaz et al., 2006).

La PWBS hace uso de la escala de respuestas tipo Likert de 1 (“Muy en desacuerdo”) a 6 (“Muy de acuerdo”). Las puntuaciones son agregadas y promediadas para obtener la puntuación total de BP. Los encuestados deben responder según su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones propuestas en el momento de la evaluación. Una alta puntuación en el PWBS indica que el participante tiene un nivel alto de BP. El alfa de Cronbach para el PWBS fue del .919 en este estudio.

Satisfacción laboral. Se evaluó a través de un único ítem (Nagy, 2002) que fue “En general, ¿Cual es tu grado de satisfacción en el trabajo?”. Se optó por esta forma ya que provee una medida sencilla y breve con una buena validez que contempla de manera general todos los aspectos que componen la satisfacción laboral, ya que las escalas con múltiples ítems pueden obviar determinados aspectos que son importantes para las personas (Scarpello & Campbell, 1983; Wanous, Reichers, & Hudy, 1997).

Se hace uso de la escala de respuestas tipo Likert de 1 (“Totalmente insatisfecho”) a 6 (“Totalmente satisfecho”). Los encuestados deben responder según su grado de satisfacción en relación a su trabajo en el momento de la evaluación. Una alta puntuación en la satisfacción indica que el participante se encuentra satisfecho laboralmente.

Salud general percibida (SGP). Se evaluó a través del Cuestionario General de Salud de Goldberg de 28 preguntas (GHQ-28), que esta ampliamente aceptado como una medida de la salud que evalúa aspectos relacionados con el afecto, la salud general y el estrés psicológico (McKee-Ryan, Song, Wanberg, & Kinicki, 2005). No pretende realizar diagnósticos, pero sí detectar posibles trastornos psicológicos en ambientes no psiquiátricos. La versión original de esta prueba consta de 60 ítems, y provee un factor general referido a síntomas somáticos y cefaleas y factores específicos como; depresión, ansiedad, sueño, dolores somáticos y funcionamiento social. Sin embargo, la opción que se emplea en este estudio es la adaptación española de 28 ítems (Lobo, Pérez-Echeverría, & Artal, 1986), que contiene cuatro subescalas de siete ítems cada

una en las que se valoran: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

Se hace uso de cuatro alternativas de respuestas a cada ítem. Los encuestados deben responder según su grado de adecuación de su salud a las alternativas expuestas a cada ítem en el momento de la evaluación. Una alta puntuación en el GHQ indica que puede haber un problema o trastorno psicológico. Es por ello, que para facilitar el análisis de los datos se puntuó de manera inversa, de modo que a mayor puntuación obtenida se interpretará como mayor SGP. El alfa de Cronbach para el GHQ-28 fue del .787 en este estudio.

Diseño

Corresponde a un estudio exploratorio transversal con una muestra única y medidas en un solo momento.

Procedimiento

Los participantes fueron militares de la Infantería de Marina española pertenecientes tanto a las escalas de tropa como mandos (oficiales y suboficiales). Tras la realización del reconocimiento psicofísico previo a la certificación de operatividad del personal, se les convocó durante diferentes días en un aula disponible del cuartel del Tercio de Armada. Se comenzó explicando al personal presente en el aula la razón del estudio enfatizando su voluntariedad y la posibilidad de abandonarlo sin ningún tipo de compromiso en caso de preferir no participar en cualquier momento. Se prosiguió repartiendo un cuadernillo de

preguntas, una hoja de respuestas, un consentimiento informado y lápices para cada uno de los participantes. Se indicó no comenzar a responder el cuestionario hasta no haber recibido las pautas necesarias para contestarlo de manera correcta. Una vez firmado el consentimiento informado, se procede a iniciar la evaluación. El tiempo necesario para completar el cuestionario es de 20-25 minutos aproximadamente.

Análisis de datos

Para cada variable estudiada se calculó su correspondiente media y desviación típica (CP y sus componentes, BP, SL y SGP) y se exploró su normalidad a través de los índices de asimetría y curtosis, gráficos Q-Q y el test de Kolmogorov-Smirnov (test KS).

Para el análisis asociativo entre las variables se empleó el método correlacional del Coeficiente de Pearson para proseguir analizando los datos, en función de las diferentes variables sociodemográficas recogidas, a través de pruebas preferiblemente paramétricas como la T de Student, Anova con test post-hoc de Tukey y, pruebas no paramétricas cuando fuere necesario como U de Mann-Withney y Kruskal-Wallis atendiendo al criterio de homogeneidad de varianzas y el número de condiciones de las variables sociodemográficas. Se analizó el tamaño del efecto a través de la “d” de Cohen en su expresión de porcentaje para facilitar su análisis.

Se procedió a la realización de ecuaciones de regresión lineal, empleando las pruebas F donde el BP, la SL y la SGP funcionarán como dependientes del CP y sus componentes, y además, se determinó la importancia en la contribución

de cada elemento del CP a la hora de explicar la varianza del BP, la SL y la SGP en el modelo de regresión planteado. Para ello, se hizo uso del paquete estadístico “*relaimpo*” (Grömping, 2006), que es un algoritmo que examina la importancia relativa de cada predictor del modelo al promediar sobre las codificaciones de los regresores. Además de facilitar seis métricas diferentes, “*relaimpo*” proporciona bootstrap de los intervalos de confianza (Grömping, 2006). En este estudio se tomó la métrica *lmg*, ya que el objetivo esencial ha sido descomponer R^2 .

Por último, se empleó el método del “árbol de segmentación” realizado a través de CHAID exhaustivo para establecer retratos diferenciales entre las variables BP, SL y SGP desde las dimensiones del CP.

Resultados

Descripción de la muestra

Del total inicial de 540 militares españoles, se pierden 18 (3.33%) debido a diversas anomalías a la hora de responder los cuestionarios. Por tanto, se dispone de un total válido de 522 participantes entre los que la inmensa mayoría (514; 98.5%) son hombres. Sus edades están comprendidas entre los 20 y los 55 años con mediana en 29.5 años. La edad media es de 30.4 años (IC al 95% de confianza: 29.9 – 30.8; desviación estándar: 5.7 años). El 94.3% de la muestra está entre los 20 y los 40 años. El 13.5% de la muestra corresponde a mandos (sargentos, sargentos 1º, tenientes, capitanes), y el 86.4% a tropa (cabos 1º, cabos y soldados). Del total de participantes, más de la mitad (55.4%) son

soldados, y la mayoría tiene contrato temporal (82.6%). La mayor parte lleva en la milicia un año o más (94.6%), con una media de 8.8 años de años de servicio y habiendo estado de misión desplegado alguna vez el 53.7%. Un poco más de dos tercios de la muestra (351; 67.2%) reconoce desempeñar funciones de combate general. La mitad aproximadamente (53.8%) informa de tener un nivel académico medio (bachiller y/o FP), mientras que un tercio (176; 33.7%) refiere tener estudios básicos, y el resto superiores (12.5%). Un poco más de la mitad refiere estar soltero (307; 58.8%), y vivir acompañado, ya sea con compañeros de piso o el núcleo familiar, el 77.3%. Por último, casi dos tercios de la muestra (319; 61.1%) no tiene hijos. Las características de la muestra se resumen en la tabla 1 que sigue.

Tabla 1: Análisis descriptivo. Composición de la muestra de participantes. Estudio I. N=522 militares.

<i>Variables / Categorías</i>		Descriptivos
SEXO	Hombres	98.5 % (514)
	Mujeres	1.5 % (8)
EDAD		M: 30.36 ; d.e.: 5.74 (Rango: 20-55)
EMPLEO	Tropa	86.5 % (451)
	Mandos	13.5 % (71)
CONTRATO	Permanente	17.4 % (91)
	Temporal	82.6 % (431)
ANTIGÜEDAD (años con fracción)		M: 8.89 ; d.e.: 6.26 (Rango: 0.25 – 33.25)
FUNCION	Combate especial	17.0 % (89)
	Combate técnico	15.7 % (82)
	Combate general	67.2 % (351)
Nº MISIONES		M: 1.66 ; d.e.: 2.27 (Rango: 0 – 14)
MESES EN MISIONES		M: 7.10 ; d.e.: 9.99 (Rango: 0 – 60)
ESTUDIOS	Básico	33.7 % (176)
	Medio	53.8 % (281)
	Superior	12.5 % (65)
ESTADO CIVIL	Soltero	58.8 % (307)
	Casado / Pareja de hecho	38.3 % (200)
	Separado / Divorciado	2.7 % (14)
	Viudo	0.2 % (1)
Nº DE HIJOS	No tiene	61.1 % (319)
	Uno	21.8 % (114)
	Dos	14.8 % (77)
	Tres o más	2.3 % (12)
VIVE	Solo	22.6% (118)
	Compartiendo piso	21.6 % (113)
	Con su familia	55.7 % (291)

M = Media / d.e. = desviación estándar

Descriptiva de los parámetros recogidos

En este apartado se realizó un estudio inicial, descriptivo y exploratorio, de las variables que se han considerado en la muestra anteriormente descrita.

Dada la naturaleza cuantitativa de las variables se han empleado para su exploración diagramas de caja para detectar posibles valores *outliers* (fuera de rango de tipo *far out*) que pudiesen ejercer algún efecto distorsionador sobre los valores promedio de las variables; así como los índices de asimetría y curtosis junto a gráficos Q-Q y el Test de Kolmogorov-Smirnov (considerándose significativo sólo cuando: $p\text{-exacta} < .01$). El objetivo fundamental de esta exploración fue determinar el grado de ajuste de las variables al modelo de normalidad estadística.

Para la posterior descripción de las variables, se han utilizado los clásicos estadísticos de centralidad (media, mediana) y variabilidad (desviación estándar, rango y amplitud intercuartil). Los resultados de todos los estadísticos se exponen en tablas de resumen.

Capital Psicológico (PCQ-24). La exploración de las variables del PCQ revela, en primer lugar, la ausencia de valores fuera de rango lejanos que puedan tener algún efecto distorsionador. Por otro lado, los histogramas (figuras 1-5) y gráficos Q-Q (figuras 6-10) dejan una clara tendencia hacia la normalidad estadística de estas variables. Esto se confirma con los valores de los índices de asimetría y curtosis (tabla 2) que, se sitúan en todas las variables entre los márgenes de la normalidad (salvo un muy leve desvío en la curtosis de la Eficacia). Las significaciones que se han encontrado en el Test KS en dos

variables se deben más al elevado N de casos y a la sensibilidad del mismo, que a un desvío real de las variables.

Figura 1. Histograma con curva normal de la variable *eficacia*.

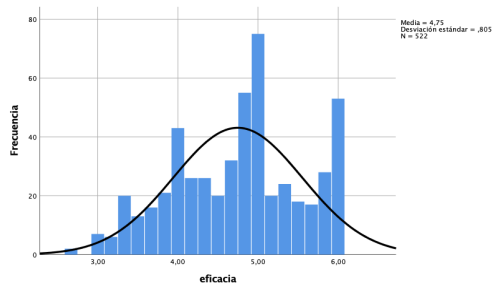


Figura 2. Histograma con curva normal de la variable *esperanza*.

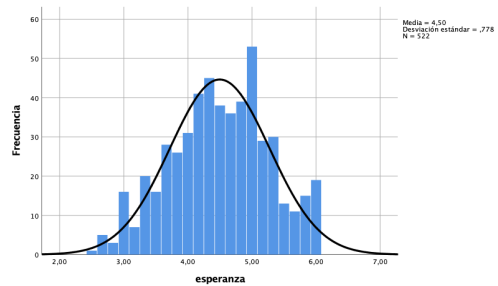


Figura 3. Histograma con curva normal de la variable *resiliencia*.

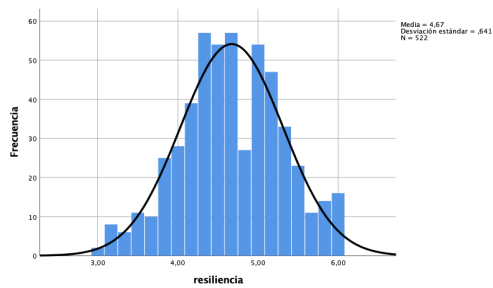


Figura 4. Histograma con curva normal de la variable *optimismo*.

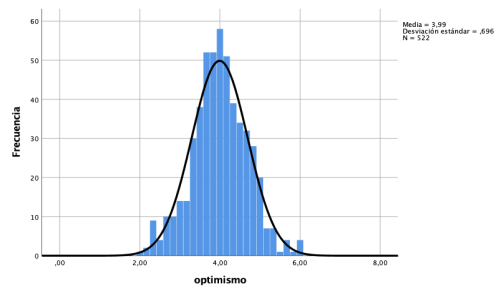


Figura 5. Histograma con curva normal de la variable *capital psicológico*.

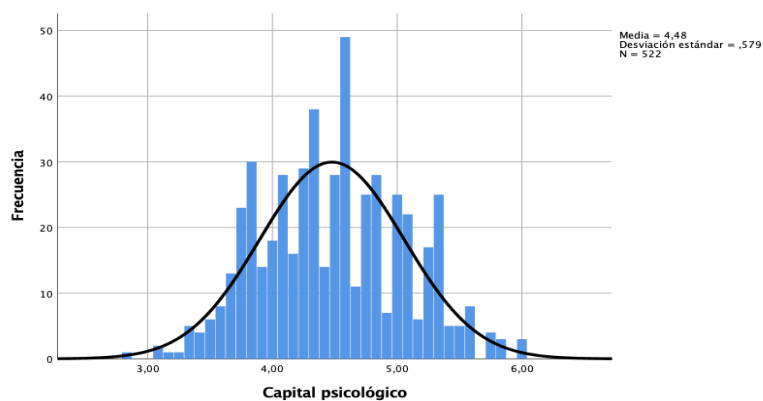


Figura 6. Gráfico Q-Q de la variable eficacia.

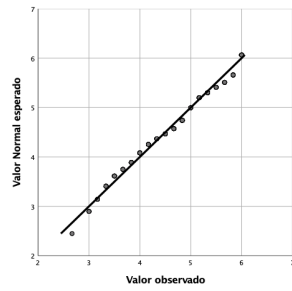


Figura 7. Gráfico Q-Q de la variable esperanza.

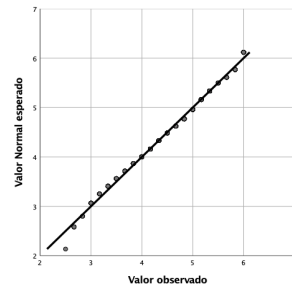


Figura 8. Gráfico Q-Q de la variable resiliencia.

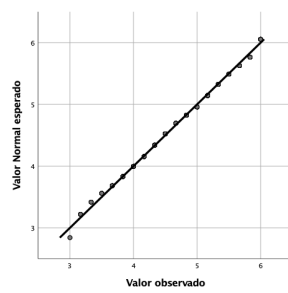


Figura 9. Gráfico Q-Q de la variable optimismo.

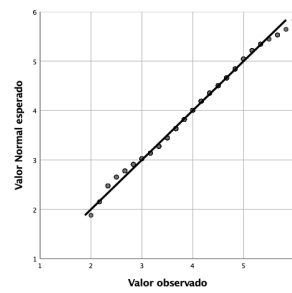
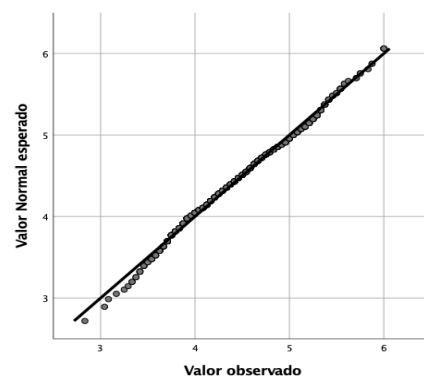


Figura 10. Gráfico Q-Q de la variable capital psicológico.



En consecuencia, de modo global al considerarse toda la información disponible, se puede admitir un buen ajuste de estas variables al modelo de normalidad estadística de Gauss. El resto de valores de los estadísticos descriptivos se resume en la tabla 2 que sigue. En ella se puede observar que las medias de las dimensiones PCQ varían entre los 3.99 puntos de Optimismo y los 4.75 puntos de la Eficacia; para una media total en CP de 4.48 puntos (todas ellas en escalas de un máximo de 6 puntos).

Tabla 2: Análisis exploratorio y descriptivo. Variables de la Escala PCQ-24 de capital psicológico. (N=522)
Coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach = .888

Variable PCQ	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		D.e.	Rango intercuartil
Eficacia	-0.196	-0.726	.000**	4.75	4.83	2.67 / 6.00	0.81	1.17
Esperanza	-0.134	-0.504	.015 *	4.50	4.50	2.50 / 6.00	0.78	1.00
Resiliencia	-0.066	-0.319	.005**	4.67	4.67	3.00 / 6.00	0.64	0.83
Optimismo	-0.047	0.262	.018 *	3.99	4.00	2.00 / 6.00	0.70	1.00
Capital Psicológico	0.106	-0.432	.358 NS	4.48	4.47	2.83 / 6.00	0.58	0.84

Test KS: NS = Desvío no significativo ($p > .05$) la variable se distribuye normalmente

* = Desvío significativo pero leve ($p < .05$) la variable tiende hacia el modelo normal

** = Desvío grave significativo ($p < .01$) la variable no se ajusta a la normalidad

Bienestar Psicológico (PWBS). En el diagrama de caja de la variable de Puntuación total del PWBS no se observa ningún valor fuera de rango lejano. El gráfico Q-Q presenta un evidente ajuste de los valores con respecto a la normalidad estadística, que de nuevo se confirma con los valores de los índices de asimetría y curtosis. Y en este caso, además, el Test KS nos permite concluir que la variable no difiere de forma significativa ($p > .05$) con respecto a lo esperado en una campana de Gauss. Por tanto, se concluye que la variable BP medida con el PWBS se distribuye normalmente. El histograma y el gráfico Q-Q quedan recogidos en las figuras 11 y 12 respectivamente.

Figura 11. Histograma con curva normal de la variable bienestar psicológico.

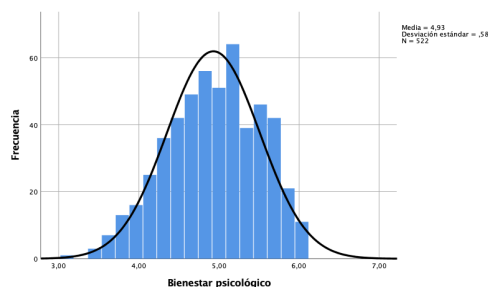
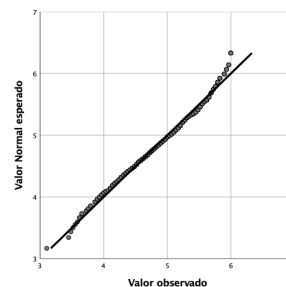


Figura 12. Gráfico Q-Q de la variable bienestar psicológico.



La tabla 3 resume los valores de los estadísticos calculados. La media de la muestra es de casi 5 puntos en escala de un máximo de 6 puntos.

Tabla 3: Análisis exploratorio y descriptivo. Variable de la Escala PWBS de bienestar psicológico. (N=522)
Coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach = .919

Variable PWBS	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		D.e.	Rango intercuartil
Bienestar Psicológico	-0.284	-0.492	.127 ^{NS}	4.93	4.97	3.10 / 6.00	0.58	0.84

Test KS: NS = Desvío no significativo ($p > .05$) la variable se distribuye normalmente

Salud General Percibida (GHQ-28). Por lo que respecta a la variable Salud general percibida que se genera desde el cuestionario GHQ-28, el diagrama de caja ha detectado algunos casos *outlier far out*, es decir lejanos. Se trata de 5 valores más bajos de los que se han recogido en esta muestra: tres casos con 2.96 puntos y otros dos con 3 puntos. Al revisar el resto de valores (todos concentrados ente 3.07 y 4 puntos) lleva a la conclusión de que la aparición de estos *outliers* se debe a una alta homogeneidad de la muestra en esta variable. De modo, que realmente no son valores atípicos como tal. El gráfico Q-Q muestra un evidente desvío de la normalidad precisamente en los valores inferiores del continuo; aunque el resto del ajuste es bastante bueno. El desvío de la normalidad estadística viene confirmado, tanto por los índices de asimetría y curtosis (fuera de los límites aceptables), como por la significación

del Test KS ($p < .001$). El histograma y el gráfico Q-Q quedan recogidos en las figuras 13 y 14 respectivamente.

Figura 13. Histograma con curva normal de la variable salud general percibida.

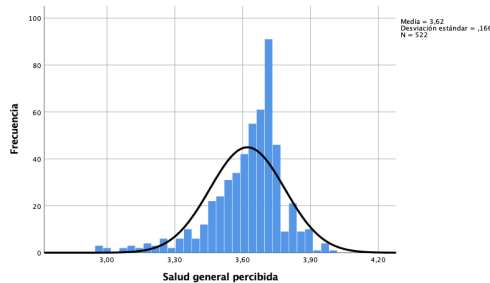
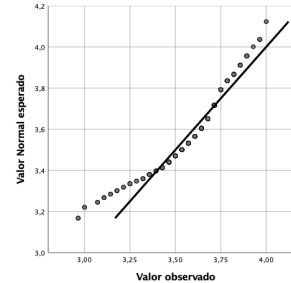


Figura 14. Gráfico Q-Q de la variable salud general percibida.



En resumen, de toda la información recogida, se deriva que esta variable no se ajusta de forma suficiente a la normalidad estadística.

La tabla 4 resume los valores de los estadísticos calculados. Como se aprecia la mediana, a pesar de la asimetría, tiene un valor muy similar al de la media. Hecho que también ocurre entre el rango intercuartil y la desviación estándar. Por tanto, la falta de normalidad de esta variable no parece que vaya a tener efectos graves en futuros análisis estadísticos inferenciales que se realicen acerca del valor promedio de la misma.

Tabla 4: Análisis exploratorio y descriptivo. Variable de la Escala GHQ-28 de salud general percibida. (N=522)
Coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach = .787

Variable GHQ-28	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		D.e.	Rango intercuartil
Salud Gral. Percibida	-1.225	2.407	.000**	3.62	3.64	2.96 / 4.00	0.17	0.18

Test KS: ** = Desvío grave significativo ($p < .01$) la variable no se ajusta a la normalidad

Satisfacción Laboral (ítem único). Y por último, la Satisfacción laboral se midió con un único ítem Likert de 6 puntos. La exploración de las respuestas de los participantes de la muestra seleccionada no presenta ningún valor atípico fuera de rango. Por su parte, el gráfico Q-Q sitúa a todos los puntos

prácticamente sobre la diagonal que representa la normalidad estadística; aspecto que junto a los valores dentro de los límites admisibles de los índices de asimetría y curtosis, indican un buen ajuste, a pesar de la significación encontrada en el Test KS que se debe más bien a la alta sensibilidad del mismo con N elevado. El histograma y el gráfico Q-Q quedan recogidos en las figuras 15 y 16 respectivamente.

Figura 15. Histograma con curva normal de la variable satisfacción laboral.

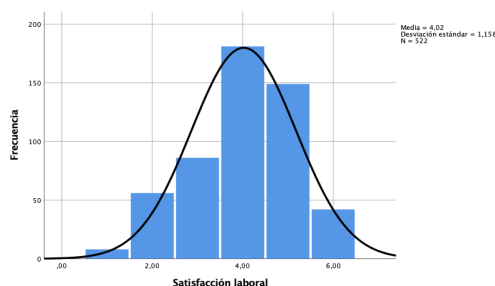
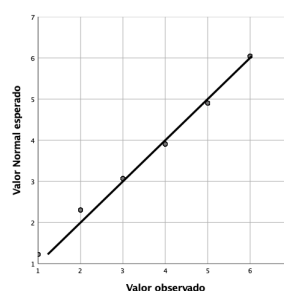


Figura 16. Gráfico Q-Q de la variable satisfacción laboral.



Para concluir, el estudio realizado permite aceptar la normalidad estadística de esta variable. La tabla 5 contiene los valores de los estadísticos calculados. Se observa un valor medio de 4.02 puntos, sobre una escala de un máximo de 6 puntos.

Tabla 5: Análisis exploratorio y descriptivo. Variable satisfacción laboral. (N=522)

Variable	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		D.e.	Rango intercuartil
Satisfacción Laboral	-0.384	-0.346	.000**	4.02	4.00	1 / 6	1.16	2.00

Test KS: ** = Desvío grave significativo ($p < .01$) la variable no se ajusta a la normalidad

En global, el buen ajuste a la normalidad permite optar por el empleo de métodos estadísticos paramétricos para el resto de los análisis inferenciales que se realizarán para responder a los objetivos planteados para este estudio y sus hipótesis.

Análisis asociativo

A continuación, se verificó el grado de correlación existente entre todas las variables descritas resultantes de la aplicación de los cuestionarios a la muestra del estudio.

Dado el suficiente ajuste a la normalidad estadística de las variables (con la excepción del SGP) se empleó el método correlacional del Coeficiente de Pearson. Su resultado se resume en la matriz de correlaciones expuesta en la tabla 6 que sigue.

Todos los coeficientes son de signo positivo, es decir, que las relaciones son directas asociándose entre sí los valores más altos de cada par de variables, a la par que se asocian entre sí los valores más bajos de cada par.

Todos los coeficientes alcanzaron significación estadística (al menos con $p < .05$); pero eso es esperable dado el elevado N del que se ha dispuesto. Por tanto, se debe centrar la atención en los valores de la intensidad de la relación. Y al respecto, son especialmente bajos ($< .175$; asociación pequeña) las correlaciones de la Resiliencia con la SL y con la SGP. Cerca queda también la relación ente SGP y la Eficacia.

El resto de coeficientes indican relaciones moderadas entre las variables; llegando en algunos casos a correlaciones elevadas ($> .500$) como por ejemplo las del BP con: CP (.739), Esperanza (.652), Eficacia (.625), y Resiliencia (.625). A parte, cabe comentar las altas correlaciones de las dimensiones del PCQ entre sí. Destacar que la variable CP siempre presenta correlaciones más altas con PWBS, SL y GHQ que los factores individuales.

Tabla 6: *Análisis asociativo.* Coeficientes de correlación de Pearson entre las variables de los cuestionarios. (N=522)

VARIABLES	PCQ Eficacia	PCQ Esperanza	PCQ Resiliencia	PCQ Optimismo	PCQ CP	PWBS BP	SL	GHQ SGP
<i>PCQ - Eficacia</i>	1							
<i>PCQ – Esperanza</i>	.600**	1						
<i>PCQ – Resiliencia</i>	.649**	.584**	1					
<i>PCQ – Optimismo</i>	.360**	.504**	.296**	1				
<i>PCQ – CP</i>	.837**	.857**	.787**	.677**	1			
<i>PWBS – BP</i>	.625**	.652**	.625**	.433**	.739**	1		
<i>SL</i>	.271**	.325**	.092 *	.484**	.375**	.247**	1	
<i>GHQ – SGP</i>	.177**	.206**	.143 *	.323**	.267**	.324**	.298**	1

**= Altamente significativo al 1% ($p < .001$) *= Significativo al 5% ($p < .05$)

Diferencias en: Bienestar Psicológico, Satisfacción Laboral y Salud General Percibida, en función de las variables sociodemográficas

Para estos contrastes se emplearon métodos estadísticos de análisis de la significación de la diferencia entre medias. Preferiblemente paramétricos (t de Student, Anova con test post-hoc de Tukey cuando fue necesario) dada la normalidad de las variables. Si bien es cierto que en el caso de la SGP se emplearon también alternativas no-paramétricas (Mann-Whitney y Kurskall-Wallis), dado su desajuste con la normalidad estadística.

Se acompañan estos test de significación con la estimación del tamaño del efecto. Normalmente cuando se comparan medias, el tamaño el efecto se estima mediante la “d” de Cohen, que expresa las diferencias en distancia estandarizadas. Este método completa la interpretación de los resultados, puesto que cuantifica la magnitud de la diferencia, de forma independiente a

escala y a las unidades de medida, de modo que permite saber realmente qué factor tiene más o menos relación con la variable de respuesta.

La “d” de Cohen tiene una conversión/equivalencia con el Coeficiente R², que puede interpretarse en porcentaje (0-100), permitiendo una fácil interpretación del tamaño del efecto. Por este motivo se ha optado por representar los tamaños de efecto en R² y seguir las indicaciones de interpretación del mismo establecidas en la literatura especializada (Cohen, 1988; Hinkle, Wiersma, & Jurs, 2003).

Por la escala de pertenencia. Se definió el factor escala de manera dicotómica: Mandos vs Tropa; estando la mayoría de la muestra en la categoría de Tropa (86.4%; 451). Por tanto, la significación de la diferencia entre las medias, se ha realizado mediante Student o Mann-Whitney, según la variable. Los resultados se resumen en la tabla 8 deduciéndose que:

- Existen diferencias altamente significativas ($p < .01$) tanto en SGP, como en SL, entre mandos y tropa. Los datos indican que en ambas variables los mandos puntúan por encima de la tropa. Sin embargo, las diferencias son pequeñas, como se deduce de sus respectivos tamaños del efecto ($< 2\%$) que son similares entre sí.
- No existe diferencia estadísticamente significativa en el BP ($p > .05$) en función de la Escala militar.

Tabla 8: Análisis inferencial. Diferencias en PWBS, GHQ y satisfacción laboral, según escala militar. (N=522)

VARIABLES	Media (Desv. Estándar)		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	MANDOS (n=71)	TROPA (n=451)	Valor	P	
PWBS – Bienestar Psicológico	5.02 (0.64)	4.92 (0.57)	t=1.44 ^{NS}	.151	0.40 %
GHQ – Salud Gral. Percibida	3.68 (0.14)	3.61 (0.17)	Z _U =3.14**	.002	1.72 %
Satisfacción Laboral	4.39 (0.87)	3.96 (1.19)	t=2.94**	.003	1.64 %

N.S. = NO significativo (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Por el tipo de relación laboral con el Ejército. Este factor también se consideró en forma dicotómica: Permanente vs Temporal, estando la mayor parte de la muestra en situación de contratos temporales (82.6%; 431). En consecuencia, se emplearon los mismos métodos estadísticos. Los resultados de los test aplicados se resumen en la tabla 9 y de ellos se deduce que:

- Se encontró una diferencia altamente significativa (p<.001) en SL, según la que se concluye que los militares con contrato permanente tienen valores más elevados en esta variable (4.45 vs 3.93). El tamaño del efecto de esta diferencia es moderado bajo (2.9%).
- También aparece una diferencia estadísticamente significativa (pero de p<.05 en el test no paramétrico de Mann-Whitney) en la SGP, siendo la media de los militares con contrato permanente ligeramente más alta que la media de los que tienen contrato temporal. Por este motivo, el tamaño del efecto es muy pequeño y el Test de Student por el contrario no detectó esta diferencia.
- Por otro lado, no existe significación en el BP, del que por tanto se concluye que es independiente del tipo de relación laboral que el militar tenga con el Ejército.

Tabla 9: Análisis inferencial. Diferencias en PWBS, GHQ y satisfacción laboral, según relación laboral. (N=522)

VARIABLES	Media (Desv. Estándar)		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	PERMANENTE (n=91)	TEMPORAL (n=431)	Valor	P	
PWBS – Bienestar Psicológico	5.01 (0.57)	4.91 (0.58)	t=1.41 ^{NS}	.160	0.38 %
GHQ – Salud Gral. Percibida	3.64 (0.19)	3.62 (0.16)	Z _U =2.26 *	.024	0.29 %
Satisfacción Laboral	4.45 (0.89)	3.93 (1.19)	t=3.95**	.000	2.91 %

N.S. = NO significativo (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Por el tipo de tipo de función que desarrolla en combate. Como este factor tiene más de dos categorías (en concreto tres) se empleó al Anova de un factor como test paramétrico y su alternativa el Test H de Kuskal-Wallis. Los resultados se resumen en la tabla 10 y de ellos se deduce que:

- No existen diferencias que puedan considerarse estadísticamente significativas (p>.05) según la función que desarrollan en combate en BP, ni en SGP.
- Pero sí que aparecen, muy significativas (p<.01) aunque de efecto pequeño (solo 1.9%) en SL. Los datos sugieren más satisfacción en los que intervienen en combate especial y menos en los de combate técnico. Los test post-hoc de Tukey entre pares, indican que la significación encontrada se debe a que la media de los militares que intervienen en el combate técnico es menor que la de los de combate general (p<.05) y menor también que la de los de combate especial (p<.01). En tanto que entre sí, estos dos últimos no llegan a alcanzar diferencias significativas (p>.05).

Tabla 10: *Análisis inferencial.* Diferencias en PWBS, GHQ y satisfacción laboral, según función en combate. (N=522)

VARIABLES	Media (Desv. Estándar)			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	COMBATE ESPECIAL (n=89)	COMBATE TÉCNICO (n=82)	COMBATE GENERAL (n=351)	Valor	P	
PWBS – Bienestar Psicológico	5.03 (0.56)	4.95 (0.60)	4.90 (0.58)	F=1.72 ^{NS}	.179	0.66 %
GHQ – Salud Gral. Percibida	3.63 (0.17)	3.62 (0.17)	3.62 (0.16)	Chi ² =1.39 ^{NS}	.500	0.07 %
Satisfacción Laboral	4.20 (1.10)	3.67 (1.23)	4.06 (1.14)	F=5.09**	.006	1.92 %

N.S. = NO significativo (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Por los años de servicio. Para este factor se consideraron tres categorías intentando mantener un cierto equilibrio del número de sujetos entre ellas: (1) menos de 6 años: 35.8%, 187 casos; (2) entre 6 y 12 años: 34.9%, 182 sujetos; y (3) más de 12 años: 29.3%, 153 militares. Por ello, la metodología estadística se mantiene como en la anterior sección. Los resultados obtenidos recogidos en la tabla 11 nos indican que:

- No existen diferencias que se puedan considerar como estadísticamente significativas (p>.05) ni en BP ni en SGP; variables que por tanto no se relacionan con los años de servicios en el Ejército.
- Y sí que aparece una significación (p<.05) eso sí de efecto pequeño (1.60%) en la SL, tal que según los valores medios parece ser superior solo en los casos con más de 12 años de servicios. De hecho, según los test Tukey a posteriori, la diferencia de esta tercera categoría con respecto a las otras dos de menor tiempo de servicios es significativa (p<.05) en tanto que entre estos dos grupos no hay significación.

Tabla 11: Análisis inferencial. Diferencias en PWBS, GHQ y satisfacción laboral, según años de servicio. (N=522)

VARIABLES	Media (Desv. Estándar)			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	MENOS DE 6 AÑOS (n=187)	ENTRE 6-12 AÑOS (n=182)	MÁS DE 12 AÑOS (n=153)	Valor	P	
PWBS – Bienestar Psicológico	4.95 (0.54)	4.90 (0.61)	4.94 (0.59)	F=0.50 ^{NS}	.607	0.19 %
GHQ – Salud Gral. Percibida	3.61 (0.17)	3.63 (0.16)	3.62 (0.17)	Chi ² =1.76 ^{NS}	.415	0.24 %
Satisfacción Laboral	3.92 (1.15)	3.93 (1.19)	4.25 (1.10)	F=4.23*	.015	1.60 %

N.S. = NO significativo (p>.05) * = Significativo al 5% (p<.05)

A la vista del resultado anterior, se probó una alternativa más en la que se subdivide a los dos grupos extremos en otros dos, siendo ahora cinco las categorías resultantes: (1) menor a 3 años: 26.4%, 138; (2) entre 3 y 6 años: 9.4%, 49; (3) entre 6 y 12 años: 34.9%, 182; (4) de 12 a 18 años: 19.5%, 102; y (5) más de 18 años: 9.8%, 51 sujetos. Repitiendo el análisis anterior (tabla 11 bis) se observa que:

- Se mantiene la ausencia de significación en las variables BP y SGP (p>.05); aunque es cierto que en el caso de esta última se podría hablar de una casi significación (p<.10 y efecto pequeño: 1.9%). Los valores medios de esta última variable son muy similares por lo que es complicado encontrar el motivo de esta casi significación, que quizás podría deberse a una reducción en los valores de los militares con más de 18 años de servicio.
- Sigue habiendo significación en la SL, con más fortaleza (ahora p<.001) y más efecto (3.87%). Los valores medios revelan un posible movimiento cíclico de cambios en el grado de satisfacción, que sería el menor en aquellos con menos de 3 años de servicio, para subir en el grupo de 3-6 años de servicios, volver a bajar en el siguiente y así sucesivamente. Según esto, la mayor satisfacción se observa en los grupos de 3-6 años y de 12-18 años. Los test post-hoc de Anova solo determinan significación

entre los dos grupos extremos en valores medios (12-18 años: 4.31 vs <3 años: 3.75).

Tabla 11 bis: *Análisis inferencial.* Diferencias en PWBS, GHQ y satisfacción laboral, según años de servicio. (N=522)

VARIABLES	Media (Desv. Estándar)					Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	MENOS DE 3 AÑOS (n=138)	ENTRE 3 - 6 AÑOS (n=49)	ENTRE 6 - 12 AÑOS (n=182)	ENTRE 12 - 18 AÑOS (n=102)	MÁS DE 18 AÑOS (n=51)	Valor	P	
PWBS – Bienestar Psicológico	4.96 (0.51)	4.93 (0.63)	4.90 (0.61)	5.02 (0.60)	4.79 (0.57)	F=1.56 ^{NS}	.183	1.19 %
GHQ – Salud Gral. Percibida	3.60 (0.18)	3.65 (0.13)	3.63 (0.16)	3.64 (0.15)	3.58 (0.21)	Chi ² =9.21 ^{NS}	.056	1.92 %
Satisfacción Laboral	3.75 (1.18)	4.39 (0.95)	3.93 (1.19)	4.31 (1.14)	4.12 (0.99)	F=5.20 ^{**}	.000	3.87 %

N.S. = NO significativo (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Por el número de misiones realizadas y tiempo desplegado en meses. Para este factor se han considerado tres grupos: (1) ninguna misión: 47.3%, 247; (2) 1 o 2 misiones: 25.5%, 133 militares; y (3) 3 o más misiones: 27.2%, 142 casos. Por tanto se empleando la misma metodología estadística de los apartados inmediatamente anteriores. Los resultados obtenidos (tabla 12) permiten concluir que:

- No aparecen diferencias que puedan admitirse como estadísticamente significativas (p>.05) en las variables: BP y SGP.
- Pero sí que aparece una significación (p<.05) que se acompaña de un tamaño del efecto pequeño (1.47%) en la SL. Según los datos, parece que ésta es menor en aquellos que no han realizado ninguna misión y mayor en los que han tres o más, de forma que podría haber una relación directa del tipo: a mayor número de misiones, mayor SL. De hecho, si se correlacionan estas variables mediante coeficientes clásicos (Pearson y Spearman) se obtienen valores similares (.130 y .121, respectivamente) equivalentes a los efectos (1.7% y 1.5%) y estadísticamente significativos

($p < .01$). Los test post-hoc de Anova, solo detectan como significativa ($p < .05$) la diferencia entre los dos grupos extremos (3 o más misiones: 4.23 vs ninguna: 3.89).

Tabla 12: *Análisis inferencial.* Diferencias en PWBS, GHQ y satisfacción laboral, según número de misiones. (N=522)

VARIABLES	Media (Desv. Estándar)			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	NINGUNA MISIÓN (n=247)	1 – 2 MISIONES (n=133)	3 ó MÁS MISIONES (n=142)	Valor	P	
PWBS – Bienestar Psicológico	4.93 (0.55)	4.89 (0.64)	4.96 (0.57)	F=0.52 ^{NS}	.596	0.20 %
GHQ – Salud Gral. Percibida	3.62 (0.17)	3.62 (0.15)	3.63 (0.18)	Chi ² =2.63 ^{NS}	.268	0.11 %
Satisfacción Laboral	3.89 (1.14)	4.03 (1.21)	4.23 (1.13)	F=3.88 *	.021	1.47 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$) * = Significativo al 5% ($p < .05$)

Tras este análisis, y descartando a los participantes de la muestra que no han estado en ninguna misión (247), se comparó al resto (275) en función del tiempo que han pasado desplazados en sus misiones, considerando en este nuevo factor tres niveles: (1) de 1 a 6 meses: 87 militares, el 31.6%; (2) de 6 a 18 meses: 120, 43.6%; y (3) más de 18 meses: 68, 24.7% casos. Los resultados del contraste de este factor con estas tres variables (tabla 13) nos llevan a las siguientes conclusiones:

- No hay relación significativa ($p > .05$) ni con la SGP como ya ocurría arriba, ni con la SL a diferencia de la conclusión anterior.
- Y aparecen diferencias altamente significativas ($p < .01$) en BP de efecto moderado-leve (3.39%) que según los datos de los valores medios podría deberse a una mayor satisfacción en los casos que han estado un tiempo de entre 6 y 18 meses con respecto a los otros dos grupos. Los test post-hoc de Anova sólo detectan como significativa ($p < .01$) la diferencia entre los grupos extremos (6-18 meses: 5.05 vs 1-6 meses: 4.80).

Tabla 13: Análisis inferencial. Diferencias en PWBS, GHQ y satisfacción laboral, según los meses en misiones. (N=275 con al menos 1 misión realizada)

VARIABLES	Media (Desv. Estándar)			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	1 - 6 MESES (n=87)	6 - 18 MESES (n=120)	> 18 MESES (n=68)	Valor	P	
PWBS – Bienestar Psicológico	4.80 (0.61)	5.05 (0.59)	4.89 (0.57)	F=4.77**	.009	3.39 %
GHQ – Salud Gral. Percibida	3.60 (0.16)	3.65 (0.14)	3.62 (0.19)	Chi ² =3.84 ^{NS}	.146	1.73 %
Satisfacción Laboral	4.21 (1.18)	4.01 (1.19)	4.28 (1.12)	F=1.38 ^{NS}	.253	1.01 %

N.S. = NO significativo (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Por el nivel de estudios. En función de la información recogida, los participantes en este estudio se clasificaron en tres niveles de estudios: (1) básico: 33.7%, 176; (2) medio 53.8%, 281; y (3) superior: 12.5%, 65 militares. Los resultados del procedimiento estadístico empleado se resumen en la tabla 14 y llevan a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas (p>.05) en ninguna de las tres variables. En definitiva, la formación académica no se relacionada con ellas.

Tabla 14: Análisis inferencial. Diferencias en PWBS, GHQ y satisfacción laboral, según el grado de formación académica. (N=522)

VARIABLES	Media (Desv. Estándar)			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	NIVEL ESTUDIOS BÁSICO (n=176)	NIVEL ESTUDIOS MEDIO (n=281)	NIVEL ESTUDIOS SUPERIOR (n=65)	Valor	P	
PWBS – Bienestar Psicológico	4.90 (0.59)	4.93 (0.57)	5.00 (0.60)	F=0.74 ^{NS}	.477	0.28 %
GHQ – Salud Gral. Percibida	3.62 (0.15)	3.62 (0.16)	3.63 (0.20)	Chi ² =1.96 ^{NS}	.376	0.07 %
Satisfacción Laboral	4.17 (1.18)	3.94 (1.15)	3.95 (1.12)	F=2.22 ^{NS}	.109	0.85 %

N.S. = NO significativo (p>.05)

Por tenencia de hijos. Debido a que este factor es dicotómico, para este apartado se recuperó la metodología de contraste entre dos medias mediante Student o Mann-Whitney, según la normalidad de la variable. Los resultados de estos test (tabla 15) nos permiten afirmar que:

- No existe diferencia estadísticamente significativa (p>.05) en BP. En rigor, tampoco se puede hablar de significación en la SGP, pero podría hablarse

de una casi significación ($p < .10$). Pero revisando los valores medios la diferencia es muy pequeña como revela el tamaño del efecto, por lo que no hay suficiente evidencia estadística en favor de la asociación de la variable con este factor.

- Aparece una significación ($p < .05$) en SL de efecto pequeño (0.9%), por la cual presentan más grado de satisfacción los militares que sí tienen hijos.

Tabla 15: *Análisis inferencial.* Diferencias en PWBS, GHQ y satisfacción laboral, según tener hijos o no. (N=522)

VARIABLES	Media (Desv. Estándar)		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R^2
	NO TIENE HIJOS (n=319)	SÍ TIENE HIJOS (n=203)	Valor	P	
PWBS – Bienestar Psicológico	4.93 (0.57)	4.94 (0.60)	t=0.24 ^{NS}	.813	0.01 %
GHQ – Salud Gral. Percibida	3.62 (0.16)	3.63 (0.18)	Zu=1.77 ^{NS}	.077	0.08 %
Satisfacción Laboral	3.93 (1.18)	4.16 (1.11)	t=2.16 *	.031	0.89 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$) * = Significativo al 5% ($p < .05$)

Por la residencia. Este factor está definido por tres categorías, razón por la cual se emplea Anova o Krukal-Wallis como métodos de contraste. Con sus resultados (tabla 16) se concluye que:

- No existen diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) ni en BP, ni en la SGP.
- Se ha encontrado una significación ($p < .01$) en la SL con efecto pequeño (2.1%), tal que el valor medio es superior en los casos que viven con su familia comparados con todos los demás; aunque los test post-hoc de Anova no son capaces de detectar esta significación.

Tabla 16: Análisis inferencial. Diferencias en PWBS, GHQ y satisfacción laboral, según lugar de residencia. (N=522)

VARIABLES	Media (Desv. Estándar)			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	VIVE SOLO (n=118)	COMPARTE PISO (n=113)	CON SU FAMILIA (n=291)	Valor	P	
PWBS – Bienestar Psicológico	4.90 (0.58)	4.88 (0.57)	4.96 (0.58)	F=0.96 ^{NS}	.385	0.37 %
GHQ – Salud Gral. Percibida	3.61 (0.16)	3.60 (0.19)	3.63 (0.16)	Chi ² =4.16 ^{NS}	.125	0.87 %
Satisfacción Laboral	3.86 (1.18)	3.81 (1.23)	4.17 (1.10)	F=5.49**	.004	2.07 %

N.S. = NO significativo (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Diferencias en Capital Psicológico en función de la variables sociodemográficas

A continuación se procede a comparar los valores medios de las variables de las dimensiones y de la puntuación total del PCQ en función de los mismos factores empleados con las demás variables estudiadas. Puesto que todas estas variables se distribuyen normalmente se opta por una metodología estadística paramétrica; y dado que como se comprobó anteriormente (tabla 6) estas dimensiones están altamente relacionadas entre sí, se optó por emplear el procedimiento MANOVA (Anova Multivariado) de un factor de efectos fijos por considerarse el más adecuado.

Este método, determina primero si en el conjunto global de las variables analizadas, existe un efecto diferencial significativo, para posteriormente concretar en qué variable se da tal significación y la magnitud de su efecto concreto. Se realizaron además los test de pares a posteriori ya empleados anteriormente (Tukey y Scheffé). Los resultados se presentan en secciones como las anteriores.

Por la escala de pertenencia. El test multivariado MANOVA determina que, en el conjunto de las respuestas dadas por los participantes de la muestra

al cuestionario PCQ existen diferencias estadísticamente significativas ($p < .01$) que se deben a un efecto moderado-leve (2.9%) de la escala militar, siendo más elevados los valores medios de los mandos con respecto a los de la tropa.

Particularizando en las variables del instrumento (tabla 17) se puede afirmar que:

- No se puede admitir que existan diferencias significativas ($p > .05$) en las dimensiones Esperanza y Resiliencia.
- Existen diferencias, altamente significativas ($p < .01$) en las dimensiones: Eficacia (efecto pequeño del 1.8%) y Optimismo (efecto pequeño del 1.3%).
- Y existe diferencia significativa ($p < .01$) con efecto pequeño (1.29%) en la puntuación total del CP.

Tabla 17: *Análisis inferencial.* Diferencias en PCQ, según la escala militar. (N=522)

VARIABLES PCQ	MANOVA: Valor F=3.80** ; $p = .005$; $R^2 = 2.86\%$				
	Media (Desv. Estándar)		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R^2
	MANDOS (n=71)	TROPA (n=451)	Valor F	P	
<i>Eficacia</i>	5.02 (0.79)	4.70 (0.80)	9.53**	.002	1.80 %
<i>Esperanza</i>	4.62 (0.79)	4.48 (0.77)	2.16 ^{NS}	.142	0.41 %
<i>Resiliencia</i>	4.74 (0.70)	4.66 (0.63)	0.85 ^{NS}	.356	0.16 %
<i>Optimismo</i>	4.19 (0.67)	3.96 (0.70)	6.83**	.009	1.30 %
<i>Capital Psicológico</i>	4.64 (0.62)	4.45 (0.57)	6.80**	.009	1.29 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Por el tipo de relación laboral con el Ejército. Al analizar este factor, el test multivariado MANOVA determinó que en global se puede admitir la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$) y con efecto moderado (4.6%) sobre el cuestionario PCQ; siendo los valores medios de los militares con contrato permanente, superiores a los valores medios de aquellos con contrato temporal. Ya en particular (tabla 18), se encontró que:

- No existe diferencia significativa ($p > .05$) en Resiliencia.

- Sí existe significación ($p < .01$ y efecto pequeño: 1.7%) en Optimismo; y con más fuerza en Eficacia ($p < .001$ y efecto moderado-leve del 2.6%).
- Aparece también, diferencias significativa ($p < .01$) con efecto leve (1.8%) en la puntuación total del CP.

Tabla 18: Análisis inferencial. Diferencias en PCQ, según la relación laboral. (N=522)

VARIABLES PCQ	Media (Desv. Estándar)		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	PERMANENTE	TEMPORAL	Valor F	P	
	(n=91)	(n=431)			
<i>Eficacia</i>	5.03 (0.75)	4.69 (0.81)	13.90**	.000	2.60 %
<i>Esperanza</i>	4.66 (0.75)	4.46 (0.78)	5.23 *	.023	1.00 %
<i>Resiliencia</i>	4.70 (0.67)	4.67 (0.64)	0.21 NS	.649	0.04 %
<i>Optimismo</i>	4.19 (0.64)	3.95 (0.70)	9.19**	.003	1.73 %
<i>Capital Psicológico</i>	4.65 (0.58)	4.44 (0.57)	6.91**	.002	1.81 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$) * = Significativo al 5% ($p < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Por el tipo de tipo de función que desarrolla en combate. El análisis multivariado de esta factor sobre el PCQ, determina la existencia de diferencias altamente significativas ($p < .001$) de efecto moderado (4.8%) que parecen indicar una cierta tendencia según la cual serían los militares con función de combate especial quienes puntúan por encima de los demás.

En el análisis univariado (tabla 19) se obtiene que:

- No existen diferencia significativa en la dimensión Esperanza, aunque se podría hablar de una casi significación ($p < .10$) en el sentido arriba indicado, es decir que puntúan más los de combate especial.
- Hay diferencia significativa en Optimismo ($p < .05$) de efecto pequeño (1.5%) siendo de nuevo la media más elevada la de los casos de combate especial, que según los test post-hoc de Tukey es significativa ($p < .05$) con respecto a los militares con función de combate técnico.

- Hay diferencia muy significativa ($p < .001$) en Resiliencia (efecto moderado-leve: 3.4%), debido a que los casos del grupo de combate general puntúan menos que los otros dos grupos, que entre sí son iguales.
- Se ha determinado una alta significación ($p < .001$) con efecto moderado (6.3%) en Eficacia, que claramente es más elevada en los sujetos del grupo de combate especial, cuya diferencia es significativa ($p < .01$) según los test a posteriori de Tukey con respecto a los otros dos grupos.
- Y finalmente, hay significación sólida ($p < .001$) con efecto moderado-leve: 3.3%, en la puntuación total del PCQ, tal que el test post-hoc determina que la media es superior en los casos de combate especial e inferior en los casos de combate general.

Tabla 19: Análisis inferencial. Diferencias en PCQ, según la función en combate. (N=522)

VARIABLES PCQ	Media (Desv. Estándar)			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	COMBATE ESPECIAL (n=89)	COMBATE TÉCNICO (n=82)	COMBATE GENERAL (n=351)	Valor F	P	
	<i>Eficacia</i>	5.10 (0.74)	4.96 (0.80)	4.61 (0.79)	17.53**	
<i>Esperanza</i>	4.68 (0.77)	4.46 (0.90)	4.46 (0.74)	2.95 ^{NS}	.053	1.12 %
<i>Resiliencia</i>	4.84 (0.68)	4.84 (0.66)	4.59 (0.61)	9.04**	.000	3.37 %
<i>Optimismo</i>	4.15 (0.69)	3.85 (0.82)	3.99 (0.66)	4.00 *	.019	1.52 %
<i>Capital Psicológico</i>	4.69 (0.59)	4.53 (0.63)	4.41 (0.55)	8.94**	.000	3.33 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$) * = Significativo al 5% ($p < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Por los años de servicio. Considerando las tres categorías antes descritas en este factor de tiempo de servicio, el contraste multivariado determina que en global sí que existe un efecto (pequeño: 2.7%) pero estadísticamente significativo ($p < .001$). Ahora bien, cuando se realiza el análisis univariado solo se encontró significación en la dimensión Eficacia ($p < .01$; efecto del 2.2%), en la que se aprecia un aumento de los valores de esta dimensión a medida que se incrementa el tiempo de servicio. Los test post-hoc han detectado

solo significación ($p < .01$) entre los dos grupos extremos (más de 12 años: 4.91 vs menos de 6 años: 4.61).

En el resto de las dimensiones y en la puntuación total de CP, no se puede hablar de efectos diferenciales estadísticamente significativos ($p > .05$).

Tabla 20: *Análisis inferencial.* Diferencias en PCQ, según los años de servicio. (N=522)

VARIABLES PCQ	Media (Desv. Estándar)			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	MENOS DE 6 AÑOS	ENTRE 6 - 12 AÑOS	MÁS DE 12 AÑOS	Valor F	P	
	(n=187)	(n=182)	(n=153)			
Eficacia	4.61 (0.75)	4.75 (0.84)	4.91 (0.81)	5.81**	.003	2.19 %
Esperanza	4.55 (0.67)	4.44 (0.83)	4.50 (0.84)	0.86 ^{NS}	.424	0.33 %
Resiliencia	4.66 (0.59)	4.65 (0.67)	4.70 (0.67)	0.26 ^{NS}	.773	0.10 %
Optimismo	3.97 (0.70)	3.94 (0.65)	4.08 (0.73)	1.70 ^{NS}	.184	0.65 %
Capital Psicológico	4.45 (0.52)	4.45 (0.59)	4.55 (0.63)	1.63 ^{NS}	.196	0.63 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Si se repite el estudio con el factor dividido en 5 categorías, como se hiciera anteriormente, la situación se mantiene similar, sin que aparezca ninguna otra significación que la comentada en Eficacia.

Por el número de misiones realizadas y tiempo desplegado en meses. En el análisis multivariado de este factor sobre PCQ se encontró la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$) que se explican con un efecto moderado-leve del 3.2%. En el análisis detallado de las variables (tabla 21) en cambio, no se encontraron diferencias significativas ($p > .05$) en las dimensiones: Esperanza, Resiliencia y Optimismo. Si bien es cierto que en esta última se podría hablar de una casi significación ($p < .10$), pero el efecto es tan pequeño ($>1\%$) que no es evidencia suficiente de asociación entre variables.

Sí que aparece significación estadística ($p < .001$) en Eficacia, una vez más; con efecto moderado-leve del 3.2% y tal que parece haber una relación

según la cual aumentan las puntuaciones de esta dimensión al aumentar el número de misiones. Los test post-hoc de Tukey determinaron que el grupo con 3 ó más misiones tiene un valor medio más elevado ($p < .01$) que los otros dos grupos, que entre sí no se diferencian significativamente ($p > .05$).

Tabla 21: Análisis inferencial. Diferencias en PCQ, según el número de misiones. (N=522)

VARIABLES PCQ	Media (Desv. Estándar)			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	NINGUNA MISIÓN (n=247)	1 – 2 MISIONES (n=133)	3 ó MÁS MISIONES (n=142)	Valor F	P	
	Eficacia	4.62 (0.75)	4.73 (0.91)	4.98 (0.74)	6.93**	
Esperanza	4.50 (0.68)	4.47 (0.84)	4.52 (0.87)	0.12 ^{NS}	.887	0.05 %
Resiliencia	4.65 (0.59)	4.64 (0.73)	4.74 (0.65)	1.17 ^{NS}	.312	0.45 %
Optimismo	3.97 (0.66)	3.92 (0.71)	4.10 (0.73)	2.50 ^{NS}	.083	0.95 %
Capital Psicológico	4.43 (0.51)	4.44 (0.64)	4.59 (0.62)	3.44 *	.033	1.31 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$) * = Significativo al 5% ($p < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Si, a imagen del análisis realizado en las otras variables, se segmenta el grupo y se toman en consideración solo los militares que hayan participado en alguna misión (275) para estudiar la relación del tiempo (en meses) de permanencia en misiones sobre, ahora, las variables del PCQ, el contraste multivariado de MANOVA determina que no existe un efecto diferencial significativo con $p > .05$ (valor $F=1.35$; $p=.215$). Por tanto, no hay evidencias estadísticas que apoyen que los meses de misión de los que han sido desplegados influya en las variables PCQ.

Aun así, el estudio univariado detecta una significación con $p < .05$ (Valor $F=3.57$; $p=.030$; $R^2=2.56\%$) en la dimensión Eficacia, que se debe a que los casos con 1-6 meses de misión puntúan menos (4.66) que el resto de grupos (con medias entre 4.85 y 4.95).

Por el nivel de estudios. Ni en el análisis multivariado, ni el univariado, encontró ninguna relación significativa ($p > .05$) del nivel de formación/estudios de los militares sobre los valores de las variables PCQ (tabla 22).

Tabla 22: Análisis inferencial. Diferencias en PCQ, según el grado de formación académica. (N=522)

VARIABLES PCQ	Media (Desv. Estándar)			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	NIVEL ESTUDIOS BÁSICO (n=176)	NIVEL ESTUDIOS MEDIO (n=281)	NIVEL ESTUDIOS SUPERIOR (n=65)	Valor F	P	
	Eficacia	4.70 (0.80)	4.74 (0.81)	4.88 (0.77)	1.16 ^{NS}	
Esperanza	4.46 (0.83)	4.53 (0.74)	4.45 (0.78)	0.69 ^{NS}	.500	0.27 %
Resiliencia	4.66 (0.62)	4.68 (0.64)	4.70 (0.70)	0.12 ^{NS}	.890	0.04 %
Optimismo	4.00 (0.69)	3.98 (0.70)	4.02 (0.72)	0.08 ^{NS}	.921	0.03 %
Capital Psicológico	4.45 (0.59)	4.48 (0.57)	4.51 (0.59)	0.30 ^{NS}	.738	0.12 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$)

Por tenencia de hijos. El contraste multivariado indica la existencia de una significación ($p < .05$) con efecto pequeño (1.9%). Ahora bien en el univariado, se comprueba que sólo existe significación en la dimensión Eficacia ($p < .05$) con efecto muy pequeño (<1%) y parece indicar que puntúan más los militares con hijos. En el resto de variables PCQ, incluida la del CP, no existe ninguna otra significación ($p > .05$; tabla 23).

Tabla 23: Análisis inferencial. Diferencias en PCQ, según tener hijos o no. (N=522)

VARIABLES PCQ	Media (Desv. Estándar)		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	NO TIENE HIJOS (n=319)	SÍ TIENE HIJOS (n=203)	Valor F	P	
	Eficacia	4.69 (0.78)	4.84 (0.83)	4.63**	
Esperanza	4.51 (0.73)	4.48 (0.85)	0.11 ^{NS}	.739	0.02 %
Resiliencia	4.65 (0.62)	4.70 (0.68)	0.70 ^{NS}	.404	0.13 %
Optimismo	3.97 (0.69)	4.03 (0.71)	1.09 ^{NS}	.297	0.21 %
Capital Psicológico	4.45 (0.55)	4.51 (0.63)	1.39 ^{NS}	.239	0.27 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Por la residencia. De nuevo, ni el análisis multivariado ni el univariado, se detectó significación ($p > .05$) del factor lugar de residencia sobre las variables del PCQ (tabla 24).

Tabla 24: Análisis inferencial. Diferencias en PCQ, según el lugar de residencia. (N=522)

VARIABLES PCQ	Media (Desv. Estándar)			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	VIVE SOLO (n=118)	COMPARTE PISO (n=113)	CON SU FAMILIA (n=291)	Valor F	P	
	<i>Eficacia</i>	4.68 (0.87)	4.69 (0.75)	4.79 (0.80)	1.16 ^{NS}	
<i>Esperanza</i>	4.50 (0.80)	4.50 (0.74)	4.49 (0.78)	0.01 ^{NS}	.992	0.00 %
<i>Resiliencia</i>	4.72 (0.57)	4.68 (0.67)	4.65 (0.66)	0.56 ^{NS}	.571	0.22 %
<i>Optimismo</i>	4.03 (0.71)	3.90 (0.76)	4.02 (0.67)	1.26 ^{NS}	.283	0.48 %
<i>Capital Psicológico</i>	4.48 (0.59)	4.44 (0.56)	4.49 (0.58)	0.23 ^{NS}	.796	0.09 %

N.S. = NO significativo (p>.05)

Modelos predictivos

Previamente (ver tabla 6) ya se comprobó la existencia de correlaciones, todas ellas significativas a $p < .05$, $p < .01$ e incluso $p < .001$ muchas de ellas, entre las dimensiones y la puntuación global del Cuestionario PCQ del CP y las variables: BP (PWBS), SGP (GHQ-28) y SL.

En este momento del análisis estadístico, y para abordar de forma más concreta el tercer objetivo, se procedió a construir modelos predictivos de regresión, tanto univariantes como multivariantes, desde las variables PCQ con cada una de las otras tres variables registradas.

Predicción del Bienestar Psicológico (PWBS). Dado el buen ajuste a la normalidad estadística de todas las variables implicadas en la construcción de estos modelos, es justificable la utilización de las ecuaciones de regresión lineal. En primer lugar se construyeron modelos univariantes, con cada uno de los factores y la puntuación total del PCQ como predictores. Los resultados (tabla 25) nos llevan a concluir que:

- Modelo 1 – Predictor: *Eficacia*. El modelo obtenido es altamente significativo con $p < .001$ (Anova: $F=333.50$; $p=.000000$) y cumple (ver

- figuras 17, 18 y 19) adecuadamente la condiciones de normalidad y homocedasticidad de los residuos. Tiene una elevada eficacia predictiva, que consigue explicar el 39% de la variabilidad del BP, que se incrementa en 0.45 unidades por cada unidad de incremento de la Eficacia.
- Modelo 2 – Predictor: *Esperanza*. Este segundo modelo univariante, también es altamente significativo con $p < .001$ (Anova: $F=384.75$; $p=.000000$) y cumple (ver figuras 20, 21 y 22) satisfactoriamente la condiciones de normalidad y homocedasticidad de los residuos. Su eficacia predictiva es aún mayor que la anterior, logrando explicar el 42.4% de la variabilidad de la puntuación del PWBS, que se incrementa en 0.49 unidades por cada unidad de incremento en Esperanza.
 - Modelo 3 - Predictor: *Resiliencia*. De nuevo, este modelo univariante es altamente significativo con $p < .001$ (Anova: $F=332.85$; $p=.000000$) y verifica de forma adecuada la condiciones de normalidad y homocedasticidad de los residuos (ver figuras 23, 24 y 25). Su eficacia predictiva es muy similar al primero, logrando explicar el 38.9% de la variabilidad de la puntuación del BP, que aumenta en 0.56 unidades por cada unidad de aumento en Resiliencia.
 - Modelo 4 - Predictor: *Optimismo*. También este modelo univariante es altamente significativo con $p < .001$ (Anova: $F=119.90$; $p=.000000$) y cumple las condiciones de normalidad y homocedasticidad de los residuos (ver figuras 26, 27 y 28). Su eficacia predictiva es menor a todos los anteriores ya que explica el 18.6% de la variabilidad de la puntuación del BP que aumenta en 0.36 unidades por cada unidad de aumento en Optimismo.

- Modelo 5 – Predictor: *Capital Psicológico*. Por último el modelo univariante construido desde la puntuación total del PCQ es, obviamente, altamente significativo con $p < .001$ (Anova: $F=626.25$; $p=.000000$) y cumple suficientemente las condiciones de normalidad y homocedasticidad de los residuos (ver figuras 29, 30 y 31). Su eficacia predictiva es la mayor de todas las que se han encontrado en estos modelos univariantes, y logra explicar un muy elevado 54.5% del BP, variable que aumenta en 0.74 unidades por cada unidad de aumento del CP.

De modo que, en resumen, se ha encontrado que la puntuación PWBS de BP puede ser predicha de forma única desde cualquiera de las puntuaciones de las dimensiones del PCQ, siendo la dimensión Esperanza la que más poder predictivo tiene y el Optimismo la que menos. Pero, si se emplea la puntuación total de CP se logra mejorar la capacidad predictiva de cualquiera de las dimensiones.

Tabla 25: Regresión lineal univariante. Efecto de cada uno de los predictores PCQ sobre el Bienestar Psicológico (PWBS). (N=522).

Factor predictor: Variable PCQ	Constante Poblacional			Coefic · β_1	IC 95% para el coefic. β_1	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R²
	β_0	Valor t	P- valor			Valor t	P-valor		
Eficacia	2.79	23.52**	.000	0.45	0.40 – 0.50	18.26**	.000	.625	.390
Esperanza	2.74	24.24**	.000	0.49	0.44 – 0.54	19.62**	.000	.652	.424
Resiliencia	2.29	15.67**	.000	0.56	0.50 – 0.63	18.24**	.000	.625	.389
Optimismo	3.49	26.14**	.000	0.36	0.30 – 0.42	10.95**	.000	.433	.186
Capital Psicológico	1.62	12.10**	.000	0.74	0.68 – 0.80	20.02**	.000	.739	.545

** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Figura 17: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Eficacia

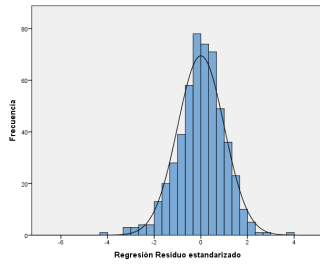


Figura 18: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Eficacia

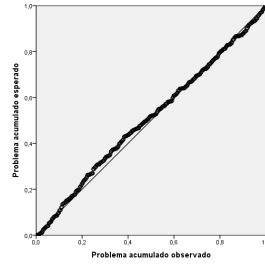


Figura 19: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Eficacia

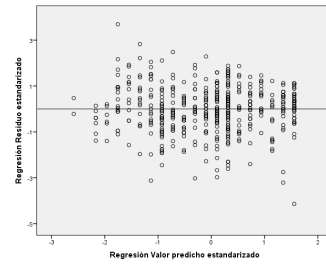


Figura 20: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Esperanza

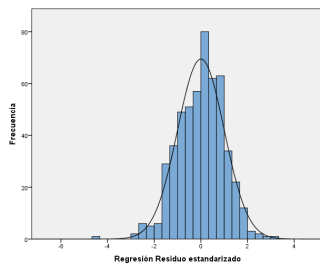


Figura 21: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Esperanza

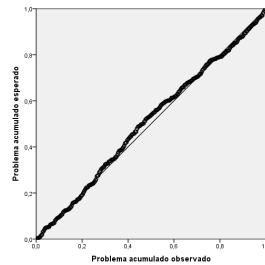


Figura 22: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Esperanza

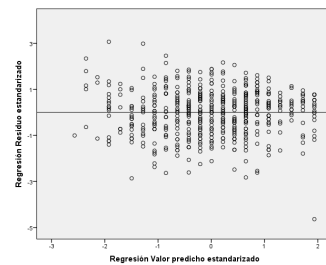


Figura 23: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Resiliencia

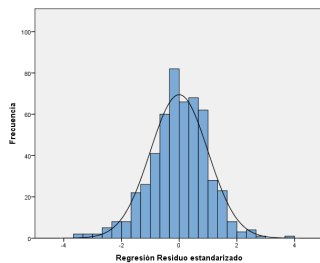


Figura 24: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Resiliencia

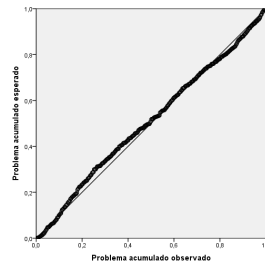


Figura 25: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Resiliencia

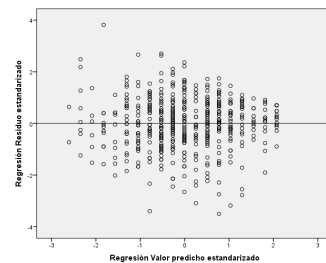


Figura 26: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Optimismo

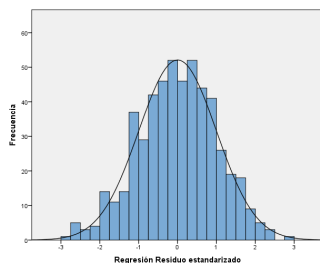


Figura 27: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Optimismo

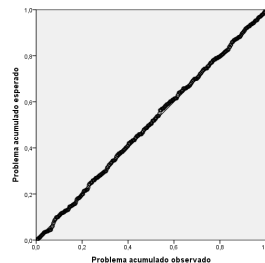


Figura 28: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Optimismo

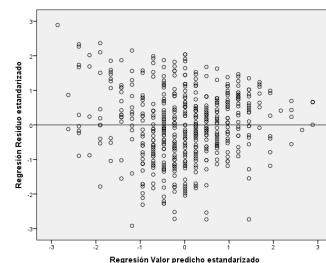


Figura 29: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ-Capital Psicológico

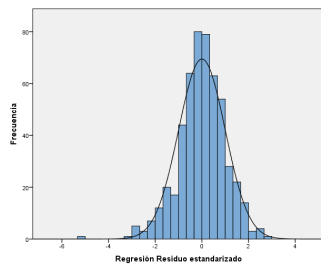


Figura 30: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ- Capital Psicológico

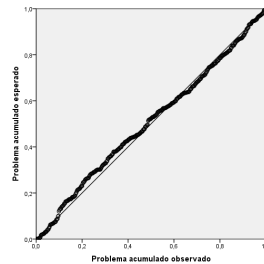
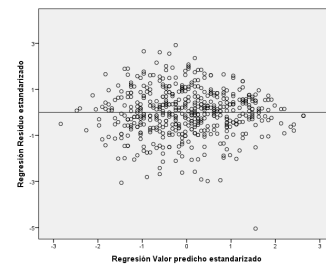


Figura 31: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
 Predictor: PCQ- Capital Psicológico



Tras lo anterior, y sabiendo que desde la puntuación total de CP el modelo es muy eficaz ($p < .001$) y explica el 54.5% de la variabilidad de las puntuaciones PWBS, se procede a tratar de construir un modelo multivariante con las cuatro dimensiones para ver si éste mejora la capacidad predictiva del citado solo con el CP. Los resultados se resumen en la tabla 26. Se encontró que es posible construir un modelo altamente significativo con $p < .001$ (Anova: $F = 162.17$; $p = .000000$) y muy eficaz que explica en conjunto un total del 55.3% de la variabilidad de las puntuaciones de PWBS. En este modelo, a pesar de la presencia de colinealidad entre los factores predictores (las cuatro dimensiones del PCQ) entran de forma significativa todos ellos, por este orden según el método de paso a paso: 1º Esperanza (que ya explica el 42.4% de variabilidad), 2º Resiliencia que añade un 9.1%, 3º Eficacia que suma otro 2.9% y 4º Optimismo, que suma un 1% para llegar al citado total del 55.3%.

Al descomponer el R^2 total del modelo empleando la métrica *lmg* para conocer la importancia relativa de las variables, se obtiene que de ese 55%: el 31.9% se debe a la Esperanza, el 28.8% a la Resiliencia, un 27.5% a la Eficacia, y un 11.8% corresponde al Optimismo.

Figura 32. Representación gráfica de la importancia relativa de las variables para el bienestar psicológico.



Este modelo múltiple es ligeramente mejor, o muy similar, que el modelo simple construido solamente con la puntuación total de CP (55.3% vs 54.5%), pero es evidentemente más complejo al contar con cuatro términos (más la constante) que con uno sólo (más la constante) del modelo simple. Por tanto, se concluye que lo más recomendable desde el punto de vista estadístico, sería emplear el modelo univariante con el CP.

Tabla 26: Regresión lineal Multivariante. Modelo conjunto de los predictores: dimensiones del PCQ sobre el bienestar psicológico (PWBS). (N=522).

Factores incluidos	Coef. β	IC 95% de β	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P-Valor			
Esperanza	0.22	0.16 – 0.28	7.13**	.000	.299	.424	.424
Resiliencia	0.24	0.17 – 0.31	6.53**	.000	.276	.514	.091
Eficacia	0.17	0.11 – 0.22	5.56**	.000	.237	.543	.029
Optimismo	0.10	0.04 – 0.16	3.56**	.000	.155	.553	.010
Constante poblacional	1.62	1.34 – 1.90	11.50**	.000	--	--	--

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Figura 33: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
Predictores: Dimensiones PCQ

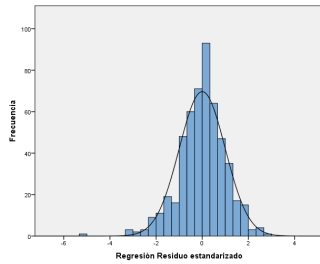


Figura 34: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
Predictor: PCQ- Dimensiones PCQ

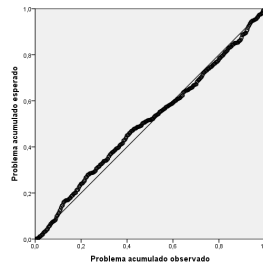
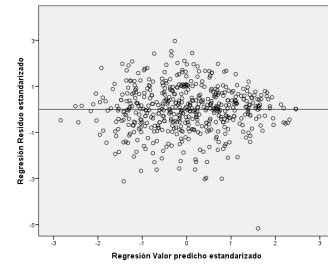


Figura 35: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Bienestar psicológico (PWBS)
Predictor: PCQ- Dimensiones PCQ



Predicción de la Satisfacción Laboral (ítem único). Puesto que todas las variables implicadas se distribuyen normalmente, está justificado el uso de la misma metodología anterior, mediante regresión lineal (univariante y multivariante). Los resultados se resumen en la tabla 27 y permiten afirmar que:

- Modelo 1 – Predictor: *Eficacia*. El primer modelo univariante es significativo con $p < .001$ (Anova: $F=41.29$; $p=.000000$) y parece cumplir la condición de normalidad de residuos, aunque deja alguna duda con respecto a la homocedasticidad de los mismos (figuras 36, 37 y 38). Alcanza una buena eficacia predictiva que consigue explicar el 7.2% de la variabilidad (efecto moderado) de la SL, variable que se incrementa en 0.39 unidades por cada unidad de incremento de la Eficacia.
- Modelo 2 – Predictor: *Esperanza*. Este modelo, también es significativo con $p < .001$ (Anova: $F=61.61$; $p=.000000$) y como en el anterior se puede admitir la tendencia hacia la normalidad de los residuos, aunque genera alguna duda sobre su homocedasticidad (figuras 39, 40 y 41). La eficacia predictiva es algo superior a la anterior y explica el 10.4% de la variabilidad de la SL (efecto moderado), que se incrementa en 0.48 unidades por cada unidad de incremento en Esperanza.

- Modelo 3 - Predictor: *Resiliencia*. Este modelo univariante es solo significativo con $p < .05$ (Anova: $F=4.48$; $p=.035$) y además deja dudas sobre la normalidad y la homocedasticidad de los residuos (figuras 42, 43 y 44). Es por tanto, un modelo débil, con una eficacia predictiva pequeña ya que explica solo el 0.7% de la variabilidad de la puntuación de la SL ($\beta=0.17$ por unidad de incremento en Resiliencia). En consecuencia, es un modelo predictor débil.
- Modelo 4 - Predictor: *Optimismo*. En este modelo, univariante, se observa una alta significación, con $p < .001$ (Anova: $F=158.98$; $p=.000000$) y parece cumplir suficientemente la condición de normalidad de residuos, aunque como todos los de este grupo deja alguna duda sobre la de homocedasticidad (figuras 45, 46 y 47). Su eficacia predictiva es superior a la de todos los anteriores ya que explica el 23.3% de la variabilidad de la puntuación de la SL que aumenta en 0.80 unidades por cada unidad de aumento en Optimismo.
- Modelo 5 – Predictor: *Capital psicológico*. Y en cuanto al modelo univariante construido desde la puntuación total en el PCQ es significativo con $p < .001$ (Anova: $F=84.84$; $p=.000000$) y, como en los anteriores, se puede admitir una tendencia hacia la normalidad de los residuos, pero tenemos alguna duda sobre la de homocedasticidad de los mismos (figuras 48, 49 y 50). Su eficacia predictiva es buena, logrando explicar un 13.9% de la SL (efecto grande) que se incrementa en 0.75 unidades por cada unidad de aumento del CP.

En resumen, la dimensión Resiliencia apenas tiene eficacia predictiva y nos lleva a un modelo débil y que poco aporta al pronóstico de la SL; en tanto

que se aprecia mejor eficacia de pronóstico cuando se usa la dimensión Optimismo, en vez de la puntuación total del CP.

Tabla 27: Regresión lineal univariante. Efecto de cada uno de los predictores PCQ sobre la satisfacción laboral (ítem único). (N=522).

Factor predictor: Variable PCQ	Constante Poblacional			Coefic. β_1	IC 95% para el coefic. β_1	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R^2
	β_0	Valor t	P-valor			Valor t	P-valor		
Eficacia	1.99	7.42**	.000	0.39	0.27 – 0.51	6.43**	.000	.271	.072
Esperanza	1.84	6.54**	.000	0.48	0.36 – 0.61	7.85**	.000	.325	.104
Resiliencia	3.24	8.72**	.000	0.17	0.01 – 0.32	2.12 *	.035	.092	.007
Optimismo	0.81	3.12**	.002	0.80	0.68 – 0.93	12.61**	.000	.484	.233
Capital Psicológico	0.67	1.82 NS	.000	0.75	0.59 – 0.91	9.21**	.000	.375	.139

* = Significativo al 5% (p<.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Figura 36: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Eficacia

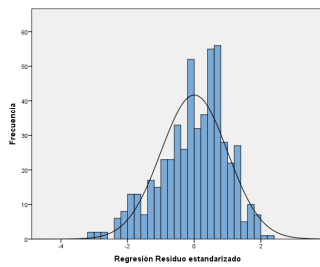


Figura 37: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Eficacia

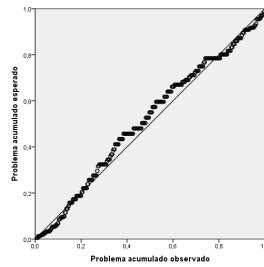


Figura 38: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Eficacia

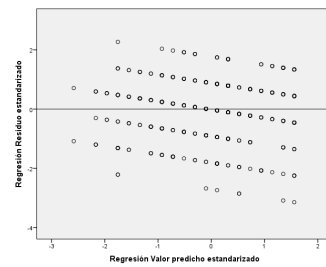


Figura 39: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Esperanza

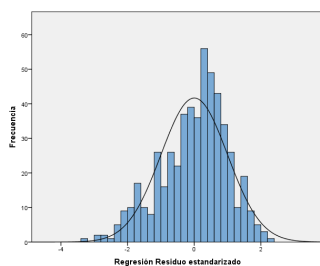


Figura 40: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Esperanza

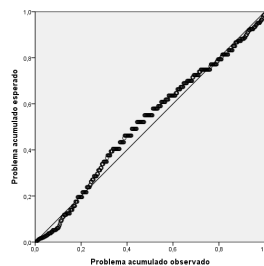


Figura 41: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Esperanza

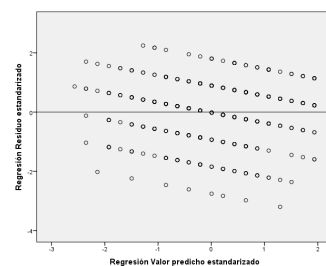


Figura 42: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Resiliencia

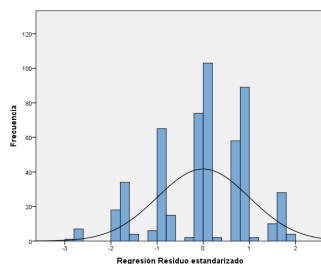


Figura 43: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Resiliencia

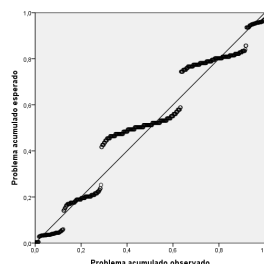


Figura 44: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Resiliencia

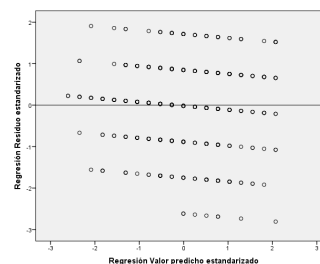


Figura 45: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Optimismo

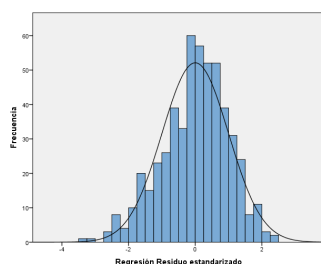


Figura 46: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Optimismo

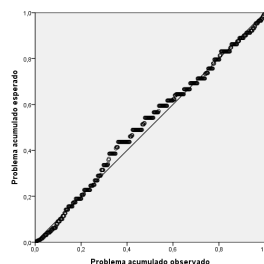


Figura 47: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Optimismo

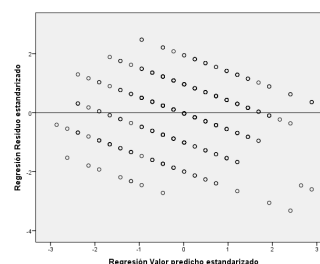


Figura 48: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ-Capital Psicológico

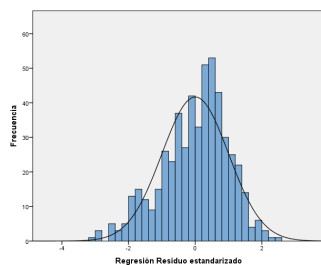


Figura 49: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ- Capital Psicológico

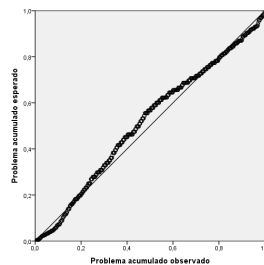
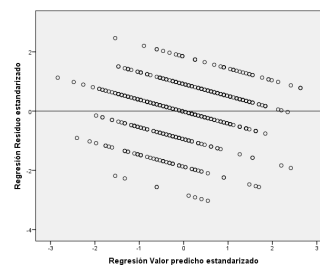


Figura 50: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral (PWBS)
Predictor: PCQ- Capital Psicológico



Tras esto, se intentó construir un modelo multivariante, conjunto, desde las cuatro dimensiones del PCQ que mejore el rendimiento ofrecido por el modelo univariante de la puntuación total del CP (que es de 13.9%) o la capacidad encontrada por el mejor de los modelos univariantes que es el de la dimensión Optimismo (23.3%).

Los resultados se presentan en la tabla 28. Este modelo múltiple, explica conjuntamente el 27% de la variabilidad de la SL, del cual el 23.3% ya está explicado por el Optimismo; de manera que la inclusión de las otras tres

dimensiones, apenas mejora un 3.7% de variabilidad explicada. Además se ha encontrado una clara colinealidad entre las variables predictoras que incluso produce una modificación del sentido de la relación de la dimensión Resiliencia (ahora es inversa: β negativo); algo que no tiene sentido tras el estudio univariante.

Descomponiendo el R^2 total del modelo empleando la métrica LMG para conocer la importancia relativa de las variables, se obtiene que de ese 27% que es capaz de explicar el modelo: el 62.5% se debe al Optimismo, el 17.9% a la Esperanza, el 13.1% a la Eficacia, y un 6.4% para la Resiliencia.

Figura 25. Representación gráfica de la importancia relativa de las variables para el satisfacción laboral.



En consecuencia, creemos que ante estos valores, la solución más parsimoniosa en el uso del modelo univariante con la dimensión Optimismo para la predicción de la SL, ya que el modelo multivariante tiene más términos y con ellos se logra poca ganancia predictiva o explicativa.

Tabla 28: Regresión lineal Multivariante. Modelo conjunto de los predictores: dimensiones del PCQ sobre la satisfacción laboral (ítem único). (N=522).

Factores incluidos	Coef. β	IC 95% de β	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P-Valor			
Optimismo	0.69	0.55 – 0.83	9.53**	.000	.386	.233	.233
Resiliencia	-0.43	-0.61 – -0.24	-4.54**	.000	-.196	.253	.020
Eficacia	0.28	0.13 – 0.43	3.62**	.000	.157	.262	.009
Esperanza	0.21	0.05 – 0.36	2.60 *	.010	.114	.270	.008
Constante poblacional	1.02	0.31 – 1.72	2.83**	.005	--	--	--

* = Significativo al 5% ($p < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Figura 51: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral
Predictores: Dimensiones PCQ

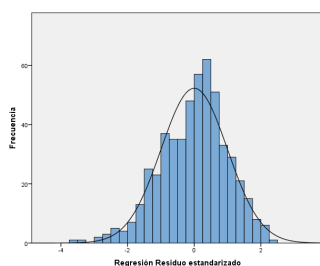


Figura 52: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral
Predictor: PCQ- Dimensiones PCQ

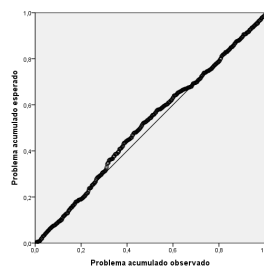
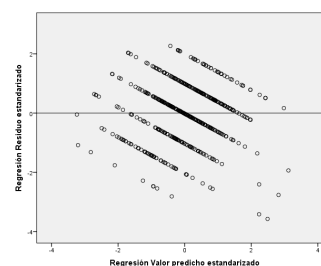


Figura 53: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Satisfacción laboral
Predictor: PCQ- Dimensiones PCQ



Predicción de la Salud General Percibida (GHQ-28). La variable a

predecir, tal y como se vio en la parte descriptiva inicial, no se ajusta a la normalidad estadística de la campana de Gauss, debido fundamentalmente a una altura superior a la definida en el modelo y a un cierto grado de asimetría negativa (con más frecuencia de valores altos), de manera que los valores que más se apartan de la normalidad, son los inferiores (como se aprecia en su gráfico Q-Q; ver fig. 14). Puesto que las variables productoras sí que se distribuyen normalmente, se optó por emplear de nuevo el modelo de regresión lineal, si bien es cierto que sus resultados pueden estar algo alterados por el desvío comentado en la variable SGP.

Los gráficos de ajuste a las condiciones de normalidad y homocedasticidad de los residuos, son muy similares en todos los modelos y no reflejan grandes desvíos, sino tendencias hacia el cumplimiento de estas

condiciones, algo que refuerza la validez del método de regresión lineal como método de pronóstico de la SGP en función de las variables PCQ.

Los resultados de los modelos univariantes se resumen en la tabla 29 y de ellos se deduce que:

- Modelo 1 – Predictor: *Eficacia*. Este primer modelo univariante es significativo con $p < .001$ (Anova: $F=16.89$; $p=.00005$) aunque no tiene demasiada eficacia predictiva puesto que explica el 3.0% de la variabilidad (efecto pequeño) de la SGP, variable que se incrementa en solo 0.04 unidades por cada unidad de incremento de la Eficacia.
- Modelo 2 – Predictor: *Esperanza*. Este segundo modelo también es significativo con $p < .001$ (Anova: $F=22.98$; $p=.000002$), con una eficacia predictiva algo superior a la anterior explicando 4.0% de la variabilidad de la puntuación de la SGP, que aumenta también en 0.04 unidades por cada unidad de incremento en Esperanza.
- Modelo 3 - Predictor: *Resiliencia*. Este modelo univariante es también significativo, pero con $p < .01$ (Anova: $F=10.80$; $p=.0011$) y con una eficacia predictiva algo menor que las anteriores ya que explica el 1.8% de la variabilidad de la SGP, que de nuevo se incrementa en 0,04 unidades por unidad de incremento en Resiliencia.
- Modelo 4 - Predictor: *Optimismo*. En este modelo alcanza significación con $p < .001$ (Anova: $F=60.44$; $p=.000000$) con una eficacia predictiva superior a la de todos los demás puesto que explica el 10.2% de la variabilidad de la puntuación de la SGP que aumenta en 0.08 unidades por cada unidad de aumento en Optimismo.

- Modelo 5 – Predictor: *Capital psicológico*. Y en por último el modelo univariante construido desde la puntuación total del CP es significativo con $p < .001$ (Anova: $F=39.97$; $p=.000000$), con una eficacia predictiva moderada ya que explica un 7.0% de la SGP (efecto moderado), variable que se incrementa en 0.08 unidades por cada unidad de aumento del CP.

En conclusión, se ha encontrado que la dimensión Optimismo es la que logra mejor eficacia de pronóstico cuando, incluso superior a la de la puntuación total del CP.

Tabla 29: Regresión lineal univariante. Efecto de cada uno de los predictores PCQ sobre la Salud G. Percibida (GHQ-28). (N=522).

Factor predictor: Variable PCQ	Constante Poblacional			Coefic · β_1	IC 95% para el coefic. β_1	Test de contraste		R Pearson	Tamaño del efecto: R^2
	β_0	Valor t	P- valor			Valor t	P- valor		
Eficacia	3.45	80.72**	.000	0.04	0.02 – 0.05	4.11**	.000	.177	.030
Esperanza	3.42	82.14**	.000	0.04	0.03 – 0.06	4.79**	.000	.206	.040
Resiliencia	3.45	65.27**	.000	0.04	0.02 – 0.06	3.29**	.001	.143	.018
Optimismo	3.31	82.85**	.000	0.08	0.06 – 0.10	7.77**	.000	.323	.102
Capital Psicológico	3.28	60.14**	.000	0.08	0.05 – 0.10	6.32**	.000	.267	.070

** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Figura 54: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
Predictor: PCQ-Eficacia

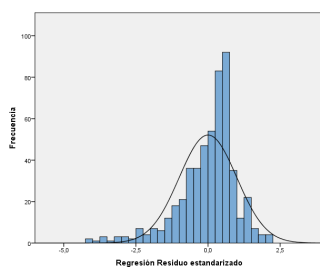


Figura 55: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
Predictor: PCQ-Eficacia

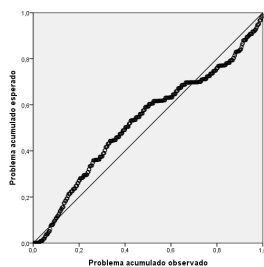


Figura 56: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
Predictor: PCQ-Eficacia

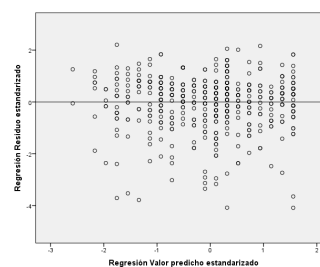


Figura 57: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
 Predictor: PCQ-Esperanza

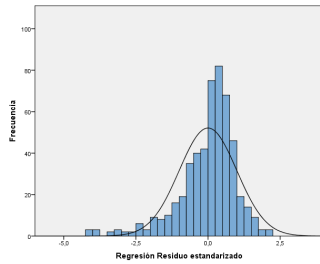


Figura 58: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
 Predictor: PCQ-Esperanza

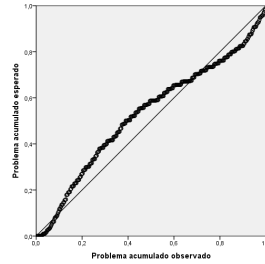


Figura 59: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
 Predictor: PCQ-Esperanza

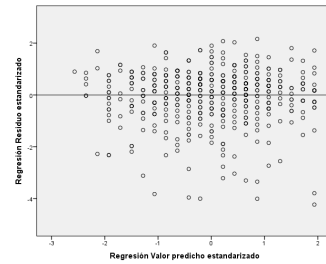


Figura 60: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
 Predictor: PCQ-Resiliencia

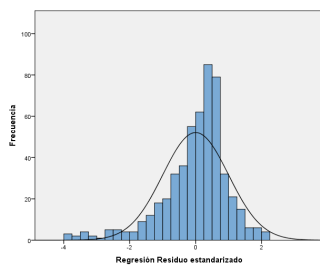


Figura 61: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
 Predictor: PCQ-Resiliencia

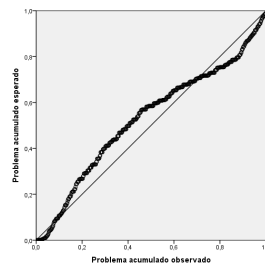


Figura 62: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
 Predictor: PCQ-Resiliencia

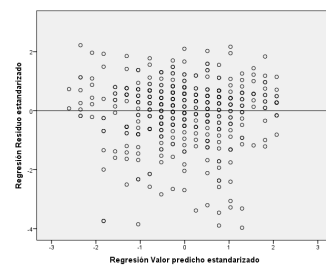


Figura 63: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
 Predictor: PCQ-Optimismo

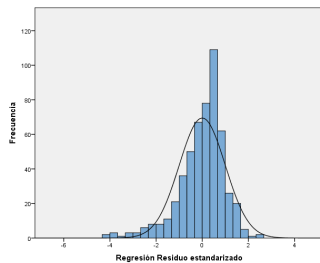


Figura 64: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
 Predictor: PCQ-Optimismo

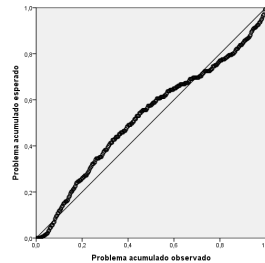


Figura 65: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
 Predictor: PCQ-Optimismo

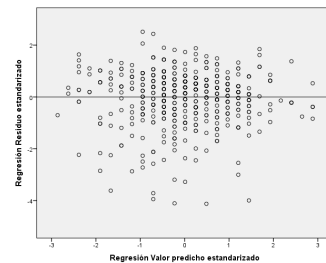


Figura 66: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
 Predictor: PCQ-Capital Psicológico

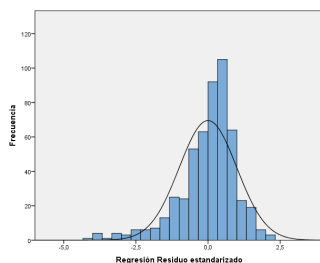


Figura 67: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Salud G. Percibida (PWBS)
 Predictor: PCQ- Capital Psicológico

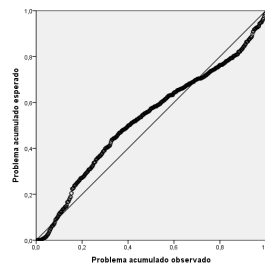
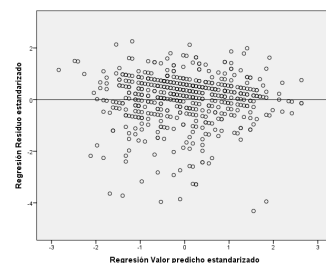


Figura 68: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

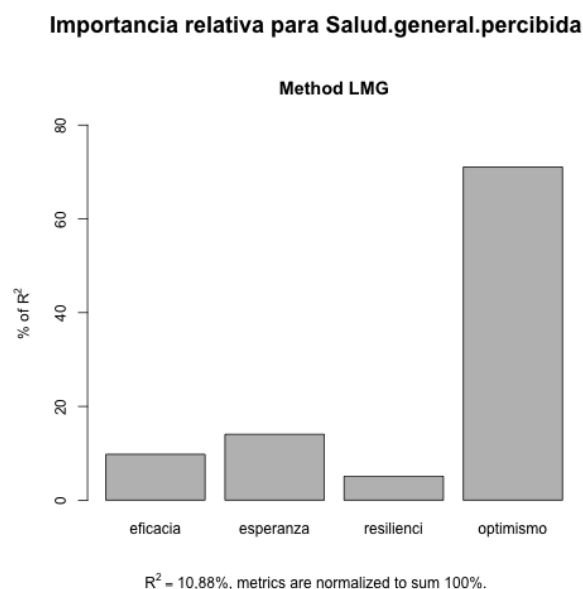
VD: Salud G. Percibida (PWBS)
 Predictor: PCQ- Capital Psicológico



Al intentar construir un modelo multivariante con las cuatro dimensiones del PCQ (tabla 30) que mejore la capacidad predictiva de los modelos univariantes anteriores (Optimismo era el mejor: 10.2%) se obtuvo que este modelo múltiple (significativo $p < .001$; $F = 15.78$; $p = .000000$) contiene solamente la dimensión Optimismo, por lo que alcanza la misma eficacia, sin que las demás dimensiones mejoren significativamente al modelo univariante con el citado predictor.

Un modelo forzado que contenga a los cuatro predictores aunque tres de ellos, como se acaba de decir, no son significativos, explicaría un 10.8%. Empleando la metodología *lmg* para descomponer el este R^2 total, para conocer la importancia relativa de las variables predictoras, se obtiene que de ese 10.8%, el 71% se debe a la Optimismo, el 14% a la Esperanza, el 9.8% a la Eficacia, y un 5.1% correspondería al Resiliencia.

Figura 26. Representación gráfica de la importancia relativa de las variables para la salud general percibida.



En consecuencia, en función de estos resultados, se concluye que solo la dimensión Optimismo, es suficiente, y mejor que la puntuación total de CP, para predecir la SGP.

Tabla 30: Regresión lineal Multivariante. Modelo conjunto de los predictores: dimensiones del PCQ sobre la Salud General Percibida (QHQ-28). (N=522).

Factores incluidos	Coef. β	IC 95% de β	Test de contraste		R Parcial	R ² del modelo	Mejora en R ²
			Valor t	P-Valor			
Optimismo	0.07	0.05 – 0.09	6.00**	.000	.091	.102	.102
Constante poblacional	3.26	3.15 – 3.37	57.28**	.000	--	--	--
Factores excluidos	Coef. β	IC 95% de β	Valor t	P-Valor			
Eficacia	0.01	-0.01 – 0.04	0.92 ^{NS}	.357			
Esperanza	0.01	-0.02 – 0.03	0.37 ^{NS}	.713			
Resiliencia	0.02	-0.03 – 0.03	0.16 ^{NS}	.873			

NS = No Significativo al 5% ($p > .05$)

** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Figura 69: Histograma de los residuos estandarizados.

VD: Salud. Gen. Percibida
Predictores: Dimensiones PCQ

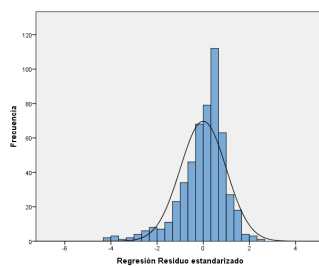


Figura 70: Diagrama Q-Q de los residuos estandarizados.

VD: Salud. Gen. Percibida
Predictor: PCQ- Dimensiones PCQ

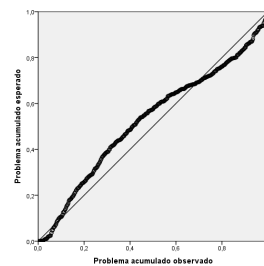
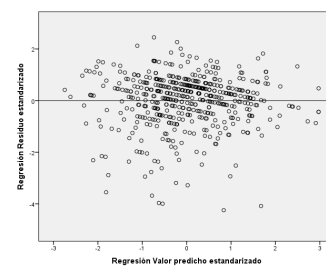


Figura 71: Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados.

VD: Salud. Gen. Percibida
Predictor: PCQ- Dimensiones PCQ



Análisis de perfiles

En este último apartado se ha pretendido encontrar un retrato diferencial de las tres variables: BP, SL y SGP, desde las dimensiones del CP.

Para ello se empleó el método del “Árbol de Segmentación”, realizado con el método CHAID exhaustivo. Con este método se obtienen agrupaciones de sujetos distintos por su comportamiento en una determinada variable de respuesta de manera que la muestra quede segmentada en grupos o submuestras internamente muy homogéneas en cuanto a los factores, en este caso las dimensiones del PCQ, pero que mantengan diferencias significativas entre los diferentes segmentos establecidos.

La segmentación se realiza por pasos o niveles. El primer corte se produce en función de la variable explicativa que tiene más capacidad de segmentación. Para cada segmento o “nodo” formado en esa primera fase se vuelve a cortar tantas veces como sea necesario por la siguiente variable con mayor poder diferencial en el segundo nivel. Y así sucesivamente hasta detener el proceso cuando no se encuentran más grupos o segmentos significativamente distintos de los que se han detectado en los pasos anteriores.

En el presente análisis se fijó una profundidad máxima de segmentación automática (5) desde el mejor factor de segmentación y el clásico nivel de significación del 5% ($p < .05$). Dado el tamaño de muestra total de que se dispone (522) se fija como tamaño mínimo del nodo padre 50 sujetos (aproximadamente el 10%) y como tamaño mínimo del nodo hijo 25 sujetos. El método CHAID emplea como estadístico de análisis de diferencias el Chi-Cuadrado de Pearson (CHAID exhaustivo). El resultado se presenta en forma gráfica dando lugar al “Árbol de clasificación”.

Se intentó aplicar el método con las variables en su forma cuantitativa natural, tal como se han estado utilizando en los análisis estadísticos anteriores. Sin embargo, esta métrica para las variables no generó resultados suficientemente válidos como para ser incluidos en este estudio.

Tras ello, se planteó categorizar a todas las variables intervinientes. De hecho, el método CHAID de Segmentación está basado en el estadístico Chi-cuadrado, por lo que suele dar mejores resultados con variables categóricas o categorizadas.

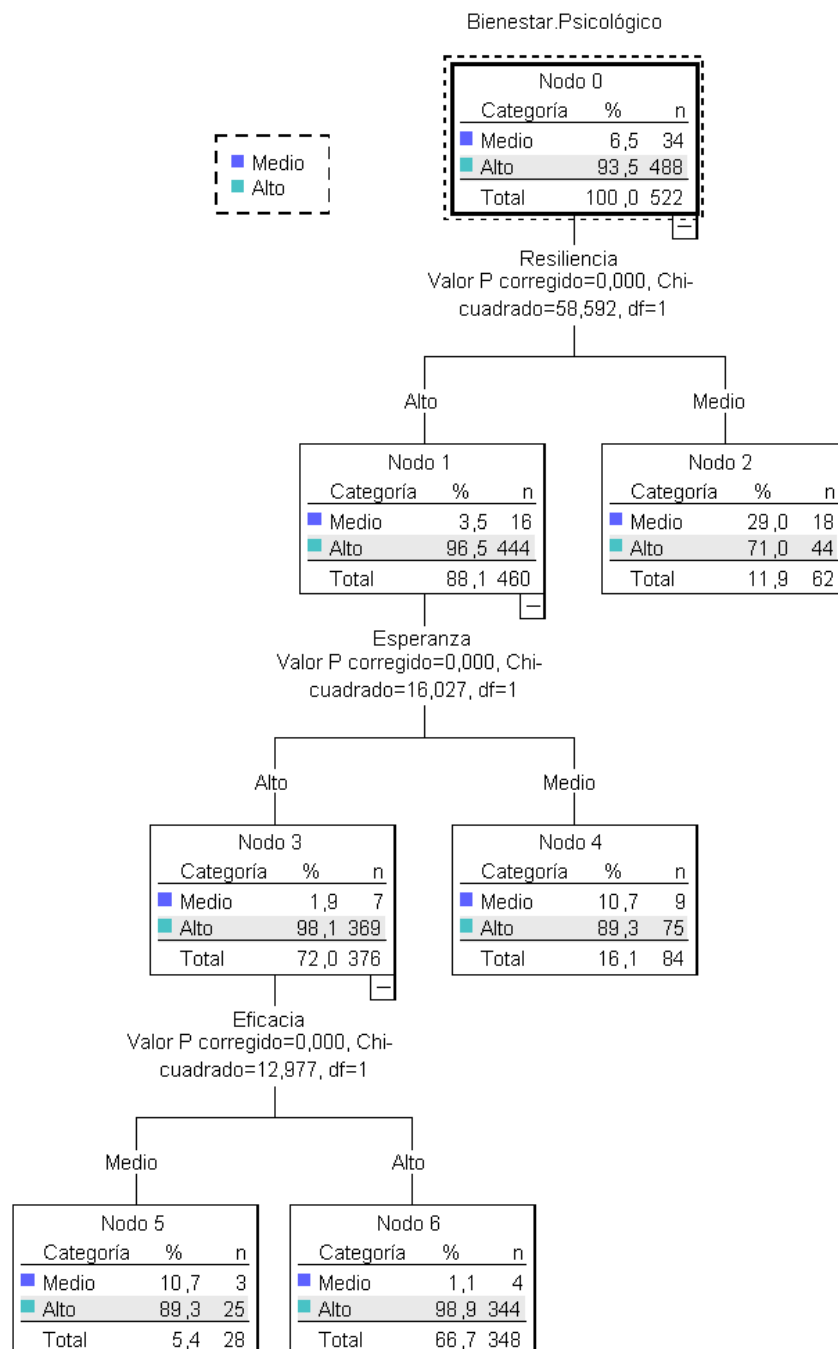
En concreto, en las cuatro dimensiones del PCQ se han establecido tres cortes, que se han denominado: nivel bajo, medio y alto; empleando los puntos

de corte: 2.5 y 4 puntos, de las escalas Likert de 1 a 6 de estas variables. En las variables: BP y SL se han empleado los mismos valores para establecer también tres niveles: bajo/medio/alto. Y finalmente en la SGP, y a la vista de la distribución obtenida, se empleó un único punto de corte (3.5 puntos) para dividir a los militares de nuestra muestra en: buena y muy buena SGP.

Empleando estas variables categorizadas, la metodología CHAID sí que determinó perfiles diferenciados, que se exponen a continuación.

Perfiles en Bienestar Psicológico. El árbol de segmentación que se ha generado por este método para esta variable (ver figura 72) ha llegado hasta el tercer nivel de segmentación (de los cinco máximos previstos) generando seis nodos, o grupos diferentes, de los cuales cuatro de ellos son terminales.

Figura 72: Árbol de segmentación para el Bienestar Psicológico.



El nodo 0 origen de la segmentación, presenta a un 93.5% de casos con alto BP. Por este motivo, si se usa este método para predecir si un militar tiene un alto grado de BP se observa una alta eficacia ya que acierta (sensibilidad) en el 100% de los casos que están en esta categoría de bienestar, pero no es capaz

de detectar a los casos con niveles medios/bajos de bienestar, que son muy pocos. La interpretación de este árbol, nos indica que:

- En el primer nivel de segmentación, es la Resiliencia la dimensión que determina un perfil distinto de forma significativa ($p < .001$). En el primer grupo (nodo 1) encontramos a 444 militares con alto grado de Resiliencia, entre los que un 96.5% tiene alto bienestar. A su lado, el nodo 2 ya es un nodo terminal y contiene a los 44 casos con grado medio en Resiliencia entre los que el BP desciende al 71.0%.
- El anterior nodo 1, en el segundo nivel de segmentación, se ve subdividido en dos grupos por la dimensión Esperanza ($p < .001$). Uno de ellos es el nodo 3 que contiene a 376 casos de nivel alto en Resiliencia y nivel alto en Esperanza, entre los que hay un 98.1% de casos con alto bienestar. El otro, el nodo 4 que también es terminal, tienen a 75 participantes que aunque tiene nivel alto en Resiliencia, tiene Esperanza en grado medio, y entre los que el bienestar alto se queda en un 89.3%.
- Para terminar, el anterior nodo 3, se ve segmentado en un tercer nivel, por la Eficacia ($p < .001$) en otros dos grupos, ambos terminales. De un lado, encontramos a solo 25 militares con alta Resiliencia, alto esperanza, y solo grado medio en eficacia, entre los que vemos un 89.3% con alto bienestar. Y del otro, a 344 militares con grado alto en las tres dimensiones: Resiliencia, Esperanza y Eficacia, entre los que un 98.9% tiene alto bienestar.

En resumen, partiendo de un muy elevado 93.5% de casos con alto BP, se han encontrado dos perfiles que mejoran esta tasa:

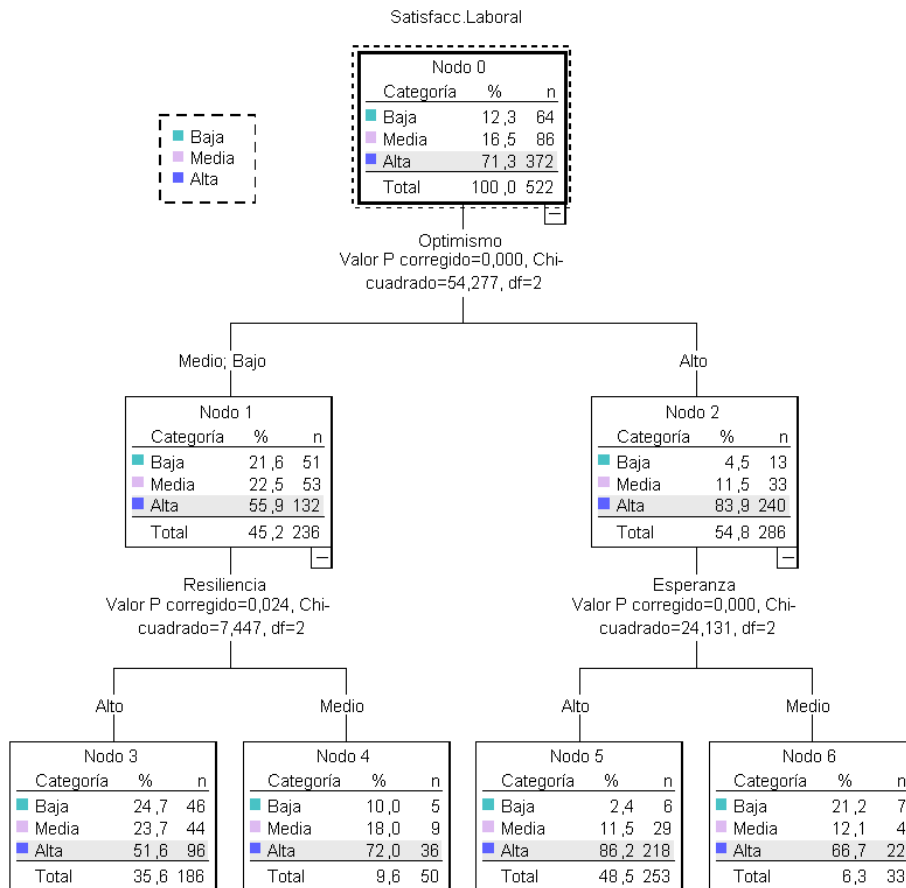
- Militares con alta Resiliencia, alta Esperanza y alta Eficacia (98.9%);

- Militares con alta Resiliencia y alta Esperanza (98.1%);

en tanto que se ha encontrado un perfil que la reduce muy claramente: sujetos con grado medio de Resiliencia (solo 71.0%).

Perfiles en Satisfacción Laboral. El árbol de segmentación resultante (figura 73) ha generado seis nodos diferentes de los cuales cuatro de ellos son terminales, llegando hasta el 2º nivel de segmentación. Emplear este método para predecir los militares con alto grado de SL, es muy eficaz, puesto que acierta (sensibilidad) en el 100% de los casos que están en esta categoría de satisfacción. Pero, no es capaz de clasificar, o de detectar, a los casos con niveles medios o bajos de satisfacción.

Figura 73: Árbol de segmentación para la Satisfacción Laboral.



En el nodo 0 de origen, se encontró un 71.3% de militares con alta SL.

Partiendo de ahí la interpretación del árbol resultante, es la siguiente:

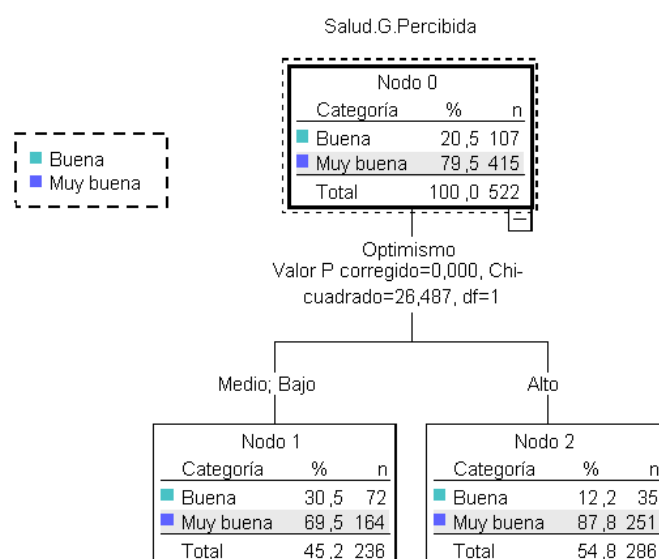
- La dimensión Optimismo es el factor capaz de determinar diferencias entre sujetos en SL. En función de esta dimensión se han encontrado dos grupos significativamente distintos entre sí ($p < .001$). En el primero (nodo 1) se encuentran los 236 militares con niveles medio y bajo en Optimismo, entre los cuales solo un 55.9% tienen alto SL. Frente a este grupo, encontramos el nodo 2 donde están los 286 militares de nivel alto en Optimismo y entre los cuales se eleva hasta el 83.9% los casos con alta satisfacción.
- En el segundo nivel de segmentación, el nodo 1 queda dividido en otros dos, ya terminales, en función de la Resiliencia ($p < .05$). En uno de ellos (nodo 3) tenemos a los 186 militares e nivel medio-bajo en optimismo y que tienen alta Resiliencia, donde aproximadamente la mitad (51.6%) tienen alto SL. Enfrente se encuentran los 50 casos (nodo 4) que tienen medio-bajo optimismo, pero grado medio en Resiliencia, donde se incrementa hasta un 72.0% los casos con alto SL. Por tanto se concluye que un perfil con grado medio-bajo de optimismo, si lo acompaña de un nivel medio en Resiliencia, tienen alta probabilidad de alcanzar un alto grado de SL.
- También en el segundo nivel de segmentación, pero por el lado derecho de árbol, el anterior nodo 2 se subdivide en otros dos grupos en función de la dimensión Esperanza ($p < .001$). Este factor generó un primer grupo (el nodo 5) donde están 253 militares de nivel alto en Optimismo y también alto en Esperanza, entre los que hay un 86.2% de casos con alto SL.

Contra ellos, el nodo 6 (y último) contiene a los 33 militares que aunque tienen alto optimismo, presentan grado medio en esperanza, y entre los que los casos con alto SL desciende al 6.7%.

En resumen, recordando que en la muestra total hay un 71.3% de militares con alta SL, se comprobó que hay al menos un perfil donde se mejora esta tasa: los casos de militares con Optimismo alto y Esperanza alta (86.2%); a la par que hay al menos un perfil donde se reduce notablemente esta tasa: casos con Optimismo bajo-medio y Resiliencia alta (51.6%).

Perfiles en Salud General Percibida. En esta ocasión, el árbol de clasificación obtenido (figura 73) solamente ha generado dos nodos diferentes y se ha parado en el en primer nivel de segmentación. El uso de este método para predecir los militares con muy buena SGP es, una vez más, muy eficaz ya que acierta en el 100% de los casos muy buena SGP, aunque no acierta en ningún caso con peor percepción de la salud (dentro del alto nivel general).

Figura 73: Árbol de segmentación para el Bienestar Psicológico.



En el nodo 0 de origen se observa un 79.5% de casos con muy buena salud. Desde él, la única variable que generó segmentación, fue el Optimismo (acorde a los resultados antes encontrados en los modelos de regresión) que detecta dos grupos significativamente distintos ($p < .001$). En el primero (nodo 1) se encuentran los 164 militares con grado medio-bajo en Optimismo, donde se reduce al 69.5% los casos con buena salud. Y frente a este grupo, se encuentra el perfil de militares con alto Optimismo (251) entre los que un 87.8% perciben a su salud como muy buena.

Contraste de Hipótesis

Hipótesis 1: El capital psicológico y cada uno de sus componentes se relacionan de manera positiva con el bienestar psicológico.

H1.a: El nivel general de capital psicológico se relacionan de manera positiva con el bienestar psicológico.

- Se confirma.

H1.b: El componente eficacia del CP se relacionan de manera positiva con el bienestar psicológico.

- Se confirma.

H1.c: El componente optimismo del CP se relacionan de manera positiva con el bienestar psicológico.

- Se confirma.

H1.d: El componente esperanza del CP se relacionan de manera positiva con el bienestar psicológico.

- Se confirma.

H1.e: El componente resiliencia del CP se relacionan de manera positiva con el bienestar psicológico.

- Se confirma.

Hipótesis 2: El capital psicológico y cada uno de sus componentes se relacionan de manera positiva con la salud general percibida.

H2.a: El nivel general de capital psicológico se relacionan de manera positiva con la salud general percibida.

- Se confirma.

H2.b: El componente eficacia del CP se relacionan de manera positiva con la salud general percibida.

- Se confirma.

H2.c: El componente optimismo del CP se relacionan de manera positiva con la salud general percibida.

- Se confirma.

H2.d: El componente esperanza del CP se relacionan de manera positiva con la salud general percibida.

- Se confirma.

H2.e: El componente resiliencia del CP se relacionan de manera positiva con la salud general percibida.

- Se confirma.

Hipótesis 3: El capital psicológico y cada uno de sus componentes se relacionan de manera positiva con la satisfacción laboral.

H3.a: El nivel general de capital psicológico se relacionan de manera positiva con la satisfacción laboral.

- Se confirma.

H3.b: El componente eficacia del CP se relacionan de manera positiva con la satisfacción laboral.

- Se confirma.

H3.c: El componente optimismo del CP se relacionan de manera positiva con la satisfacción laboral.

- Se confirma.

H3.d: El componente esperanza del CP se relacionan de manera positiva con la satisfacción laboral.

- Se confirma.

H3.e: El componente resiliencia del CP se relacionan de manera positiva con la satisfacción laboral.

- Se confirma.

Hipótesis 4: El nivel de capital psicológico predice de manera positiva la variabilidad en:

H4.a: el bienestar psicológico.

- Se confirma.

H4.b: la salud.

- Se confirma.

H4.c: y, la satisfacción laboral.

- Se confirma.

Hipótesis 5: El nivel del componente eficacia del capital psicológico predice de manera positiva la variabilidad en:

H5.a: el bienestar psicológico.

- Se confirma.

H5.b: la salud.

- Se confirma.

H5.c: y, la satisfacción laboral.

- Se confirma.

Hipótesis 6: El nivel del componente esperanza del capital psicológico predice de manera positiva la variabilidad en:

H6.a: el bienestar psicológico.

- Se confirma.

H6.b: la salud.

- Se confirma.

H6.c: y, la satisfacción laboral.

- Se confirma.

Hipótesis 7: El nivel del componente optimismo del capital psicológico predice de manera positiva la variabilidad en:

H7.a: el bienestar psicológico.

- Se confirma.

H7.b: la salud.

- Se confirma.

H7.c: y, la satisfacción laboral.

- Se confirma.

Hipótesis 8: El nivel del componente resiliencia del capital psicológico predice de manera positiva la variabilidad en:

H8.a: el bienestar psicológico.

- Se confirma.

H8.b: la salud.

- Se confirma.

H8.c: y, la satisfacción laboral.

- Se confirma.

Hipótesis 9: El modelo de regresión tomando como único predictor el capital psicológico, explicará una mayor proporción de varianza que cuando se toman como predictores los cuatro componentes del capital psicológico sobre las dependientes:

H8.a: el bienestar psicológico.

- No se confirma.

H8.b: la salud.

- No se confirma.

H8.c: y, la satisfacción laboral.

- No se confirma.

Discusión

El bienestar psicológico, la satisfacción laboral y la salud general percibida son factores que tradicionalmente han interesado a las organizaciones debido a las implicaciones que tienen en el desempeño de sus empleados. Sin embargo, desde la aparición de la Psicología Positiva, éstos conceptos se han revisado y han aparecido otros nuevos de relevancia a partir del comportamiento organizacional positivo como el capital psicológico (Luthans et al., 2007), que se han focalizado en las capacidades, habilidades y fortalezas con las que cuentan las personas y cómo son empleados en el día a día para poder manejar, superar, adaptarse y controlar las diferentes situaciones, ya sea en el ámbito personal o laboral. Mejoras en estos conceptos repercuten de manera positiva tanto en el empleador como en los empleados, ya que se traducen en un mejor desempeño y predisposición hacia el trabajo, mejor satisfacción vital, mayor productividad y mayores índices de fidelización y lealtad hacia la organización empleadora (Faragher, Cass, & Cooper, 2005; Siu, Cheung, & Lui, 2015). Sin embargo, la población militar se ve expuesta a determinadas particularidades laborales que requieren una evaluación más específica, ya que ciertos comportamientos o riesgos no se encuentran en el entorno civil. Sirva de ejemplo la posibilidad real de ser desplegado en un teatro operacional en el que determinados eventos pueden poner a prueba a la persona tanto física como mentalmente.

Aunque se cuentan con múltiples evidencias que relacionan el capital psicológico y aspectos relacionados con el bienestar (p.ej.: percepción de salud, estrés, satisfacción) (Avey, Luthans, Smith, & Palmer, 2010; Culbertson, Fullagar, & Mills, 2010; Luthans, Youssef, Sweetman, & Harms, 2013; Siu et al.,

2015), la mayoría hacen referencia a población civil, habiendo una limitación clara en cuanto a la bibliografía existente cuando se trata de conocer el comportamiento de estas variables en la población militar. En el momento que se inició el estudio sólo se contaba con tres investigaciones que hayan explorado el capital psicológico con otras variables en el contexto militar (Krasikova, Lester, & Harms, 2015; Schaubroeck et al., 2011; Van Dyk, 2015), no habiendo tomado como muestra ninguno de ellos población militar española, con las implicaciones culturales e idiomáticas que suponen. Por lo tanto, esta investigación aporta conocimiento sobre la relación del capital psicológico, el bienestar, la percepción de salud y la satisfacción laboral del personal militar desde una perspectiva española.

Los resultados obtenidos señalan que el capital psicológico es un predictor relevante del bienestar de los militares, lo cual ha sido observado de manera extensa en los estudios realizados con civiles, en los que las conductas positivas se han vinculado con altas puntuaciones en capital psicológico (Avey et al., 2010; Culbertson et al., 2010; Luthans, Youssef, Sweetman, & Harms, 2013; Siu et al., 2015). Por ello, este estudio se encuentra al amparo de la teoría del comportamiento organizacional positivo (Luthans et al., 2007) implicando que las habilidades psicológicas del personal y las fortalezas pueden ser desarrolladas por programas de intervención enfocados a ello y como consecuencia de ello, afectar de manera positiva el bienestar general de las personas (Luthans et al., 2007). No sólo se han hallado correlaciones del capital psicológico con el bienestar, pues al igual que ocurre con los estudios civiles desarrollados bajo este marco teórico, se relaciona el capital psicológico con la satisfacción laboral (Gómez-Perdomo, Meneses-Higueta, & Palacio-Montes,

2017; Luthans et al., 2007; Siu et al., 2015) y la salud percibida (Avey et al., 2010; Luthans et al., 2013; Siu et al., 2015). Sin embargo, se ha de matizar que en relación con la salud, de los tres estudios de los que se tiene conocimiento y que han explorado las relaciones del capital psicológico con otras variables en población militar, dos de ellos establecen relaciones con diferentes variables de salud. En el caso de Schaubroeck et al. (2011), se explora la relación del capital psicológico y la percepción de la ansiedad, depresión y estrés a través de Cuestionario de Síntomas Breve de Derogatis y Melisaratos (1983) y la Escala de Eventos Vitales de Ferguson, Matthews y Cox (1999), y en Krasitova, Lester y Harms (2015), se emplea una única pregunta para valorar de manera general la salud. En ambos estudios se indica que cuanto mayor sea el nivel de capital psicológico del militar, mayor será su percepción de salud. Estos resultados respaldan los obtenidos en el presente estudio, aunque se haya empleado un instrumento diferente para estimar la percepción de salud, pero que si ha sido empleado con población civil relacionándolo con el capital psicológico en Avey et al. (2010) obteniéndose resultados similares.

No sólo se han explorado las relaciones del capital psicológico y el resto de variables. También se estableció como objetivo conocer el poder predictivo del capital psicológico sobre el bienestar, la satisfacción laboral y la salud percibida. Para ello se realizaron múltiples modelos de regresión lineal, en los que el capital psicológico y sus elementos se emplearon como predictores. Pues conocer la capacidad predictiva de cada uno de ellos sobre las dependientes permitirá una mejor comprensión del comportamiento de las mismas y de este modo poder orientar posibles intervenciones encaminadas a mejorarlo.

Los resultados de este estudio indican que el nivel de bienestar psicológico de los militares pueden ser predichos en parte considerable por el capital psicológico, datos que concuerdan con los de Culbertson et al. (2010), que obtuvieron unos valores de R^2 similares a los presentados en esta investigación. Por otro lado, Avey et al. (2010) indican que el capital psicológico produce incrementos en la varianza explicada del bienestar a lo largo del tiempo. Por lo tanto, aquellos militares que puntúan alto en el PCQ reportarán niveles más altos de bienestar que aquellos que obtienen peores puntuaciones en el capital psicológico. Al analizar los componentes eficacia, esperanza, resiliencia y optimismo, se observa que todos ellos correlacionan de manera positiva con el bienestar, siendo la dimensión de esperanza la que más predice sobre ella seguida de la eficacia y la resiliencia, siendo la variable optimismo la menos predictiva. Esto puede deberse a que la esperanza en combinación con la eficacia y resiliencia, permite a la persona alcanzar los objetivos marcados planificando las acciones a realizar de manera eficaz (Snyder et al., 1991). De este modo, la persona será capaz de lograr el correcto funcionamiento para alcanzar las diferentes metas, lo que termina reportando un sentimiento de satisfacción vital que, en caso de truncarse, a través de la resiliencia se permitiría la asignación de un nuevo significado a lo acontecido permitiendo la reelaboración de las metas o las vías para alcanzar éstas.

Sin embargo, esta capacidad de predicción no es tan manifiesta en la satisfacción laboral ni en la salud general percibida, aunque aún así resulta significativa. En el caso de la satisfacción laboral, Larson y Luthans (2006) y Luthans et al. (2007) obtienen unos valores predictivos mayores a los obtenidos en el presente estudio aunque se mantienen en la línea marcada por estos

autores. No obstante, esta diferencia en las R^2 puede ser debida a las diferentes muestras o instrumentos empleados para valorar la satisfacción laboral percibida por los encuestados. En cuanto a la salud, los resultados obtenidos apuntan a que el grado de percepción de la misma puede ser predicho parcialmente por el capital psicológico, manteniendo la línea argumental establecida para la población militar por Krasikova, Lester y Harms (2015) o Schaubroeck et al. (2011), y que a su vez encuentran su correlato en población civil en Avey et al. (2010). En ambos casos, al analizar de manera pormenorizada que subconstructo del capital psicológico explica un mayor porcentaje de varianza, se observa que es el optimismo, siendo la resiliencia prácticamente residual. Esta diferencia puede deberse a que el optimismo actúa como un amortiguador de los estresores potencialmente dañinos, tanto a nivel físico como psíquico (Thomas, Britt, Odle-Dusseau, & Bliese, 2011), ayudando a la persona en la elaboración y puesta en marcha de estrategias de afrontamiento y manejo de la propia salud. Esta capacidad probablemente sea empleada con frecuencia con pequeñas acciones que buscan la conservación y mejora de la salud. Por el contrario, la resiliencia aparecería únicamente en determinadas situaciones o momentos de transcendencia para la persona, por lo que su potencial se ve mucho más limitado a la hora de poder influir sobre la salud. Sin embargo, la resiliencia ha sido la que ha captado la atención de los militares (Leppin et al., 2014; Meredith et al., 2011; García Silgo, 2013), y se han desarrollado múltiples programas en aras de incrementarla y fortalecerla, cuando quizás sea un rasgo del que la persona hace uso en momentos muy puntuales. Por lo tanto, puede ser una habilidad no crítica para manejar el estrés diario por lo que su influencia es prácticamente irrelevante en la salud percibida y la satisfacción laboral.

Además, se ha analizado la importancia relativa de las variables para poder conocer la importancia de cada variable a la hora de predecir el bienestar, salud y satisfacción, y de este modo poder orientar las posibles intervenciones o programas de desarrollo de habilidades que pueden ser de relevancia para las organizaciones como la militar. Como se ha comentado, desde la teoría del comportamiento organizacional positivo se han propuesto múltiples abordajes y estrategias para desarrollar el capital psicológico (Luthans, Avey, et al., 2006; Luthans et al., 2010, 2007). Por lo tanto, si se estratifican a los militares atendiendo a su nivel de capital psicológico y los componentes de éste, y siguiendo la línea marcada por Culberston, Fullagar y Mills (2010), sería recomendable el desarrollo de entrenamientos específicos en habilidades con el objetivo de mejorar el capital psicológico de los individuos y de este modo mejorar su bienestar, salud y satisfacción, revirtiendo de manera beneficiosa tanto en el militar como individuo, quien contará con mejores herramientas y fortalezas para manejar eventos estresantes y/o las situaciones demandantes del día a día, como en el Ejército como organización, quien obtendrá un mejor rendimiento de su personal ante las situaciones de alto impacto ante las que podrán verse expuestos y actuarán de una manera más eficiente. De esta manera se estaría dotando de las habilidades para el correcto funcionamiento psicológico que permitirían mantener su bienestar, salud y satisfacción entre otras muchas actitudes deseadas por las organizaciones, como el compromiso organizacional, el *engagement*, menores tasa de abandono, tal como se ha demostrado en la literatura realizada con población civil (Avey et al., 2011).

Finalmente, al analizar las diferencias en el capital psicológico, la satisfacción y la percepción de salud según las variables sociodemográficas,

éstas aparecen cuando se analizan las escalas de procedencia del personal. Este dato es de relevancia para las Fuerzas Armadas, dado que a la hora de desarrollar un programa que pretenda la mejora del capital psicológico, habrá que tener en consideración las particularidades de cada grupo. Estas diferencias, aunque no especialmente grandes, pueden deberse a que a los mandos se les instruye para la toma de decisiones y la resolución de problemas, estando concienciados de la responsabilidad que ello acarrea, mientras que la tropa recibe una formación esencialmente física y técnica. Relacionado con lo anterior, otra diferencia relevante es que el acceso a la información es muy diferente entre las categorías, pues esta accesible casi en exclusiva para los mandos, siendo muy restrictiva la información que llega al personal englobado dentro de la categoría de tropa, lo que puede desembocar en un mayor grado de incertidumbre (Mantzios, Wilson, & Linnell, 2015) que se ha identificado como un factor generador de ansiedad que, mantenido en el tiempo, puede resultar en indefensión (Seligman, 1975) con las consecuencias que ello acarrea.

Otra categoría en la que se han apreciado diferencias ha sido la relacionada con la permanencia o temporalidad del contrato laboral con las Fuerzas Armadas. Se ha visto que la temporalidad del empleo se asocia con peores índices en satisfacción laboral, salud y bienestar, relacionándose de manera positiva con la intención de abandonar la organización (Cheng & Chan, 2008; Sverke, Hellgren, & Näwall, 2002). Los resultados obtenidos solo encuentran diferencias en cuanto al capital psicológico y satisfacción. El primero puede deberse a que el personal permanente generalmente coinciden con los mandos o con personal de tropa con muchos años de servicio lo que puede hacer que, por un lado la formación recibida y por otro, la experiencia adquirida generen

dichas diferencias. El caso de la satisfacción puede deberse a la tranquilidad que aporta al personal permanente ser conocedor de su estabilidad laboral hasta la edad de retiro, obteniendo determinadas mejoras contractuales a medida que avanza la antigüedad en la organización.

El tipo de combate que realiza el personal también ha mostrado diferencias, tanto en el capital psicológico como en la satisfacción. Esto posiblemente se relacione con el conflicto y la ambigüedad de rol. Cuando se habla de un combate técnico o especial, las funciones se encuentran mucho más detalladas y claras frente al que desempeña un combate general, lo que probablemente se relacione estrechamente con las dimensiones eficacia y optimismo que componen el capital psicológico. Sirva de ejemplo, la figura de un sanitario o de un conductor frente a un fusilero. Tener claro que se espera de uno en el trabajo se ha visto que está relacionado con la salud y bienestar del militar, ya que la ambigüedad o el conflicto de rol puede generar estrés en el personal (Lang, Thomas, Bliese, & Adler, 2007).

En cuanto a los años de servicio o antigüedad, sólo se han observado diferencias en la satisfacción y en la dimensión eficacia del capital psicológico, quizás debido a que aquellos que tienen mayor antigüedad en la organización disfrutan de ciertos privilegios que han ido ganando con el tiempo, cómo puedan ser responsabilidades o la permanencia, y quizás, por ser más mayores, han alcanzados determinadas metas u objetivos vitales que repercuten sobre la percepción de su satisfacción laboral. La otra variable que ha mostrado diferencias fue la eficacia, probablemente debido a la experiencia adquirida con el tiempo que les hace conocedores de los procedimientos y modos de la institución militar y saber cómo afrontar las diferentes situaciones de una manera

más eficaz que aquellos que llevan menos tiempo en ella. Por otro lado, que los sujetos que son noveles en la milicia obtengan peores puntuaciones en cuanto a la satisfacción, es esperable, y puede ser indicador de posibles problemas de adaptación y desajuste a las labores encomendadas debido a la disonancia de expectativas previas a trabajar en el Ejército. Por lo que requerirán un tiempo de adaptación y de reajuste en múltiples aspectos que terminará en una mejoría de las puntuaciones como ocurre con aquel personal con más años de servicio. El militar recién ingresado, permanecerá en la Institución siempre y cuando tolere ese desajuste, pero en caso de no ser así, la abandonará y podrá intentar ingresar en otra que se ajuste más a sus expectativas (Dawis & Lofquist, 1984), o bien que emplee al Ejército como un medio para llegar a otro tipo de cuerpo de seguridad. Relacionado con el ajuste de expectativas, así como con la experiencia del personal, están las diferencias halladas en cuanto al capital psicológico y satisfacción entre aquellos que no han realizado ninguna misión y los que han realizado tres o más. Por un lado, es esperable que hubiera diferencias entre estos dos grupos, pues aquellos que han realizado más misiones, llevan muchos más años de servicio, y por lo tanto, cuentan con mayores habilidades relacionadas con el capital psicológico, en concreto con la eficacia. Y por otro lado, en cuanto a la satisfacción, al llevar más tiempo en la organización, han sido capaces de alcanzar diversas metas, tanto vitales como laborales, y una de ellas en el Ejército es ser enviado a zona de operaciones.

Sin embargo, no se han hallado diferencias para ninguna de las cuatro variables según el nivel de formación académica, pero sí para la satisfacción laboral en caso de tener hijos y en función de con quién viva el militar. Esto se debe a que vivir con la familia, o acompañado por la pareja, parece ser un punto

de apoyo para el militar (Lang et al., 2007; Limbert, 2005). No obstante, la profesión del militar es muy demandante, al igual que la vida familiar, lo que en ocasiones puede causar fricción y ser un foco de estrés que ha de manejarse de manera adecuada.

Por lo tanto, es importante focalizar los esfuerzos en proveer al personal las habilidades de afrontamiento necesarias para poder protegerles de las potenciales situaciones de riesgo, tanto para el día a día como para cuando sean desplegados. De este modo, se estaría fortaleciendo el capital psicológico de los efectivos, y por lo tanto, blindando su bienestar, lo que determinará en parte siguiendo a Culbertson et al. (2010), que se sigan desarrollando conductas positivas que desemboquen en beneficios tanto para el individuo como para la organización.

Limitaciones y directrices futuras

A pesar de los hallazgos que relacionan el capital psicológico con el bienestar en los militares españoles, hay limitaciones que se han de considerar en esta investigación. La primera, es que este estudio se limita a un estudio de correlaciones entre pares de variables, y por lo tanto, no es posible establecer una relación causal entre ellas. De manera más específica, se ha observado una fuerte correlación entre el capital psicológico y el bienestar, sin embargo, no es posible concluir que los incrementos en el capital psicológico, producirán por sí mismos en exclusiva mejoras en el bienestar del personal. Como posible solución a esta limitación, se propone la realización de estudios longitudinales de estas variables. Por otro lado, el estudio se ha desarrollado en un entorno

estable y seguro en el territorio nacional, por lo que se ha de ser muy cuidadoso a la hora de extrapolar los resultados y las conclusiones a personal que esté desplegado en el teatro operacional dado que otros factores, como el cansancio o la percepción del riesgo, pueden afectar a la manera de responder a los cuestionarios (Innes & Barling, 2006). Por lo tanto, sería interesante replicar este estudio con personal desplegado en zona de operaciones en el futuro.

También sería de interés a la hora de replicar este estudio, especificar el tipo de misión en el que participa el personal, pues los riesgos y estresores a los que se ven expuestos no son los mismos en misiones de bajo o alto perfil.

Otra de las limitaciones recae en la muestra y en la manera de obtener los datos que han sido de naturaleza auto-reportada en personal de una única unidad militar operativa del ejército. Por lo tanto, podría ser interesante ampliar la muestra con militares de otros ejércitos y que no correspondan exclusivamente a unidades operativas, y manejar alguna otra fuente de datos que añada un mayor grado de precisión a los mismos, así como alguna clase de registro fisiológico u objetivo como la precisión de tiro, o tasa de errores cometido durante un ejercicio, y poder monitorizar de este modo la influencia del capital psicológico de una manera más ajustada.

Conclusión

Se puede concluir que el Capital Psicológico tiene una especial relevancia en la relación predictiva con el bienestar de acuerdo a los modelos de correlación y predicción propuestos. Éste explica un gran porcentaje de la varianza del

bienestar, siendo menos relevante para la satisfacción laboral o la salud general percibida.

Esto es destacable dentro del marco de la Psicología Positiva, ya que deja el Capital Psicológico abierto a la mejora por la aplicación de programas cuyo objetivo final es el fortalecimiento del bienestar físico y psicológico de las personas, siendo un aspecto crítico para una organización como el Ejército, donde una preparación física y mental óptima son vitales para el correcto desempeño, así como en las actitudes y comportamientos organizacionales de sus efectivos.

ESTUDIO II

Objetivo

1. Desarrollar e implementar un programa de intervención efectivo que mejore el capital psicológico y sus dimensiones, el bienestar psicológico, la salud y la satisfacción laboral percibida.

Hipótesis

Hipótesis 1: Si la intervención es eficaz, los participantes del grupo tratamiento mostrarán frente al grupo control en las puntuaciones del capital psicológico y sus componentes:

H1.a: Una mejora en el componente eficacia del capital psicológico.

H1.b: Una mejora en el componente esperanza del capital psicológico.

H1.c: Una mejora en el componente resiliencia del capital psicológico.

H1.d: Una mejora en el componente optimismo del capital psicológico.

H1.e: Una mejora en el nivel general de capital psicológico.

Hipótesis 2: Si la intervención es eficaz, los participantes del grupo tratamiento mostrarán:

H2.a: Una mejora en el componente eficacia del capital psicológico.

H2.b: Una mejora en el componente esperanza del capital psicológico.

H2.c: Una mejora en el componente resiliencia del capital psicológico.

H2.d: Una mejora en el componente optimismo del capital psicológico.

H2.e: Una mejora en el nivel general de capital psicológico.

Hipótesis 3: Ante la ausencia de intervención, los participantes del grupo control no mostrarán:

H3.a: Una mejora en el componente eficacia del capital psicológico.

H3.b: Una mejora en el componente esperanza del capital psicológico.

H3.c: Una mejora en el componente resiliencia del capital psicológico.

H3.d: Una mejora en el componente optimismo del capital psicológico.

H3.e: Una mejora en el nivel general de capital psicológico.

Hipótesis 4: Si la intervención es eficaz, los participantes del grupo tratamiento mostrarán frente al grupo control una mejora en las puntuaciones de bienestar psicológico.

Hipótesis 5: Si la intervención es eficaz, los participantes del grupo tratamiento mostrarán una mejora en las puntuaciones de bienestar psicológico.

Hipótesis 6: Ante la ausencia de intervención, los participantes del grupo control no mostrarán una mejora en las puntuaciones de bienestar psicológico.

Hipótesis 7: Si la intervención es eficaz, los participantes del grupo tratamiento mostrarán frente al grupo control una mejora en las puntuaciones en salud general percibida.

Hipótesis 8: Si la intervención es eficaz, los participantes del grupo tratamiento mostrarán una mejora en las puntuaciones en salud general percibida.

Hipótesis 9: Ante la ausencia de intervención, los participantes del grupo control no mostrarán una mejora en las puntuaciones en salud general percibida.

Hipótesis 10: Si la intervención es eficaz, los participantes del grupo tratamiento mostrarán frente al grupo control una mejora en las puntuaciones de satisfacción laboral.

Hipótesis 11: Si la intervención es eficaz, los participantes del grupo tratamiento mostrarán una mejora en las puntuaciones de satisfacción laboral.

Hipótesis 12: Ante la ausencia de intervención, los participantes del grupo control no mostrarán una mejora en las puntuaciones de satisfacción laboral.

Método

Participantes

Los participantes fueron militares españoles pertenecientes al cuerpo de Infantería de Marina de la Armada Española y que habían sido nombrados para participar en los equipos operativos de protección a los buques de la Armada. Todos firmaron el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Complutense de Madrid y se ajustaron a los criterios de inclusión

del estudio (1. Estar en servicio activo; 2. Ser susceptible de ser desplegado; 3. Tener entre 18 y 58 años; 4. Tener empleo entre soldado y capitán; 5. Haber superado el último reconocimiento médico y no estar de baja médica en el momento del estudio)

Variables e instrumentos de medida

Se emplearon las mismas variables dependientes y de selección que en el Estudio I y por tanto, las mismas escalas para evaluarlas. La variable independiente es la participación en un programa de intervención focalizado en el entrenamiento de habilidades psicológicas que se describe a continuación.

El programa de entrenamiento de habilidades psicológicas fue impartido por un psicólogo militar con experiencia en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento, reestructuración cognitiva y familiarizado con psicología positiva. El psicólogo que impartió los talleres está registrado en el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid y tuvo en cuenta las regulaciones éticas exigidas a la hora de aplicar dicho programa.

Los objetivos del programa de entrenamiento son:

- Potenciar el Capital Psicológico del personal que participará en la protección dada a los buques de la Armada.
- Incrementar la sensibilidad de identificación de los síntomas del estrés en uno mismo y en los compañeros.
- Facilitar y entrenar en estrategias de afrontamiento psicológico activo en situaciones de alta demanda.

- Dotar de habilidades de adaptación a Zona de Operaciones (ZO) y regreso a Territorio Nacional (TN).
- Disminuir el estigma y fomentar la aceptación de los problemas de Salud Mental y la búsqueda de ayuda.
- Fomentar habilidades de autocuidado.
- Mantener la operatividad y desempeño.

El programa fue elaborado a partir de los programas *Mental Health Training* (NATO, 2016), *Battlemind* (US Army, 2007), el modelo SIX Cs de primeros auxilios psicológicos (Farchi, Hirsch-Gornemann, Whiteson, & Gidron, 2018) y de la propuesta de Luthans, Youssef y Avolio (2007). Se adaptaron ajustándose a la realidad y disponibilidad temporal de los equipos operativos que iban a proveer la protección a los buques en las distintas misiones que la Armada mantiene activas.

- Duración del tratamiento: 4 sesiones + 1 sesión para mandos
- Frecuencia: Semanal
- Duración de las sesiones: 90-120 minutos

Las sesiones siempre mantenían una estructura similar. Se iniciaban con una psicoeducación del tema en cuestión (15-20 minutos), se prosigue con la puesta en práctica de las habilidades a desarrollar permitiendo el debate (40-60 minutos) y se finaliza con un resumen de lo aprendido y la entrega de material de repaso y de aplicación diaria (10-15 minutos). En la tabla 31 se resume el contenido de cada una de las sesiones:

Tabla 31: Resumen de estructura y contenido de módulos y sesiones incluidas en el programa de habilidades implementado

Sesión	Módulo	Objetivo	Estrategias
Sesión 1	Módulo I	Aumentar el conocimiento sobre el concepto y efectos del estrés	Psicoeducación
	Módulo II	Aprender a gestionar el tiempo y a establecer objetivos	Entrenamiento y psicoeducación en la técnica SMART, pautas de alimentación, higiene del sueño y gestión del tiempo
Sesión 2	Módulo III	Aprender a gestionar y manejar la activación fisiológica	Entrenamiento en respiración y relajación progresiva
Sesión 3	Módulo IV	Aprender a controlar y modificar distorsiones cognitivas	Entrenamiento y psicoeducación en reestructuración cognitiva
	Módulo V	Aprender a controlar y manejar emociones	Psicoeducación y entrenamiento en regulación emocional
Sesión 4	Módulo VI	Dotar de habilidades de afrontamiento de situaciones difíciles	Psicoeducación y entrenamiento en Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), pautas de acción y recursos
	Módulo VII	Dotar de habilidades de comunicación	Habilidades de comunicación con compañeros y familia
	Módulo VIII	Dotar de habilidades de preparación al personal y su familia pre y post despliegue	Psicoeducación y pautas de acción
Sesión Mandos	Módulo IX	Dotar de habilidades al responsable del equipo ante diversas situaciones	Entrenamiento en manejo expectativas, moral, liderazgo, toma de decisiones y de triage psicológico

Diseño

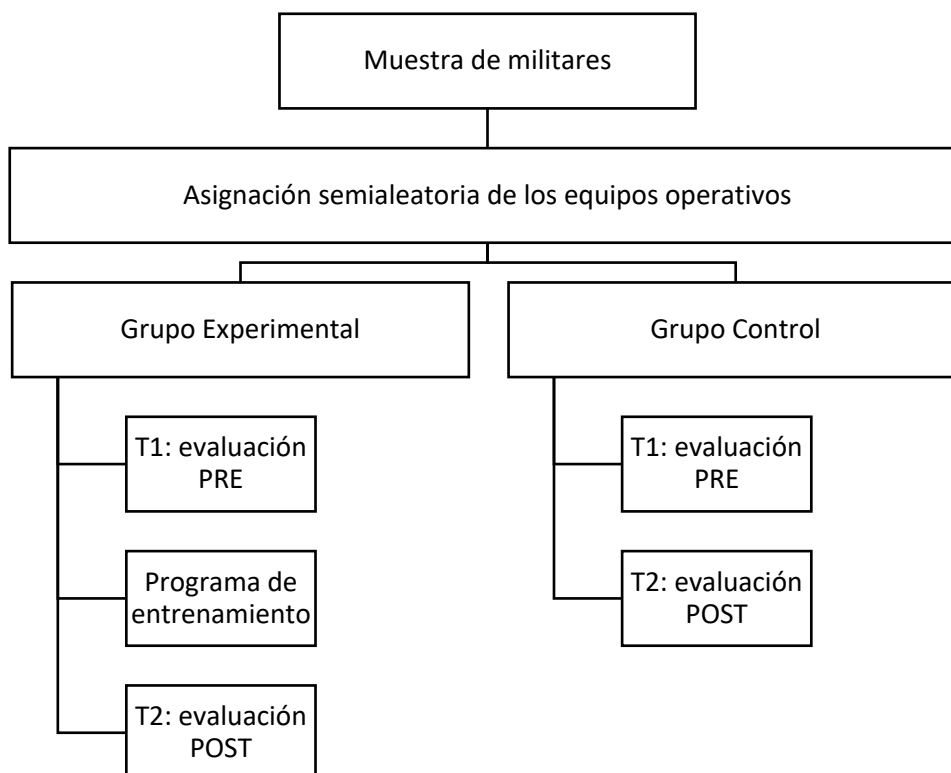
Estudio de intervención con diseño cuasiexperimental con dos grupos independientes con una muestra de conveniencia, con medidas repetidas en dos momentos, pre y post intervención. La asignación a los grupos, experimental y control es no es aleatoria.

Procedimiento

El personal activado por la Unidad para la conformación de los equipos operativos es de 10/15 personas cada uno, y fueron asignados de forma no aleatoria a los grupo experimentales: tratamiento o control. Todos ellos, fueron activados para desplazarse a zona de operaciones en un plazo de tiempo de aproximado de seis meses y realizaron los reconocimientos psicofísicos previos exigidos. La figura 74 muestra el procedimiento y los momentos de evaluación de cada uno de los grupos acorde al diseño experimental de dos grupos independientes empleado. Los equipos operativos se asignaron de manera no aleatoria a los grupos establecidos, de manera que se equilibraran los perfiles de las misiones que iban a desarrollar éstos (Atalanta, Sophia, SNMG). El grupo control realizó dos mediciones en diferentes momentos (T1 y T2) con una ventana temporal de cinco/seis semanas. El grupo tratamiento realizó las mismas mediciones que el control, pero durante el periodo comprendido entre la primera (T1) y segunda evaluación (T2), recibieron la formación del programa de entrenamiento en habilidades psicológicas compuesto por nueve módulos agrupados en cinco sesiones (cuatro para todo el personal – 1.5 a 2 horas de duración aproximadamente – y una específica para el mando – 1 hora de duración aproximadamente) en las que se entrena el CP y sus componentes a través de diferentes técnicas psicológicas. La evaluación pretratamiento (T1) incluía cuestiones sociodemográficas y las medidas de las variables dependientes. La evaluación postratamiento (T2) era la misma que la del pretratamiento pero sin incluir las variables sociodemográficas. La evaluación pre (T1) y post (T2) fueron idénticas para ambos grupos experimentales.

Completar el cuestionario requería de 20-25 minutos. Al inicio de la primera evaluación se hace manifiesto que la participación en el programa, sean controles o tratamientos, es estrictamente voluntaria, y antes del inicio del mismo debían firmar el consentimiento informado, donde se explica la razón del estudio y se aclara que en cualquier momento tenían la posibilidad de retirarse sin necesidad de justificarse.

Figura 74: Diseño de dos grupos independientes con dos medidas



Análisis de datos

Para cada variable estudiada se calculó la correspondiente medias y desviación típica (CP y sus componentes, BP, SL y SGP) y se exploró su normalidad a través de los índices de asimetría y curtosis, gráficos Q-Q y el test de Kolmogorov-Smirnov (test KS) al igual que en el estudio I.

Se exploró la equivalencia de los grupos a través de los métodos de contraste Chi-cuadrado para variables categóricas, T de Student para variables cuantitativas y test de U de Mann-Wihtney en caso de que la variable no sea normal.

Para comprobar la eficacia del programa de intervención se empleará un Anova mixto de dos factores (inter e intra) de efectos fijos.

Resultados

Descripción de la muestra

De los 110 militares con los que se contó en un primer momento, sólo 90 completaron todas las etapas del estudio. Por lo tanto, se contemplan únicamente éstos a la hora de realizar los análisis. Los participantes de este estudio fueron prácticamente en su totalidad hombres (98.9%), con edades comprendidas entre los 20 y los 43 años, con una media de 30.28 años. El 11.1% de la muestra corresponde a mandos (sargentos y sargentos 1º), mientras que el resto pertenece a la categoría de tropa (cabos 1º, cabos y soldados). Del total de participantes la mayoría mantiene una relación laboral con el Ejército temporal (84.4%). El personal de la muestra tiene una media de años de servicio de 9.23 años, y han sido desplegados una media de 8.23 meses. Casi dos tercios de la muestra (65.6%) identifica sus labores con el combate general, y una proporción aproximada (61.1%) refiere haber alcanzado un nivel de estudios y preparación académica media, siendo una minoría (6.7%) los que reconocen tener un nivel académico superior. Dos tercios aproximadamente (62.2%) refiere en cuanto al

estado civil estar soltero, siendo algo más de un tercio (34.4%) los que refieren estar casados o con pareja de hecho. Un 63.3% de la muestra refiere no tener hijos, y un porcentaje similar (67.8%) refiere vivir acompañado, ya sea compartiendo piso o en la unidad familiar. Las características de la muestra del Estudio II se resumen en la tabla 32.

Tabla 32: Análisis descriptivo. Composición de la muestra inicial de participantes en el Estudio II. N=90 militares.

<i>Variables / Categorías</i>		Descriptivos
SEXO	Hombres	98.9 % (89)
	Mujeres	1.1 % (1)
EDAD		M: 30.28 ; d.e.: 5.09 (Rango: 20-43)
EMPLEO	Tropa	88.9 % (80)
	Mandos	11.1 % (10)
CONTRATO	Permanente	15.6 % (14)
	Temporal	84.4 % (76)
ANTIGÜEDAD (años con fracción)		M: 9.23 ; d.e.: 5.50 (Rango: 1.08 – 22.00)
FUNCION	Combate especial	34.4 % (31)
	Combate general	65.6 % (59)
Nº MISIONES		M: 2.12 ; d.e.: 3.00 (Rango: 0 – 14)
MESES EN MISIONES		M: 8.23 ; d.e.: 11.56 (Rango: 0 – 52)
ESTUDIOS	Básico	32.2 % (29)
	Medio	61.1 % (55)
	Superior	6.7 % (6)
ESTADO CIVIL	Soltero	62.2 % (56)
	Casado / Pareja de hecho	34.4 % (31)
	Separado / Divorciado	3.3 % (3)
Nº DE HIJOS	No tiene	63.3 % (57)
	Uno	24.4 % (22)
	Dos	10.0 % (9)
	Tres o más	2.2 % (2)
VIVE	Solo	32.2 % (29)
	Compartiendo piso	20.0 % (18)
	Con su familia	47.8 % (43)

M = Media / d.e. = desviación estándar

Equivalencia entre grupos

Estos 90 militares se dividieron en dos grupos: tratamiento vs control. Del grupo de tratamiento, en el que se aplica el programa de intervención desarrollado, finalizaron el programa 41 militares (el 45.6% de 90), siendo por tanto, los 49 restantes (54.4%), aquellos en los que no se intervino y que conformaron el grupo control y de los que se tienen también las dos evaluaciones realizadas. A continuación se procede a comprobar la equivalencia entre los grupos en las características que definen a la muestra, presentadas en la tabla anterior de forma global. Para ello se emplearon los métodos de contraste necesarios: Test Chi-cuadrado para variables categóricas, T de Student para variables cuantitativas que se distribuyen normalmente o tienden a la normalidad estadística, y Test U de Mann-Whitney cuando la variable cuantitativa es marcadamente no normal.

Los resultados de todos estos test se resumen en la tabla 33 y en ella se puede comprobar que en ninguna de estas variables existen diferencias que alcancen significación estadística ($p > .05$).

Por tanto, se considera que ambos grupos son equivalentes, o semejantes al menos, en cuanto a todas estas variables que quedan descartadas como posibles variables de confusión cuando posteriormente se proceda a estudiar la eficacia de la intervención comparando los grupos entre sí.

Tabla 33: Equivalencia entre grupos. Comparación de las variables Sociodemográficos entre los Grupos a comparar en el Estudio II. (N=90).

VARIABLES		Descriptivos: % (frec) -o- M (d.e.)		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		G. TRATAMIENTO (n=41)	G. CONTROL (n=49)	Valor	P	
SEXO	Hombres	100 % (41)	98.0 % (48)	Chi ² =0.85 ^{NS}	.358	0.94 %
	Mujeres	--	2.0 % (1)			
EDAD		M: 30.61 (4.71)	M: 30.00 (5.43)	t=0.56 ^{NS}	.575	0.36 %
EMPLEO	Tropa	87.8 % (36)	89.8 % (44)	Chi ² =0.09 ^{NS}	.765	0.10 %
	Mandos	12.2 % (5)	10.2 % (5)			
CONTRATO	Permanente	14.6 % (6)	16.3 % (8)	Chi ² =0.05 ^{NS}	.825	0.05 %
	Temporal	85.4 % (35)	83.7 % (41)			
ANTIGÜEDAD (años con fracción)		M: 9.62 (5.38)	M: 8.91 (5.63)	t=0.50 ^{NS}	.549	0.00 %
FUNCION	Combate especial	43.9 % (18)	26.5 % (13)	Chi ² =2.98 ^{NS}	.084	3.31 %
	Combate general	56.1 % (23)	73.5 % (36)			
Nº MISIONES		M: 2.22 (2.72)	M: 2.04 (3.24)	Z _U = 1.14 ^{NS}	.253	0.00 %
MESES EN MISIONES		M: 8.98 (10.73)	M: 7.61 (12.29)	Z _U = 1.36 ^{NS}	.173	0.00 %
ESTUDIOS	Básicos	43.9 % (18)	22.4 % (11)	Chi ² =4.75 ^{NS}	.093	5.29 %
	Medios	51.2 % (21)	69.4 % (34)			
	Superiores	4.9 % (2)	8.2 % (4)			
ESTADO CIVIL	Soltero	61.0 % (25)	63.3 % (31)	Chi ² =0.30 ^{NS}	.861	0.34 %
	Casado/Pareja hecho	36.6 % (15)	32.7 % (16)			
	Separado/Divorciado	2.4 % (1)	4.1 % (2)			
HIJOS	Sí	46.3 % (19)	28.6 % (14)	Chi ² =3.04 ^{NS}	.081	3.39 %
	No	53.7 % (22)	71.4 % (35)			
VIVE	Solo	34.1 % (14)	30.6 % (15)	Chi ² =0.425 ^{NS}	.809	0.47 %
	Compartiendo piso	17.1 % (7)	22.4 % (11)			
	Con su familia	48.8 % (20)	46.9 % (23)			

N.S. = NO significativo (p>.05)

Descriptiva de los parámetros recogidos

A continuación se realiza una exploración y descripción de las variables recogidas, tanto en el momento pre-intervención como en el definido como post. Se empleó el mismo procedimiento estadístico realizado en el análisis del estudio I anterior.

Capital Psicológico (PCQ-24). La fiabilidad alcanzada por este instrumento, en las dos aplicaciones, es alta, superior a .900 (tabla 34 y 35).

La exploración de las variables del PCQ tanto en la evaluación pre como en la post, presenta la ausencia de valores fuera de rango lejanos que puedan tener algún efecto distorsionador, exceptuando un único caso y solamente en una de las variables (Eficacia, en el post). Por otro lado, los gráficos Q-Q muestran una tendencia hacia la normalidad estadística de estas variables, con la posible excepción de la misma variable recién citada. En la casi totalidad de las variables, los valores de índices de asimetría y curtosis se encuentran dentro de los índices de normalidad estadística, aspecto confirmado por los valor p-sig de los test de bondad de ajuste de KS. La única variable donde el Test KS y el índice de curtosis revelan alguna anomalía es en la Eficacia-Post, de la que se puede decir que no se distribuye según la normalidad estadística. El tamaño de muestra, que en este estudio no es muy elevado, influye en que unos pocos valores tengan alta incidencia en esta falta de normalidad. También es cierto, y hay que considerar que en Eficacia-Pre hay un ligero desvío, pero es tolerable. El resto de valores (ver gráficos Q-Q de 85-94) no rompen la normalidad.

Figura 75. Histograma con curva normal de la variable *eficacia pre.*

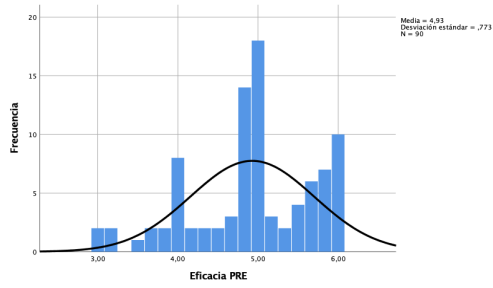


Figura 76. Histograma con curva normal de la variable *eficacia post.*

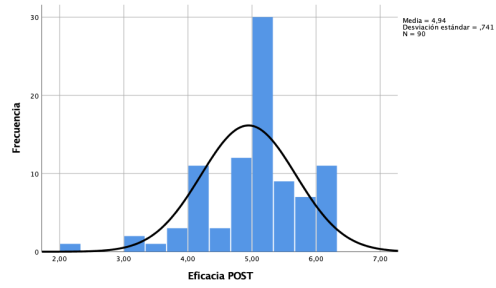


Figura 77. Histograma con curva normal de la variable *esperanza pre.*

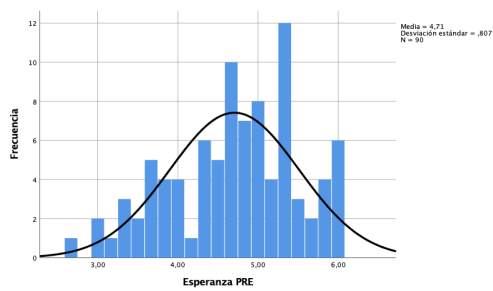


Figura 78. Histograma con curva normal de la variable *esperanza post.*

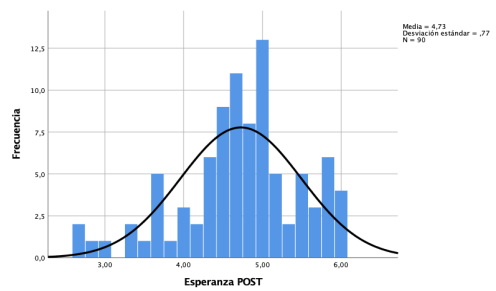


Figura 79. Histograma con curva normal de la variable *resiliencia pre.*

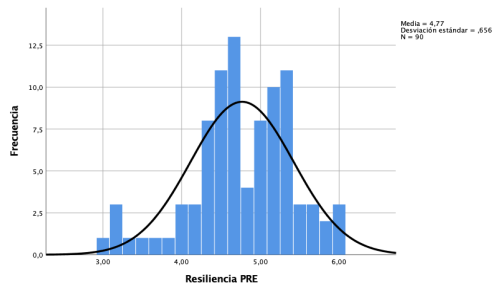


Figura 80. Histograma con curva normal de la variable *resiliencia post.*

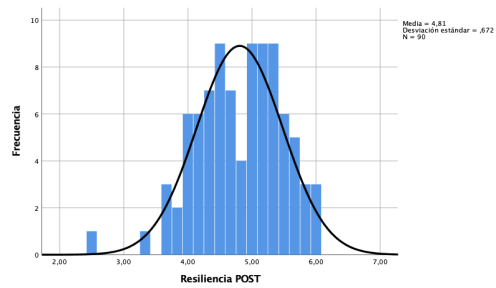


Figura 81. Histograma con curva normal de la variable *optimismo pre.*

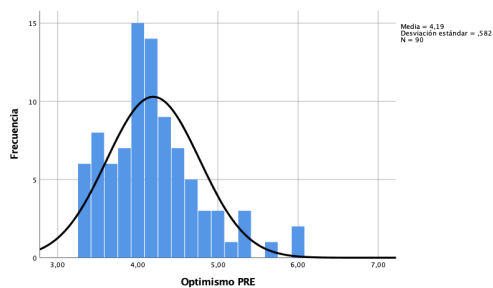


Figura 82. Histograma con curva normal de la variable *optimismo post.*

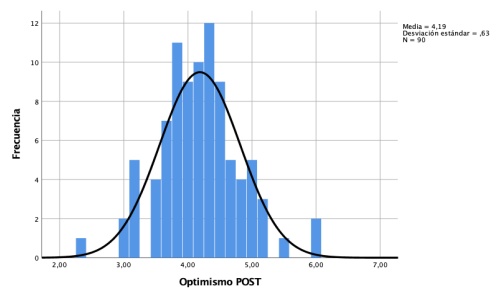


Figura 83. Histograma con curva normal de la variable capital psicológico pre.

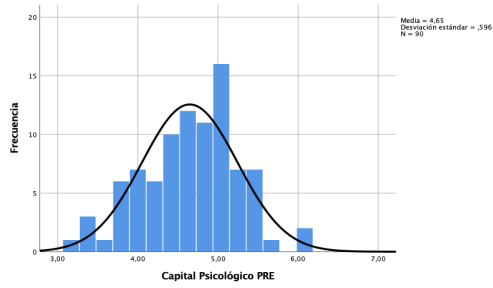


Figura 84. Histograma con curva normal de la variable capital psicológico post.

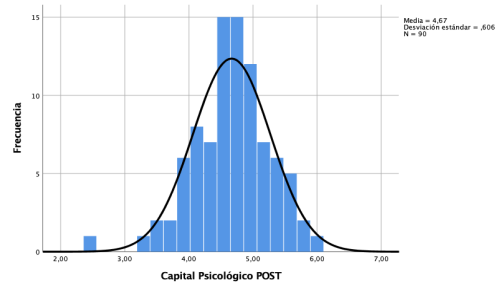


Figura 85. Gráfico Q-Q de la variable variable eficacia pre.

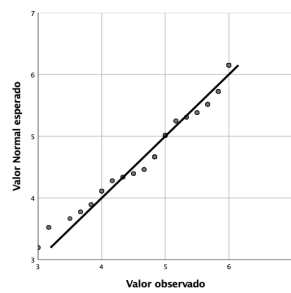


Figura 86. Gráfico Q-Q de la variable variable eficacia post.

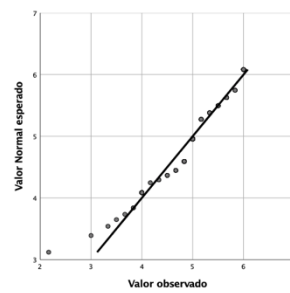


Figura 87. Gráfico Q-Q de la variable variable esperanza pre.

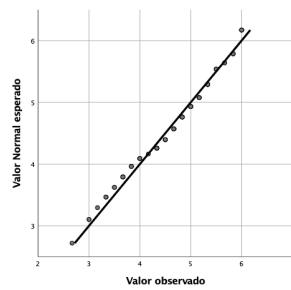


Figura 88. Gráfico Q-Q de la variable variable esperanza post.

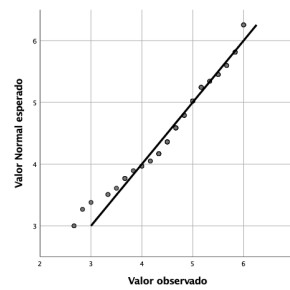


Figura 89. Gráfico Q-Q de la variable variable resiliencia pre.

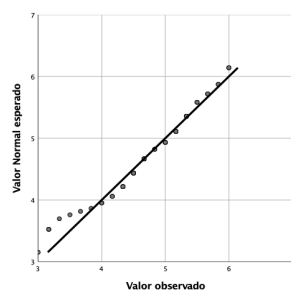


Figura 90. Gráfico Q-Q de la variable variable resiliencia post.

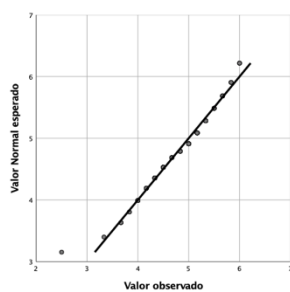


Figura 91. Gráfico Q-Q de la variable variable optimismo pre.

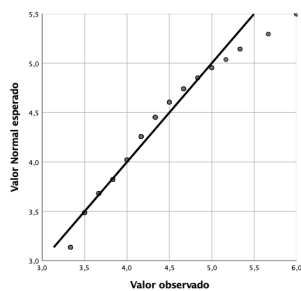


Figura 92. Gráfico Q-Q de la variable variable optimismo post.

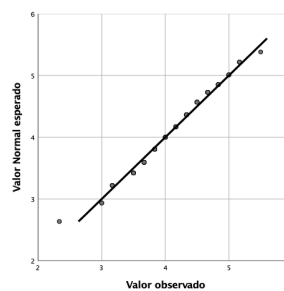


Figura 93. Gráfico Q-Q de la variable variable capital psicológico pre.

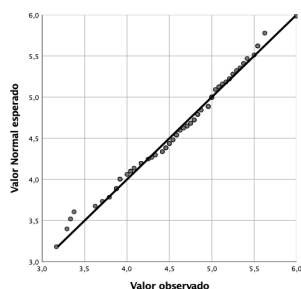
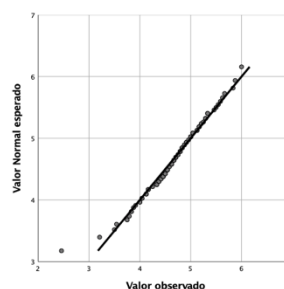


Figura 94. Gráfico Q-Q de la variable variable capital psicológico post.



Las tablas 34 y 35 contienen los índices estadísticos de la exploración y de la descripción de estas variables en la muestra total, sin segmentar entre los grupos de investigación.

Tabla 34: Análisis exploratorio y descriptivo. Variables de la Escala PCQ-24 de Capital Psicológico. Medida Pre tratamiento. (Muestra total: N=111)

Coefficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach = .926

Variable PCQ Medida: PRE	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		D.e.	Rango intercuartil
Eficacia	-0.544	-0.199	.015 *	4.93	5.00	3.00 / 6.00	0.77	1.17
Esperanza	-0.391	-0.486	.276 NS	4.71	4.83	2.67 / 6.00	0.81	1.21
Resiliencia	-0.555	0.405	.322 NS	4.77	4.67	3.00 / 6.00	0.66	0.75
Optimismo	0.920	1.082	.053 NS	4.19	4.17	3.33 / 6.00	0.58	0.67
Capital Psicológico	-0.271	-0.095	.812 NS	4.65	4.71	3.17 / 6.00	0.60	0.77

Test KS: NS = Desvío no significativo ($p > .05$) la variable se distribuye normalmente

* = Desvío significativo pero leve ($p < .05$) la variable tiende hacia el modelo normal

Tabla 35: Análisis exploratorio y descriptivo. Variables de la Escala PCQ-24 de Capital Psicológico. Medida Post tratamiento. (Muestra total: N=90)

Coefficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach = .938

Variable PCQ Medida: POST	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		D.e.	Rango intercuartil
Eficacia	-0.878	1.476	.008**	4.94	0.74	2.17 / 6.00	0.74	0.83
Esperanza	-0.576	0.313	.151 NS	4.73	0.77	2.67 / 6.00	0.77	0.83
Resiliencia	-0.464	0.328	.290 NS	4.81	0.67	2.50 / 6.00	0.67	1.00
Optimismo	0.173	0.955	.468 NS	4.19	0.63	2.33 / 3.67	0.63	0.67
Capital Psicológico	-0.508	1.228	.807 NS	4.67	0.61	2.46 / 6.00	0.61	0.71

Test KS: NS = Desvío no significativo ($p > .05$) la variable se distribuye normalmente

** = Desvío grave significativo ($p < .01$) la variable no se ajusta a la normalidad

Bienestar Psicológico (PWBS). El grado de fiabilidad que muestra en el estudio II este instrumento es también alto, de nuevo por encima de .900 (tablas 36 y 37).

La exploración de ambas variables, de las mediciones Pre y Post, no presenta ningún valor fuera de rango. Los gráficos Q-Q, junto a los índices de forma y el Test Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste, permiten admitir que las dos variables se acomodan adecuadamente al modelo de la normal de Gauss.

Figura 95. Histograma con curva normal de la variable bienestar psicológico pre.

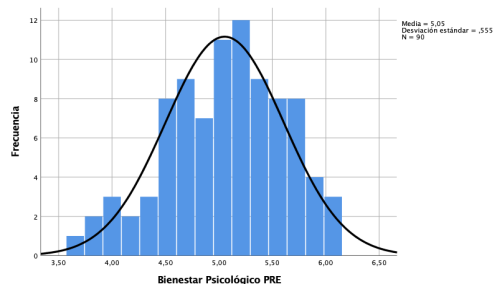


Figura 96. Histograma con curva normal de la variable bienestar psicológico post.

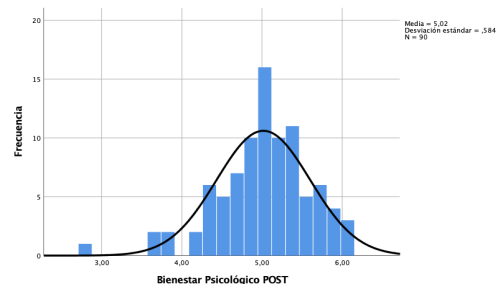


Figura 97. Gráfico Q-Q de la variable variable bienestar psicológico pre.

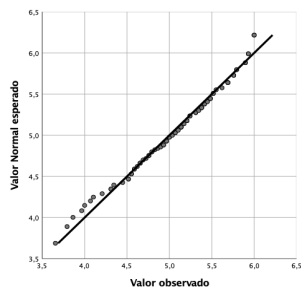
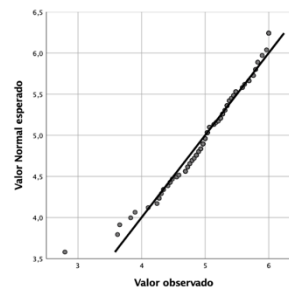


Figura 98. Gráfico Q-Q de la variable variable bienestar psicológico post.



Las tablas 36 y 37 resumen estadísticos calculados, tanto descriptivos como de exploración, en ambas mediciones.

Tabla 36: Análisis exploratorio y descriptivo. Variable de la Escala PWBS de Bienestar Psicológico. Medida Pre tratamiento. (Muestra total: N=90)

Coefficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach = .941

Variable PWBS Medida: PRE	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		D.e.	Rango intercuartil
Bienestar Psicológico	-0.353	-0.342	.972 ^{NS}	5.05	5.09	3.66 / 6.00	0.55	0.83

Test KS: NS = Desvío no significativo (p>.05) la variable se distribuye normalmente

Tabla 37: Análisis exploratorio y descriptivo. Variable de la Escala PWBS de Bienestar Psicológico. Medida Post tratamiento. (Muestra total: N=90)

Coefficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach = .952

Variable PWBS: Medida POST	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		D.e.	Rango intercuartil
Bienestar Psicológico	-0.824	1.617	.469 ^{NS}	5.02	5.03	2.79 / 6.00	0.58	0.66

Test KS: NS = Desvío no significativo (p>.05) la variable se distribuye normalmente

Salud General Percibida (GHQ-28). La fiabilidad que presenta la muestra en esta variable, es buena pero menor a la de los instrumentos anteriores. En concreto el coeficiente obtenido es .680 en la medición previa al tratamiento, mejorando en su aplicación post tratamiento (.774). Aún siendo menor, debe considerarse como una buena fiabilidad.

En esta variable, en las dos evaluaciones aparece un valor fuera de rango lejano. En cada una de ellas, se trata de un sujeto distinto. Este hecho puede

estar influyendo en el desvío significativo de la normalidad estadística que detecta el Test KS ($p < .01$) en la medida Pre, y que pueden considerarse como desvíos leves y por tanto tolerables. Por otra parte en la medición post, no llega a ser significativo ($p > .05$).

Figura 99. Histograma con curva normal de la variable salud general percibida pre.

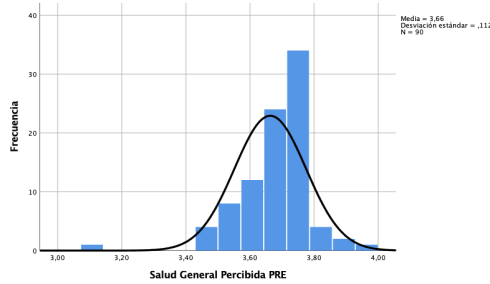


Figura 100. Histograma con curva normal de la variable salud general percibida post.

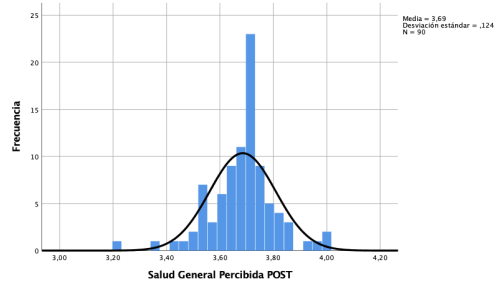


Figura 101. Gráfico Q-Q de la variable variable salud general percibida pre.

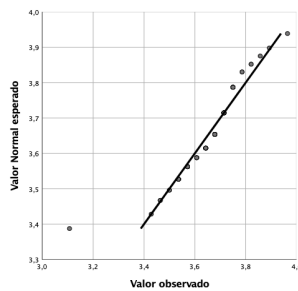
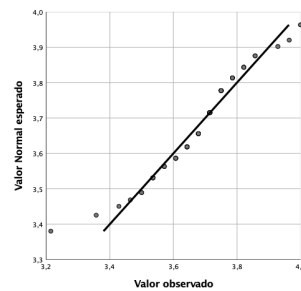


Figura 102. Gráfico Q-Q de la variable variable salud general percibida post.



Las tablas 38 y 39 presentan el resumen exploratorio y descriptivo de esta variable en cada uno de los momentos de medición, para la muestra completa.

Tabla 38: Análisis exploratorio y descriptivo. Variable de la Escala GHQ-28 de Salud Percibida. Medida Pre tratamiento. (Muestra total: N=90)
Coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach = .643

Variable GHQ-28 Medida: PRE	Exploración: Forma			Centralidad			Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana	Rango (Mín. / Máx.)	D.e.	Rango intercuartil
Salud Gral. Percibida	-1.373	6.215	.012 *	3.66	3.68	3.11 / 3.96	0.11	0.11

Test KS: * = Desvío significativo pero leve ($p < .05$) la variable tiende hacia el modelo normal

Tabla 39: Análisis exploratorio y descriptivo. Variable de la Escala GHQ-28 de Salud Percibida. Medida Post tratamiento. (Muestra total: N=90)

Coefficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach = .774

Variable GHQ-28 Medida: POST	Exploración: Forma			Centralidad			Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana	Rango (Mín. / Máx.)	D.e.	Rango intercuartil
Salud Gral. Percibida	-0.483	2.399	.072 ^{NS}	3.69	3.71	3.21 / 4.00	0.12	0.12

Test KS: NS = Desvío no significativo ($p > .05$) la variable se distribuye normalmente

Satisfacción Laboral (ítem único). Finalmente, en la SL la exploración no detectó ningún valor atípico fuera de rango. Los gráficos Q-Q (figuras 105 y 106) dejan ver un buen ajuste a la normalidad estadística, algo que se confirma con los valores de los índices de asimetría y curtosis dentro de los límites admisibles. Sin embargo, los Test KS indican un desvío significativo con respecto al modelo normal de Gauss, lo que deja dudas al respecto de si puede considerarse o no que esta variable se distribuye normalmente.

Figura 103. Histograma con curva normal de la variable satisfacción laboral pre.

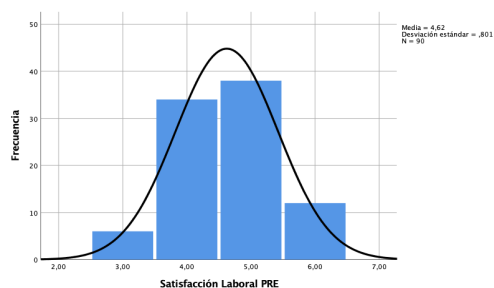


Figura 104. Histograma con curva normal de la variable satisfacción laboral post.

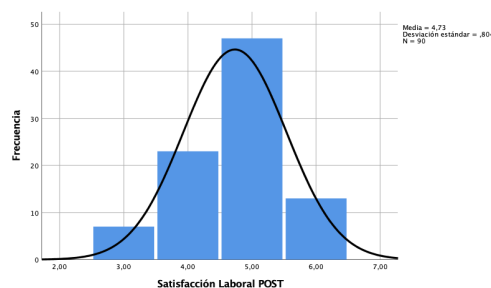


Figura 105. Gráfico Q-Q de la variable variable satisfacción laboral pre.

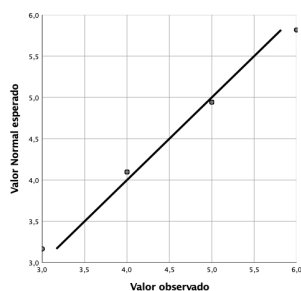
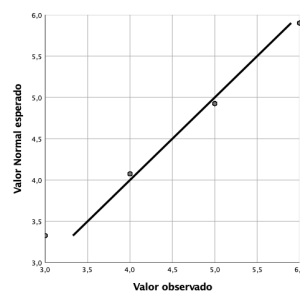


Figura 106. Gráfico Q-Q de la variable variable satisfacción laboral post.



Las tablas 40 y 41 contienen, una vez más, el resumen descriptivo y exploratorio de la muestra completa en esta variable y en las dos evaluaciones.

Tabla 40: *Análisis exploratorio y descriptivo.* Variable de la Escala de Satisfacción Laboral. Medida Pre tratamiento. (Muestra total: N=90)

Variable PRE	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		D.e.	Rango intercuartil
Satisfacción Laboral	-0.008	-0.462	.000**	4.62	5.00	3.00 / 6.00	0.80	1.00

Test KS: ** = Desvío grave significativo ($p < .01$) la variable no se ajusta a la normalidad

Tabla 41: *Análisis exploratorio y descriptivo.* Variable de la Escala de Satisfacción Laboral. Medida Post tratamiento. (Muestra total: N=90)

Variable POST	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		D.e.	Rango intercuartil
Satisfacción Laboral	-0.402	-0.133	.000**	4.73	5.00	3.00 / 6.00	0.80	1.00

Test KS: ** = Desvío grave significativo ($p < .01$) la variable no se ajusta a la normalidad

Como conclusión general de la exploración es que salvo excepciones (Eficacia PCQ en el post sobre todo, y las dudas sobre SL), la gran mayoría de las variables en cada una de las dos mediciones realizadas se ajustan suficientemente a la normalidad estadística. Cuestión que permite emplear con ellas, preferentemente, métodos estadísticos paramétricos para las comparaciones que se harán a continuación con el objetivo de tratar de probar la eficacia del programa de intervención.

Eficacia del programa de intervención

El diseño de este estudio corresponde al de dos grupos independientes entre sí, equivalentes, que se evaluaron de forma longitudinal con medidas repetidas en ocho variables dependientes cuantitativas. Es por tanto, un diseño mixto con dos factores, uno intragrupo definido por el tiempo que pasa entre las

dos evaluaciones repetidas, y uno intergrupo definido por la aplicación del programa de intervención que separa a los casos en los grupos de tratamiento y control.

En estos casos, la eficacia de una intervención queda probada por la verificación de todas estas condiciones estadísticas:

- La existencia de igualdad entre los grupos (T y C) en la situación inicial (Pre).
- La existencia de cambio significativo en la dirección esperada dentro del grupo de tratamiento (T) en el post-intervención con respecto a la pre-intervención.
- La existencia de igualdad dentro del grupo de control (C) entre las dos mediciones repetidas realizadas en el tiempo.
- La existencia de diferencias significativas entre los grupos (T y C) en la situación final (Post).

Para comprobarlo cuando las variables dependientes son cuantitativas, como es el caso, deben emplearse los test de contrastes de la significación entre valores medios, tanto intragrupo como intergrupo. Para ello, se empleó el Anova mixto de 2 factores (inter e intra) de efectos fijos ya que las variables se distribuyen normalmente.

Solamente una de las variables y solo en una de las mediciones (como se explicitó anteriormente) la falta de normalidad impide de forma sólida emplear este procedimiento metodológico. Aún así, se decidió incluirla en él, junto a todas las demás. Y a la par, se usó una alternativa no-paramétrica para comprobar que la falta de ajuste a la normalidad, no tiene un efecto real en la toma de decisiones estadísticas.

Los resultados de estos test de contraste se exponen a continuación.

Eficacia del programa sobre el PCQ. Se ha estudiado la eficacia del programa sobre cada una de las cinco variables: las cuatro dimensiones y la puntuación total de CP.

Eficacia. Como se observa en la figura 107, los valores medios en la dimensión Eficacia durante la situación pre-intervención son similares (5.07 vs 4.81: 0.26 puntos) siendo esta diferencia, no significativa ($p > .05$; tabla 42). Al contrastar los valores medios de los grupos de control en ambas situaciones de medición, aunque se observa un ligero descenso no llega a la significación estadística ($p > .05$; tabla 42). En el contraste de los valores medios post y pre en el grupo de intervención se aprecia un incremento, que aunque no es muy elevado, sí que llega a la significación estadística con $p < .05$ y siendo equivalente a un tamaño del efecto pequeño (casi del 2%). De manera que al contrastar la diferencia entre los dos grupos, en la segunda evaluación, la media de los casos del grupo de tratamiento es notablemente más alta que la media del grupo de control (5.24 vs 4.70; diferencia: 0.54 unidades) siendo la diferencia altamente significativa ($p < .001$; tabla 42) y equivalente a un tamaño del efecto grande (13.1%).

Figura 107: Diagrama de medias. Eficacia del programa de intervención sobre:
Dimensión Eficacia - PCQ

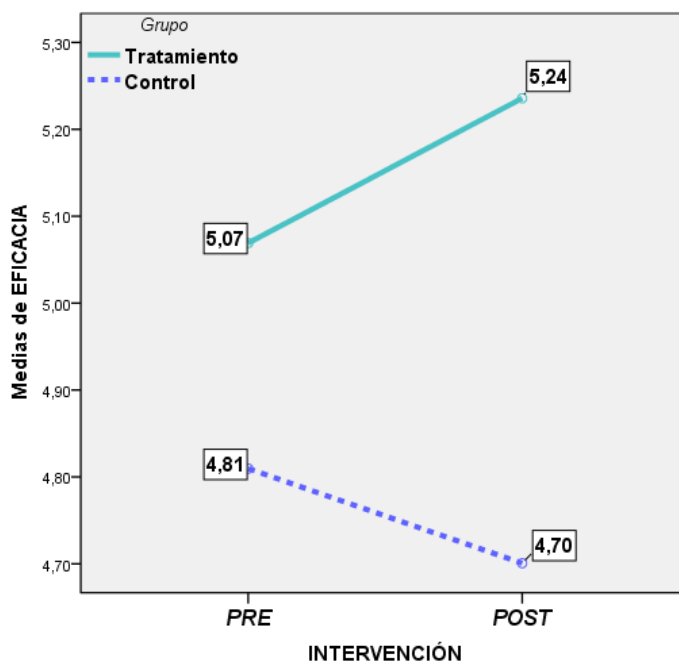


Tabla 42: Análisis inferencial: ANOVA mixto de 2 factores, inter e intra-grupo. Efecto de la intervención sobre la dimensión Eficacia del PCQ. (N=90; 41 trat. + 49 control).

		Media (Desv. Estándar)		Anova 2 f.e.f.		Tamaño del efecto: R ²	
		Par de contraste		Valor	P		
DIF. INTERGRUPO	Pre-Tratamiento	5.07 (0.74)	vs	4.81 (0.78)	2.56 ^{NS}	.113	2.83 %
	G. Control	4.81 (0.78)	vs	4.70 (0.76)	1.23 ^{NS}	.273	0.52 %
DIF. INTRAGRUPPO	G. Tratamiento	5.07 (0.74)	vs	5.24 (0.60)	5.01 *	.031	1.97 %
	Post-Tratamiento	5.24 (0.60)	vs	4.70 (0.76)	13.24**	.000	13.07 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$) * = Significativo al 5% ($p < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Puesto que ésta era la variable, en la medición post donde más se apreciaba la falta de ajuste a la normalidad estadística, se han sometido estos datos a prueba con test alternativos no-paramétricos, siendo estos sus resultados:

- Intergrupo, pretratamiento – Mann-Whitney: valor $Z_U=1.53$; $p=.125$; no significativo.
- Intragrupo; control – Wilcoxon: valor $Z_W=2.85$; $p=.285$; no significativo.

- Intragrupo; tratamiento – Wilcoxon: valor $Z_W=2.04$; $p=.041$; significativo $p<.05$.
- Intergrupo, posttratamiento – Mann-Whitney: valor $Z_U=3.33$; $p=.001$; significativo $p<.01$.

Éstos resultados son muy similares a los reflejados en tabla 42 y que por tanto llevan a las mismas conclusiones estadísticas explicadas al comienzo del epígrafe. Por lo que la falta de normalidad no afectó a los análisis realizados con el Anova mixto (tabla 42).

En conclusión, estos datos parecen apoyar la hipótesis de eficacia de la intervención sobre la dimensión Eficacia, en cuanto a que se observa una mejora en los valores promedios de la misma, sólo en el grupo con intervención.

Esperanza. Como se puede ver en la figura 108 en la dimensión Esperanza durante la situación pre-intervención las medias de ambos grupos son similares (4.83 vs 4.61: 0.22 puntos) sin que la diferencia alcance significación estadística ($p>.05$; tabla 43). Cuando se compara al grupo de control en ambas situaciones de medición, de nuevo se aprecia un ligero descenso aunque tampoco llega a la significación estadística ($p>.05$; tabla 43). El contraste de las medias post y pre del grupo de intervención se observa un aumento que aunque es pequeño es estadísticamente significativo con $p<.05$ y equivalente a un tamaño del efecto pequeño (sobre un 1%). Según esto, cuando se compara a los dos grupos en sus valores finales, la media de los casos con intervención es notablemente más alta que la media del grupo de control (0.47 puntos), siendo la diferencia muy significativa ($p<.01$) y equivalente a un tamaño del efecto moderado-elevado (9.19%).

Figura 108: Diagrama de medias. Eficacia del programa de intervención sobre:
Dimensión Esperanza - PCQ

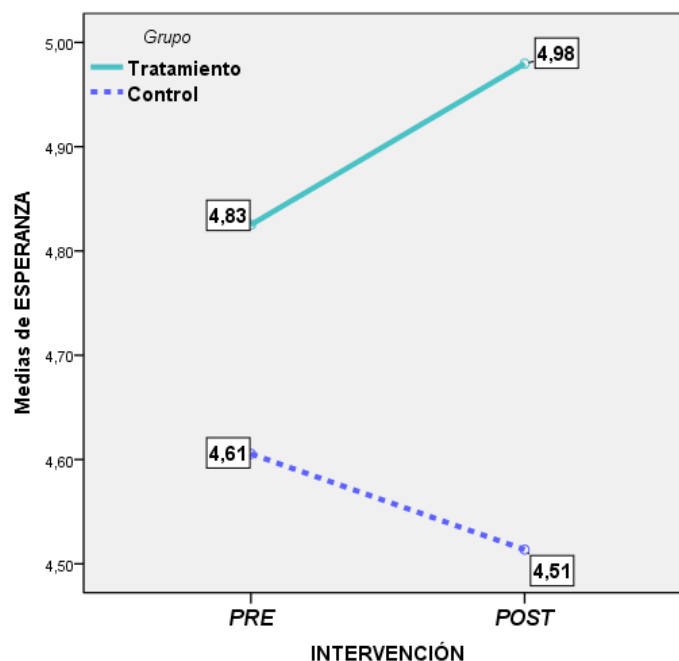


Tabla 43: Análisis inferencial: ANOVA mixto de 2 factores, inter e intra-grupo. Efecto de la intervención sobre la dimensión Esperanza del PCQ. (N=90; 41 trat. + 49 control).

		Media (Desv. Estándar)		Anova 2 f.e.f.		Tamaño del efecto: R ²	
		Par de contraste		Valor	P		
DIF. INTERGRUPO	Pre-Tratamiento	4.83 (0.83)	vs	4.61 (0.78)	2.56 ^{NS}	.113	1.86 %
	G. Control	4.61 (0.78)	vs	4.51 (0.74)	0.86 ^{NS}	.356	0.45 %
DIF. INTRAGRUPPO	G. Tratamiento	4.83 (0.83)	vs	4.98 (0.73)	5.11 *	.030	1.04 %
DIF. INTERGRUPO	Post-Tratamiento	4.98 (0.83)	vs	4.51 (0.74)	8.91**	.004	9.19 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$) * = Significativo al 5% ($p < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Por tanto, este resultado aporta suficiente información como para considerar que la intervención realizada es eficaz sobre la dimensión Esperanza, puesto que se aprecia un cambio significativo solo en el grupo de tratamiento y su valor medio aumenta al final de la intervención.

Resiliencia. Como se observa en la figura 109, los valores medios en la dimensión Resiliencia durante la situación pre-intervención son similares (4.89 vs 4.66: 0.23 puntos) siendo esta diferencia, no significativa ($p > .05$; tabla 44). Al contrastar los valores medios de los grupos de control en ambas situaciones de medición, aunque se observa un ligero descenso no llega a la significación estadística ($p > .05$; tabla 44). En el contraste de los valores medios post y pre en el grupo de intervención se aprecia un incremento, que aunque no es muy elevado, sí que llega a la significación estadística con $p < .05$ siendo equivalente a un tamaño del efecto pequeño (casi del 2%). De manera que al contrastar la diferencia entre los dos grupos, en la segunda evaluación, la media de los casos del grupo de tratamiento es notablemente más alta que la media del grupo de control (5.09 vs 4.57; diferencia: 0.52 unidades) siendo la diferencia altamente significativa ($p < .001$; tabla 44) y equivalente a un tamaño del efecto grande (15.33%).

Figura 109: Diagrama de medias. Eficacia del programa de intervención sobre: Dimensión Resiliencia - PCQ

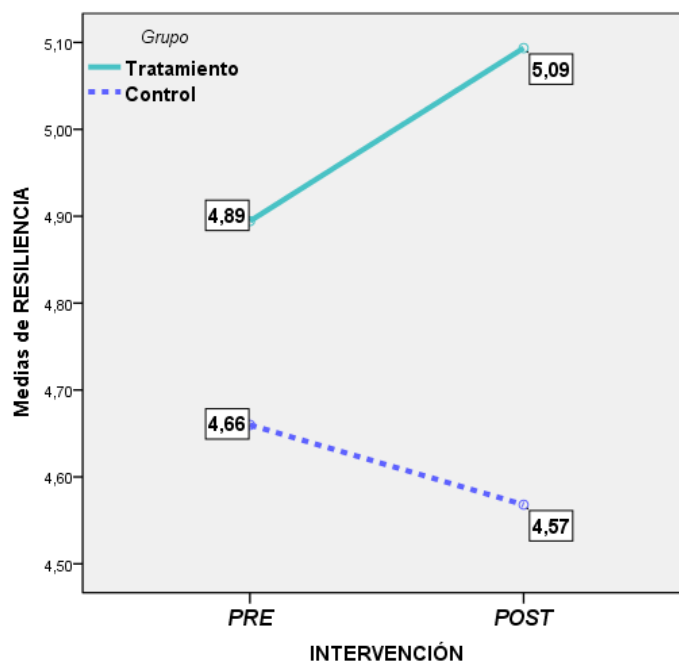


Tabla 44: Análisis inferencial: ANOVA mixto de 2 factores, inter e intra-grupo. Efecto de la intervención sobre la dimensión Resiliencia del PCQ. (N=90; 41 trat. + 49 control).

		Media (Desv. Estándar)		Anova 2 f.e.f.		Tamaño del efecto: R ²	
		Par de contraste		Valor	P		
DIF. INTERGRUPO	Pre-Tratamiento	4.89 (0.64)	vs	4.66 (0.66)	2.92 ^{NS}	.091	3.21 %
DIF. INTRAGRUPPO	G. Control	4.66 (0.66)	vs	4.57 (0.65)	1.56 ^{NS}	.216	0.48 %
	G. Tratamiento	4.89 (0.64)	vs	5.09 (0.59)	10.63**	.002	2.79 %
DIF. INTERGRUPO	Post-Tratamiento	5.09 (0.59)	vs	4.57 (0.65)	15.93**	.000	15.33 %

N.S. = NO significativo (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Por tanto, este resultado aporta suficiente información como para considerar que la intervención realizada es eficaz sobre la dimensión Resiliencia, puesto que se aprecia un cambio significativo solo en el grupo de tratamiento y su valor medio aumenta al final de la intervención.

Optimismo. Como se observa en la figura 110, los valores medios en la dimensión Optimismo durante la situación pre-intervención son similares (4.26 vs 4.13: 0.13 puntos) siendo esta diferencia, no significativa (p>.05; tabla 45). Al contrastar los valores medios de los grupos de control y tratamiento en ambas situaciones de medición, aunque se observa un ligero descenso y aumento respectivamente, no llegan a la significación estadística (p>.05; tabla 45). Por último, al contrastar la diferencia entre los dos grupos, en la segunda evaluación, la media de los casos del grupo de tratamiento es más alta que la media del grupo de control (4,38 vs 4.02; diferencia: 0.36 unidades) siendo la diferencia muy significativa (p<.01) y equivalente a un tamaño del efecto moderado-elevado (8.10%).

Figura 110: Diagrama de medias. Eficacia del programa de intervención sobre: Dimensión Optimismo- PCQ

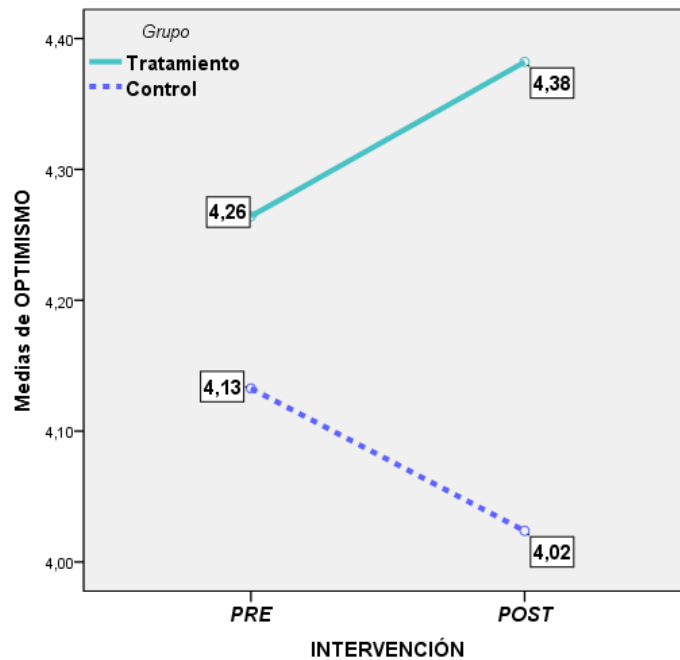


Tabla 45: Análisis inferencial: ANOVA mixto de 2 factores, inter e intra-grupo. Efecto de la intervención sobre la dimensión Optimismo del PCQ. (N=90; 41 trat. + 49 control).

		Media (Desv. Estándar)		Anova 2 f.e.f.		Tamaño del efecto: R ²	
		Par de contraste		Valor	P		
DIF. INTERGRUPO	Pre-Tratamiento	4.26 (0.69)	vs	4.13 (0.47)	1.14 ^{NS}	.288	1.28 %
DIF. INTRAGRUPO	G. Control	4.13 (0.47)	vs	4.02 (0.56)	2.62 ^{NS}	.112	0.96 %
	G. Tratamiento	4.26 (0.69)	vs	4.38 (0.66)	1.17 ^{NS}	.286	0.82 %
DIF. INTERGRUPO	Post-Tratamiento	4.38 (0.66)	vs	4.02 (0.56)	7.76 ^{**}	.007	8.10 %

N.S. = NO significativo (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Por tanto, este resultado aporta información como para sospechar de manera racional que la intervención realizada pudiera ser eficaz sobre la dimensión Optimismo, puesto que aunque no se aprecie diferencias estadísticamente significativas a nivel intragrupo en el tratamiento, si que aparecen al comparar los grupos control y tratamiento en la medida post.

Capital Psicológico. Como se observa en la figura 111, los valores medios del CP durante la situación pre-intervención son similares (4.76 vs 4.55: 0.21 puntos) siendo esta diferencia, no significativa ($p > .05$; tabla 46). Al contrastar los valores medios de los grupos de control en ambas situaciones de medición, aunque se observa un ligero descenso no llega a la significación estadística ($p > .05$; tabla 46). En el contraste de los valores medios post y pre en el grupo de intervención se aprecia un incremento, que aunque no es muy elevado, sí que llega a la significación estadística con $p < .05$ y siendo equivalente a un tamaño del efecto pequeño (del 2%). De manera que al contrastar la diferencia entre los dos grupos, en la segunda evaluación, la media de los casos del grupo de tratamiento es notablemente más alta que la media del grupo de control (4.92 vs 4.45; diferencia: 0.47 unidades) siendo la diferencia altamente significativa ($p < .001$; tabla 46) y equivalente a un tamaño del efecto grande (15.1%).

Figura 111: Diagrama de medias. Eficacia del programa de intervención sobre: Puntuación total de Capital Psicológico– PCQ

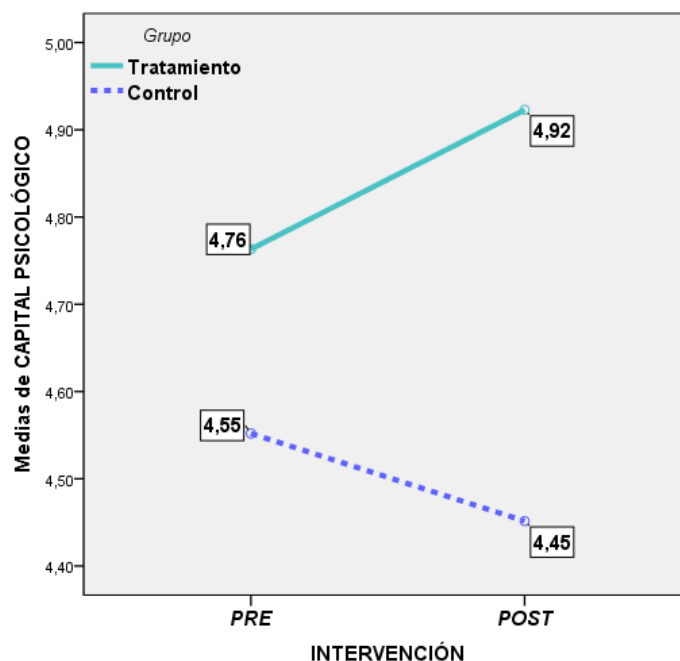


Tabla 46: Análisis inferencial: ANOVA mixto de 2 factores, inter e intra-grupo. Efecto de la intervención sobre la puntuación total de Capital Psicológico del PCQ. (N=90; 41 trat. + 49 control).

		Media (Desv. Estándar)		Anova 2 f.e.f.		Tamaño del efecto: R ²	
		Par de contraste		Valor	P		
DIF. INTERGRUPO	Pre-Tratamiento	4.76 (0.61)	vs	4.55 (0.57)	2.87 ^{NS}	.094	3.16 %
DIF. INTRAGRUPPO	G. Control	4.55 (0.57)	vs	4.45 (0.57)	2.18 ^{NS}	.146	0.76 %
	G. Tratamiento	4.76 (0.61)	vs	4.92 (0.55)	9.46**	.004	2.07 %
DIF. INTERGRUPO	Post-Tratamiento	4.92 (0.55)	vs	4.45 (0.57)	15.74**	.000	15.18 %

N.S. = NO significativo (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

Por tanto, este resultado aporta suficiente información como para considerar que la intervención realizada es eficaz sobre el CP, puesto que se aprecia un cambio significativo solo en el grupo de tratamiento y su valor medio aumenta al final de la intervención.

Eficacia del programa sobre el PWBS. Como se observa en la figura 112, los valores medios para el BP durante la situación pre-intervención son similares (5.13 vs 4.99: 0.14 puntos) siendo esta diferencia, no significativa (p>.05; tabla 47). Al contrastar los valores medios de los grupos de control en ambas situaciones de medición, se observa un ligero descenso que llega a la significación estadística (p<.05; tabla 47). En el contraste de los valores medios post y pre en el grupo de intervención se aprecia un incremento que no llega a la significación estadística con p<.05. Al contrastar la diferencia entre los dos grupos, en la segunda evaluación, la media de los casos del grupo de tratamiento es más alta que la media del grupo de control (5.20 vs 4.87; diferencia: 0.33 unidades) siendo la diferencia significativa (p<.01) y equivalente a un tamaño del efecto moderado-elevado (8.04%).

Figura 112: Diagrama de medias. Eficacia del programa de intervención sobre: Bienestar Psicológico – PWBS

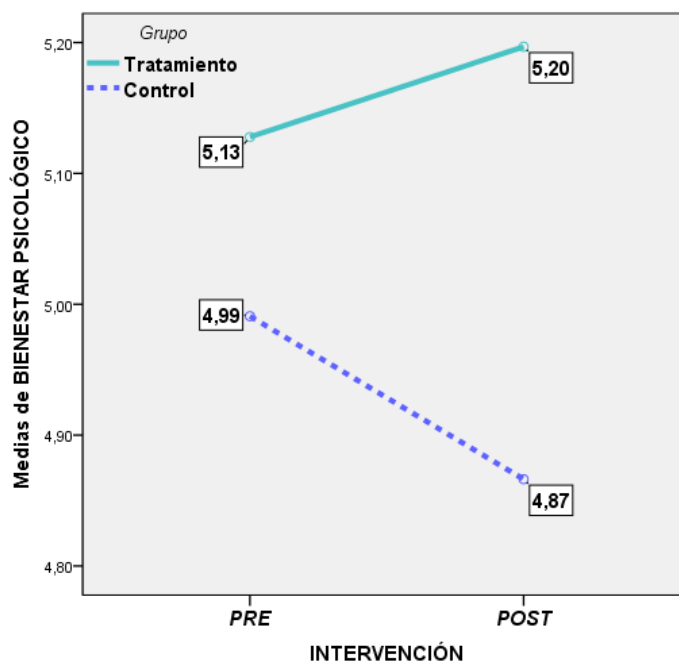


Tabla 47: Análisis inferencial: ANOVA mixto de 2 factores, inter e intra-grupo. Efecto de la intervención sobre la puntuación total de Bienestar Psicológico del PWBS. (N=90; 41 trat. + 49 control).

		Media (Desv. Estándar)		Anova 2 f.e.f.		Tamaño del efecto: R ²	
		Par de contraste		Valor	P		
DIF. INTERGRUPO	Pre-Tratamiento	5.13 (0.59)	vs	4.99 (0.52)	1.37 ^{NS}	.246	1.53 %
	G. Control	4.99 (0.52)	vs	4.87 (0.56)	4.57 *	.038	1.13 %
DIF. INTRAGRUPPO	G. Tratamiento	5.13 (0.59)	vs	5.20 (0.57)	1.81 ^{NS}	.186	0.38 %
DIF. INTERGRUPO	Post-Tratamiento	5.20 (0.57)	vs	4.87 (0.56)	7.69**	.007	8.04 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$) * = Significativo al 5% ($p < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p < .01$)

Estos resultados no aportan suficiente información como para considerar que la intervención produzca mejoras sobre el BP, puesto que aunque se aprecian diferencias en las medidas post intergrupos, estas se deben al descenso producido en el grupo control a nivel intragrupo.

Eficacia del programa sobre el GHQ-28. Como se observa en la figura 113, los valores medios en la dimensión SGP durante la situación pre-intervención son similares (3.66 vs 3.67: 0.01 puntos) siendo esta diferencia, no

significativa ($p > .05$; tabla 48). Al contrastar los valores medios de los grupos de control y tratamiento en ambas situaciones de medición, se observa un ligero ascenso en ambas, pero que no llegan a la significación estadística ($p < .05$; tabla 48). Al contrastar la diferencia entre los dos grupos, en la segunda evaluación, la media de los casos del grupo de tratamiento es más alta que la media del grupo de control (3.69 vs 3.68; diferencia: 0.01 unidades) siendo la diferencia no significativa ($p > .05$).

Figura 113: Diagrama de medias. Eficacia del programa de intervención sobre: Salud General Percibida – GHQ-28

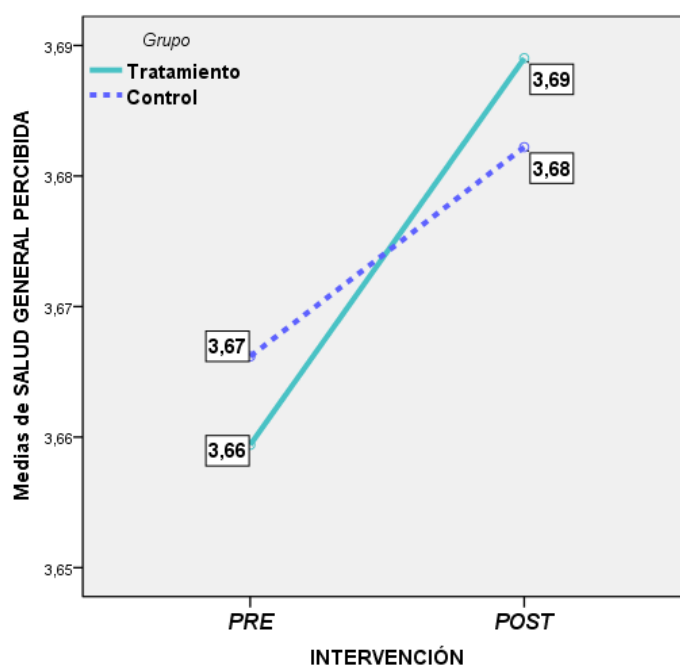


Tabla 48: Análisis inferencial: ANOVA mixto de 2 factores, inter e intra-grupo. Efecto de la intervención sobre la puntuación total de Salud general percibida del GHQ-28. (N=90; 41 trat. + 49 control).

		Media (Desv. Estándar)		Anova 2 f.e.f.		Tamaño del efecto: R ²	
		Par de contraste		Valor	P		
DIF. INTERGRUPO	Pre-Tratamiento	3.66 (0.11)	vs	3.67 (0.12)	0.08 ^{NS}	.777	0.09 %
	G. Control	3.67 (0.12)	vs	3.68 (0.10)	0.94 ^{NS}	.338	0.25 %
DIF. INTRAGRUPPO	G. Tratamiento	3.66 (0.11)	vs	3.69 (0.15)	2.91 ^{NS}	.096	1.00 %
	Post-Tratamiento	3.69 (0.15)	vs	3.68 (0.10)	0.07 ^{NS}	.797	0.08 %

N.S. = NO significativo ($p > .05$)

Por tanto, los resultados señalan que no se puede considerar que la intervención realizada sea eficaz sobre la SGP, puesto que no se aprecian diferencias en las medidas intragrupo e intergrupo. A pesar de no haber evidencia estadística suficiente, si que se pudiera intuir cierta mejoría en el grupo tratamiento, ya que la media de inicio es menor que la del grupo control, y termina superando a este tras la intervención.

Eficacia del programa sobre la Satisfacción Laboral. Como se observa en la figura 114, los valores medios en la dimensión SL durante la situación pre-intervención son similares (4.76 vs 4.51: 0.25 puntos) siendo esta diferencia, no significativa ($p > .05$; tabla 49). Al contrastar los valores medios de los grupos de control y tratamiento en ambas situaciones de medición, aunque se observa un ligero ascenso no llega a la significación estadística ($p > .05$; tabla 49). Sin embargo, en el grupo tratamiento se podría hablar de una casi significación $p < .10$, siendo equivalente a un tamaño del efecto pequeño (del 1.6%). Al contrastar la diferencia entre los dos grupos, en la segunda evaluación, la media de los casos del grupo de tratamiento es notablemente más alta que la media del grupo de control (4.95 vs 4.55; diferencia: 0.40 unidades) siendo la diferencia significativa ($p < .05$; tabla 49) y equivalente a un tamaño del efecto medio (6.21%).

Figura 114: Diagrama de medias. Eficacia del programa de intervención sobre: Satisfacción Laboral (ítem único)

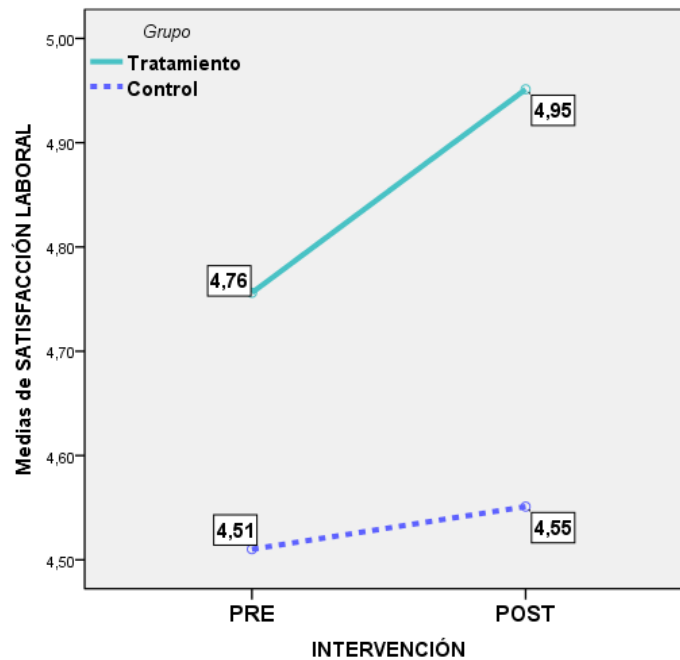


Tabla 49: Análisis inferencial: ANOVA mixto de 2 factores, inter e intra-grupo. Efecto de la intervención sobre la Satisfacción laboral. (N=90; 41 trat. + 49 control).

		Media (Desv. Estándar)		Anova 2 f.e.f.		Tamaño del efecto: R ²	
		Par de contraste		Valor	P		
DIF. INTERGRUPO	Pre-Tratamiento	4.76 (0.77)	vs	4.51 (0.82)	2.13 ^{NS}	.148	2.36 %
	G. Control	4.51 (0.82)	vs	4.55 (0.82)	0.13 ^{NS}	.719	0.06%
DIF. INTRAGRUPPO	G. Tratamiento	4.76 (0.77)	vs	4.95 (0.74)	3.06 ^{NS}	.088	1.62 %
DIF. INTERGRUPO	Post-Tratamiento	4.95 (0.74)	vs	4.55 (0.82)	5.83 *	.018	6.21 %

N.S. = NO significativo (p>.05)

Puesto que ésta variable generó dudas acerca de su falta de ajuste a la normalidad estadística, se han sometido estos datos a prueba con test alternativos no-paramétricos, siendo estos sus resultados:

- Intergrupo, pretratamiento – Mann-Whitney: valor $Z_U=1.57$; $p=.118$; no significativo.
- Intragrupo; control – Wilcoxon: valor $Z_W=1.40$; $p=.160$; no significativo.

- Intragrupo; tratamiento – Wilcoxon: valor $Z_W=1.71$; $p=.087$; casi-significativo $p<.10$.
- Intergrupo, posttratamiento – Mann-Whitney: valor $Z_U=2.47$; $p=.014$; significativo $p<.05$.

Éstos son semejantes a los reflejados en tabla 49 y, por tanto, llevan a las mismas conclusiones estadísticas tomadas anteriormente y explicadas al comienzo del apartado. En consecuencia se concluye que la falta de normalidad no afectó a los análisis realizados con el Anova mixto (tabla 49).

En conclusión, estos datos parecen apoyar la existencia de diferencias significativas entre los grupos en el post, aunque no de forma contundente debido a que el tamaño del efecto es reducido, si que hay algún efecto de la intervención sobre esta variable.

Contraste de hipótesis

Hipótesis 1: Tras la intervención, los participantes del grupo tratamiento mostrarán frente al grupo control en las puntuaciones del capital psicológico y sus componentes:

H1.a: Diferencias en el componente eficacia del capital psicológico.

- Se confirma.

H1.b: Diferencias en el componente esperanza del capital psicológico.

- Se confirma.

H1.c: Diferencias en el componente resiliencia del capital psicológico.

- Se confirma.

H1.d: Diferencias en el componente optimismo del capital psicológico.

- Se confirma.

H1.e: Diferencias en el nivel general de capital psicológico.

- Se confirma.

Hipótesis 2: Tras la intervención, los participantes del grupo tratamiento mostrarán:

H2.a: Diferencias en el componente eficacia del capital psicológico.

- Se confirma.

H2.b: Diferencias en el componente esperanza del capital psicológico.

- Se confirma.

H2.c: Diferencias en el componente resiliencia del capital psicológico.

- Se confirma.

H2.d: Diferencias en el componente optimismo del capital psicológico.

- No se confirma.

H2.e: Diferencias en el nivel general de capital psicológico.

- Se confirma.

Hipótesis 3: Ante la ausencia de intervención, los participantes del grupo control no mostrarán:

H3.a: Diferencias en el componente eficacia del capital psicológico.

- Se confirma.

H3.b: Diferencias en el componente esperanza del capital psicológico.

- Se confirma.

H3.c: Diferencias en el componente resiliencia del capital psicológico.

- Se confirma.

H3.d: Diferencias en el componente optimismo del capital psicológico.

- Se confirma.

H3.e: Diferencias en el nivel general de capital psicológico.

- Se confirma.

Hipótesis 4: Tras la intervención, los participantes del grupo tratamiento mostrarán frente al grupo control diferencias en las puntuaciones de bienestar psicológico.

- Se confirma.

Hipótesis 5: Tras la intervención, los participantes del grupo tratamiento mostrarán diferencias en las puntuaciones de bienestar psicológico.

- No se confirma.

Hipótesis 6: Ante la ausencia de intervención, los participantes del grupo control no mostrarán diferencias en las puntuaciones de bienestar psicológico.

- No se confirma.

Hipótesis 7: Tras la intervención, los participantes del grupo tratamiento mostrarán frente al grupo control diferencias en las puntuaciones en salud general percibida.

- No se confirma.

Hipótesis 8: Tras la intervención, los participantes del grupo tratamiento mostrarán diferencias en las puntuaciones en salud general percibida.

- No se confirma.

Hipótesis 9: Ante la ausencia de intervención, los participantes del grupo control no mostrarán diferencias en las puntuaciones en salud general percibida.

- Se confirma.

Hipótesis 10: Tras la intervención, los participantes del grupo tratamiento mostrarán frente al grupo control diferencias en las puntuaciones de satisfacción laboral.

- Se confirma.

Hipótesis 11: Tras la intervención, los participantes del grupo tratamiento mostrarán diferencias en las puntuaciones de satisfacción laboral.

- No se confirma.

Hipótesis 12: Ante la ausencia de intervención, los participantes del grupo control no mostrarán diferencias en las puntuaciones de satisfacción laboral.

- Se confirma.

Discusión

Mejorar las capacidades psicológicas del personal militar ha sido una constante en los Ejércitos (García Silgo, 2012). Sin embargo, esta mejora nunca se ha enfocado desde el punto de vista del capital psicológico, y es precisamente éste el propósito de este segundo estudio. Se ha intentado aunar la tradición de los programas militares, focalizados en la resiliencia en su mayoría, con la visión más amplia del comportamiento organizacional positivo, comprobando si la aplicación de dicho enfoque tiene efectos sobre el propio capital psicológico, el bienestar, la salud y la satisfacción laboral.

Los resultados obtenidos señalan que los participantes del programa breve propuesto compuesto por 4+1 sesiones formativas fundamentadas en el enfoque del capital psicológico obtienen mejoras considerables tanto en el capital psicológico como en sus componentes, entre los que se incluye la deseada resiliencia de los Ejércitos, y en menor medida en el bienestar y en la satisfacción laboral frente a los participantes del grupo control. Con ello, se da respuesta a la primera, cuarta y décima cuestión experimental. Para responder a la segunda y tercera cuestión, se observa que los participantes del grupo control en relación con el capital psicológico y sus componentes experimentan un ligero decremento en sus puntuaciones que no llega a ser significativo, mientras que en el grupo tratamiento suceden aumentos significativos salvo para el optimismo. Dada la brevedad del programa, y a que al medida post se tomó seguidamente a la finalización del mismo, se ha de considerar que ciertos cambios puedan verse limitados al no contarse con otras medidas más dilatadas en el tiempo para confirmar el mantenimiento y mejora de los cambios, pero lo

que si se espera es que el programa sea el inicio de un proceso de aprendizaje individual que irá fortaleciéndose progresivamente a medida que el personal haga uso de las habilidades instruidas y en los que la experiencia es fundamental para originar cambios. Esto podría explicar el porqué de la ausencia de cambios en el optimismo por ejemplo, ya que al ser un estilo atributivo requiere de mayores experiencias de contraste que modifiquen su componente cognitivo. Por otro lado, también para el optimismo, se ha de considerar que su nivel de fiabilidad fue el más bajo de los cuatro componentes del capital psicológico (.536), lo que puede causar ciertas dudas acerca de los resultados obtenidos en esta medida.

Al analizar los resultados relacionados con el bienestar psicológico para dar respuesta a las hipótesis cinco y seis, se esperaba una mejora del mismo en el grupo tratamiento y la ausencia de cambio en el control. Sin embargo, los controles han mostrado un decremento significativo y los tratamientos la ausencia de diferencias. Por ello, estos resultados llevan a plantear la cuestión de que el programa propuesto a su finalización no produce mejoras en el bienestar, sino que más bien ayuda a mantener el nivel de éste. Y a partir de dichos resultados, que existan diferencias significativas entre los grupos de control y tratamiento, no se debe tanto a la mejora del grupo tratamiento, sino al empeoramiento del grupo control. La razón de este comportamiento de la variable bienestar puede ser debido a que durante la preparación del equipo que va a salir de misión se ve envuelto en continuos ejercicios de entrenamiento, evaluaciones y certificaciones previas, así como los problemas derivados que supone la ausencia del núcleo familiar para el personal que tiene personas a su cargo y su próximo desplazamiento a un entorno cambiante y amenazante. Estos

estresores pueden terminar afectando de un modo u otro tal cómo señalan los resultados. Por lo tanto, la aplicación del programa de entrenamiento en habilidades, supondría una posible protección ante los estresores previos a la misión, que ayudarían a mantener el bienestar y la capacidad de adaptación de dicho personal (Culbertson et al., 2010).

Por otro lado, las preguntas experimentales diez y once hacen referencia a la satisfacción laboral en la cual no se aprecian cambios en ninguno de los dos grupos a nivel intragrupos. Este hecho puede deberse a la valoración post se realizó de manera próxima a la finalización del programa, y ser desplegado es una motivación relevante en el militar por un sin fin de razones (p. ej.: experiencia, reconocimiento, económicas, puntos para escalafón, etc.). Esa motivación repercute de manera positiva en un medio-largo plazo, y por lo tanto debiera ser valorada al retorno a territorio nacional, dónde se podrá apreciar el efecto de la intervención sobre la satisfacción en los participantes que hayan recibido la formación.

Sin embargo, en cuanto a las cuestiones siete, ocho y nueve relacionadas con la percepción de salud, no advierten ninguna diferencia inter-intra grupos. Posiblemente, este hecho sea debido a que el personal procurará cuidar al máximo su salud, ya que ante una posible lesión o problema de naturaleza psicológica-psiquiátrica, supondría el verse apartado de la posible misión, y por lo tanto, podríamos estar ante la posibilidad de que el personal omita o disimule determinados síntomas que pudieran ser indicios de posibles problemas por el riesgo que ello supondría para sus objetivos profesionales.

Por otro lado, los resultados obtenidos corroboran los obtenidos por Luthans, Avey, Avolio y Peterson (2010), en los que se expone que el capital

psicológico es desarrollable a través de intervenciones breves teniendo un impacto positivo sobre los trabajadores. Siendo este aspecto relevante para todas aquellas organizaciones que gestionan recursos humanos, pues se cuenta con una nueva evidencia, y esta vez en población militar española, que se alinea con los resultados encontrados en sectores laborales civiles de otras nacionalidades (Dello Russo & Stoykova, 2015).

Además, es de interés desde el punto de vista logístico y económico debido a que el programa no requiere una excesiva inversión más allá del tiempo empleado en las sesiones. En este caso, difiere del formato de microintervención propuesto por Luthans, Youssef y Avolio (2007) debido a que se abordaron aspectos propios del mundo militar y que requirieron ampliar la duración del mismo siendo, aún así, un programa breve. Por otro lado, que el estudio aquí presentado tenga sólo dos mediciones (pre y post) se debe a las limitaciones temporales y dificultades de seguimientos posteriores a los 6 meses o al año, que hubiese sido el ideal. Sin embargo, aunque no se dispongan de dichas mediciones en el tiempo, es conocido que los efectos de este tipo de intervenciones pueden mantenerse a largo plazo (Dello Russo & Stoykova, 2015; Schulz, Schulz, & Yeagley, 2014).

En contraposición a la tradición militar, focalizada en el refuerzo y entrenamiento de la resiliencia desde otros modelos teóricos, como el del *hardiness*, esta intervención evidencia que otro tipo de marcos teóricos que no han captado la atención de la Psicología Militar son capaces, no sólo de mejorar con su intervención la tan deseada resiliencia, sino otras capacidades que no quedan recogidas en los modelos habitualmente empleados (Sinclair et al., 2013) y que también son de relevancia para los Ejércitos. Al ejecutar este tipo

de intervenciones breves, se beneficia tanto el individuo como la propia organización, pues esta inversión será devuelta con creces, ya que el personal será capaz de manejar las demandas del día a día, protegiéndose mental y físicamente ante aquellos eventos realmente impactantes, que serían en los que se activaría la resiliencia como habilidad, y se permitiría la adaptación constante del individuo a un entorno cambiante. Por ello, aquí lo que se ha propuesto es entrenar al personal en el día a día para que en el caso de ser necesario, pueda contar con todas las habilidades necesarias ante los eventos estresantes sin que se resienta su funcionalidad, además de que se verán potenciados como ha señalado la literatura existente, un sinnúmero de comportamientos organizacionales positivos deseados.

Limitaciones y directrices futuras

A pesar de los hallazgos producidos con este estudio, y la evidencia aportada de cómo una intervención fundamentada en el capital psicológico y adaptada al entorno militar puede resultar beneficiosa, se presentan ciertas limitaciones que hacen tomar con precaución los datos aportados a la hora de extrapolarlos.

Hay que tener en cuenta, que estamos ante un estudio con un diseño cuasiexperimental longitudinal de medidas repetidas, que si bien pretende el mismo objetivo que uno experimental, es decir, buscar una relación causa-efecto a través de la manipulación de la variable independiente, no lo es al no cumplir con la aleatorización, por lo que las posibilidades de generalización son más

limitadas (Ato, López, & Benavente, 2013). Por ello, sería interesante replicar este estudio incorporando la aleatorización.

Además, este tratamiento se ha aplicado en una muestra relativamente pequeña de militares de un cuerpo militar específico, por lo que sería favorable replicar el mismo programa en otras unidades operativas con misiones de diferente perfil con el objetivo de poder generalizar el programa propuesto y de este modo ampliar su validez.

Por otro lado, sería de interés realizar este estudio con un doble ciego con el objetivo de poder reducir posibles sesgos debido al investigador, ya que el aquí presentado, por las limitaciones de personal existentes en la unidad en la que se ha llevado a cabo, fue imposible ejecutarlo.

Otra de las limitaciones a las que se ha tenido que hacer frente es que sólo se fue capaz de conseguir las medidas post-test en un plazo breve tras la finalización del programa. Por ello, sería recomendable una investigación que planteara medidas a lo largo del tiempo para comprobar si el efecto se mantiene o disminuye durante el periodo de misión, así como al regreso a territorio nacional. De este modo, también permitiría evaluar mejor el efecto en ciertas variables que en este estudio han resultado no significativas y que pueden estar influidas a un medio-largo plazo como puede ser la salud o la satisfacción. Relacionado con las mediciones de las variables, podría resultar interesante la incorporación de otras medidas conductuales por observación provenientes de terceros que permitan ir más allá de la autoevaluación.

Por último, sería recomendable cuando se replique este estudio, la incorporación de medidas de deseabilidad social para controlar el grado de distorsión que incorporan los sujetos evaluados a la hora de responder los

cuestionarios. Sin embargo, no se estima que sea algo crítico, pues no se considera que este hecho sea capaz de explicar por sí sólo las diferencias existentes entre ambos grupos.

Conclusión

El programa de intervención de desarrollo de habilidades psicológicas aplicado ha dado lugar a cambios significativos en el capital psicológico y en sus componentes, y ha ayudado a mantener el bienestar psicológico del personal de los equipos operativos que proveerán la seguridad a los buques de la Armada en sus misiones. Por lo tanto, invertir en este tipo de programas breves tiene resultados beneficiosos para el personal militar, ya que se traducen en un fortalecimiento de las habilidades y destrezas de las personas al hacer frente a los retos a los que se ven expuestas manteniendo las conductas positivas de adaptación y bienestar.

Se espera que el presente estudio sirva cómo base para otras investigaciones que permitan la replicación, tanto de la teoría bajo la que se ampara, como del propio programa, pues sólo con la evidencia se podrá perfeccionar y mejorar la preparación de los militares para los momentos de más alta demanda, manteniendo y protegiendo su nivel de funcionamiento y su psique.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E. J., & Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health and Quality of Life Outcomes, 4*, 1–16. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-76>
- Arnold, J., Randall, R., & Patterson, F. (2010). *Work psychology: understanding human behaviour in the workplace* (5th ed.). Harlow, UK: Pearson.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(6), 989–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.6.989>
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología Introducción Un marco conceptual para la investigación. *Anales de Psicología, 29*(3), 1038–1059.
- Avey, J. B., Luthans, F., & Jensen, S. M. (2009). Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. *Human Resource Management, 48*(5), 677–693. <https://doi.org/10.1002/hrm.20294>
- Avey, J. B., Luthans, F., Smith, R. M., & Palmer, N. F. (2010). Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology, 15*(1), 17–28.
- Avey, J. B., Reichard, R. J., Luthans, F., & Mhatre, K. H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human Resource Development Quarterly, 22*(2), 127–152. <https://doi.org/10.1002/hrdq.20070>
- Azanza, G., Domínguez, Á. J., Moriano, J. A., & Molero, F. (2014). Capital

- psicológico positivo. Validación del cuestionario PCQ en España. *Anales de Psicología*, 30(1), 294–301. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.153631>
- Bailey, T. C., Eng, W., Frisch, M. B., & Snyder, C. R. (2007). Hope and optimism as related to life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 2(3), 168–175. <https://doi.org/10.1080/17439760701409546>
- Baloch, Q. (2009). Effects of job satisfaction on employees motivation and turn over intentions. *Journal of Managerial Sciences*, 2(1), 1–21.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Bandura, A. & National Inst of Mental Health (1986). *Prentice-Hall series in social learning theory. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, US. Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. *Choice Reviews Online*, 35(03), 35-1826-35–1826. <https://doi.org/10.5860/CHOICE.35-1826>
- Bandura, A. (2000). Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In E. A. Locke (Eds.), *Handbook of principles of organization behavior*, (pp. 179–200). Oxford, UK: Blackwell.
- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87–99. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87>
- Bartone, P. T. (2006). Resilience under military operational stress: can leaders influence hardiness? *Military Psychology*, 18, 131–148.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion.

Psychosomatic Medicine, 57(3), 245–254.

- Bravo, A. J., Kelley, M. L., & Hollis, B. F. (2016). Work stressors, sleep quality, and alcohol-related problems across deployment: A parallel process latent growth modeling approach among Navy members. *Stress and Health*, 33(4), 339–347. <https://doi.org/10.1002/smi.2712>
- Britt, T. W., Greene-Shorridge, T. M., & Castro, C. A. (2007). The stigma of mental health problems in the military. *Military Medicine*, 172(2), 157–161. <https://doi.org/10.7205/MILMED.172.2.157>
- Britt, T. W., Greene, T. M., Shorridge, Brink, S., Nguyen, Q. B., Rath, J., Cox, A. L., Hoge, C. W., & Castro, C. A (2008). Perceived stigma and barriers to care for psychological treatment: Implications for reactions to stressors in different contexts. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(4), 317–335. <https://doi.org/10.1521/jscp.2008.27.4.317>
- Bryan, C. J., Ray-Sannerud, B. N., Morrow, C. E., & Etienne, N. (2013). Optimism reduces suicidal ideation and weakens the effect of hopelessness among military personnel. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 996–1003. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9536-1>
- Burke, M. J., & Day, R. R. (1986). Acumulative study of the effectiveness of managerial training. *Journal of Applied Psychology*, 71(2), 232–245. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.2.232>
- Cameron, K. S., Bright, D., & Caza, A. (2004). Exploring the relationships between organizational virtuousness and performance. *American Behavioral Scientist*, 47(6), 766–790. <https://doi.org/10.1177/0002764203260209>
- Carstensen, L. L., & Turk-Charles, S. (1994). The salience of emotion across the adult life span. *Psychology and Aging*, 9(2), 259–264.

<https://doi.org/10.1037/0882-7974.9.2.259>

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 879–889.

Carver, C., & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231–243). New York: Oxford University Press.

Casey, G. W. (2011). Comprehensive soldier fitness: A vision for psychological resilience in the U.S. Army. *American Psychologist, 66*(1), 1–3.
<https://doi.org/10.1037/a0021930>

Cavanagh, S. J. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing, 17*(6), 704–711.

Chamberlain, S. A., Hoben, M., Squires, J. E., & Estabrooks, C. A. (2016). Individual and organizational predictors of health care aide job satisfaction in long term care. *BMC Health Services Research, 16*(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1815-6>

Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research, 77*(1), 61–78. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5553-0>

Chemers, M. M., Watson, C. B., & May, S. T. (2000). Dispositional affect and leadership effectiveness: A comparison of self-esteem, optimism, and efficacy. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*(3), 267–277.
<https://doi.org/10.1177/0146167200265001>

Cheng, G. H., & Chan, D. K. (2008). Who suffers more from job insecurity? A meta-analytic review. *Applied Psychology: An International Review, 57*(2), 272–303. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00312.x>

- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M., Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 59, 78–100. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.002>
- Christiansen, M. F., Wallace, A., Newton, J. M., Caldwell, N., & Mann-Salinas, E. A. (2017). Improving teamwork and resiliency of burn center nurses through a standardized staff development program. *Journal of Burn Care and Research*, 38(4), 708–714.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cornum, R., Matthews, M. D., & Seligman, M. E. P. (2011). Comprehensive Soldier Fitness: Building resilience in a challenging institutional context. *American Psychologist*, 66(1), 4–9. <https://doi.org/10.1037/a0021420>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, 821–827. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.10.821>
- Culbertson, S. S., Fullagar, C. J., & Mills, M. J. (2010). Feeling good and doing great: the relationship between psychological capital and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(4), 421–433. <https://doi.org/10.1037/a0020720>
- Davis, M. H., Morris, M. M., & Kraus, L. A. (1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: Associations with well-being and attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 468–481.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.2.468>

Dawis, R. W., & Lofquist, L. H. (1984). *A psychological theory of work adjustment*.

Minneapolis: University of Minnesota Press.

Day, A. L., & Livingstone, H. A. (2001). Chronic and acute stressors among military personnel: do coping styles buffer their negative impact on health?

Journal of Occupational Health Psychology, 6(4), 348–360.

<https://doi.org/10.1037/1076-8998.6.4.348>

Dello Russo, S., & Stoykova, P. (2015). Psychological Capital Intervention (PCI):

A replication and extension. *Human Resource Development Quarterly,*

26(3), 329–347. <https://doi.org/10.1002/hrdq.21212>

Department of Defense. (2003). *Mental Health Evaluations of Members of the*

Armed Forces.

Department of Defense. (2007). *An achievable vision: Report of the Department*

of Defense Task Force on Mental Health. Defense.

Devereux, J. M., Hastings, R. P., Noone, S. J., Firth, A., & Totsika, V. (2009).

Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in*

Developmental Disabilities, 30(2), 367–377.

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I.,

Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18*(3), 572–577.

El-Anzi, F. O. (2005). Academic achievement and its relationship with anxiety,

self-esteem, optimism, and pessimism in kuwaiti students. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 33*(1), 95–104.

Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens:

- An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377–389.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 105–112. <https://doi.org/10.1136/oem.2002.006734>
- Farchi, M., Hirsch-Gornemann, M. Ben, Whiteson, A., & Gidron, Y. (2018). The SIX Cs model for immediate cognitive psychological first aid: from helplessness to active efficient coping. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 20(2). <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000395>
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 26–30.
<https://doi.org/10.1159/000082023>
- Feder, A., Southwick, S. M., Goetz, R. R., Wang, Y., Alonso, A., Smith, B. W., Buchholz, K. R., Waldeck, T., Ameli, R., Moore, J., Hain, R., Charney, D. S., & Vythilingam, M. (2008). Posttraumatic growth in former Vietnam prisoners of war. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(4), 359–370.
<https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.4.359>
- Fernández-López, Juan Antonio, Fernández-Fidalgo, María, & Cieza, Alarcos. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184.
- Fiedler, N., Ozakinci, G., Hallman, W., Wartenberg, D., Brewer, N. T., Barrett, D.

- H., & Kipen, H. M. (2006). Military deployment to the Gulf War as a risk factor for psychiatric illness among US troops. *British Journal of Psychiatry, 188*, 453–459. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.453>
- Frappell-Cooke, W., Gulina, M., Green, K., Hacker Hughes, J., & Greenberg, N. (2010). Does trauma risk management reduce psychological distress in deployed troops? *Occupational Medicine, 60*(8), 645–650. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq149>
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology: Journal of Division 1 of the American Psychological Association, 2*(3), 300–319. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment, 3*(1). <https://doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.31a>
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion, 19*(3), 313–332. <https://doi.org/10.1080/02699930441000238>
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science, 13*(2), 172–175. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00431>
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 365–376. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365>
- Gahm, G. A., & Lucenko, B. A. (2008). Screening soldiers in outpatient care for

- mental health concerns. *Military Medicine*, 173(1), 17–24.
<https://doi.org/10.7205/MILMED.173.1.17>
- García, D., Archer, T., Moradi, S., & Andersson-Arntén, A.C. (2012). Exercise frequency, high activation positive affect, and psychological well-being: beyond age, gender, and occupation. *Psychology*, 3(4), 328–336.
<https://doi.org/10.4236/psych.2012.34047>
- García Silgo, M. (2012). El papel de la resiliencia en las Fuerzas Armadas. In D. D. Rodríguez (Ed.), *Psicología en las Fuerzas Armadas*. Ministerio de Defensa, Secretaria General Técnica.
- García Silgo, M. (2013). Revisión de programas de resiliencia basados en la evidencia en los ejércitos. *Sanidad Militar*, 69(3), 182–194.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20(9), 459–466.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(April), 127–136. <https://doi.org/10.1521/00332747.1993.11024627>
- Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 97–111.
<https://doi.org/10.2307/1129837>
- Gist, M. E. (1989). The Influence of training method on self-efficacy and idea generation among managers. *Personnel Psychology*, 42(4), 787–805.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1989.tb00675.x>
- Gómez-Perdomo, G. E., Meneses-Higuera, A. C., & Palacio-Montes, M. C. (2017). La satisfacción laboral y el capital psicológico: Factores que influyen en el síndrome de burnout. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 71–75.

<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.09.002>

Green, K., Medlin, B., & Whitten, D. (2004). Developing optimism to improve performance: an approach for the manufacturing sector. *Industrial Management & Data Systems*, *104*(2), 106–114.
<https://doi.org/10.1108/02635570410522071>

Greenberg, N, Thomas, S. L., Iversen, A., Unwin, C., Hull, L., & Wessely, S. (2003). Do military peacekeepers want to talk about their experiences? Perceived psychological support of UK military peacekeepers on return from deployment. *Journal of Mental Health*, *12*(6), 565–573.
<https://doi.org/10.1080/09638230310001627928>

Greenberg, Neil, Gould, M., Langston, V., & Brayne, M. (2009). Journalists' and media professionals' attitudes to PTSD and help-seeking: A descriptive study. *Journal of Mental Health*, *18*(6), 543–548.

Grömping, U. (2006). R package relaimpo: relative importance for linear regression. *Journal Of Statistical Software*, *17*(1), 139–147.
<https://doi.org/10.1016/j.foreco.2006.08.245>

Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of American Geriatric Society*, *52*, 257–262.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x>

Harland, L., Harrison, W., Jones, J. R., & Reiter-Palmon, R. (2005). Leadership behaviors and subordinate resilience. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, *11*(2), 2–14.

Hefferon, K., & Boniwell, I. (2011). *Positive psychology: theory, research and applications*. London: McGraw-Hill.

Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). *Applied statistics for the*

behavioral sciences. Houghton Mifflin.

- Hoge, C. W. (2011). Public health strategies and treatment of service members and veterans with combat-related mental health problems. In *Deployment psychology: Evidence-based strategies to promote mental health in the military*. (pp. 17–34). Washington: American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/12300-001>
- Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 295(9), 1023–1032.
<https://doi.org/10.1001/jama.295.9.1023>
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351(1), 13–22.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1402121>
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- Huff, M. B. (2002). Role of hope in the survival of Vietnam combat veterans. *Psychological Reports*, 90(3 Pt 2), 1191–1196.
- Innes, M., & Barling, J. (2006). Violence and peacekeeping. In E. K. Kelloway, J. Barling, & J. Hurrell (Eds.), *Handbook of Workplace Violence* (pp. 309–329). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Irving, L. M., Telfer, L., & Blake, D. D. (1997). Hope, coping, and social support in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 465–479.

- Irving, Lori M., Snyder, C. R., & Crowson, J. J. (1998). Hope and coping with cancer by college women. *Journal of Personality*, *66*(2), 195–214. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.t01-1-00009>
- Judge, T. A., Jackson, C. L., Shaw, J. C., Scott, B. A., & Rich, B. L. (2007). Self-efficacy and work-related performance: The integral role of individual differences. *Journal of Applied Psychology*, *92*(1), 107–127. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.1.107>
- Kashubeck-West, S., & Meyer, J. (2008). The well-being of women who are late deafened. *Journal of Counseling Psychology*, *55*(4), 463–472. <https://doi.org/10.1037/a0013619>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(6), 1007–1022. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.6.1007>
- Krasikova, D. V., Lester, P. B., & Harms, P. D. (2015). Effects of psychological capital on mental health and substance abuse. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, *22*(3), 280–291.
- Kulesza, M., Pedersen, E., Corrigan, P., & Marshall, G. (2015). Help-seeking stigma and mental health treatment seeking among young adult veterans. *Military Behavioral Health*, *3*(4), 230–239.
- Lang, J., Thomas, J. L., Bliese, P. D., & Adler, A. B. (2007). Job demands and job performance: the mediating effect of psychological and physical strain and the moderating effect of role clarity. *Journal of Occupational and Health Psychology*, *12*(2), 116–124. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.2.116>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, C., & Rossler, W. (2004). Factors influencing social

- distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40(3), 265–274. https://doi.org/10.1176/ps.62.2.pss6202_0135
- Le Blanc, P. M., & Oerlemans, W. G. M. (2016). Amplification in the workplace: building a sustainable workforce through individual positive psychological interventions. *Papeles de Psicólogo*, 37(3), 185–191.
- Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Dulohery, M. M., Sood, A., Erwin, P. J., Brito, J. P., Boehmer, K. R., & Montori, V. M. (2014). The efficacy of resiliency training programs: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS ONE*, 9(10), e111420. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111420>
- Lester, P. B., McBride, S., Bliese, P. D., & Adler, A. B. (2011). Bringing science to bear: An empirical assessment of the Comprehensive Soldier Fitness program. *American Psychologist*, 66(1), 77–81. <https://doi.org/10.1037/a0022083>
- Limbert, C. (2005). Psychological well-being and job satisfaction amongst military personnel on unaccompanied tours: the impact of perceived social support and coping strategies. *Military Psychology*, 16(1), 37–51. <https://doi.org/10.1207/s15327876mp1601>
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135–140.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 1297–1343). Chicago, IL: Rand McNally.
- Luthans, B. C., Luthans, K. W., & Jensen, S. M. (2012). The Impact of Business

- School Students' Psychological Capital on Academic Performance. *Journal of Education for Business*, 87(5), 253–259. <https://doi.org/10.1080/08832323.2011.609844>
- Luthans, F., Luthans, K. W., & Luthans, B. (2004). Positive psychological capital: Beyond human and social capital. *Business Horizons*, 47(1), 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2003.11.007>
- Luthans, F., Avolio, B., & Avey, J. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60(3), 541–572.
- Luthans, F. (2002a). Positive organizational behavior: Developing and managing psychological strengths. *Academy of Management Executive*, 16(1), 57–75. <https://doi.org/10.2307/4165814>
- Luthans, F. (2002b). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23(6), 695–706. <https://doi.org/10.1002/job.165>
- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., Norman, S. M., & Combs, G. M. (2006). Psychological capital development: Toward a micro-intervention. *Journal of Organizational Behavior*, 27(3), 387–393. <https://doi.org/10.1002/job.373>
- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., & Peterson, S. J. (2010). The development and resulting performance impact of positive psychological capital. *Human Resource Development Quarterly*, 21(1), 41–67.
- Luthans, F., Avey, J. B., Clapp-Smith, R., & Li, W. (2008). More evidence on the value of chinese workers' psychological capital: A potentially unlimited competitive resource? *International Journal of Human Resource Management*, 19(5), 818–827. <https://doi.org/10.1080/09585190801991194>

- Luthans, F., Avey, J. B., & Patera, J. L. (2008). Experimental analysis of a web-based training intervention to develop Positive. *Academy of Management Learning & Education*, 7(2), 209–221.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Li, W. (2005). The psychological capital of chinese workers: Exploring the relationship with performance. *Management and Organization Review*, 1(2), 249–271.
- Luthans, F., & Jensen, S. M. (2002). Hope: A new positive strength for human resource development. *Human Resource Development Review*, 1(3), 304–322. <https://doi.org/10.1177/1534484302013003>
- Luthans, F., Vogelgesang, G. R., & Lester, P. B. (2006). Developing the psychological capital of resiliency. *Human Resource Development Review*, 5(1), 25–44. <https://doi.org/10.1177/1534484305285335>
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2007). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, 33(3), 321.
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2004). Human, social, and now positive psychological capital management: Investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 33(2), 143–160. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2004.01.003>
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Luthans, F., Youssef, C. M., Sweetman, D. S., & Harms, P. D. (2013). Meeting the leadership challenge of employee well-being through relationship PsyCap and health PsyCap. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 20(1), 118–133. <https://doi.org/10.1177/1548051812465893>

- Luthans, K. W., Lebsack, S. A., & Lebsack, R. R. (2008). Positivity in healthcare: relation of optimism to performance. *Journal of Health Organization and Management*, 22(2), 178–188. <https://doi.org/10.1108/14777260810876330>
- Luthar, S. S., Lyman, E. L., & Crossman, E. J. (2014). Resilience and Positive Psychology. In M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (Third Edit, pp. 125–140). New York: Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3>
- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness: A practical guide to getting the life you want*. Penguin Press.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111–131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- MacGregor, A. J., Han, P. P., Dougherty, A. L., & Galarneau, M. R. (2012). Effect of dwell time on the mental health of US military personnel with multiple combat tours. *American Journal of Public Health*, 102(1), 55-9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300341>
- Maddux, J. E. (2002). Self-efficacy: The power of believing you can. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford University Press* (pp. 277–287). New York: Oxford University Press.
- Magaletta, P. R., & Oliver, J. M. (1999). The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 539–551.

- Mantzios, M., Wilson, J. C., & Linnell, M. (2015). The role of negative cognition, intolerance of uncertainty, mindfulness, and self-compassion in weight regulation among male army recruits. *Mindfulness*, 6(3), 545–552. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0286-2>
- Mark, G., & Smith, A. P. (2012). Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees. *Anxiety, Stress and Coping*, 25(1), 63–78. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.548088>
- Martin, S. (2002). Building resilience from the grassroots up. *Monitor on Psychology*, 33(11), 52–53.
- Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity: Challenges and prospects. In M. Wang & E. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner city America: Challenges and prospects* (pp. 3–25). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E., & Reed, M. G. J. (2009). Resilience in development. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology* (2nd edition, pp. 117–131). Oxford: Oxford University Press.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 1–52). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9820-2_1
- Mcadams, D. P., Diamond, A., De, E., Aubin, S., & Mansfield, E. (1997). Stories of commitment: The psychosocial construction of generative lives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(3), 678–694.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.3.678>

- McCullough, M. E. (2000). Forgiveness as human strength: Theory, measurement, and links to well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*(1), 43–55. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.43>
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology, 90*(1), 53–76. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>
- Meredith, L. S., Sherbourne, C. D., Gaillot, S., Hansell, L., Ritschard, H. V., Parker, A. M., & Wrenn, G. (2011). *Promoting psychological resilience in the U.S. military*. Santa Monica, CA: RAND Corporation <https://doi.org/10.1214/07-EJS057>
- Merritt, D. M. (2010). *The effects of multiple intermittent deployments on the psychological adjustment of military dependant spouses*. Walden University. Minneapolis, MN, USA.
- Meyers, M. C., van Woerkom, M., de Reuver, R. S. M., Bakker, Z., & Oberski, D. L. (2015). Enhancing psychological capital and personal growth initiative: Working on strengths or deficiencies. *Journal of Counseling Psychology, 62*(1), 50–62. <https://doi.org/10.1037/cou0000050>
- Moneta, G. B., & Csikszentmihalyi, M. (1996). The effect of perceived challenges and skills on the quality of subjective experience. *Journal of Personality, 64*(2), 275–310. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00512.x>
- Moran, G. S., & Nemecek, P. B. (2013). Walking on the sunny side: What positive psychology can contribute to psychiatric rehabilitation concepts and practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 36*(3), 202–208.

<https://doi.org/10.1037/prj0000012>

Murray, B. (2003). Rebounding from losses. *Monitor on Psychology, 34*(9), 42–43.

Nagy, M. S. (2002). Using a single item approach to measure of facet job satisfaction. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 75*, 77–86.

Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2012). Flow theory and research. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology, (2 Ed.)* (pp. 195–206). Oxford, MS: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0018>

Nash, W. P., Krantz, L., Stein, N., Westphal, R. J., & Litz, B. (2011). Comprehensive soldier fitness, battlemind, and the stress continuum model: Military organizational approaches to prevention. In *Caring for veterans with deployment-related stress disorders*. (pp. 193–214). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12323-009>

Nash, W. P., Silva, C., & Litz, B. (2009). The historic origins of military and veteran mental health stigma and the stress injury model as a means to reduce it. *Psychiatric Annals, 39*(8), 789–794. <https://doi.org/10.3928/00485713-20090728-05>

Nevin, R. L. (2009). Low validity of self-report in identifying recent mental health diagnosis among U.S. service members completing Pre-Deployment Health Assessment (PreDHA) and deployed to Afghanistan, 2007: A retrospective cohort study. *BMC Public Health, 9*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-376>

Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and

- well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603–619.
<https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.603.50748>
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31(6), 539–548.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90105-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90105-4)
- Pérez-Álvarez, M. (2012). La psicología positiva: magia simpática. *Papeles Del Psicólogo*, 33(3), 183–201.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2005). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. *American Journal of Psychiatry* (Vol. 162). American Psychological Association.
- Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2007). Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 2(3), 149–156.
<https://doi.org/10.1080/17439760701228938>
- Peterson, S. J., & Byron, K. (2007). Exploring the role of hope in job performance: results from four studies. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 785–803.
<https://doi.org/10.1002/job.492>
- Peterson, S. J., & Luthans, F. (2003). The positive impact and development of hopeful leaders. *Leadership & Organization Development Journal*, 24(1), 26–31. <https://doi.org/10.1108/01437730310457302>
- Plomin, R., Scheier, M. F., Bergeman, C. S., Pedersen, N. L., Nesselroade, J. R., & McClearn, G. E. (1992). Optimism, pessimism and mental health: A twin/adoption analysis. *Personality and Individual Differences*, 13(8), 921–930. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90009-E](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90009-E)
- Rain, J. S., Lane, I. M., & Steiner, D. D. (1991). A current look at the job

- satisfaction/life satisfaction relationship: Review and future considerations. *Human Relations*, 44(3), 287–307.
- Reichard, R. J., Dollwet, M., & Louw-Potgieter, J. (2014). Development of cross-cultural psychological capital and its relationship with cultural intelligence and ethnocentrism. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 21(2), 150–164. <https://doi.org/10.1177/1548051813515517>
- Rew, L., Powell, T., Brown, A., Becker, H., & Slesnick, N. (2017). An intervention to enhance psychological capital and health outcomes in homeless female youths. *Western Journal of Nursing Research*, 39(3), 356–373. <https://doi.org/10.1177/0193945916658861>
- Riddle, J. R., Smith, T. C., Smith, B., Corbeil, T. E., Engel, C. C., Wells, T. S., Hoge, C.W., Adkins, J., Zamorski, M., Blazer, D. (2007). Millennium cohort: The 2001-2003 baseline prevalence of mental disorders in the U.S. military. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(2), 192–201. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.04.008>
- Riskind, J. H., Sarampote, C. S., & Mercier, M. A. (1996). For every malady a sovereign cure: Optimism training. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10(2), 105–117.
- Robertson, I. T., Cooper, C. L., Sarkar, M., & Curran, T. (2015). Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(3), 533–562. <https://doi.org/10.1111/joop.12120>
- Rona, R. J., Hooper, R., Jones, M., Versen, A. c., Hull, L., Murphy, D., Hotopf, M., & Wessely, S. (2009). The contribution of prior psychological symptoms and combat exposure to post Iraq deployment mental health in the UK

- military. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 11–19.
<https://doi.org/10.1002/jts>.
- Rowan, A. B., & Campise, R. L. (2006). A multisite study of Air Force outpatient behavioral health treatment-seeking patterns and career impact. *Military Medicine*, 171(11), 1123–1127. <https://doi.org/10.7205/milmed.171.11.1123>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147(DEC.), 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2003). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Positive psychology and the life well-lived* (pp. 15–36). Washington DC: APA.
- Ryff, C. D., Friedman, E. M., Morozink, J. A., & Tsenkova, V. (2012). Psychological resilience in adulthood and later life: Implications for health. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32, 73-92.
- Ryff, C D, Lee, Y. H., Essex, M. J., & Schmutte, P. S. (1994). My children and me: midlife evaluations of grown children and of self. *Psychology and Aging*, 9(2), 195–205.
- Ryff, C.D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral*

- Development*, 12(1), 35–55. <https://doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/034645>
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99–104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2002). From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being. In Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (541-554). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Sadri, G., & Robertson, I. T. (1993). Self-efficacy and work-related behaviour: A review and meta-analysis. *Applied Psychology: An International Review*, 42(2), 139–152. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1993.tb00728.x>
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J. y Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *The American Psychologist*, 55(1), 110–121. <https://doi.org/10A037//0003-O66X.55.1.110>
- Sato, T. (2001). Autonomy and Relatedness in Psychopathology and Treatment: A Cross-Cultural Formulation. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 127(1), 89–127.
- Scarpello, V., & Campbell, J. P. (1983). Job satisfaction: Are all the parts there? *Personell Psychology*, 36, 577–600. <https://doi.org/10.1111/j.1744->

6570.1983.tb02236.x

Schaubroeck, J. M., Riolli, L. T., Peng, A. C., & Spain, E. S. (2011). Resilience to traumatic exposure among soldiers deployed in combat. *Journal of Occupational Health Psychology, 16*(1), 18–37. <https://doi.org/10.1037/a0021006>

Scheier, M. E., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality, 55*(2), 169–210. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x>

Schulz, S., M. Schulz, H., & K. Yeagley, M. (2014). Psychological capital intervention: A potential tool for improving organizational commitment in sales organizations. *Marketing Theory, 5*(2), 36–47.

Seligman, M. E. P. (1975). *A series of books in Psychology. Helplessness: On depression, development, and death*. New York, NY, US: W H Freeman/Time Books/ Henry Holt & Co.

Seligman, M. E. P. (2006). *Learned optimism: How to change your mind and your life. Learned Optimism* (Vol. 9). New York, NY, US: Vintage Books. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7134.870>

Seligman, M. E. P. (2011). *Authentic happiness using the new positive psychology to realise your potential for lasting fulfilment*. New York: Free Press.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5–14.

Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 61*(8), 774–788. <https://doi.org/10.1037/0003->

066X.61.8.774

- Seligman, M. E. P., & Schulman, P. (1986). Explanatory style as a predictor of productivity and quitting among life insurance sales agents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(4), 832–838. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.4.832>
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Shahnawaz, M., & Jafri, M. (2009). Psychological capital as predictors of organizational commitment and organizational citizenship behaviour. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35(October), 78–84.
- Shann, M. H. (1998). Professional commitment and satisfaction among teachers in urban middle schools. *Journal of Educational Research*, 92(2), 67–73. <https://doi.org/10.1080/00220679809597578>
- Sheldon, K., Frederickson, B., Rathunde, K., Csikszentmihalyi, M., & Haidt, J. (2000). *Akumal Manifesto*.
- Sinclair, R. R., Waitsman, M. C., Oliver, C. M., & Deese, M. N. (2013). Personality and psychological resilience in military personnel. In Robert R Sinclair & T. W. Britt (Eds.), *Building Psychological Resilience in Military Personnel: Theory and Practise* (pp. 21–46). Washington DC: American Psychological Association.
- Siu, O. L., Cheung, F., & Lui, S. (2015). Linking positive emotions to work well-being and turnover intention among Hong Kong police officers: The role of psychological capital. *Journal of Happiness Studies*, 16(2), 367–380. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9513-8>

- Snyder, C. R. (2000a). *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press. :
- Snyder, C. R. (2000b). The past and possible futures of hope. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*(1), 11–28.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry, 13*(4), 249–275. <https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304>
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(4), 570–585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 257–276). New York: Oxford University Press.
- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 321–335. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.321>
- Spector, P. E. (1997). *Advanced topics in organizational behavior. Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998a). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 124*(2), 240–261. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.2.240>
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998b). Social cognitive theory and self-efficacy:

- Goin beyond traditional motivational and behavioral approaches. *Organizational Dynamics*, 26(4), 62–74. [https://doi.org/10.1016/S0090-2616\(98\)90006-7](https://doi.org/10.1016/S0090-2616(98)90006-7)
- Sutcliffe, K. M., & Vogus, T. J. (2003). Organizing for resilience. *Positive Organizational Scholarship: Foundations of a New Discipline*, (October), 94–110. <https://doi.org/10.1080/10967490600767035>
- Sverke, M., Hellgren, J., & Näswall, K. (2002). No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(3), 242–264. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.7.3.242>
- Tennen, H., & Affleck, G. (1998). Personality and transformation in the face of adversity. In *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. (pp. 65–98). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Thomas, J. L., Britt, T. W., Odle-Dusseau, H., & Bliese, P. D. (2011). Dispositional optimism buffers combat veterans from the negative effects of warzone stress on mental health symptoms and work impairment. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 866–880. <https://doi.org/10.1002/jclp.20809>
- Thomas, J. L., Wilk, J. E., Riviere, L. A., Mcgurk, D., Castro, C. A., & Hoge, C. W. (2010). Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and National Guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq. *Archives of General Psychiatry*, 67(6), 614–623.
- Totterdell, P., Wood, S., & Wall, T. (2006). An intra-individual test of the demands-control model: A weekly diary study of psychological strain in portfolio workers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(1), 63–84. <https://doi.org/10.1348/096317905X52616>

- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Tucker, J. S., Sinclair, R. R., & Thomas, J. L. (2005). The multilevel effects of occupational stressors on soldiers' well-being, organizational attachment, and readiness. *Journal of Occupational Health Psychology, 10*(3), 276–299. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.3.276>
- van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences, 36*(3), 629–643. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)
- Van Dyk, G. (2015). Hardiness as predictor of work readiness: a preliminary exploratory study. *Journal of Psychology in Africa, 25*(1), 80–82. <https://doi.org/10.1080/14330237.2014.997031>
- Vázquez, C. (2013). La psicología positiva y sus enemigos: Una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del Psicólogo, 34*(2), 91-115.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de La Salud, 5*, 15–28.
- Venning, A., Kettler, L., Zajac, I., Wilson, A., & Elliott, J. (2011). Is hope or mental illness a stronger predictor of mental health? *International Journal of Mental Health Promotion, 13*(2), 32–39.
- Vogt, D. S., Pless, A. P., King, L. A., & King, D. W. (2005). Deployment stressors, gender, and mental health outcomes among Gulf War I veterans. *Journal of*

- Traumatic Stress*, 18(2), 115-127. <https://doi.org/10.1002/jts.20044>
- Waite, P. J., & Richardson, G. E. (2004). Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *Journal of Allied Health*, 33(3), 178–183.
- Wanous, J. P., Reichers, A. E., & Hudy, M. J. (1997). Overall job satisfaction: How good are single-item measures? *Journal of Applied Psychology*, 82(2), 247–252. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.82.2.247>
- Waterman, A. S. (2008). Reconsidering happiness: a eudaimonist's perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 234–252. <https://doi.org/10.1080/17439760802303002>
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspective from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503–515.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 81–85.
- WHO. (2001). *The World Health Report: 2001: Mental Health: New understanding, new hope*.
- Wright, T. A. (2003). Positive organizational behavior: An idea whose time has truly come. *Journal of Organizational Behavior*, 24(4), 437–442. <https://doi.org/10.1002/job.197>
- Yates, T. M., & Masten, A. S. (2004). Fostering the future: Resilience theory and the practice of positive psychology. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 521–539). Hoboken, NJ: Wiley.
- Youssef, C. M., & Luthans, F. (2007). Positive Organizational Behavior in the Workplace. *Journal of Management*, 33(5), 774–800. <https://doi.org/10.1177/0149206307305562>
- Zhang, X., Li, Y.-L., Ma, S., Hu, J., & Jiang, L. (2014). A structured reading

materials-based intervention program to develop the psychological capital of chinese employees. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 42(3), 503–515. <https://doi.org/10.2224/sbp.2014.42.3.503>

ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Todos los datos que va a rellenar a continuación sirven para investigar y desarrollar un programa de preparación psicológica previo a los despliegues y misiones centrado en el Capital Psicológico y la Resiliencia con el objetivo de mejorar el manejo del estrés cotidiano y adaptabilidad pre y post despliegue o misión.

El Capital Psicológico hace referencia al estado psicológico positivo de desarrollo de una persona que se caracteriza por tener la confianza para realizar los esfuerzos necesarios para alcanzar una meta o reto; realizar la atribución positiva sobre lo que pueda suceder o suceda; tener la perseverancia para alcanzar los objetivos, y cuando sea necesario, ser capaz de modificar la forma de llegar a ellos; y por último, ser capaz de mantenerse y adaptarse ante los problemas y la adversidad (resiliencia).

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Toda la información es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de la investigación. Sus respuestas o intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas. Los datos obtenidos, serán analizados por el equipo investigador, no estando a disposición de ninguna persona ajena a este estudio.

Sus datos siempre serán ANÓNIMOS Y CONFIDENCIALES, y NUNCA SERÁN ANALIZADOS INDIVIDUALMENTE.

En cualquier caso, usted podrá no responder o interrumpir la evaluación en cualquier momento. Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas a lo largo de su participación en él.

Si desea alguna otra información sobre el proyecto puede ponerse en contacto con el Teniente Psicólogo Eduardo Hernández Varas (investigador) en la siguiente dirección: eduardohermandezvaras@estumail.ucm.es

Yo,.....(Nombre y Apellidos),

- He sido informado por el psicólogo: EDUARDO HERNÁNDEZ VARAS
- Se me ha explicado el proyecto y lo he entendido
- He leído y entendido la Hoja de Información.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación.

Fecha: _____ de _____ de _____ Firma:

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, de Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, el interviniente queda informado y expresamente consiente la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que sea responsable la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. La Universidad Complutense de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en la LOPD y demás normativa aplicable. El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito bien por correo al Dpto de Psicología Clínica de la UCM – Facultad de Psicología- Campus de Somosaguas- 28223 Madrid o bien por e-mail a eduardohermandezvaras@estumail.ucm.es

COPIA PARA EL INVESTIGADOR

Yo,.....(Nombre y Apellidos),

- He sido informado por el psicólogo: EDUARDO HERNÁNDEZ VARAS
- Se me ha explicado el proyecto y lo he entendido
- He leído y entendido la Hoja de Información.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación.

Fecha: _____ de _____ de _____ Firma:

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, de Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, el interviniente queda informado y expresamente consiente la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que sea responsable la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. La Universidad Complutense de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en la LOPD y demás normativa aplicable. El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito bien por correo al Dpto de Psicología Clínica de la UCM – Facultad de Psicología- Campus de Somosaguas- 28223 Madrid o bien por e-mail a eduardohermandezvaras@estumail.ucm.es

COPIA PARA EL PARTICIPANTE

Anexo B: Instrumentos de evaluación

ESTUDIO

Todos los datos que vas a rellenar a continuación sirven para investigar y desarrollar un programa de preparación psicológica previo a los despliegues y misiones.

Tus datos son **ANÓNIMOS** y **CONFIDENCIALES** y nunca serán analizados individualmente, sólo a nivel grupal y nunca se identificará la unidad de procedencia. Con los datos grupales se obtendrán unas conclusiones generales.

ESTO NO ES UN EXAMEN NI UNA EVALUACIÓN

- I. LEE Y FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
- II. CONTESTA a las preguntas que se encuentran impresas detrás de la hoja de respuestas.
- III. Contesta a las preguntas de este cuestionario señalando una sola respuesta (la que mejor corresponda en tu opinión o la que menos se aparte de ella), MARCANDO EN LA HOJA DE RESPUESTAS la casilla en la FILA CORRESPONDIENTE AL NÚMERO DE LA PREGUNTA y a la COLUMNA CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA SELECCIONADA.
- IV. Cuando hayas rellenado el cuestionario, entrégaselo al evaluador.

NOTA 1. No dejes ninguna pregunta sin responder. RESPONDE A TODAS LAS PREGUNTAS.

NOTA2. Contesta a las preguntas con sinceridad y tomándotelo en serio. De no ser así, deja el cuestionario en blanco para no alterar ni contaminar los resultados de la investigación.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- | | |
|---|--|
| A. SEXO: H M | D. NÚMERO DE MISIONES: _____ |
| B. EDAD: _____ | E. TIEMPO EN MESES QUE HAS ESTADO DESPLIEGADO O DE MISIÓN: _____ |
| C. ANTIGÜEDAD EN LAS FAS:
_____ años _____ meses | F. NÚMERO DE HIJOS: _____ |

Instrucciones: indica para cada una de las siguientes preguntas aquella respuesta que más se ajuste marcando la opción que corresponda en la hoja de respuestas:

1. ESTADO CIVIL

A	B	C	D
Soltero/a	Casado/a o pareja de hecho	Separado/a – divorciado/a	Viudo/a

2. NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO

A	B	C	D	E
ESO o equivalente	Bachiller o equivalente	Selectividad	Grado o licenciatura	Máster o doctorado

3. VIVE:

A	B	C	D
En residencia militar	Solo	Compartiendo piso	Familia

4. EMPLEO

A	B	C	D	E	F
Soldado	Cabo	Cabo 1º	Sargento	Sargento 1º	Teniente/Capitán

5. TIPO DE CONTRATO CON LAS FAS

A	B	C
De carrera	De carrera (escala de complemento o permanente)	Temporal (complemento o tropa)

6. FUNCIÓN PRINCIPAL QUE DESARROLLA

A	B	C
Combate especial (unidad especial, tirador selecto, policía militar, artificiero, agente de enlace...)	Combate técnico (apuntador armas pesadas y morteros, equipos topográficos, telemetrista...)	Combate general

7. EN GENERAL ¿CUÁL ES TU GRADO DE SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO?

Totalmente insatisfecho	A – B – C – D – E – F	Totalmente satisfecho
-------------------------	-----------------------	-----------------------

PCQ

Instrucciones: A continuación, se presentan unas afirmaciones sobre lo que piensas sobre ti mismo en este momento. Utiliza la siguiente escala para indicar tu nivel de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación y marca la opción correspondiente:

Completamente en desacuerdo	A – B – C – D – E – F	Completamente de acuerdo
AFIRMACIONES		RESPUESTAS
8. ME SIENTO SEGURO ANALIZANDO UN PROBLEMA A LARGO PLAZO PARA ENCONTRAR UNA SOLUCIÓN	A – B – C – D – E – F	
9. ME SIENTO SEGURO AL REPRESENTAR MI TRABAJO EN REUNIONES CON EL MANDO	A – B – C – D – E – F	
10. ME SIENTO SEGURO AL PARTICIPAR EN LOS DEBATES SOBRE LA ESTRATEGIA A SEGUIR	A – B – C – D – E – F	
11. ME SIENTO SEGURO AYUDANDO A ESTABLECER OBJETIVOS EN MI TRABAJO	A – B – C – D – E – F	
12. ME SIENTO SEGURO CONTACTANDO CON PERSONAL EXTERNO A MI EQUIPO DE TRABAJO PARA DISCUTIR LOS PROBLEMAS	A – B – C – D – E – F	
13. ME SIENTO SEGURO AL PRESENTAR INFORMACIÓN A UN GRUPO DE COMPAÑEROS	A – B – C – D – E – F	
14. SI ESTUVIESE EN APUROS EN EL TRABAJO, SE ME OCURRIRÍA MUCHAS FORMAS DE SALIR DE LA SITUACIÓN	A – B – C – D – E – F	
15. EN LA ACTUALIDAD ESTOY PERSIGUIENDO ENÉRGICAMENTE MIS OBJETIVOS LABORALES	A – B – C – D – E – F	
16. HAY MUCHAS FORMAS DE DARLE LA VUELTA A CUALQUIER PROBLEMA	A – B – C – D – E – F	
17. ACTUALMENTE CREO QUE ESTOY TENIENDO BASTANTE ÉXITO EN MI TRABAJO	A – B – C – D – E – F	
18. SE ME OCURREN MUCHAS FORMAS DE ALCANZAR MIS OBJETIVOS LABORALES ACTUALES	A – B – C – D – E – F	
19. EN ESTE MOMENTO, ESTOY ALCANZANDO LOS OBJETIVOS LABORALES QUE ME HE ESTABLECIDO	A – B – C – D – E – F	
20. CUANDO TENGO UN CONTRATIEMPO EN EL TRABAJO, TENGO PROBLEMAS PARA RECUPERARME Y SEGUIR ADELANTE	A – B – C – D – E – F	
21. POR LO GENERAL, MANEJO LAS DIFICULTADES DE UNA MANERA U OTRA EN EL TRABAJO	A – B – C – D – E – F	
22. PUEDO “QUEDARME SOLO” EN EL TRABAJO, POR ASÍ DECIRLO, SI TENGO QUE HACERLO	A – B – C – D – E – F	
23. NORMALMENTE ME TOMO CON CALMA LOS ASPECTOS ESTRESANTES DEL TRABAJO	A – B – C – D – E – F	
24. PUEDO SUPERAR LAS ÉPOCAS LABORALES DIFÍCILES PORQUE YA ME HE ENFRENTADO ANTES A LAS DIFICULTADES	A – B – C – D – E – F	
25. SIENTO QUE PUEDO MANEJAR MUCHAS COSAS A LA VEZ EN EL TRABAJO	A – B – C – D – E – F	
26. CUANDO LAS COSAS SON INCIERTAS PARA MÍ EN EL TRABAJO, POR LO GENERAL, ESPERO LO MEJOR	A – B – C – D – E – F	
27. SI ALGO PUEDE IR MAL EN EL TRABAJO, SEGURAMENTE IRÁ MAL	A – B – C – D – E – F	
28. EN LO QUE RESPECTA A MI TRABAJO, SIEMPRE VEO EL LADO BUENO DE LAS COSAS	A – B – C – D – E – F	
29. EN LO QUE RESPECTA A MI TRABAJO, SOY OPTIMISTA EN CUANTO A LO QUE ME DEPARARÁ EL FUTURO	A – B – C – D – E – F	
30. EN ESTE TRABAJO LAS COSAS NUNCA SALEN COMO YO QUIERO	A – B – C – D – E – F	
31. VALORO ESTE TRABAJO COMO “NO HAY MAL QUE POR BIEN NO VENGA”	A – B – C – D – E – F	

PWBS

Instrucciones: a continuación, tienes que indicar tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones. Utiliza la siguiente escala para indicar tu nivel de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación y marca la opción correspondiente:

Completamente en desacuerdo	A – B – C – D – E – F	Completamente de acuerdo
AFIRMACIONES		RESPUESTAS
32. CUANDO REPASO LA HISTORIA DE MI VIDA ESTOY CONTENTO CON CÓMO HAN RESULTADO LAS COSAS		A – B – C – D – E – F
33. A MENUDO ME SIENTO SOLO PORQUE TENGO POCOS AMIGOS ÍNTIMOS CON QUIENES COMPARTIR MIS PREOCUPACIONES		A – B – C – D – E – F
34. NO TENGO MIEDO DE EXPRESAR MIS OPINIONES, INCLUSO CUANDO SON OPUESTAS A LAS OPINIONES DE LA MAYORÍA DE LA GENTE		A – B – C – D – E – F
35. ME PREOCUPA CÓMO OTRA GENTE EVALÚA LAS ELECCIONES QUE HE HECHO EN MI VIDA		A – B – C – D – E – F
36. ME RESULTA DIFÍCIL DIRIGIR MI VIDA HACIA UN CAMINO QUE ME SATISFAGA		A – B – C – D – E – F
37. DISFRUTO HACIENDO PLANES PARA EL FUTURO Y TRABAJAR PARA HACERLOS REALIDAD		A – B – C – D – E – F
38. EN GENERAL, ME SIENTO SEGURO Y POSITIVO CONMIGO MISMO		A – B – C – D – E – F
39. NO TENGO MUCHAS PERSONAS QUE QUIERAN ESCUCHARME CUANDO NECESITO HABLAR		A – B – C – D – E – F
40. TIENDO A PREOCUPARME SOBRE LO QUE OTRA GENTE PIENSA DE MI		A – B – C – D – E – F
41. HE SIDO CAPAZ DE CONSTRUIR UN HOGAR Y UN MODO DE VIDA A MI GUSTO		A – B – C – D – E – F
42. SOY UNA PERSONA ACTIVA AL REALIZAR LOS PROYECTOS QUE PROPUSE PARA MÍ MISMO		A – B – C – D – E – F
43. SIENTO QUE MIS AMISTADES ME APORTAN MUCHAS COSAS		A – B – C – D – E – F
44. TIENDO A ESTAR INFLUENCIADO POR LA GENTE CON FUERTES CONVICCIONES		A – B – C – D – E – F
45. EN GENERAL, SIENTO QUE SOY RESPONSABLE DE LA SITUACIÓN EN LA QUE VIVO		A – B – C – D – E – F
46. ME SIENTO BIEN CUANDO PIENSO EN LO QUE HE HECHO EN EL PASADO Y LO QUE ESPERO HACER EN EL FUTURO		A – B – C – D – E – F
47. MIS OBJETIVOS EN LA VIDA HAN SIDO MÁS DE UNA FUENTE DE SATISFACCIÓN QUE DE FRUSTRACIÓN PARA MÍ		A – B – C – D – E – F
48. ME GUSTA LA MAYOR PARTE DE LOS ASPECTOS DE MI PERSONALIDAD		A – B – C – D – E – F
49. TENGO CONFIANZA EN MIS OPINIONES INCLUSO SI SON CONTRARIAS AL CONSENSO GENERAL		A – B – C – D – E – F
50. LAS DEMANDAS DE LA VIDA DIARIA A MENUDO ME DEPRIMEN		A – B – C – D – E – F
51. TENGO CLARA LA DIRECCIÓN Y EL OBJETIVO DE MI VIDA		A – B – C – D – E – F
52. EN GENERAL, CON EL TIEMPO SIENTO QUE SIGO APRENDIENDO MÁS SOBRE MÍ MISMO		A – B – C – D – E – F
53. NO HE EXPERIMENTADO MUCHAS RELACIONES CERCANAS Y DE CONFIANZA		A – B – C – D – E – F
54. ES DIFÍCIL PARA MÍ EXPRESAR MIS PROPIAS OPINIONES EN ASUNTOS POLÉMICOS		A – B – C – D – E – F
55. EN SU MAYOR PARTE, ME SIENTO ORGULLOSO DE QUIEN SOY Y LA VIDA QUE LLEVO		A – B – C – D – E – F
56. SÉ QUE PUEDO CONFIAR EN MIS AMIGOS, Y ELLOS SABEN QUE PUEDEN CONFIAR EN MÍ		A – B – C – D – E – F

57. CUANDO PIENSO EN ELLO, REALMENTE CON LOS AÑOS NO HE MEJORADO MUCHO COMO PERSONA	A - B - C - D - E - F
58. TENGO LA SENSACIÓN DE QUE CON EL TIEMPO ME HE DESARROLLADO MUCHO COMO PERSONA	A - B - C - D - E - F
59. PARA MÍ, LA VIDA HA SIDO UN PROCESO CONTINUO DE ESTUDIO, CAMBIO Y CRECIMIENTO	A - B - C - D - E - F
60. SI ME SINTIERA INFELIZ CON MI SITUACIÓN DE VIDA DARÍA LOS PASOS MÁS EFICACES PARA CAMBIARLA	A - B - C - D - E - F

GHQ-28

Instrucciones: Nos gustaría saber si tienes algún problema médico y cómo has estado de salud, en general, *durante las últimas semanas*. Por favor, contesta a **TODAS** las preguntas eligiendo la opción que, según tu criterio, mejor se adapta a tu situación. Recuerda que sólo debes responder sobre los problemas recientes, no sobre los que mantuviste en el pasado.

Es importante que intentes contestar a **TODAS** las preguntas.

ULTIMAMENTE:**61. ¿TE HAS SENTIDO PERFECTAMENTE BIEN DE SALUD Y EN PLENA FORMA?**

- A. Mejor que lo habitual
B. Igual que lo habitual
C. Peor que lo habitual
D. Mucho peor que lo habitual

62. ¿HAS TENIDO LA SENSACIÓN DE QUE NECESITABAS UN RECONSTITUYENTE?

- A. No, en absoluto
B. No más que lo habitual
C. Bastante más que lo habitual
D. Mucho más que lo habitual

63. ¿TE HAS SENTIDO AGOTADO Y SIN FUERZAS PARA NADA?

- A. No, en absoluto
B. No más que lo habitual
C. Bastante más que lo habitual
D. Mucho más que lo habitual

64. ¿HAS TENIDO LA SENSACIÓN DE QUE ESTABAS ENFERMO?

- A. No, en absoluto
B. No más que lo habitual
C. Bastante más que lo habitual
D. Mucho más que lo habitual

65. ¿HAS PADECIDO DOLORES DE CABEZA?

- A. No, en absoluto
B. No más que lo habitual
C. Bastante más que lo habitual
D. Mucho más que lo habitual

66. ¿HAS TENIDO SENSACIÓN DE OPRESIÓN EN LA CABEZA, O DE QUE LA CABEZA TE VA A ESTALLAR?

- A. No, en absoluto
B. No más que lo habitual
C. Bastante más que lo habitual
D. Mucho más que lo habitual

67. ¿HAS TENIDO OLEADAS DE CALOR O ESCALOFRÍOS?

- A. No, en absoluto
B. No más que lo habitual
C. Bastante más que lo habitual
D. Mucho más que lo habitual

68. ¿TUS PREOCUPACIONES TE HAN HECHO PERDER MUCHO SUEÑO?

- A. No, en absoluto
B. No más que lo habitual
C. Bastante más que lo habitual
D. Mucho más que lo habitual

69. ¿HAS TENIDO DIFICULTADES PARA SEGUIR DURMIENDO DE UN TIRÓN TODA LA NOCHE?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

70. ¿TE HAS NOTADO CONSTANTEMENTE AGOBIADO Y EN TENSION?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

71. ¿TE HAS SENTIDO CON LOS NERVIOS A FLOR DE PIEL Y MALHUMORADO?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

72. ¿TE HAS ASUSTADO O TENIDO PÁNICO SIN MOTIVO?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

73. ¿HAS TENIDO LA SENSACIÓN DE QUE TODO SE TE VIENE ENCIMA?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

74. ¿TE HAS NOTADO NERVIOSO Y “A PUNTO DE EXPLOTAR” CONSTANTEMENTE?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

75. ¿TE LAS HAS ARREGLADO PARA MANTENERTE OCUPADO Y ACTIVO?

- A. Más activo de lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Bastante menos que lo habitual
- D. Mucho menos que lo habitual

76. ¿TE CUESTA MÁS TIEMPO HACER LAS COSAS?

- A. Menos tiempo que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Más tiempo que lo habitual
- D. Mucho más tiempo que lo habitual

77. ¿HAS TENIDO LA IMPRESIÓN EN CONJUNTO, DE QUE ESTÁS HACIENDO LAS COSAS BIEN?

- A. Mejor que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Peor que lo habitual
- D. Mucho peor que lo habitual

78. ¿TE HAS SENTIDO SATISFECHO CON TU MANERA DE HACER LAS COSAS?

- A. Más satisfecho que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Menos satisfecho que lo habitual
- D. Mucho menos satisfecho que lo habitual

79. ¿HAS SENTIDO QUE ESTÁS DESEMPEÑANDO UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA?

- A. Más útil que lo habitual
- B. Igual de útil que lo habitual
- C. Menos útil que lo habitual
- D. Mucho menos útil que lo habitual

80. ¿TE HAS SENTIDO CAPAZ DE TOMAR DECISIONES?

- A. Más que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Menos que lo habitual
- D. Mucho menos que lo habitual

81. ¿HAS SIDO CAPAZ DE DISFRUTAR DE TUS ACTIVIDADES NORMALES DE CADA DÍA?

- A. Más que lo habitual
- B. Igual que lo habitual
- C. Menos que lo habitual
- D. Mucho menos que lo habitual

82. ¿HAS PENSADO QUE ERES UNA PERSONA QUE NO VALE PARA NADA?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

83. ¿HAS ESTADO VIVIENDO LA VIDA TOTALMENTE SIN ESPERANZA?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

84. ¿HAS TENIDO EL SENTIMIENTO DE QUE LA VIDA NO MERECE LA PENA VIVIRSE?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

85. ¿HAS PENSADO EN LA POSIBILIDAD DE “QUITARSE DE EN MEDIO”?

- A. Claramente, no
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

86. ¿HAS NOTADO QUE A VECES NO PUEDES HACER NADA PORQUE TIENES LOS NERVIOS DESQUICIADOS?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

87. ¿HAS NOTADO QUE DESEAS ESTAR MUERTO Y LEJOS DE TODO?

- A. No, en absoluto
- B. No más que lo habitual
- C. Bastante más que lo habitual
- D. Mucho más que lo habitual

88. ¿HAS NOTADO QUE LA IDEA DE QUITARTE LA VIDA TE VIENE REPENTINAMENTE A LA CABEZA?

- A. Claramente, no
- B. Me parece que no
- C. Se me ha cruzado por la cabeza
- D. Claramente, lo he pensado

Anexo C: Programa de intervención

1.

PROGRAMA DE PREPARACIÓN PSICOLÓGICA

2.

OBJETIVOS

- Facilitar información sobre el estrés y sus diferentes manifestaciones
- Identificar, practicar y desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas ante el estrés
- Aprender a detectar posibles debilidades y problemas de salud mental en uno mismo y en los compañeros
- Saber cómo dar apoyo y orientar a los compañeros ante el estrés

3.

Módulo 1

EL ESTRÉS

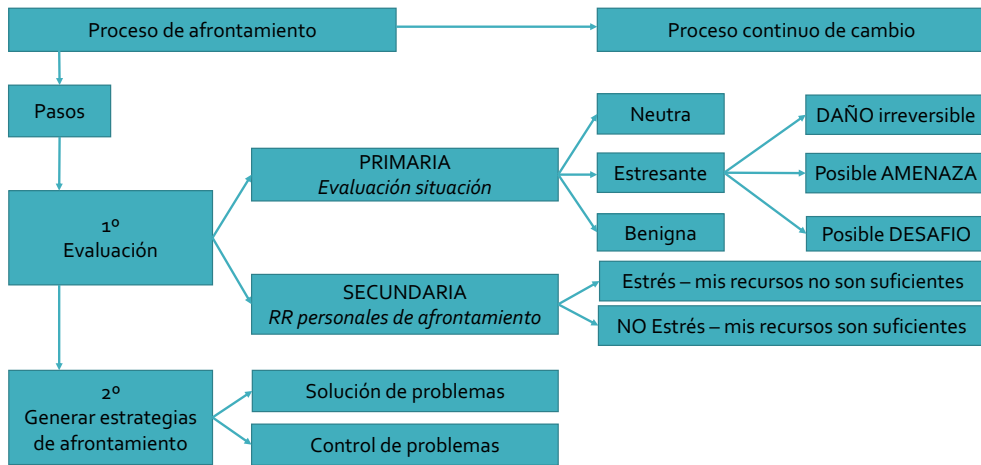
4.

¿Qué es el estrés?

- Reacción fisiológica y psicológica del organismo frente a las demandas del medio (estresores) → RR generales e inespecíficas
- Interacción individuo ↔ entorno

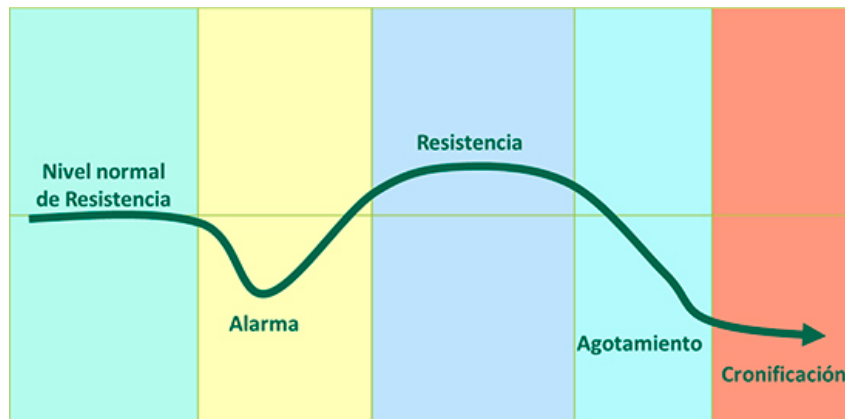
5.

Modelo teórico del estrés



6.

Fases del estrés



7.

Continuo salud - enfermedad

SALUD MENTAL ÓPTIMA ←	SALUDABLE Y RESILIENTE	REACCIONES COMUNES AL ESTRÉS	REACCIONES PROBLEMÁTICAS AL ESTRÉS (<i>prolongada, invasivas</i>)	REACCIONES SIGNIFICATIVAS AL ESTRÉS (<i>interfiriere con la funcionalidad</i>) →
PENSAMIENTOS				
Optimismo realista Uso óptimo de las habilidades mentales Concentrado	Actitud positiva Mentalmente controlado Buena concentración	Actitud pobre/desmotivado Procrastinador Olvidadizo Crítico Algunos pensamientos intrusivos	Actitud negativa Concentración negativa Pensamientos intrusivos	Actitud negativa manifiesta Insubordinación No puede concentrarse Pensamientos intrusivos disruptivos
EMOCIONES				
Estado de ánimo positivo Paciente Buen sentido del humor	Fluctuaciones normales del estado de ánimo Toma las cosas con calma Algo de humor	Irritable/impaciente Nervioso/preocupado Triste/estresado Inhibido Sarcástico	Ira Ansioso/miedoso Triste/sin esperanzas	Ira intensa/agresión Ansiedad intensa/panico Depresión/pensamientos suicidas
REACCIONES FISIOLÓGICAS / CONDUCTA				
Alto rendimiento Comprometido con hábitos saludables Sueño excelente	Buen funcionamiento Evita hábitos poco saludables Pocos problemas de sueño	Algunos problemas en el desempeño laboral Problemas de sueño Pesadillas	Mal desempeño laboral Hábitos poco saludables Sueño alterado Pesadillas frecuentes Obstinado (terco)	No puede desempeñar tareas o controlar su conducta Hábitos destructivos /prácticas de riesgo Sueño escaso o excesivo Terror nocturnos

8.

Manejo del estrés

- Organización vital e higiene del sueño
- Establecimiento de objetivos
- Control de la activación
- Control del diálogo interno y detección de las formas de pensamiento
- Manejo emocional
- Preparación de la familia

Módulo 2

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS Y ORGANIZACIÓN VITAL

Establecimiento de objetivos

- Es una habilidad que mejora el desempeño personal y laboral
- ¿Cómo funciona el establecimiento de objetivos?
 - Produciendo motivación
 - El objetivo se descompone en pasos intermedios:
 - Hace los objetivos alcanzables y realizables
 - Induce a un trabajo del día a día
 - Perseguir y realizar objetivos da lugar a confianza en uno mismo

11.

Establecimiento de objetivos

- Dos tipos de objetivos:
 - Objetivos primarios o principales ("el Gran Objetivo") → Medio plazo
 - Objetivos intermedios o de proceso → Corto y medio plazo
- El establecimiento de objetivos funciona mejor cuando:
 - Están por escrito
 - Se revisan a diario
 - Se se comparten o ponen a la vista de otros

12.

SMART - Establecimiento de objetivos

- **S** eSpecífico
- **M** Medible
- **A** Alcanzable
- **R** Relevante
- **T** T tiempo limitado

13.

Práctica

- Establecer un objetivo
- Establecer 2-3 objetivos SMART intermedios de “el Gran Objetivo”
- Establecer, al menos tres pasos, para cada uno de los objetivos intermedios.

14.

Organización vital y del tiempo

- Importancia de tener rutinas (adaptándolas en la medida de lo posible):
 - Alimentación
 - Higiene de sueño
 - Actividades agradables
 - Deporte
- Realizar un horario aproximado del tiempo que se dispone para las actividades/objetivos que se quieran/tengan que realizar
 - IMPORTANTE: reservar tiempo para los imprevistos y descansos
- Tiempo = serie ilimitada de decisiones VS Administrar tiempo = establecer prioridades

PRIORIZAR	URGENTE	NO URGENTE
IMPORTANTE	1	2
NO IMPORTANTE	3	4

15.

Módulo 3

MANEJO DE LA ACTIVACIÓN

16.

Técnicas de relajación

- Objetivos:
 - Calmar cuerpo y mente
 - Reducir la ansiedad
 - Mejorar el desempeño

17.

Respiración diafragmática

- Estrategia sencilla y fácil de aprender y aplicar
- Objetivo: control voluntario de la respiración y automatización en momentos de ansiedad
- Fundamento: activación rama parasimpática del sistema nervioso al hacer el movimiento diafragmático completo

18.

Respiración diafragmática

- Preparación: entrenamiento debe ser en condiciones de tranquilidad y comodidad
- Dinámica de ejercicios:
 - Entrenamiento en periodos cortos de tiempo (2-4 minutos) alternados con descansos breves (1-2 minutos)
 - Repetición hasta alcanzar el control del movimiento
 - Posición: tumbado boca arriba con una mano en el vientre y otra en el estómago
 - Se inspirará por la nariz y se espirará por la boca haciendo cierta resistencia con los labios
- Práctica

19.

Relajación muscular progresiva

- Preparación: entrenamiento debe ser en condiciones de tranquilidad y comodidad
- Objetivo: reducción de la tensión muscular
- Dinámica de entrenamiento:
 - Cada ejercicio se realiza 3 veces seguidas
 - Se tensarán los diferentes grupos musculares un tiempo aproximado de 10 segundos, y seguidamente se relajarán por un tiempo tres veces superior al de tensado.
 - La secuencia es la siguiente: 10-30-10-30-10-30
- Práctica

20.

Módulo 4

Reestructuración cognitiva

21.

Aceptación

- Aceptar la ocurrencia de determinadas situaciones y eventos que generan malestar
- Importante: dejar fluir la realidad y aceptarla
- Entenderlos como "retos" que aparecerán en el camino hacia nuestros objetivos
- Asumir que el control absoluto **NO** existe → si no puedo controlar → aprender a aceptar la situación

22.

Aceptación

- Ser conscientes de las emociones, sentimientos y pensamientos que genera el evento
- No rechazarlos ni evitarlos
- No juzgarlos
- Aceptarlos y permitir que se vayan de una forma natural

23.

Relación entre pensamiento y emoción



24.

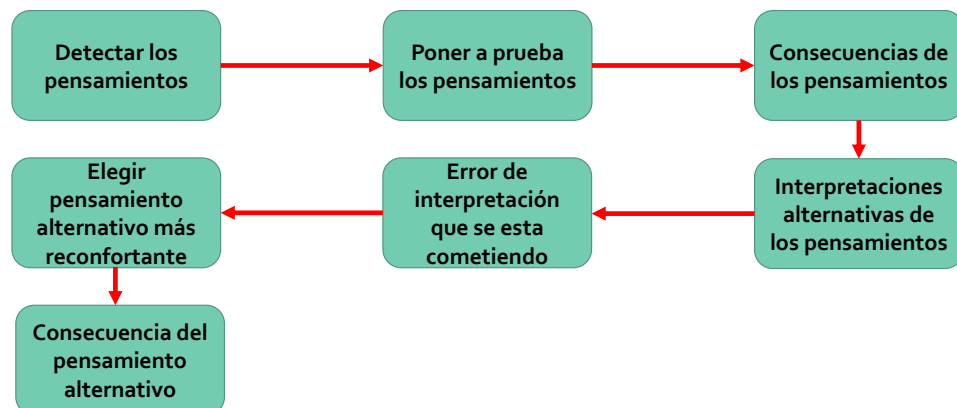
Diálogo interno

- Lo que se dice uno mismo puede marcar la diferencia entre el éxito o el fracaso
- Pensamientos boicoteadores (ej: "no puedes hacer esto") inhibirán cualquier tipo de intento
- ¿Qué hacer?
 - Concentrarse en la tarea-objetivo y confiar en el entrenamiento y habilidades → mejorará rendimiento y desempeño
 - Reconocer pensamientos boicoteadores limitadores
 - Hacer uso de autoinstrucciones

Tipos de pensamientos

- Todo o nada
- Filtro mental
- Descalificar lo positivo
- Conclusiones apresuradas
- Magnificación y minimización
- Razonamiento emocional
- Obligaciones
- Etiquetación
- Personalización
- Echar la culpa a los demás

Modificar el diálogo interno



27.

Las cuatro preguntas

- **¿Cuál es la evidencia?:**
 - ¿Qué datos poseo, qué pruebas tengo?
 - ¿Estoy confundiendo un pensamiento con un hecho?
 - ¿Estoy saltando a las conclusiones?
 - ¿Qué evidencia existe en contra de ese pensamiento?
- **¿Qué puntos de vista alternativos existen?:**
 - ¿Estoy considerando mi perspectiva como la única posible?
 - ¿Hay otro modo de enfocar esto?
- **¿Qué efectos tiene pensar del modo en que lo hago?:**
 - ¿Los pensamientos negativos me ayudan o me hundén?
 - ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de pensar de este modo?
 - ¿Me estoy haciendo preguntas que no tienen respuesta?
- **¿Estoy cometiendo algún error?:**
 - ¿Estoy pensando en términos de todo o nada?
 - ¿Me estoy condenando como persona simplemente a partir de un hecho aislado?
 - ¿Me estoy concentrando en mis puntos débiles olvidando los fuertes?
 - ¿Me estoy culpando por algo que en realidad no es culpa mía?
 - ¿Me estoy tomando cosas personalmente que tienen poco o nada que ver conmigo?
 - ¿Estoy esperando ser perfecto?
 - ¿Estoy utilizando un criterio diferente para mí que para los demás?
 - ¿Estoy prestando atención sólo al lado oscuro de las cosas?
 - ¿Estoy sobrestimando las posibilidades de que ocurra un desastre?
 - ¿Estoy exagerando la importancia de los sucesos?
 - ¿Me estoy preocupando por cómo deberían ser las cosas en vez de aceptarlas cómo son?
 - ¿Estoy creyendo que no puedo hacer nada para cambiar mi situación?
 - ¿Estoy prediciendo el futuro en vez de experimentarlo?

28.

Conclusiones

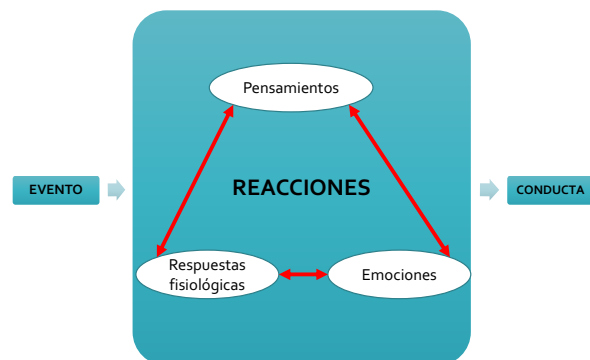
- Cualquier pensamiento se puede cambiar
- No confundir el grado de credibilidad con el grado de certeza
- Los pensamientos inadecuados boicotean
- Los pensamientos adecuados producen emociones (positivas o negativas) controlables
- Los pensamientos adecuados son facilitadores de la acción

Módulo 5

Regulación emocional

Emoción

- Respuesta compleja
- Triple sistema de respuesta:
 - Fisiológico: ¿qué siento?
 - Cognitivo: ¿qué pienso?
 - Motor: ¿qué hago?
- Universal



31.

Funciones de la emoción

- **Adaptativa** → facilita el ajuste del sujeto a las condiciones del entorno
- **Social** → señal que permite la comunicación con el otro
- **Motivacional** → capacidad para potenciar y dirigir la conducta

32.

Emociones básicas

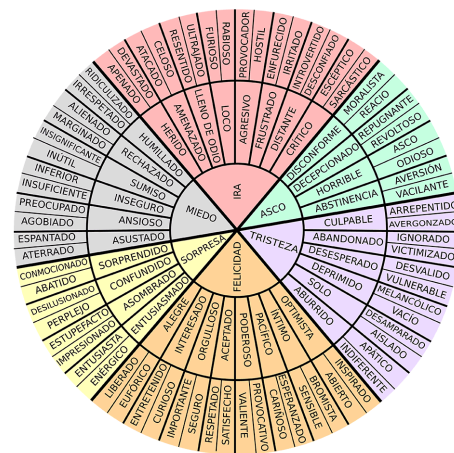
- **Positivas:** interés, alegría y humor
- **Neutras:** sorpresa
- **Negativas:** miedo, rabia, ira, asco, ansiedad/angustia y tristeza

Cómo son las emociones

- **Adaptativas** → aportan información y permiten aprender y cubrir las necesidades básicas de la persona
- **Desadaptativas** → interfieren en la consecución de los objetivos y deterioran la autoestima

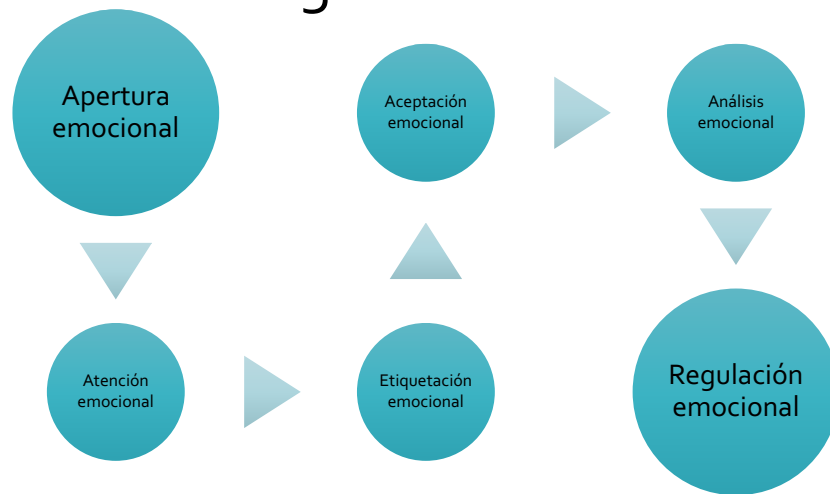
Tipo de emociones

- **Emoción primaria** → emoción desencadenada ante una situación
- **Emoción secundaria** → emoción desencadenada a consecuencia de la emoción primaria



35.

Pasos de la regulación emocional



36.

Módulo 6

Primeros auxilios psicológicos

37.

Protocolo de actuación

- Objetivo: organizar los primeros auxilios psicológicos
 - Protección, seguridad y esperanza
 - Aliviar la forma inmediata los síntomas agudos del estrés
 - Prevención de reacciones diferidas del estrés

38.

Protocolo

1. Hacer contacto:
 - Ubicar a la persona en zona segura y sentarla → reducción sensación de desamparo
 - Ayudar físicamente si es necesario
 - Hacer contacto ocular, hablarle y observar respuesta
 - Dar ordenes sencillas:
 - "¡Mírame!"
 - "¡Cógeme la mano cuando te la coja!"
2. Enfatizar el compromiso
 - "Estoy aquí contigo"; "No estás solo"

39.

Protocolo

3. Preguntar por hechos
 - Preguntas cortas, sencillas basadas en hechos:
 - ¿Dónde estabas?
 - ¿Con quién?
 - ¿Quién es tu mando?
4. Confirmar la cronología de sucesos
 - Lo que pasó → lo que está pasando → lo que pasará
5. Asignar tareas
 - De forma autoritaria para la acción inmediata

40.

Módulo 7

Ayudar al compañero

41.

Trabajo en equipo

- El todo es más que la suma de sus partes
 - Cuando se trabaja en equipo, cada uno hace uso de sus habilidades para alcanzar el objetivo
 - Se facilita la consecución de trabajos físicos (entrenamiento, ejercicios...)
 - Se ayuda a controlar el estrés → desempeño óptimo y se facilita el ajuste al entorno militar

42.

Comunicarse con el compañero

- Conductas a evitar:
 - Juzgar
 - Dar consejo sin ser solicitado
 - Tener soluciones de antemano
 - Hablar de uno mismo
 - Usar "deberías" o "tienes que"
 - Realizar críticas destructivas:
 - NO ETIQUETAR → conductas concretas y ofrecer posibles soluciones
 - Usar una comunicación pasiva, agresiva o pasivo-agresiva
- Conductas a realizar:
 - Mostrar interés y preguntar sobre la experiencia
 - Reconocer y validar su experiencia
 - Dejar a la persona la sensación de haber sido entendido y apreciado
 - Escuchar de forma activa
 - Ser genuino
 - Apoyar y reconocer y felicitar por éxitos y logros
 - Ser asertivo
 - EMPATIZAR

43.

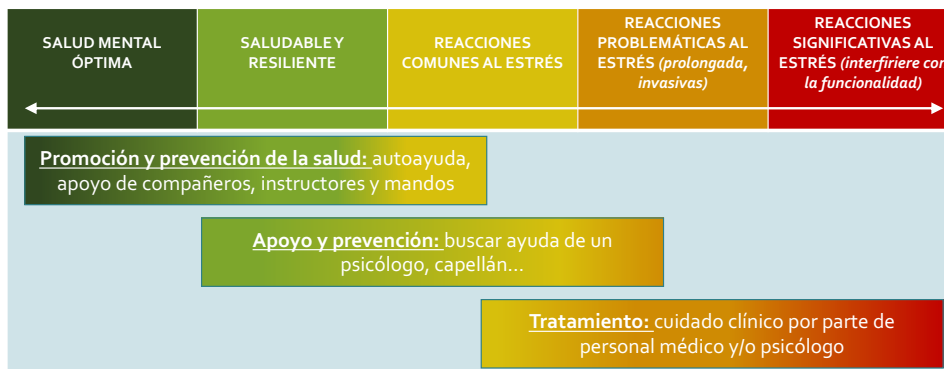
Cuidar al compañero/Identificando reacciones

SALUD MENTAL ÓPTIMA	SALUDABLE Y RESILIENTE	REACCIONES COMUNES AL ESTRÉS	REACCIONES PROBLEMÁTICAS AL ESTRÉS (prolongada, invasivas)	REACCIONES SIGNIFICATIVAS AL ESTRÉS (interfiriere con la funcionalidad)
PENSAMIENTOS				
Optimismo realista Uso óptimo de las habilidades mentales Concentrado	Actitud positiva Mentalmente controlado Buena concentración	Actitud pobre/desmotivado Procrastinador Olvidadizo Crítico Algunos pensamientos intrusivos	Actitud negativa Concentración negativa Pensamientos intrusivos	Actitud negativa manifiesta Insubordinación No puede concentrarse Pensamientos intrusivos disruptivos
EMOCIONES				
Estado de ánimo positivo Paciente Buen sentido del humor	Fluctuaciones normales del estado de ánimo Toma las cosas con calma Algo de humor	Irritable/impaciente Nervioso/preocupado Triste/estresado Inhibido Sarcástico	Ira Ansioso/miedoso Triste/sin esperanzas	Ira intensa/agresión Ansiedad intensa/pánico Depresión/pensamientos suicidas
REACCIONES FISIOLÓGICAS / CONDUCTA				
Alto rendimiento Comprometido con hábitos saludables Sueño excelente	Buen funcionamiento Evita hábitos poco saludables Pocos problemas de sueño	Algunos problemas en el desempeño laboral Problemas de sueño Pesadillas	Mal desempeño laboral Hábitos poco saludables Sueño alterado Pesadillas frecuentes Obstinado (terco)	No puede desempeñar tareas o controlar su conducta Hábitos destructivos /prácticas de riesgo Sueño escaso o excesivo Terror nocturnos

44.

Recursos

- Si el compañero requiere atención más específica y especializada de la que le podemos prestar...
 - ...Sugerirle otros recursos a los que acudir que sean apropiados



Módulo 8

Familia

Preparar a la familia

- Misión → puede fortalecer a la familia y ser un estresor
 - Estrés diario + distancia + miedo
- Adaptar la información y mensaje a cada miembro
- Aspectos a comentar:
 - Tiempo que se va a estar fuera de casa
 - Funciones que se van a desarrollar
 - Hablar y normalizar los tiempos de adaptación de la familia a la ausencia y el regreso (reajuste del sistema familiar)
- Resolver problemas pendientes

47.

Preparar a los más pequeños

- Posibilidad de problemas de conducta, escolares y enfermedades
- Explicar la ausencia y el regreso
- Permitirle preguntar y que explique la situación con sus palabras
- Posibilidad de rechazo al regreso → no reconocimiento

48.

Comunicaciones con la familia

- Dan cercanía e inmediatez: whatsapp, skype, Facebook
- No siempre disponibles
- No establecer una rutina de llamadas/comunicaciones
 - Si se produce variación → fuente de estrés

Módulo mandos

Manejo de situaciones

10 situaciones difíciles

- El miedo en combate/intervención es algo normal
- Los miembros del equipo pueden lesionarse o fallecer
- Las circunstancias de la intervención afectan tanto física como mentalmente
- Los miembros del equipo se resisten a reconocer que tienen problemas psicológicos
- Los subordinados son conscientes de que el mando se equivoca a veces
- Son normales los problemas de comunicación
- Los despliegues suponen una fuente de presión para las familias
- El entorno de la acción puede ser duro y exigente
- La cohesión y estabilidad del equipo puede verse alterado
- Los despliegues/intervenciones plantean dilemas éticos y morales

51.

Expectativas

- Entorno cambiante → adaptación → reajustar expectativa
- Expectativa no cumplida → Reajustar expectativas:
 - Dar coherencia al contexto → hablar con el personal y facilitar información
 - Ser justo = coherente, imparcial, preciso, flexible
 - Aumentar confianza mutua: accesibilidad, cumplir lo prometido, confiar en subordinados, ser modelo de competencia
 - Ocuparse de los asuntos → resolución
 - Facilitar discusión de acción de alternativas
 - Crear un ambiente favorable

52.

Moral

- Ambiente
- Cohesión
- Liderazgo
- Eficacia
- Estresores
- Actuación de los mandos
- Vicisitudes de la misión
- Salud psicológica

**POTENCIAR**

Gestión de familiares

- Generar una red formal e informal de atención a éstas → objetivo: afrontar el despliegue
- Familias pueden ser contrarias a las operaciones que realiza el militar → esperan el apoyo de la Institución
- Fomentar apoyo previo a despliegue → compromiso con la gente bajo su mando → detectar problemas → actuar

Ciclo emocional de la familia

1. Antes del despliegue:
 - Aceptación realidad del despliegue y separación
 - Anticipación y problemas derivados → reacción normal → desculpabilizar y evitar confusión
 - Ansiedad en la familia → frustración por la vida militar:
 - Qué hacer como mando:
 - Explicar a los miembros lo que les espera y a qué atenerse
 - Informar a las familias de que esperar: sesiones informativas (comprometer a la familia con la misión), importancia del esfuerzo, facilitar contactos...
 - Carta a las familias: información sobre misión, recursos disponibles, personas de contacto

55.

Ciclo emocional de la familia

2. Despliegue inicial:
 - Familia se reorganiza como sistema
 - Posibles reacciones: agobio, abotargamiento, tristeza, soledad, desorientación, emociones contradictorias, alivio, problemas de sueño...
 - Qué hacer como mando:
 - Organizar dispositivo sólido de apoyo
 - Mantener contacto periódico con el mismo

56.

Ciclo emocional de la familia

3. La estabilización:
 - Empleo de redes de apoyo (formales o informales)
 - Manejo por propia cuenta → aumenta confianza y sensación de control
 - Reacciones posibles: participación en actividades nuevas, mayor independencia, mayor confianza, sensación de mayor control

Ciclo emocional de la familia

4. La anticipación del regreso:
 - Posibles reacciones de intensidad → emociones contradictorias (alegría por el regreso y aprensión)
 - ¿Cambios en su familiar desplegado? → readaptación
 - Qué hacer como mando:
 - Comunicar fecha prevista de regreso (posibilidad de variación)
 - Carta de agradecimiento a las familias por el apoyo constante
 - Informar a los miembros del equipo sobre la reintegración familiar
 - Abordar las expectativas de la familia y las del personal desplegado
 - Preparar recepción al regreso

Ciclo emocional de la familia

5. El regreso del despliegue:
 - Primer periodo → reajuste → posibilidades:
 - Luna de miel → idealización mutua
 - Dificultades → expectativa y realidad
 - Segundo periodo → restablecimiento patrón de funcionamiento familiar habitual → reintegración y adaptación
 - Qué hacer como mando:
 - Recalcar el cumplimiento de la misión
 - Agradecer esfuerzos y apoyos a la familia

59.

Prevención de estrés

- Nivel 1: contención e identificación de factores de riesgo
 - Estresores físicos ambientales: extremo frío/calor, ruido, humos, agentes infecciosos, oscuridad... → Reducir la exposición del personal a los mismos y fomentar seguridad en el trabajo
 - Estresores físicos fisiológicos: falta de sueño, deshidratación, alimentación deficiente, higiene pobre, fatiga, enfermedad, alta activación → Retomar conductas saludables de nutrición y descanso
 - Estresores cognitivos: falta de información, privación sensorial, sobrecarga sensorial, ambigüedad, impredecibilidad, estilos cognitivos → clarificar trabajo y objetivos, defusing y debriefing después de cada actividad, desincentivar actividades automáticas y repetitivas

60.

Prevención de estrés

- Nivel 1: contención e identificación de factores de riesgo
 - Estresores emocionales: miedo, ansiedad, pérdida, resentimiento, ira, frustración, duelo, culpa, aburrimiento, inactividad, conflictos emocionales, preocupaciones familiares, desesperanza → Facilitar estrategias de afrontamiento efectivas, apoyo de compañeros
 - Estresores relacionados con la misión: no cumplimiento de la tarea, primeras experiencias, formación deficiente, falta de información, deber desestructurado, alta incertidumbre/ambigüedad, incertidumbre sobre la duración y objetivos de la misión, pérdida de confianza en el liderazgo, apoyos y equipo → Dar información sobre la misión y despliegue, mejorar la preparación, clarificar los objetivos y tareas, promocionar confianza en el liderazgo

Prevención de estrés

- Nivel 2: identificación temprana del personal con conductas disfuncionales
 - Observación del personal de la siguiente sintomatología: aumento del nivel de alerta, ansiedad/miedo injustificado, irritabilidad, ira, baja atención y concentración, desesperanza, pesimismo, baja actividad, tristeza, dificultades para dormir, insomnio, desorientación (primera misión), falta de respuesta emocional, agotamiento, debilidad, alucinaciones, alcohol, tabaco y otras drogas de abuso, conflictos sociales
→ plan de tratamiento adecuado a las necesidades del individuo por especialistas médicos o psicólogos

Prevención de estrés

- Nivel 3: todas las medidas para alcanzar el empowerment del individuo que busca mejorar los factores de protección
 - Evaluar al personal y orientarlo en el recurso de apoyo adecuado en términos de psicoterapia.
 - Promocionar factores de protección y resistencia que contribuyen al bienestar:
 - Mejorar alimentación
 - Promocionar actividades deportivas
 - Preservar el sueño y ciclos de sueño
 - Promocionar las habilidades de comunicación con la familia
 - Tiempo libre
 - Tiempo de descanso (obligatorio)

63.

Ajuste psicológico - triage

NIVEL DE PRIORIDAD		ACCIONES
Nivel 1 Baja prioridad	<i>Reacciones psicológicas leves</i> Ligeros niveles de tristeza y ansiedad, pérdida de interés en el cuidado personal, cambios en el apetito, falta de energía y concentración, alteraciones en el sueño, dolores y quejas físicas inexplicables	El tratamiento psicológico o farmacológico puede esperar Apoyo por parte de los compañeros
Nivel 2 Media prioridad	<i>Reacciones psicológicas entre leves y moderadas</i> Tristeza y ansiedad, llanto, aislamiento, preocupaciones, falta o exagerada reacción emocional, cansancio, dolor de cabeza, dificultades para desempeñar sus funciones	Monitorización 24/48h. Necesaria evaluación psicológica y/o tratamiento farmacológico
Nivel 3 Alta prioridad	<i>Reacciones psicológicas severas</i> Presentes reacciones traumáticas profundas, reducida autoeficacia, ausencia de consciencia de enfermedad, desajuste en las funciones cognitivas, conductas de riesgo (ideación suicida, cuadros disociativos, hostilidad, agresividad y conductas antisociales)	Intervención inmediata. Farmacología de estabilización. El personal debe ser evacuado.

Anexo D: Material resumen para el personal

ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Una mala administración del tiempo conlleva una serie de consecuencias, entre ellas:

- Precipitación.
- Duda entre alternativas.
- Fatiga o apatía tras muchas horas de actividad que se evalúa como no productiva.
- Incumplimiento constante de compromisos.
- Sensación de vivir desbordado por las demandas.
- Sensación de estar siempre obligado a hacer lo que no se desea.

La forma de administrar el tiempo más adecuada es **establecer prioridades**, es decir, decidir qué es lo importante y a qué dedicar el tiempo. En primer lugar, adaptar las prioridades en función de los objetivos establecidos, y proseguir con algo menos importante y así sucesivamente mientras se disponga de tiempo. Lo importante, desde este punto de vista, es si se han tomado las **decisiones adecuadas** sobre a qué dedicar el tiempo. De esta manera, el tiempo es una serie limitada de decisiones y la administración del tiempo es el establecimiento de prioridades.

Por lo tanto, administrar el tiempo consiste en establecer de antemano la importancia que queremos dar a cada actividad y decidir en función de ésta el tiempo que se le va a dedicar.

	URGENTE	NO URGENTE
IMPORTANTE	1º	2º
NO IMPORTANTE	3º	4º

Pasos para realizar una organización del tiempo adecuada:

1. Identificar las actividades que se realizan (trabajo, tiempo libre, descanso...).
2. Establecer prioridades: en función de los objetivos, se establecen a corto (una semana), medio (6 meses) y largo plazo (5 años).

OBJETIVOS A CORTO PLAZO (1-2 SEMANAS)	OBJETIVOS A MEDIO PLAZO (6 MESES)	OBJETIVOS A LARGO PLAZO (5 AÑOS)

3. Desglosar los objetivos en submetas o pasos intermedios. De este modo, serán más fácilmente alcanzables y realizables, ya que se introduce una pauta de trabajo diario. Es aconsejable que queden registrados por escrito y se revisen con frecuencia.

	SUBMETA 1	SUBMETA 2	SUBMETA 3
OBJETIVO 1			
OBJETIVO 2			

Cuando se formulen tanto los objetivos principales como los secundarios, es importante que cumplan las siguientes condiciones:

- Específico
- Medible
- Alcanzable
- Relevante
- Tiempo limitado

4. Usar técnicas para ganar tiempo:

- a. Reglas obligatorias para ganar tiempo:
 - i. Aprender a decir que no a los objetivos no prioritarios
 - ii. Ignorar los objetivos secundarios de las listas, hasta completar los objetivos prioritarios
 - iii. Incluir en el horario tiempo para imprevistos e interrupciones (mínimo 1 hora)
 - iv. Destinar momentos del día para descansar
- b. Reglas opcionales para ganar tiempo:
 - i. Delegar en otro las tareas no prioritarias
 - ii. Evitar distracciones en la realización de tareas prioritarias
 - iii. Reducir actividades improductivas
 - iv. Levantarse media hora o una hora más temprano
 - v. Aprender a hacer dos cosas a la vez
 - vi. Llevar una lista de tareas breves (5 minutos)
- c. Superar la indecisión
 - i. Examinar las consecuencias que tiene el no tomar decisiones o elegir el camino más fácil
 - ii. Señalar la fecha en que se realizará lo decidido
 - iii. Responsabilizarnos de cada aplazamiento que hagamos
 - iv. Utilizar normas automáticas para decidir en situaciones poco importantes
 - v. Aprender de tareas fáciles (pasos, graduación en las tareas)
 - vi. Acabar las tareas

5. Toma de decisiones/planificación: planificar la semana

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
07:00-08:00							
08:00-09:00							
09:00-10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-13:00							
13:00-14:00							
14:00-15:00							
15:00-16:00							
16:00-17:00							
17:00-18:00							
18:00-19:00							
19:00-20:00							
20:00-21:00							
21:00-22:00							
22:00-23:00							
23:00-24:00							

TÉCNICAS DE DESACTIVACIÓN FISIOLÓGICA

Una respiración adecuada es fundamental para el bienestar personal. Dado que los pulmones son órganos pasivos, tienen que ser movidos para respirar, por los músculos del pecho (intercostales) o por el diafragma (inferior de los pulmones). Si estos no actúan bien, la respiración será incompleta y nuestro organismo estará peor oxigenado.

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

- Con frecuencia, en especial en situaciones de tensión, la respiración es superficial e incompleta, ya que solo se usan los músculos del pecho, pero no el diafragma.
- Activar el diafragma al respirar producirá una respiración más completa y también hará que se active el sistema nervioso parasimpático, responsable de la sensación de tranquilidad.
- Permite una adecuada oxigenación del organismo y evita un mayor trabajo del corazón.
- Se puede aprender fácilmente y utilizar en cualquier situación.
- Esta respiración diafragmática puede ayudar a disminuir la ansiedad y enfrentar mejor a las situaciones de tensión.

GUIÓN DE EJERCICIOS PARA EL CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

- **Preparación**
Al principio puede realizarse **en condiciones de tranquilidad**, escaso ruido exterior, con poca luz, con ropa que no moleste, y adoptar una postura cómoda, preferentemente tumbado y con los ojos cerrados.
- **Ejercicios**
Cada ejercicio conviene hacerlo durante **períodos cortos de tiempo** (dos a cuatro minutos), alternándolos **con períodos de descanso** (uno a dos minutos). Debe repetirse hasta conseguir un buen control y después pasar al siguiente ejercicio.

○ EJERCICIO 3

Objetivo: desarrollar una inspiración completa en tres tiempos.

En la posición habitual, hay que dirigir el aire de cada inspiración en primer lugar hacia la zona del vientre, luego hacia la del estómago y por último hacia el pecho. Es importante hacer en tres tiempos diferentes la inspiración, uno por cada zona. Asimismo, recordar que la inspiración no debe ser forzada, por lo que conviene no exagerar la cantidad de aire que se dirige a cada zona.

○ EJERCICIO 4

Objetivo: hacer una inspiración regular y completa.

En la posición habitual de entrenamiento ha de llevarse a cabo la inspiración como en el ejercicio 3 (completa en tres tiempos).

Después comenzar a realizar la espiración cerrando bastante los labios de modo que se produzca un tenue ruido que nos ayude a regular la espiración de forma que sea pausada y constante, no brusca.

○ EJERCICIO 5

Objetivo: conseguir una adecuada alternancia respiratoria

Este ejercicio es muy similar al anterior en cuanto que implica inspiración y espiración completa, pero ahora la inspiración, aunque se mantenga el recorrido habitual (ventral, estomacal, pectoral), ya no se hace en tres tiempos diferenciados, sino en uno continuo. La espiración es similar a la del ejercicio anterior.

○ EJERCICIO 1

Objetivo: conseguir que el aire inspirado se dirija y llene en primer lugar la parte inferior de los pulmones.

Truco: Trate de empujar al máximo su tripa contra el cinturón.

Se coloca una mano encima del vientre (por debajo del ombligo), y otra encima del estómago. A continuación, se comienza a realizar inspiraciones pausadas tratando en cada inspiración de llenar de aire la parte inferior de los pulmones. La realización adecuada del ejercicio debe producir que se mueva la mano colocada sobre el vientre pero no (o escasamente) la colocada sobre el estómago.

Es muy **importante** no forzar la respiración ni hacerla más rápida. Se trata de respirar con la intensidad y frecuencia habitual, pero utilizando el diafragma.

○ EJERCICIO 2

Objetivo: ser capaz de dirigir el aire inspirado a la parte inferior o media de los pulmones.

En la posición anterior, tratar de dirigir el aire en primer lugar a la parte inferior del tronco, lo mismo que en el ejercicio anterior, y después, en la misma inspiración pero marcando un tiempo diferente, dirigir el aire a la parte media.

Ahora ha de notar primero que se hincha la zona de su cuerpo bajo la mano del vientre y después la zona que está bajo su segunda mano (el estómago).

○ EJERCICIO 6

Objetivo: Generalizar la respiración completa a las condiciones de la vida habitual.

Ahora, una vez dominada la respiración profunda en condiciones muy favorables (tumbado, sin ruidos...), interesa que pueda ser utilizada en condiciones cotidianas no tan favorables, en las que sea necesaria. Para ello se trata de repetir el ejercicio 5 en distintas posiciones y situaciones (por ejemplo: de pie, andando, viendo la TV, hablando...).

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA - CUATRO GRUPOS MUSCULARES• **INSTRUCCIONES**

Antes de iniciar la relajación debes encontrarte en un lugar tranquilo y relajado, en el que sepas que nadie ni nada va a poder interrumpirte mientras estés desarrollando el ejercicio.

Busca una postura cómoda, en la que puedas apoyar la mayor parte de tu cuerpo (cabeza, espalda, piernas, brazos) procurando no crear tensión ni molestias en ninguna parte de tu cuerpo.

Procura llevar ropa y calzado cómodo y ancho para poder estar lo más cómodo posibles.

Cada ejercicio debes realizarlo 3 veces seguidas, y tensarás los músculos durante un tiempo aproximado de 10 segundos; y a continuación relajaras dichos músculos durante un tiempo 3 veces superior al de tensión, en este caso, 30 segundos. De manera que un esquema de cada ejercicio quedará de la siguiente manera:

10-30-10-30-10-30

1. EJERCICIOS DE BRAZOS

Doblamos el codo en un ángulo de 45° aproximadamente, elévalo por encima de la altura del hombro, aprieta fuertemente el puño, tensando la parte superior e inferior del antebrazo junto con el bíceps y el hombro...y vuelve a la posición de reposo.

2. EJERCICIOS DE CARA

Tensa la frente frunciendo el entrecejo, aprieta fuertemente los párpados y junta los labios apretándolos fuertemente hacia fuera. Aprieta las mandíbulas y haz presión con la lengua sobre el paladar...y vuelve a la posición de reposo.

3. EJERCICIOS DE TRONCO

Curva la parte superior de la espalda tratando de juntar los hombros por detrás y, a la vez, tensa la parte inferior de la espalda arqueándola y apoyándote en los glúteos (haciendo un arco con la espalda)...y vuelve a la posición de reposo.

4. EJERCICIOS DE PIERNAS

Tensa los glúteos cómo si te fueses a levantar y, a la vez, pon los pies de puntillas ejerciendo fuerza en los muslos y en las pantorrillas...y vuelve a la posición de reposo.

5. SALIDA DEL EJERCICIO

Acabamos con unas series de inspiración-espирación pausadas, abrimos los ojos y nos incorporamos cuando nos sintamos preparados.

CONSIDERACIONES:

Tanto la respiración diafragmática como la relajación muscular progresiva es importante que, en las primeras semanas de entrenamiento, este se realice varias veces al día. No es necesario que los períodos de entrenamiento sean largos, pero sí que sean frecuentes. Una vez que se ha aprendido es importante aplicarla de forma sistemática, en especial en momentos en que sus niveles de activación sean elevados.

REGISTRO DE LOS ENTRENAMIENTOS:

Para llevar a cabo un registro de tus progresos, rellena después de cada práctica de la relajación (respiración diafragmática/relajación muscular progresiva) la siguiente ficha. Valora de 0 a 10 el grado de ansiedad que percibes antes y después de practicar la técnica. A la hora de valorar, considera 0 la ausencia de ansiedad/tensión y 10 la máxima sensación de ansiedad/tensión.

DÍA DE LA SEMANA:			
Hora	Grado de ansiedad antes (0-10)	Grado de ansiedad después (0-10)	Observaciones

RELACIÓN PENSAMIENTOS - EMOCIÓN

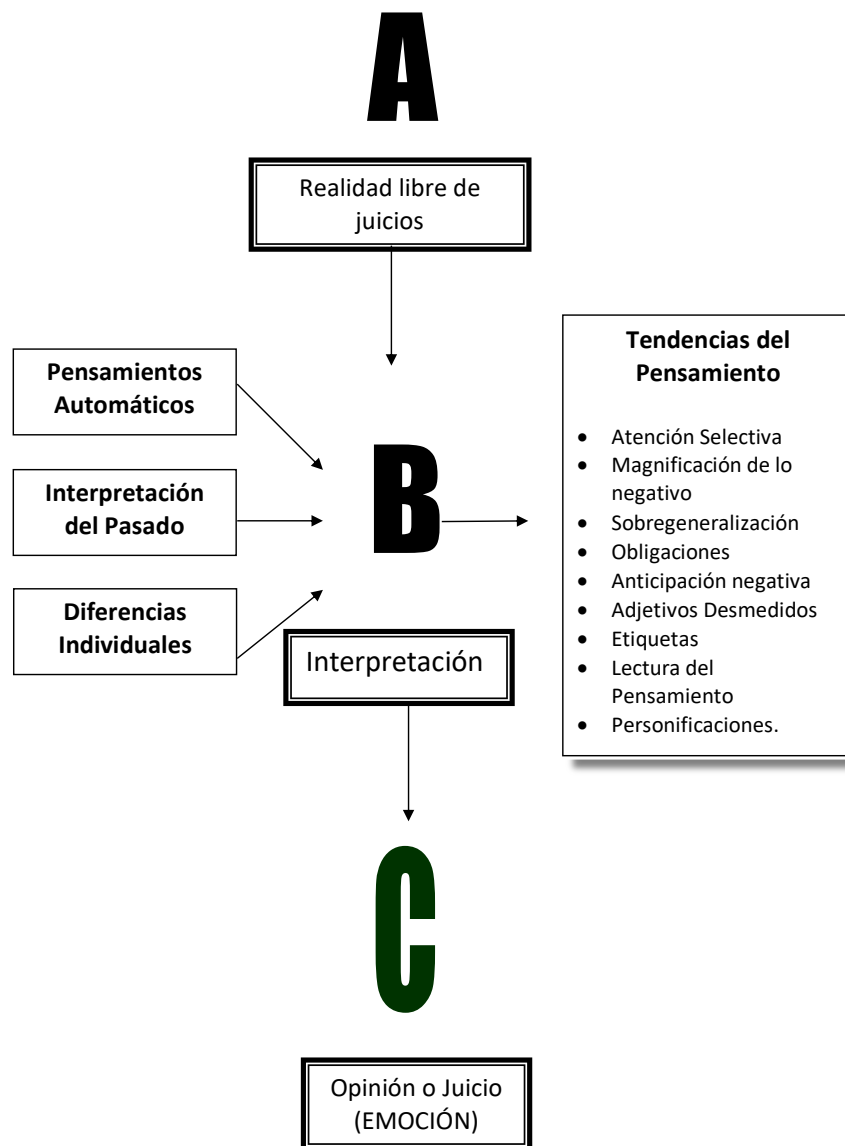
Nuestro cerebro trabaja de una manera muy particular. Primero se produce algún acontecimiento externo que es percibido por los sentidos (vista, el tacto, oído, olfato, gusto). Si el acontecimiento es interno, como un dolor de estómago, entonces se percibe a través de la propiocepción, que es el sentido que nos avisa de las cosas que pasan en nuestro cuerpo. Una vez recogido el acontecimiento, se procesa y se le dota de significado en nuestra mente y, en función de qué signifique para nosotros actuamos de una manera u otra (emociones, síntomas físicos y conductas).

Por lo tanto, antes de cualquier emoción previamente hay un pensamiento que la genera. Y una emoción negativa vendría tras una interpretación negativa de un evento. De esta manera, quedaría activado el circuito en el que el pensamiento activa una emoción con su correlato fisiológico, y a su vez, se reinterpreta las sensaciones que generan la emoción generando nuevos pensamientos y emociones que terminarán dando lugar a la conducta.



Es muy posible que estos pensamientos pasen desapercibidos y nos sintamos mal sin saber por qué. A veces se convierten en pensamientos automáticos que pasan por nuestra mente sin ningún esfuerzo. Los pensamientos que generamos pueden guiar nuestra conducta e incluso nuestras emociones. Si son incorrectos pueden llevar a pensamientos negativos que nos hagan tener gran malestar.

Conclusión: para manejar nuestras emociones y sensaciones físicas y, como consecuencia nuestras conductas, podemos intentar ver la realidad de otras maneras.



TIPOS DE PENSAMIENTO:

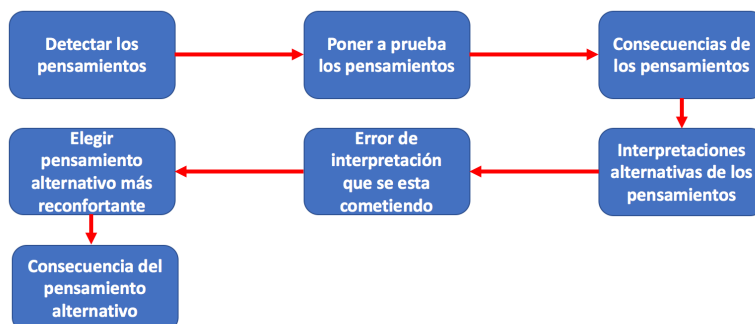
- **Todo o nada:** Lo vemos todo en categorías de blanco o negro. Si los resultados no son perfectos se considera como un fracaso. Ignoramos la escala de grises que hay en medio de hacerlo bien o mal.
 - **Generalización excesiva:** considerar un solo hecho negativo como si fuese un completo modelo de derrota. Llegamos a la conclusión de que algo que una vez nos salió mal volverá a suceder una y otra vez y utilizamos expresiones como: *“todo”, “siempre”, “nunca”, “jamás”, “nada”, “imposible”, “incapaz”*... que no permiten concretar el problema.
- **Filtro mental:** se focaliza la atención en un detalle negativo y nos centrásemos en él percibiendo que toda la situación es negativa. Es una atención selectiva hacia lo negativo.
- **Descalificar lo positivo:** rechazar las experiencias positivas porque creemos *“que no cuentan”*. Transformamos las experiencias neutras o positivas en negativas. De esta manera solemos pensar que *“somos como de segunda clase”, “que valemos menos que los demás”*. Si ocurre algo negativo nos decimos *“ves, eso prueba lo que siempre he sabido”*; si es positivo *“Ha sido una casualidad. No tiene importancia”* Así podemos mantener pensamientos negativos, aunque se contradigan con las cosas que nos pasan día a día.
- **Conclusiones apresuradas:** Sacamos una conclusión negativa aunque no existan hechos que sostengan esa conclusión de manera firme. Hay dos tipos:
 - **Lectura de pensamiento:** se hacen inferencias sobre los pensamientos de otras personas. *“Adivinamos”* lo que el otro piensa y *“sabemos”* porque se comporta de determinada manera.
 - **El adivino:** Imaginamos que nos puede suceder algo malo y tomamos esa predicción como un hecho, aun cuando no esté pasando o no sea realista.
- **Magnificación y minimización:** consiste en exagerar o aumentar las cosas de manera desproporcionada o bien reducirlas demasiado. Normalmente magnificamos nuestros errores, temores, imperfecciones y exageramos su importancia; o también el logro de los demás. Sin embargo, si pensamos en nuestras cualidades serán cosas pequeñas y sin importancia. En estos casos solemos utilizar adjetivos desproporcionados como *“horrible, horroroso, lo peor, catastrófico, insoportable...”* RECUERDA que las cosas que nos decimos a nosotros mismos influyen en nuestras emociones.

- **Razonamiento emocional:** tomamos las emociones como una realidad. Recuerda que los sentimientos son respuesta de aquello que pensamos y no al revés.
- **Obligaciones:** muchas veces nos intentamos motivar con frases como: “Tengo que hacer esto”, “Debería conseguir lo otro” Estos pensamientos nos hacen sentir presionados, agobiados y resentidos porque no terminamos de conseguir llegar a la meta que creemos que es la adecuada. Si las utilizamos con los demás pueden hacernos sentir frustrados porque no controlamos la conducta de los demás. Hay que modificar las expectativas, metas y acercarlas a la realidad. La perfección está en los ojos que lo miran y nunca coincide con la de los demás. LA PERFECCIÓN, POR LO TANTO, NO EXISTE.
- **Etiquetación:** consiste en ponerse etiquetas personales generales ante errores concretos. Esto hace que nos creemos una imagen de nosotros mismos negativa. SER es distinto a HACER o ESTAR. De ninguna cosa que hagas se puede deducir que eres algo.
- **Personalización:** asumimos la responsabilidad de algo negativo que ha sucedido cuando en realidad no hay pruebas de que haya sido nuestra culpa o la responsabilidad es de otra persona. No hay que confundir el tener INFLUENCIA con tener el CONTROL sobre otras personas.
- **Echar la culpa a los demás:** cuando responsabilizamos a los demás de nuestras circunstancias constantemente nos sentimos víctimas de otras personas y del destino. Esto implica sentir que no tenemos el control sobre las cosas que nos pasan y por lo tanto, no hacemos nada para arreglarlo.

LOS PENSAMIENTOS NO SON HECHOS:

Pero existen y nos hacen sentir mal. Estos sentimientos negativos hacen creer que esos pensamientos son reales, porque los sentimos como si lo fueran. Pero las emociones no pueden probar que nuestros pensamientos sean verdaderos. Las emociones negativas solo indican que estamos pensando en negativo.

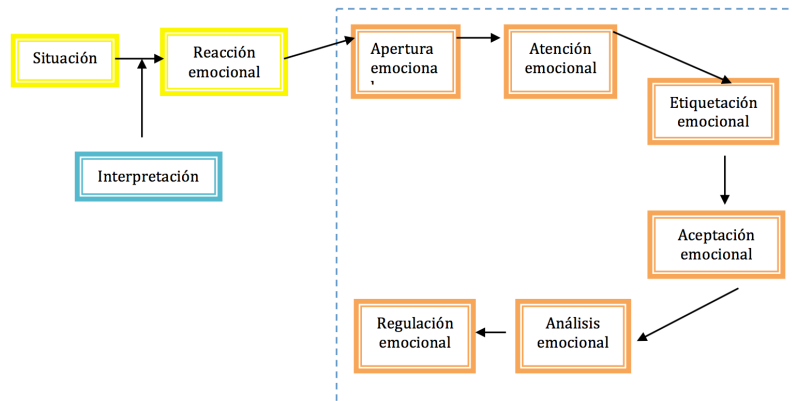
El objetivo no es hacer desaparecer todas las emociones y pensamientos que se tengan, sino saber cómo manejarlos cuando son distorsionados comparándolos con diferentes puntos de vista donde elegir.

MODIFICAR EL PENSAMIENTO:

- **Detectar los pensamientos:**
 - Me encuentro mal. ¿Qué es lo que estoy pensando?
 - ¿Por qué me perturba eso?
 - ¿Qué significa para mí?
- **Poner a prueba los pensamientos:**
 - ¿Tengo pruebas de que sea cierto?
 - ¿Estoy confundiendo pensamiento con un hecho?
 - ¿Estoy saltando a las conclusiones?
 - ¿Por qué esto es verdad? Evidencia en contra
- **Consecuencias de los pensamientos:**
 - ¿Me hace sentir bien?
 - ¿Estos pensamientos me ayudan o me hunden?
 - ¿Qué ventajas y desventajas tiene pensar así?
 - ¿Son preguntas que no tienen respuesta?
 - ¿Me valen de algo? ¿Para qué?
- **Interpretaciones alternativas más reconfortantes a los pensamientos:**
 - ¿Estoy considerando mi perspectiva como la única?
 - ¿Hay otro modo de enfocar esto?
 - ¿Qué puedo pensar que me haga sentir bien?
 - ¿Qué otras experiencias tengo relacionadas con este pensamiento, positivas, que me hagan sentir bien?
 - ¿Es realmente tan malo como parece?
- **Error de interpretación que estoy cometiendo:**
 - ¿Estoy pensando en términos de todo o nada?
 - ¿Me estoy condenando a partir de un hecho aislado?
 - ¿Me estoy concentrando en mis puntos débiles olvidando los fuertes?
 - ¿Me estoy culpando por algo que en realidad no es culpa mía?
 - ¿Me estoy tomando cosas personalmente que tienen poco o nada que ver conmigo?
 - ¿Estoy esperando ser perfecto?
 - ¿Estoy prestando atención sólo al lado oscuro de las cosas?
 - ¿Estoy sobrestimando las posibilidades de que ocurra un desastre?
 - ¿Estoy exagerando la importancia de los sucesos?

- ¿Me estoy preocupando por cómo deberían ser las cosas en vez de aceptarlas cómo son?
 - ¿Estoy prediciendo el futuro en vez de experimentarlo?
 - ¿Estoy adivinando lo que los demás piensan?
- **Elegir interpretaciones alternativas más reconfortante:**
 - ¿Cuál de las interpretaciones se ajusta más a la realidad?
 - ¿Cuál me creo más?
- **Consecuencia del pensamiento alternativo:**
 - ¿Qué sentimientos me produce pensar de esta manera?

REGULACION EMOCIONAL



1. Apertura emocional: ser capaz de percibir las propias emociones.
2. Atención emocional: dirigir los recursos atencionales a la propia experiencia emocional.
3. Etiquetación/simbolización emocional: poner nombre a la experiencia emocional, usar etiquetas emocionales (ej: temor, tristeza, vergüenza...) → relevante para continuar con el proceso.
4. Aceptación emocional: aceptar las emociones de forma serena y sin prejuicios, no rechazar las emociones sean positivas y negativas.
5. Análisis emocional: comprender que aspectos de la situación han generado la emoción que se siente. Sirven de ayuda las siguientes preguntas:

¿Quién es?

Se sienta lo que se sienta, poner nombre a la emoción y describirla en palabras.

¿De dónde viene?

El objetivo es averiguar que situación ha originado la emoción, a que personas o lugares está asociada, si proviene de un suceso reciente o pasado...

¿Qué quiere?

La emoción tiene un sentido y un fin. Si se sabe el motivo real de su aparición, será mucho más fácil resolver los conflictos. Así mismo, debes atender dicha emoción y permitir expresarla (llora, habla, ríe...)

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

- **Objetivo:** organizar los primeros auxilios psicológicos:
 - Protección, seguridad y esperanza
 - Aliviar la forma inmediata los síntomas agudos del estrés
 - Prevención de reacciones diferidas del estrés

- **Señales de estrés agudo:**
 - Desapego
 - Temblores
 - Soledad
 - Confusión y desbordamiento emocional
 - Desamparo/indefensión

- **Protocolo de actuación:**
 1. **Hacer contacto:**
 - Ubicar a la persona en zona segura y sentarla → reducción sensación de desamparo
 - Ayudar físicamente si es necesario
 - Hacer contacto ocular, hablarle y observar respuesta
 - Dar órdenes sencillas:
 - “¡Mírame!”
 - “¡Cógeme la mano cuando te la coja!”

 2. **Enfatizar el compromiso:**
 - Frases tipo: “Estoy aquí contigo”; “No estás solo”

 3. **Preguntar por hechos:**
 - Preguntas cortas, sencillas basadas en hechos:
 - i. ¿Dónde estabas?
 - ii. ¿Con quién?
 - iii. ¿Quién es tu mando?

 4. **Confirmar la cronología de sucesos:**
 - Lo que pasó → lo que está pasando → lo que pasará

 5. **Asignar tareas:**
 - De forma precisa y autoritaria para la acción inmediata

SALUD MENTAL - AYUDAR AL COMPAÑERO

SALUD MENTAL ÓPTIMA	SALUDABLE Y RESILIENTE	REACCIONES COMUNES AL ESTRÉS	REACCIONES PROBLEMÁTICAS AL ESTRÉS (prolongada, invasivas)	REACCIONES SIGNIFICATIVAS AL ESTRÉS (interfiere con la funcionalidad)
PENSAMIENTOS				
Optimismo realista Uso óptimo de las habilidades mentales Concentrado	Actitud positiva Mentalmente controlado Buena concentración	Actitud pobre/desmotivado Procrastinador Olvidadizo Crítico Algunos pensamientos intrusivos	Actitud negativa Concentración negativa Pensamientos intrusivos	Actitud negativa manifiesta Insubordinación No puede concentrarse Pensamientos intrusivos disruptivos
EMOCIONES				
Estado de ánimo positivo Paciente Buen sentido del humor	Fluctuaciones normales del estado de ánimo Toma las cosas con calma Algo de humor	Irritable/impaciente Nervioso/preocupado Triste/estresado Inhibido Sarcástico	Ira Ansioso/miedoso Triste/sin esperanzas	Ira intensa/agresión Ansiedad/intensa/pánico Depresión/pensamientos suicidas
REACCIONES FISIOLÓGICAS / CONDUCTA				
Alto rendimiento Comprometido con hábitos saludables Sueño excelente	Buen funcionamiento Evita hábitos poco saludables Pocos problemas de sueño	Algunos problemas en el desempeño laboral Problemas de sueño Pesadillas	Mal desempeño laboral Hábitos poco saludables Sueño alterado Pesadillas frecuentes Obstinado (terco)	No puede desempeñar tareas o controlar su conducta Hábitos destructivos/prácticas de riesgo Sueño escaso o excesivo Terrores nocturnos

RECURSOS SALUD MENTAL

SALUD MENTAL ÓPTIMA	SALUDABLE Y RESILIENTE	REACCIONES COMUNES AL ESTRÉS	REACCIONES PROBLEMÁTICAS AL ESTRÉS (prolongada, invasivas)	REACCIONES SIGNIFICATIVAS AL ESTRÉS (interfiere con la funcionalidad)
<p>Promoción y prevención de la salud: autoayuda, apoyo de compañeros, instructores y mandos</p> <p>Apoyo y prevención: buscar ayuda de un psicólogo, capellán...</p> <p>Tratamiento: cuidado clínico por parte de personal médico y/o psicólogo</p>				

PREVENCIÓN DE ESTRÉS – MANDOS

- **Nivel 1: contención e identificación de factores de riesgo**
 - **Estresores físicos ambientales:** extremo frío/calor, ruido, humos, agentes infecciosos, oscuridad... → Reducir la exposición del personal a los mismos y fomentar seguridad en el trabajo
 - **Estresores físicos fisiológicos:** falta de sueño, deshidratación, alimentación deficiente, higiene pobre, fatiga, enfermedad, alta activación → Retomar conductas saludables de nutrición y descanso
 - **Estresores cognitivos:** falta de información, privación sensorial, sobrecarga sensorial, ambigüedad, impredecibilidad, estilos cognitivos → clarificar trabajo y objetivos, defusing y debriefing (centrado en sucesos y hechos, no en emociones personales) después de cada actividad, desincentivar actividades automáticas y repetitivas
 - **Estresores emocionales:** miedo, ansiedad, pérdida, resentimiento, ira, frustración, duelo, culpa, aburrimiento, inactividad, conflictos emocionales, preocupaciones familiares, desesperanza → Facilitar estrategias de afrontamiento efectivas, apoyo de compañeros
 - **Estresores relacionados con la misión:** no cumplimiento de la tarea, primeras experiencias, formación deficiente, falta de información, deber desestructurado, alta incertidumbre o ambigüedad, incertidumbre sobre la duración y objetivos de la misión, pérdida de confianza en el liderazgo, apoyos y equipo → Dar información sobre la misión y despliegue, mejorar la preparación, clarificar los objetivos y tareas, promocionar confianza en el liderazgo
- **Nivel 2: identificación temprana del personal con conductas disfuncionales**
 - Observación del personal de la siguiente sintomatología: aumento del nivel de alerta, ansiedad/miedo injustificado, irritabilidad, ira, baja atención y concentración, desesperanza, pesimismo, baja actividad, tristeza, dificultades para dormir, insomnio, desorientación (primera misión), falta de respuesta emocional, agotamiento, debilidad, alucinaciones, alcohol, tabaco y otras drogas de abuso, conflictos sociales → plan de tratamiento adecuado a las necesidades del individuo por especialistas médicos o psicólogos
- **Nivel 3: todas las medidas para alcanzar el empowerment del individuo que busca mejorar los factores de protección**
 - Evaluar al personal y orientarlo en el recurso de apoyo adecuado en términos de psicoterapia.
 - Promocionar factores de protección y resistencia que contribuyen al bienestar:
 - Mejorar alimentación
 - Promocionar actividades deportivas
 - Preservar el sueño y ciclos de sueño
 - Promocionar las habilidades de comunicación con la familia
 - Tiempo libre
 - Tiempo de descanso (obligatorio)

TRIAGE DE EMERGENCIA PSICOLÓGICA

	NIVEL DE PRIORIDAD	ACCIONES
Nivel 1	<i>Reacciones psicológicas leves</i>	El tratamiento psicológico o farmacológico puede esperar
Baja prioridad	Ligeros niveles de tristeza y ansiedad, pérdida de interés en el cuidado personal, cambios en el apetito, falta de energía y concentración, alteraciones en el sueño, dolores y quejas físicas inexplicables	Apoyo por parte de los compañeros
Nivel 2	<i>Reacciones psicológicas entre leves y moderadas</i>	Monitorización 24/48h.
Media prioridad	Tristeza y ansiedad, llanto, aislamiento, preocupaciones, falta o exagerada reacción emocional, cansancio, dolor de cabeza, dificultades para desempeñar sus funciones	Necesaria evaluación psicológica y/o tratamiento farmacológico
Nivel 3	<i>Reacciones psicológicas severas</i>	Intervención inmediata.
Alta prioridad	Presentes reacciones traumáticas profundas, reducida autoeficacia, ausencia de consciencia de enfermedad, desajuste en las funciones cognitivas, conductas de riesgo (ideación suicida, cuadros disociativos, hostilidad, agresividad y conductas antisociales)	Farmacología de estabilización. El personal debe ser evacuado.