



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA SOCIAL

Consecuencias en la Salud Psicológica de la
Instrucción de Vuelo: Estudio de una Muestra de
Alumnos e Instructores Militares

**Dña. Adela González Marín
2015**

Dr. D. Mariano García Izquierdo, Profesor Titular de Universidad, adscrito al Departamento de Psiquiatría y Psicología Social de la Universidad de Murcia,

AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “**Consecuencias en la salud psicológica de la instrucción de vuelo: estudio de una muestra de alumnos e instructores militares**” realizada por D^a. Adela González Marín, bajo mi dirección y supervisión, puesto que cumple con todos los requisitos para su defensa pública.



En Murcia, a 30 de octubre de 2015.

UNIVERSIDAD DE MURCIA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA SOCIAL

D. Julio Antonio Carbayo Herencia, Doctor en Medicina, Responsable de la Unidad de Lípidos de idcsalud Hospital de Albacete y Profesor Honorario de la Universidad Católica de San Antonio de Murcia (UCAM) y del Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, San Juan, Alicante.

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral "**Consecuencias en la salud psicológica de la instrucción de vuelo: estudio de una muestra de alumnos e instructores militares**", realizada por Dña. Adela González Marín, bajo su supervisión y dirección, reúne los requisitos para ser presentada y defendida ante el tribunal que en su día se designe.

Murcia, a 30 de Octubre de 2015



Fdo. Dr. Julio Antonio Carbayo Herencia

AGRADECIMIENTOS

"De gente bien nacida es agradecer
los beneficios que recibe"

*Miguel de Cervantes Saavedra
(El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha)*

El presente trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de numerosas personas que a lo largo de estos años han aportado una valiosa, desinteresada y acertada ayuda. Comenzando por mis directores de tesis, Mariano García Izquierdo que, desde un principio ha tenido la paciencia de ir completando esta investigación, y Julio Carbayo Herencia cuyo empuje fue decisivo para terminar este trabajo.

A una persona especial, Eva Fages, siempre pendiente de ayudar de forma desinteresada y resolver, por su gran capacidad de trabajo, energía y ánimo a seguir.

A mis padres quienes sin escatimar esfuerzo alguno sacrificaron parte de sus vidas para educarme y llevarme hasta aquí con su ejemplo en la vida.

A mi marido. Agradecerle no sólo por creer en este proyecto, sino por creer en mí, animarme a realizarlo y ayudarme a verlo hecho realidad. Alguien que ha compartido muchos momentos de mi vida, los más importantes, pero nunca pensé que la tesis también sería algo de los dos, sin él esto no hubiera empezado ni terminado.

Gracias.

A mis hijos Javier, Víctor y Álvaro por ser quienes son, formar parte de mi vida y darme tanta felicidad.

Expresar también mi agradecimiento a quienes han caminado conmigo en la aventura de estas páginas. Ser una escritora lenta tiene sus inconvenientes, pero también

permite descubrir la constancia en el afecto de las personas que te rodean. Empezó este trabajo siendo algo en lo que todos aportaban y al final de este trayecto seguimos estando y aportando; creo que la constancia, la perseverancia y el esfuerzo son la mejor recompensa y aprendizaje.

A todos aquellos, y en especial al Ejército del Aire, que de una u otra forma han hecho posible que la intención de mejorar con esta investigación la labor desarrollada en la Academia General del Aire haya sido una realidad.

ÍNDICE

Introducción	5
Primera parte	
CAPÍTULO 1. Características de la Organización	9
1.1 La Institución Militar	9
1.1.1 Características del personal militar. La profesión militar	12
1.1.2 Centro docente de formación de oficiales.	22
1.1.2.1 Misión.	24
1.1.2.2 Sistema de enseñanza en el centro de formación.	25
1.1.2.3 Planes de estudio.	25
1.1.2.4 Duración.	26
1.1.2.5 Estructura Departamental.	26
1.1.2.6 Instrucción militar y educación física.	32
1.1.2.7 Instrucción de vuelo.	33

CAPÍTULO 2. Características de los puestos que se analizarán	36
2.1 El Profesor Instructor	36
2.2 El Alumno	37
2.2.1 Formas de Acceso a la Enseñanza Militar de Formación.	37
2.2.2 Sistemas de Selección.	38
2.2.3 Condiciones Necesarias de los Aspirantes.	41
2.2.3.1. Condiciones particulares para la forma de acceso directo.	43
CAPÍTULO 3. SALUD: CONCEPTOS GENERALES	46
3.1 Salud laboral	54
3.2 Salud psicológica	62
3.2.1 Salud psicológica en aviación.	65
3.2.2 El Sistema Sociotécnico Aeronáutico.	76
3.2.3 Perfil psicológico del piloto.	76
3.2.4 La clínica del vuelo.	79
3.2.5 Psicología aeronáutica en la actualidad.	81
3.2.6 Aspectos psicológicos que afectan al vuelo.	86

CAPÍTULO 4. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA INSTRUCCIÓN DEL VUELO EN INSTRUCTORES Y ALUMNOS	
---	--

4.1 Estrés de vuelo	91
4.1.1 Estrés laboral en personal militar.	98
4.2 Burnout	100
4.2.1 Burnout en entorno de trabajo militar.	112
4.2.2 Burnout en pilotos.	119
4.3 El engagement o la vinculación en el trabajo como consecuencia positiva	121
4.3.1 Engagement en pilotos.	128
4.4 Síntomas psicósomáticos	131
4.4.1 Síntomas psicósomáticos en pilotos militares.	138
4.5 Bienestar psicológico	140
4.5.1 Bienestar psicológico entre pilotos militares.	146
CAPÍTULO 5.OBJETIVOS E HIPÓTESIS	149
5.1 OBJETIVOS	149
5.2 HIPOTESIS	151
5.2.1 HIPOTESIS GENERALES	151
5.2 .1HIPOTESIS PARA ALUMNOS	153
5.2.2 HIPOTESIS PARA INSTRUCTORES	156

Segunda parte

CAPÍTULO 6. MÉTODO	159
6.1 Participantes	159
6.2 Instrumentos	162
6.2.1 Burnout. (MBI-GS).	162
6.2.2 Bienestar psicológico. (GHQ-28).	166
6.2.3 Engagement. (UWES-17).	168
6.2.4 Síntomas psicosomáticos. (CPP de Hock).	174
6.3 Procedimiento	175
6.4 Análisis de datos	176
CAPITULO 7. RESULTADOS	178
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN	206
CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES	214
REFERENCIAS	221
ANEXOS	260

INTRODUCCIÓN

“El alma se encuentra donde reside el juicio, y el juicio reside en el lugar llamado “sentido común”, donde se encuentran todos los sentidos. Es aquí precisamente donde se encuentra y no en el cuerpo, como muchos han creído. Si así fuese, no hubiera sido necesario para los sentidos el encontrarse en un lugar concreto. Hubiera bastado que el ojo registrara su percepción en la superficie, en lugar de transmitir las imágenes de los objetos al sentido común por medio de los nervios ópticos, para que el alma los hubiese captado en la superficie del ojo”.

Leonardo da Vinci (1452-1519)

En el origen del presente trabajo, en una primera reflexión, se pensó en la forma de obtener información sobre el estado del bienestar psicológico de los alumnos de un centro docente de formación de oficiales e intentar determinar la existencia de alguna relación entre éste y el rendimiento en el aprendizaje del vuelo. Más tarde y dada la colaboración que ha existido con el Ejército del Aire, se decidió obtener también información sobre cuál era el bienestar psicológico de una muestra de personal militar piloto.

Como en todo estudio en sus comienzos, la revisión de la bibliografía constituye el primer paso. En este sentido, se pudo comprobar que apenas existen estudios que valoren tanto el bienestar psicológico como los factores que influyen en el mismo en alumnos de una academia militar española.

Sin duda, identificar estos factores podría contribuir a un mayor bienestar durante la enseñanza de estos alumnos y es de esperar que al mismo tiempo influyan en su futura labor profesional como servidores públicos de España.

El estado de la salud psicológica de este personal, no sólo repercute en la salud de ellos mismos sino también en la calidad en el desarrollo de su actividad profesional y lo que es más importante, lo que conlleva de aumento en la seguridad en las operaciones aéreas.

Los estudios realizados hasta ahora suelen poner de manifiesto que la actividad aeronáutica, y más en concreto la del piloto de avión, se encuentra entre las profesiones más estresantes, lo cual tiene consecuencias negativas, no sólo para el trabajador sino también para la institución en la que éste trabaja.

En nuestro país no hemos encontrado trabajos que hayan estudiado en qué estado se encuentra este tipo de personal, a pesar de que presentan una serie de características laborales que los hace vulnerables. Además, este colectivo se encuentra sujeto a unas condiciones de vida diferentes al del resto de componentes de la sociedad, que pueden contribuir a un mayor desgaste profesional, lo que hace que la investigación sea interesante, a la vez que inédita.

Es crucial que estos profesionales se encuentren en plenas facultades psicológicas por las importantes labores que van a desempeñar, no sólo a escala

nacional sino también internacional, en conflictos armados, catástrofes o en misiones de mantenimiento de la paz.

Por lo tanto, una buena aproximación sería analizar la salud psicológica a través del burnout, engagement, síntomas psicosomáticos y salud psicológica de un grupo de alumnos que se encuentran en su fase de formación del aprendizaje del vuelo, así como de sus respectivos instructores.

Para ello hemos dividido este trabajo en dos grandes apartados. El primero integra el marco teórico del estudio en el que hemos abordado una revisión, desde lo general a lo específico, comenzando con el análisis del ambiente de trabajo del personal participante, tanto en el marco general del ambiente militar como en el particular referido al propio lugar de trabajo, determinando sus particularidades como centro de enseñanza, al mismo tiempo que unidad militar. Se ha incluido también una descripción de la figura del instructor de vuelo en el centro de enseñanza militar y de una manera más amplia, se expone la del alumno, describiendo las formas de acceso posibles, el proceso de selección al que se someten, así como las condiciones que han de cumplir para poder acceder al centro de enseñanza.

Se irán analizando las particularidades que son propias a la institución militar y que tienen su reflejo en el comportamiento de los profesionales que forman parte de las Fuerzas Armadas (FAS). Este es el ambiente que más directamente afectará a los participantes en el estudio y en este sentido se considerará por una parte a los alumnos y por otra a los instructores, ya que se entiende que aunque están íntimamente relacionados, las diferentes funciones de ambos grupos podrían producir efectos diferentes en cada uno de ellos.

A continuación se incluyen el marco teórico sobre salud comenzando por conceptos de salud laboral para pasar a tratar la salud psicológica, eje principal de esta

investigación. En este caso describiendo un perfil psicológico del piloto, tratando los aspectos de la psicología que se enfocan en el piloto como parte del sistema aeronáutico y terminando con aquellos aspectos psicológicos que pueden afectar al vuelo como actividad.

El segundo apartado, en los capítulos 6, 7, 8 y 9, aborda la investigación empírica con la exposición de los objetivos e hipótesis y así como el método utilizado en la misma para, a continuación, reflejar los resultados de los distintos aspectos analizados, sobre los que realizamos la discusión y las conclusiones relevantes a dichos resultados sobre la base de los objetivos e hipótesis de partida.

Se ha procedido a describir los resultados para cada una de las variables, teniendo en cuenta por un lado a instructores y alumnos conjuntamente y por otro, a instructores y alumnos por separado, con el fin de establecer comparaciones entre ambos y por último se realiza un análisis de la distribución porcentual de las respuestas que conforman cada uno de los cuestionarios a los que se han aplicado a los participantes.

A través del modelo de Demandas y Recursos Laborales (JDR) estableceremos como las variables burnout y engagement y las variables bienestar psicológico y síntomas psicósomáticos, nos indican las consecuencias en la salud psicológica de la muestra.

CAPÍTULO 1. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN MILITAR

1.1. La institución militar

El Ministerio de Defensa está compuesto por el Jefe del Estado Mayor de la Defensa, Secretaría de Estado de Defensa, Subsecretaría de Defensa, Ejército de Tierra, Armada y Ejército del Aire. También dependen del mismo la Guardia Civil y el Centro Superior de Información de la Defensa (CESID) para cometidos propios de defensa.

El Jefe del Estado Mayor de la Defensa (JEMAD) es la persona que tiene el poder militar, a través de la cual el ministro de Defensa ordena, coordina y dirige la actuación de las Fuerzas Armadas (FAS) en la realización de las misiones operativas derivadas de los planes estratégicos y de aquellas otras que puedan verse en situaciones de crisis o que el Gobierno encargue a las FAS. El Jefe del Estado Mayor de la Defensa es el Comandante del Mando Operativo Conjunto de las FAS, quien, además de desempeñar la dirección estratégica de las operaciones, toma el mando de las fuerzas terrestres, navales y aéreas. A él le pertenece, realizar la organización adecuada para el cumplimiento de cada misión y el desarrollo de cada ejercicio, haciéndose cargo del mando.

La Secretaría de Estado de Defensa se ocupa de la preparación, dirección y desarrollo de la política económica, de armamento, material y de infraestructura.

La Subsecretaría de Defensa tiene la responsabilidad de emplear las políticas de personal, reclutamiento, enseñanza, acción social y sanitaria, y se añade a todo esto la ocupación de los servicios comunes al departamento.

Las FAS españolas están formadas por el Ejército de Tierra, la Armada y el Ejército del Aire, correspondiendo al Rey el mando supremo de las mismas. Estas están exclusivamente consagradas al servicio de la Patria y su razón de ser es la defensa

militar de España y su misión garantizar la soberanía e independencia de la Patria, defender la integridad territorial y el ordenamiento constitucional.

Las Fuerzas Armadas conforman una institución que se encuentra identificada con el pueblo español y son un elemento esencial para la seguridad de la Nación. Su organización se basa en dos estructuras: una orgánica, para la preparación de la fuerza, y otra operativa, para su empleo en las misiones que se le asignen. La estructura orgánica posibilitará la generación de la estructura operativa, estableciéndose mediante criterios de funcionalidad basados en los medios y formas propias de acción del Ejército de Tierra, de la Armada y del Ejército del Aire, y en una organización homogénea de éstos. Por otra parte la estructura operativa, establecida para el desarrollo de la acción conjunta y combinada, se organizará con arreglo al principio de unidad de mando y a los criterios necesarios para la consecución de la máxima capacidad operativa.

El Ejército de Tierra, la Armada y el Ejército del Aire componen la estructura orgánica de las FAS y aportan las capacidades básicas para su estructura operativa.

Cada uno de ellos está compuesto por:

a) El Cuartel General, constituido por el conjunto de órganos que encuadran los medios humanos y materiales necesarios para asistir al Jefe de Estado Mayor en el ejercicio del mando sobre su respectivo Ejército.

b) La Fuerza, establecida como el conjunto de medios humanos y materiales que se agrupan y organizan con el cometido principal de prepararse para la realización de operaciones militares. En su ámbito, se llevará a cabo el adiestramiento, la preparación y la evaluación de sus unidades y se realizarán, en tiempo de paz, las misiones específicas permanentes que se le asignen.

c) El Apoyo a la Fuerza, entendido como el conjunto de órganos responsables de la dirección, gestión, administración y control de los recursos humanos, materiales y

financieros, asignados a cada uno de los Ejércitos. En su ámbito se dirigirá y se controlará el mantenimiento de la Fuerza y se llevarán a cabo las actividades del apoyo logístico que posibilitan la vida y funcionamiento de las unidades, centros y organismos.

Por otra parte la estructura operativa de las FAS es la que permite el empleo operativo de los ejércitos, estos se encuentran bajo el mando del Comandante del Mando de Operaciones que a su vez depende del Ministro de Defensa. En la siguiente Figura 1 se puede observar la estructura operativa actual de las FAS.



Figura 1. Estructura operativa de las FAS.

Una de las características fundamentales de la institución militar y que marca en un alto grado al personal militar, es la disposición permanente para la defensa del país, e incluso y según se contempla en las reales Ordenanzas de las FAS, con la entrega de la

vida cuando fuera necesario, esto constituye el primer y más fundamental deber del militar.

Asimismo el militar guardará y hará guardar la Constitución como norma fundamental del Estado y cumplirá las obligaciones derivadas de las misiones de las FAS, de su condición militar y de su sujeción a las leyes penales y disciplinarias militares. Esto implica un régimen sancionador al que no están sujetos el resto de la sociedad.

Entre sus normas de comportamiento se encuentra la disciplina, jerarquía y unidad, desempeñando sus cometidos con estricto respeto al orden jerárquico militar en la estructura orgánica y operativa de las FAS. Los que ocupan los diversos niveles de la jerarquía están investidos de autoridad en razón de su cargo, destino o servicio y asumirán plenamente la consiguiente responsabilidad.

La autoridad implica el derecho y el deber de tomar decisiones, dar órdenes y hacerlas cumplir, fortalecer la moral, motivar a los subordinados, mantener la disciplina y administrar los medios asignados.

Como ya se ha dicho anteriormente el militar estará en disponibilidad permanente para el servicio, que se materializará de forma adecuada al destino que se ocupe y a las circunstancias de la situación, y realizará cualquier tarea o servicio con la máxima diligencia y puntualidad, tanto en operaciones como en el funcionamiento diario de las unidades.

1.1.1. Características del Personal Militar: La Profesión Militar

Para hacer una primera aproximación nos vamos a apoyar en la definición de profesión formulada por el profesor Juan González Anleo (1994), que la define como la actividad desarrollada por una parte o sector de la sociedad —los militares

profesionales— que, tras una específica y profunda preparación, dedica todos sus esfuerzos al estudio, preparación, desarrollo, manejo y consecuencias del uso de las armas con la finalidad de preservar la paz entre las naciones. Para que fuera completa quizás habría que añadir que por su desempeño sus miembros perciben unos emolumentos en consonancia con la importancia de su cometido y el nivel profesional adquirido, máxime cuando por la especificidad de su preparación y la necesaria plena dedicación exigible dichos conocimientos solo son de aplicación en esta profesión.

El general Santos Bobo (1996) considera que para que un soldado, tanto si es profesional como si no lo es, pueda ser considerado verdaderamente tal, además de haber adquirido la necesaria formación técnica tiene que haber asumido e incorporado a su personalidad una disciplina y unos valores morales que, matiza, no se adquieren en un solo día. Es evidente que si dichas cualidades morales son necesarias para un soldado, con mucha más razón lo deben ser para un profesional.

En la anterior definición se recogen de forma directa o indirecta los elementos que en cierto modo definen una profesión: utilidad social, alta cualificación, competencia especializada y prestigio.

La utilidad social de la profesión militar es evidente, pues aparte de que su finalidad es la defensa armada de la sociedad, como único sector de la misma autorizado y expresamente organizado para el uso de las armas y por lo tanto de la fuerza a su más alto nivel. Por los mismos motivos su cualificación y competencia profesional y moral deben ser máximas dada la creciente sofisticación de los medios que se emplean y sobre todo por los riesgos, tanto personales como colectivos, derivados de una posible deficiente preparación.

Llegados a este punto hay que hacer especial mención a lo que quizás sea rasgo característico o principal paradigma de la profesión militar, el conocimiento

especializado de la administración de la violencia y de su tecnología, puesto en sus manos por otros profesionales para que sea el militar el encargado de su utilización. Abundando en esta idea del paradigma o característica esencial de la profesión militar hay que resaltar que de las funciones del militar, señaladas en el Capítulo II de las Reales Ordenanzas (2009), son precisamente las de mando y operativas las verdaderamente específicas.

En consecuencia se considera militar a aquel que en su actividad cotidiana o normal usa, está preparado, o se prepara para usar, las armas en su más amplio sentido. Acabamos de ver lo que se entiende por profesión militar. Es necesario diferenciar entre profesión y función militar. Nos ceñiremos, en primer lugar, a lo señalado por la Ley 17/89, reguladora del régimen del Personal Militar Profesional, en su artículo uno, que la define como un servicio del Estado a la comunidad nacional prestado por las FAS bajo la dirección del Gobierno, para cumplir la misión definida en el artículo 8.1 de la Constitución (Las FAS, constituidas por el Ejército de Tierra, la Armada y el Ejército del Aire, tienen como misión garantizar la soberanía e independencia de España, defender su integridad territorial y el ordenamiento constitucional). Por supuesto y como también dice la mencionada Ley en su preámbulo, es una parte de la función pública. Pero también hay que decir que la función militar es desarrollada no solo por los militares, sino también por un gran número, cada vez mayor, de personal civil adscrito de una forma u otra a la Administración Militar, que desarrollan parte de las funciones señaladas en las Reales Ordenanzas (RR.OO) para los militares, pero nunca las de mando y operativas.

Por tanto se hace preciso distinguir entre la función militar, a que acabamos de referir y las funciones del militar que se mencionan y clasifican, en el Capítulo II de las RR.OO, en seis grupos de actividades— mando, apoyo y asesoramiento, combate,

instrucción, adiestramiento y enseñanza, trabajo técnico, administración y logística— de acuerdo a las distintas capacidades de acción o acciones propias de los cargos o destinos por tipos o afinidades. Y en consecuencia podemos decir que el ejercicio de la profesión militar entraña la ejecución de distintas funciones (unas más militares que otras) según el destino o unidad. Es por esto por lo que es conveniente no confundir ambos conceptos ya que uno es parte del otro.

Los militares de carrera, están perfectamente definidos tanto en las RR.OO, como en la Ley 39/2007 (De la Carrera Militar) y su característica fundamental es que estos forman los cuadros permanentes de mando de los Ejércitos, tras la obtención de su primer empleo y con él su ingreso en la Escala correspondiente. Los miembros de esta investigación son militares de carrera en el caso de los instructores y en caso de los alumnos, lo serán al finalizar su período de formación.

En cambio los militares profesionales pueden ser de categoría de oficial o de tropa y marinería.

Para concretar a tenor de lo que se viene diciendo y conforme a los cometidos que para cada uno de los Cuerpos y Escalas militares señala la citada Ley 39/2007, podemos concluir que son militares profesionales los pertenecientes a los Cuerpos Generales de los tres Ejércitos y al Cuerpo de Infantería de Marina, únicos que tienen por cometidos el mando, preparación y empleo de la fuerza y del apoyo de la fuerza, así como los pertenecientes a los Cuerpos de Especialistas de los tres ejércitos, y de los Cuerpos Comunes de las FAS.

Otra diferencia entre profesión y carrera, es que mientras la profesión es única e igual para todos los que la siguen, la carrera es totalmente distinta para cada individuo. De hecho en el mismo lenguaje coloquial matizamos perfectamente las diferencias de carreras entre unos y otros, cuando decimos que las hay mejores y peores, más largas y

más cortas, más o menos brillantes, variadas o monótonas. Lo que para todos empieza igual, incluso el mismo día con la obtención del primer empleo por promoción se va diferenciando a lo largo de su desarrollo alcanzando cada uno diferentes empleos, éxitos, méritos e incluso distinta duración de carrera. Es más la profesión, que ya se ha dicho es única, no acaba cuando la carrera se termina.

Cuando un militar se retira evidentemente su carrera se acaba, pero y su profesión ¿también se acaba? El militar sigue siendo militar aun al pasar a la situación de retirado y es que aun cuando los conocimientos profesionales puedan disminuir, aunque no necesariamente, con la finalización de la carrera, aún le queda otro rasgo fundamental o paradigma ideal de servicio, que le resulta difícil de abandonar mientras viva, pues siempre se ha dicho que la milicia, al igual que otras profesiones imprime carácter.

Durante el último tercio del siglo XIX y primera mitad del actual, las FAS en general, y muy especialmente las españolas, se nos presentan como un claro ejemplo del modelo de integración social en el que lo fundamental es su mentalidad, compuesta por los valores, las actitudes y las perspectivas que son inherente a la función militar y deducibles de su naturaleza. Los ejércitos se caracterizan por disponer de una amplia autonomía dentro su propia esfera de actuación, si bien siempre bajo el imprescindible control del poder civil. Control, por otra parte, absolutamente necesario pero que nunca debe significar interferencia ni injerencia en los asuntos o campos de actuación propios del militar profesional.

Tras la II Guerra Mundial y como consecuencia del desarrollo tecnológico, que tanto afectó a los ejércitos modernos, así como al necesario cambio estratégico que supuso la “guerra fría” y sus consecuencias, las FAS se tecnifican y “civilizan” hasta el extremo de que muchas de sus funciones y cometidos se asemejan a algunos de los que

se desarrollan en actividades de la vida civil, lo que unido a la necesaria desmovilización de los grandes ejércitos y a la permanente presión social para su disminución en base a sanos criterios estratégicos económicos y sociales, así como a otros, ya no tan sanos, como ciertos movimiento sociológicos pacifistas, de objeción de conciencia, insumisión, etc., trae como consecuencia que la institución militar, en la mayoría de los países democráticos se repliegue sobre sí misma al tiempo que busque y ensaye otras formas de integración social, evolucionando desde el concepto “FAS-institución” hacia el de “FAS-ocupación”. Es el modelo estudiado definido y descrito por Moskos, Segal y Williams (2000), en el que la profesión militar constituye una ocupación más dentro de las que se ofrecen en la vida civil, con las que la equipara en todo tipo de características como pueden ser: legitimidad compromiso, compensación económica, residencia, conyugalidad, dignidad social ,etc.

Como era lógico suponer, entre una y otra de las concepciones expuestas, pronto surgió una tercera intermedia entre aquellas, más acorde con la realidad, al menos con la española. Su máximo representante es el sociólogo Morris Janowitz (1976), según el cual al mismo tiempo que se conserva, en las FAS, un profesionalismo práctico o pragmático en el que tienen profundo arraigo los tradicionales valores y actitudes de la institución militar, se les incorpora, para muchos de sus componentes, un claro matiz de ocupación o servicio temporal, dando lugar a que la carrera militar se convierta, para un elevado número de ciudadanos, en la primera fase o etapa de su vida profesional.

Janowitz tuvo, entre otras, la intuición de prever ciertos acontecimientos o circunstancias que prácticamente son ya una realidad en la mayoría de los ejércitos modernos, como por ejemplo: la decadencia de los ejércitos de masas, el fin del reclutamiento obligatorio, el cambio del papel o cometido del militar en la sociedad

moderna, en la que pasa de héroe a gestor, así como la aparición de nuevas misiones a realizar por las FAS, más de policía que de guerra, en las que con el menor uso de la fuerza se alcance la paz entre los contendientes sin necesidad de llegar ni a la victoria de un bando ni al aniquilamiento del otro.

Por otra parte y puesto que nos encontramos se quiera o no, inmersos en la postmodernidad las FAS, por su natural necesidad de vivir en su tiempo y evolucionar con la sociedad de la que forman parte, se encuentran afectadas por las características propias de la época especialmente en la referente a las dudas, incertidumbres o desconfianza respecto a la validez y utilidad de los comportamientos y principios válidos en otros tiempos, y de las que por supuesto no se libran los que hasta ahora han sido sus principales valores éticos y morales (patriotismo, cumplimiento del deber, disciplina, abnegación etc.). Aunque, todo hay que decirlo, aparecen otros (profesionalidad solidaridad humanitarismo sentido de la justicia, etc.) que quizá con el tiempo puedan llegar a sustituir con mayor o menor eficacia a los anteriores.

Otro importante fenómeno social característico de los tiempos actuales es la incorporación de la mujer al mundo del trabajo. Por ello las FAS, reflejo vivo de la sociedad en la que viven y a la que sirven, no podían estar al margen del mismo. En España, por diversas razones que no hacen al caso, esta incorporación de la mujer a los ejércitos ha sido algo más tardía que en otros países de similares características.

De todas formas es una realidad incuestionable que las jóvenes españolas pueden acceder a la profesión y a la carrera militar en absoluta igualdad con los varones. De hecho, desde hace ya varios años todas las oposiciones y concursos-oposición que se convocan para acceder a los diversos Cuerpos y Escalas de las FAS, se vienen realizando sin discriminación alguna en relacional sexo de los aspirantes. Sin embargo,

por razones fáciles de comprender el número o mejor dicho el porcentaje de mujeres que acceden a los distintos Cuerpos es muy diferente, pues mientras que en los Cuerpos Específicos de los Ejércitos son muy pocas las mujeres que ingresan (especialmente en los Cuerpos Generales) el porcentaje de las que ingresan en los Cuerpos Comunes de las FAS que aglutinan a personal de Sanidad, Intervención, Jurídico, Músicas Militares es francamente elevado, excepto en este último.

Otra de las circunstancias o aspectos que más directamente está afectando en la aceptación y por consiguiente es de suponer, en el futuro de las FAS, es la aparición de las llamadas “nuevas misiones” a desarrollar por éstas. La realidad es que no son tan nuevas este tipo de acciones, pues misiones de verificación del cumplimiento de acuerdos entre estados, de control del alto el fuego, de interposición entre antiguos beligerantes, bloqueo o impermeabilización de costas y fronteras, e incluso ocupación temporal de zonas y territorios pertenecientes a otros países, realizados con fines humanitarios de pacificación o para colaborar a su desarrollo se han realizado durante el pasado y presente siglo por prácticamente todos los estados y potencias, incluido por supuesto España.

La profesión militar es una vocación de servicio a la patria que encierra varias normas de comportamiento, experiencias, conocimientos especializados, habilidades y virtudes morales que le ayudan al militar a dar todo, hasta la vida misma si es necesario por lo que se aprecia que, es una profesión de mucho compromiso donde es importante además contar con una importante formación física, psicológica, intelectual y moral.

Por lo tanto, no se trata de una simple carrera sino que se debe tener claro que los riesgos se deben asumir voluntariamente por el mismo profesional de armas, además

porque se exige de él una adhesión o un alto grado de vinculación, para lograr de manera eficaz con las tareas encomendadas.

Además, esta profesión se dedica y consagra de manera permanente y sobre todo es competente al servicio de las fuerzas armadas de una nación, por lo que la vinculación es mucho más importante y va específicamente de acuerdo al reglamento.

Por otro lado, las cualidades básicas de esta profesión son la abnegación, el desinterés, el honor, la ecuanimidad, la disciplina, la subordinación, el carácter, la responsabilidad, el espíritu militar, el espíritu de cuerpo, el respeto al derecho de la guerra, y tener un gran espíritu patriótico.

Asimismo, debe ser de interés permanente del profesional militar, tener un buen enriquecimiento intelectual, moral y físico, para dar un buen servicio de calidad a la patria.

También, el ejército hace un énfasis en la profesionalidad de sus recursos humanos, el cual mantiene un sistema de reclutamiento encuadrado de acuerdo al modelo voluntario profesional. De esta manera, el Ejército cumple con su objetivo de brindar recursos humanos que son altamente calificados, entrenados, motivados, equipados, y experimentados, el cual constituye con el fundamento de su fuerza.

La profesión militar presenta rasgos propios que la hacen, de por sí, marcadamente diferente a las demás. Desde el supremo esfuerzo, al que los militares se entregan con devoción, que supone ofrecer la propia vida si la misión así lo llega a exigir, hasta las específicas condiciones en que se desenvuelve su desempeño. A todo ello se ha unido en los últimos años la pléyade de nuevas misiones y necesidades surgidas tras el fin de la Guerra Fría, como consecuencia de la caída del Muro de Berlín y la desmembración de la Unión Soviética, que dio paso a una multitud de nuevos

riesgos y amenazas a los que las Fuerzas Armadas se ven obligadas a hacer frente, como puede ser el denominado terrorismo internacional.

Sin duda, esto ha elevado los niveles de exigencia hasta límites desconocidos hasta la fecha, y está provocando una serie de consecuencias todavía no estudiadas en toda su amplitud y profundidad, en su gran mayoría.

Esta situación no es exclusiva de las FAS españolas, pues en todos los países occidentales y democráticos se vive de un modo similar, pero sí es cierto que, en el caso español, viene a agudizar los particulares condicionantes endémicos. Aspectos, sin duda alguna, muy difíciles de abordar, los cuales provocan que sea más fácil mirar hacia otro lado y eludirlos que afrontarlos con decisión y firmeza.

Pero no cabe ninguna duda que su ignorancia o intencionado desprecio no minimiza en ningún caso su máxima importancia. Hay ciertas consecuencias de la actual situación que, de no tratarse a tiempo, se corre el riesgo de que generen un grave perjuicio para los integrantes de las FAS y, por ende, para el servicio a España al que éstas están encaminadas. No atender a tiempo a sus exigencias puede hacer que la gravedad de los síntomas se enquisten y que lleguen a producir una parálisis de todo el sistema defensivo, algo que ningún país se puede permitir.

La escasa literatura especializada existente sobre estudios y análisis versados en averiguar el impacto del burnout en la vida militar, han sido elaboradas por psiquiatras o psicólogos, pero sin una involucración directa en su confección de los propios militares, quienes se han limitado a ser el objeto estudiado y a completar las encuestas que se les había hecho llegar. Si bien, desde un punto de vista académico y científico, quizá este proceso se pueda considerar como perfectamente válido, la realidad se empeña en evidenciar ciertas carencias, al no quedar plenamente reflejadas todas las múltiples

facetas del complejo mundo militar, y muy especialmente los específicos factores de riesgo que originan la aparición del síndrome en su seno.

Las razones hay que encontrarlas en variados agentes, entre los que adquiere peso propio la tradicional actitud militar de evitar las quejas o los comentarios que puedan afectar al bien del servicio, aún en encuestas anónimas. Algo difícil de comprender en su plenitud para un observador externo y que, probablemente, influya en los resultados finales. No se puede dudar que sólo el estudio puede estar completo cuando a la valoración objetiva, fría y aséptica del investigador se une la íntima y subjetiva (que no caprichosa) del propio militar.

1.1.2 El centro docente de formación de oficiales

En el año 1926, la Aeronáutica Naval propuso la creación de una nueva base de la Aeronáutica que estuviera próxima a Cartagena por motivos esencialmente estratégicos. Para ello se adquirió junto a Santiago de la Ribera una amplia extensión de terreno al extremo de una planicie aluvial, comenzando finalmente las obras de la nueva base en el año 1928. Muy cerca de Santiago de la Ribera la Aviación Militar poseía el Aeródromo de Los Alcázares donde desde 1919 volaban los primeros aviones militares españoles.

Terminada la Guerra Civil, se crea, el 7 de octubre de 1939, el Ejército del Aire y a él pasaron todos los aeródromos, talleres e instalaciones de la Aeronáutica Naval, así como el escaso material aéreo de esa procedencia que pudo ser recuperado. En cuanto al personal, la Ley de creación del Arma de Aviación disponía que las escalas se nutrieran inicialmente con personal procedente del Ejército de Tierra y Armada. Muy pronto la Base Aérea de San Javier se dedicó a la enseñanza del vuelo formando parte de las Escuelas de Levante.

En el año 1943, siendo Ministro del Aire el General Don Juan Vigón Suero Díaz, se crea por Decreto de 28 de julio de 1943 la Academia General del Aire (A.G.A.) en la Base Aérea de San Javier, con la misión de formar a los futuros Oficiales Profesionales del Ejército del Aire en los aspectos militar, aeronáutico, cultural-humanístico y físico.

El 15 de septiembre de 1945, la Academia General del Aire comienza a desarrollar sus actividades bajo la dirección del Coronel D. Antonio Munaiz de Brea y la incorporación de la 1ª Promoción. El 10 de diciembre del mismo año recibió su primer Estandarte Nacional donado por el Ejército del Aire y adquirido por suscripción entre todos los Oficiales del mismo, conservándose actualmente esta Enseña en el Museo del Aire de Cuatro Vientos.

Desde entonces, muchos son los acontecimientos que han ido jalonando los más de cincuenta años de historia de la Academia General del Aire:

- S.M. El Rey D. Juan Carlos I permaneció en la A.G.A. durante el Curso 1958/59 con la XI Promoción, recibiendo el emblema de Piloto Militar en el acto celebrado el día 15 de julio de 1959.

- El 27 de abril de 1980, presidido por S.M. El Rey se celebran los actos de bendición y entrega de la Bandera Nacional a la Academia General del Aire, siendo madrina de la misma S.M. La Reina Doña Sofía.

- S.A.R. el Príncipe D. Felipe de Borbón, integrado en la XLI Promoción, realizó sus estudios en la A.G.A. durante el curso 1987/88 recibiendo el despacho de Teniente el día 10 de julio de 1989.

La Ley 17/89, de 19 julio, Reguladora del Régimen del Personal Militar Profesional, modificada por la Ley 17/99, reformó profundamente la Enseñanza Militar y permitió la incorporación a la Academia General del Aire de la 1ª Promoción de la

Escala de Oficiales en Septiembre de 1990.

Desde su creación más de 7000 alumnos han pasado por este centro docente militar. En la actualidad cursan sus estudios de formación de Grado Superior y Medio 256 alumnos y alumnas pertenecientes a diferentes cuerpos y escalas, alcanzando a la finalización de sus estudios el grado de Teniente o Alférez. Desde su incorporación a las FAS en el año 1988, han pasado por la AGA más de 200 mujeres.

También cursan sus estudios de Grado Superior (cinco años) alumnos tailandeses, y alumnos americanos de la United States America (USAFA). Con anterioridad se han formado en la Academia alumnos procedentes de ejércitos de otros países como Marruecos.

Por último es necesario mencionar que desde el 15 de julio de 1945 se han realizado más de 750.000 horas de vuelo de enseñanza en más de 17 tipos de avión, desde la legendaria Bucker, pasando por la Mentor, T-6, Saeta, DC-3, E-24 “Bonanza”, etc., hasta los que actualmente prestan sus servicios: E-26 “Tamiz”, E-25 “Mirlo” y T-12 “Aviocar”, siendo de esperar que por mucho tiempo más los aviones de la A.G.A. vuelen por los cielos del Mar Menor.

1.1.2.1 Misión

La Academia General del Aire tiene una dependencia orgánica del Mando Aéreo General y operativa del Mando Aéreo de Personal. Además, el 793 Escuadrón de un centro docente de formación de oficiales tiene una dependencia operativa del Mando Aéreo de Combate a efectos de preparación de la Fuerza y cuando por sus capacidades puedan actuar como unidades de combate o apoyo al combate. La misión de la AGA es formar a los futuros oficiales del Ejército del Aire.

1.1.2.2 Sistema de enseñanza en la Academia General del Aire

En el ámbito de la enseñanza Militar de Formación, la Academia General del Aire es responsable de impartir:

- La enseñanza militar de Formación del Cuerpo General del Ejército del Aire.
- La formación de carácter general militar de los siguientes Cuerpos y Escalas del Ejército del Aire: Intendencia, Ingenieros y Especialistas.
- La enseñanza complementaria de la titulación requerida para el acceso al Cuerpo de Intendencia del Ejército del Aire.
- La formación de carácter general militar de los Cuerpos Comunes de las FAS cuando la Dirección General de enseñanza y Reclutamiento del Ministerio de Defensa lo determine.

Al margen de las actividades de enseñanza la A.G.A., al igual que cualquier otra Unidad del Ejército del Aire, lleva a cabo las misiones de carácter operativo que le asigna el Mando Aéreo de quien depende orgánicamente (Mando Aéreo General).

1.1.2.3 Planes de estudio

Los Planes de Estudio correspondientes a las enseñanzas de Formación que se imparten en la Academia General del Aire, se ajustan a los siguientes criterios:

1. Garantizar el pleno desarrollo de la personalidad y la completa formación de la persona.
2. Fomentar la convivencia social y los demás valores constitucionales.
3. Proporcionar la formación general y la especialización fundamental en cada Escala y Cuerpo.

Los Planes de Estudios se estructuran ponderando, según las necesidades profesionales, las áreas de formación humana, física, militar y técnica. Se desarrollan a través de disciplinas obligatorias y optativas, de manera que el alumno pueda iniciar el libre desarrollo del propio historial.

1.1.2.4 Duración

Los alumnos deben completar cinco años de estudios alcanzando 450 de manera análoga a las titulaciones del Sistema Educativo General.

Ahora bien, para aquellos alumnos que ingresan directamente en algún Cuerpo que requiera titulación previa su tiempo de permanencia en la A.G.A. es de un año, y cuando el acceso se produzca por Promoción Interna la duración de los planes de estudio será como máximo de dos años, teniendo en cuenta la formación técnica y militar anterior.

Al finalizar sus estudios los alumnos obtienen el empleo de Teniente.

1.1.2.5 Estructura Departamental

La Integración del Sistema de enseñanza Militar en el Sistema Educativo General requiere que, al igual que las universidades, los centros docentes militares se articulen en Departamentos. Por medio de esta estructura departamental se realiza la articulación y coordinación de la enseñanza, la práctica y la investigación en la Academia General del Aire.

Los Departamentos en la Academia General del Aire, son los siguientes y tienen asignados los objetivos que se enumeran:

- Ciencias Jurídicas y Sociales:

- Proporcionar un sólido conocimiento de la Constitución, como norma suprema a la que se subordina la Institución Militar.
- Proporcionar los conocimientos básicos sobre los que se establece el marco normativo del ordenamiento jurídico español, partiendo de los principios y bases sobre los que se fundamenta el orden social y la convivencia.
 - Proporcionar los conocimientos teóricos necesarios del marco legislativo aeronáutico y militar, que permitan a los alumnos desarrollar, progresivamente, las Funciones que, como futuro Oficial del EA, habrá de desempeñar.
 - Posibilitar la distinción, dentro del Ordenamiento Jurídico Militar, de las diferentes disposiciones legislativas que afectan a cada Cuerpo, Escala o Especialidad Fundamental.
 - Proporcionar un conocimiento básico de los fundamentos de las leyes penales, delitos y faltas militares, así como de las normas administrativo – militares, que afectan a la profesión militar.
 - Transmitir la historia y cultura aeronáuticas de carácter general y la particular del Ejército del Aire, tanto en lo referente a su evolución orgánica y de medios materiales, como en lo referente a sus tradiciones y a las personas que con sus hazañas engrandecieron nuestra Institución.
 - Proporcionar el conocimiento necesario de los principios psicosociales y pedagógicos que rigen la conducta humana, individual, grupal y social, y que permita ejercer la profesión militar en el ámbito específico de su desarrollo.
 - Introducir a los alumnos en la terminología, conceptos fundamentales e interrelaciones que se producen entre los ámbitos jurídico, histórico y social.
 - Proporcionar una capacidad investigadora suficiente para analizar y sintetizar los conocimientos adquiridos.

- Proporcionar un conocimiento básico sobre la situación internacional actual, los acontecimientos históricos que la han condicionado y las Leyes, Convenios, Tratados y Organismos que regulan sus relaciones.
 - Posibilitar el desarrollo de técnicas de comunicación.
 - Dotar a los alumnos de unos sólidos conocimientos de los derechos y deberes de los militares, dentro del marco jurídico – legal de las FAS, y ello a nivel nacional como en operaciones internacionales.
 - Proporcionar un conocimiento básico de la terminología jurídico – social relacionada con la aeronáutica.
 - Posibilitar el conocimiento del pensamiento filosófico y científico, en sus acepciones políticas y morales, a través de su descripción gradual.
 - Introducir a los alumnos en el proceso de toma de decisiones, de manera responsable, a partir del conocimiento del marco normativo y del contexto histórico, social y político.
- Ciencias Físicas y Matemáticas y Técnicas Aplicadas:
- Proporcionar un sólido conocimiento científico que permita interpretar adecuadamente documentación técnica y utilizar de manera racional las bases tecnológicas de los diversos sistemas de armas.
 - Proporcionar a los alumnos los conocimientos necesarios que le permitan aplicar con rigor el método científico y analítico, en el proceso de la toma de decisiones.
 - Proporcionar un conocimiento básico de las doctrinas científicas clásicas y de la cultura tecnológica actual.
 - Proporcionar un sólido conocimiento de la Política Medioambiental que se desarrolla en las FAS.

- Idiomas:

- Proporcionar un sólido conocimiento de la lengua inglesa que permita tanto la expresión como la comprensión, oral y escrita.
- Dar a conocer la correcta utilización de la fraseología específica aeronáutica, tanto en la lengua castellana como en la lengua inglesa, que permita una correcta y fluida comunicación.
- Posibilitar un conocimiento básico de otros idiomas, que permita tanto la expresión como la comprensión, oral y escrita.

- Logística, Economía y Administración:

- Desarrollar una sólida formación en los ámbitos económico, logístico y de gestión, tanto de recursos humanos como materiales y económicos.
- Formar a los alumnos en el ámbito del comportamiento organizacional, así como aportarles las técnicas teóricas de organización y dinámica de grupos, que le capaciten para la actividad de trabajo en equipo y de relación entre instituciones.
- Proporcionar los contenidos teóricos multidimensionales propios de la globalización económica contractual.
- Proporcionar un completo conocimiento de los Principios y elementos que definen la Política de Defensa, tanto española como de la Unión europea.
- Dar a conocer las variables de carácter económico en las que se fundamenta el proceso de toma de decisiones, a nivel individual, así como sus implicaciones en el ámbito del desarrollo de la actividad profesional.

- Técnicas de Vuelo y Navegación Aérea:

- Proporcionar unos sólidos conocimientos teóricos que permitan utilizar eficazmente los sistemas de navegación aérea, a bordo de las aeronaves que emplea el EA.

- Proporcionar un exacto conocimiento de los procedimientos de empleo de aeronaves elementales, básicas y avanzadas, así como de los sistemas de vigilancia, comunicaciones y apoyo necesarios para el desarrollo de las operaciones aéreas.
- Posibilitar los conocimientos y medios necesarios que permitan realizar la planificación de misiones aéreas.
- Dotar a los alumnos de la capacidad investigadora suficiente, que le permita utilizar los datos técnicos y profesionales necesarios para llevar a cabo la actividad militar aeronáutica.
- Proporcionar la cultura necesaria de Seguridad de Vuelo.
- Mentalizar a los alumnos del alto coste que supone la actividad aeronáutica y de la absoluta necesidad de realizar una utilización eficiente de los medios empleados.
- Posibilitar el conocimiento de las limitaciones del material aeronáutico que se vaya a emplear y de las fisiológicas propias, relacionadas con el vuelo de diferentes tipos de aeronaves: reactores, de transporte aéreo y helicópteros.
- Proporcionar un exacto conocimiento de los reglamentos que regulan la actividad aeronáutica y promover el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Normativa internacional JAR.
- Inculcar las virtudes de Disciplina, Valor e Iniciativa, como base de la profesión militar aeronáutica.
- Dotar a los alumnos de la experiencia aeronáutica práctica suficiente, en el empleo de aeronaves elementales, básicas y avanzadas, que le permita ser piloto militar y utilizar eficientemente los sistemas de armas que emplea el Ejército del Aire.

- Táctica y Sistemas de Armas:

- Proporcionar el conocimiento técnico y operativo, del empleo seguro y eficaz de los medios que utiliza el Poder aeroespacial, basados en tierra, tripulados, no tripulados y espaciales.
- Desarrollar la capacidad de análisis de la información disponible, para aplicarla a situaciones o supuestos ubicados en diferentes entornos de actuación.
- Desarrollar la importancia que tienen las actuaciones que se llevan a cabo en el ámbito internacional, tanto bélicas como humanitarias y de interposición, como base para la resolución de situaciones de crisis.
- Proporcionar un conocimiento básico de la necesidad de interoperabilidad que requieren los sistemas de armas del Poder Aeroespacial, para poder integrarse en operaciones conjuntas, combinadas y conjunto-combinadas.
- Proporcionar un exacto conocimiento de la organización de las FAS, y del Ejército del Aire, como elementos indispensables para el correcto desarrollo de la Política del Estado.
- Desarrollar las funciones de planeamiento, dirección y control de los medios que emplea el poder aeroespacial.

- Instrucción y Adiestramiento:

- Promover, en los alumnos, el desarrollo de la vocación militar y de la eficacia profesional.
- Proporcionar las habilidades y los conocimientos prácticos necesarios para el ejercicio de la profesión militar, estructurados en los Módulos de Formación Básica Militar, Capacidades Comunes Individuales (ICCS), Mando y Liderazgo, Supervivencia, Evasión y Rescate.

- Desarrollar la capacidad de trabajo en equipo y de mando y liderazgo de los alumnos.
- Inculcar, entre otras, las virtudes de espíritu de servicio, disciplina, respeto y subordinación, afán de superación, sentimiento de compañerismo y voluntad de cooperación, contribuyendo a mejorar las actitudes y a formar el carácter y la personalidad de los alumnos.
- Desarrollar, progresivamente, las funciones militares de mando, combate, instrucción, de administración y logísticas, de apoyo al mando, técnico-facultativas y docentes, mediante la adquisición de los conocimientos necesarios y la realización de prácticas y ejercicios de adiestramiento.
- Fomentar la práctica deportiva, individual y colectiva, como forma de incentivar el sano espíritu de la competición, el afán de superación y como medio para alcanzar una óptima condición física, que posibilite la resistencia a la fatiga en el desarrollo de la actividad cotidiana, tanto aeronáutica como de carácter general.

1.1.2.6 Instrucción militar y educación física

Se le presta especial atención a la instrucción militar y a la educación física. Esto incluye todas aquellas actividades encaminadas al aprendizaje de temas específicos de desarrollo profesional. El principal objetivo del programa es realzar el liderazgo, la autodisciplina y el sentido de responsabilidad de los alumnos en el contexto de un ambiente riguroso.

Para alcanzar lo anteriormente expuesto, el currículum incluye las siguientes actividades realizadas en el ámbito del Escuadrón de Alumnos:

- Instrucción y actos académicos
- Instrucción de combate y actividades de tiro
- Prácticas de mando

-Patrullas de reconocimiento

La Sección de Educación Física desarrolla un programa de preparación física y deportes que incluye pruebas periódicas de aptitud física. Los alumnos deben superar los mínimos establecidos de un modo progresivo en esos test. Existe asimismo un programa de deportes que incluye:

- Competiciones deportivas entre las tres Academias Militares (con carácter bienal).
- Competiciones deportivas bilaterales con las Academias de las Fuerzas Aéreas de Francia, Italia, Alemania y Marruecos.
- Competiciones entre las Academias de las Fuerzas Aéreas de 16 países europeos.

1.1.2.7 Instrucción de vuelo

La enseñanza del vuelo en el contexto militar, se diferencia del modelo tradicional profesor/alumno, en virtud de una serie compleja de factores:

- Relación personalizada uno – uno. El alumno tiene asignado desde principio de cada fase de vuelo un único profesor.
- Intensidad del periodo de formación de vuelo. Cada clase de vuelo tiene una duración de una hora y media, no pudiendo alargar la clase en caso de que el alumno no haya obtenido el nivel estipulado. Pero más aún, las fases de vuelo tienen unos cumplimientos de objetivos que están fijados a lo largo de aquellas; de no superarse se causa baja en vuelo, con la imposibilidad de obtener más horas.
- Activación emocional y riesgo percibido, por supuesto en el alumno, pero también en el profesor.
- Relación de subordinación en la estructura jerárquica de las FAS.

Dada la presión ejercida por los factores anteriores, en dicho proceso formativo no sólo se atiende a contenidos teóricos y su puesta en práctica, sino que también se produce una formación del carácter del alumno, en función de la superación de los retos que la propia enseñanza implica.

La formación para conseguir el título de piloto militar en la Academia General del Aire se divide en tres fases:

- Fase I (Vuelo Elemental)

Durante esta fase, el alumno realiza 48 horas de vuelo en el avión convencional de enseñanza E-26 Tamiz (Enaer T-34 "Pillán"). El alumno se debe capacitar en un amplio abanico de maniobras que incluyen el vuelo acrobático y el vuelo básico en formación. En menos de 20 horas debe obtener la capacitación necesaria para realizar el vuelo "solo" (primer vuelo que el alumno realiza sin profesor en cabina).

- Fase II (Vuelo Básico)

Esta fase de la enseñanza del vuelo comprende 120 horas en el avión de reacción de enseñanza E-25 (CASA C-101) fabricado en España. El programa se divide como sigue:

-Fase de Transición: 33:30 horas (familiarización, acrobacia y tráfico).

-Fase de Formaciones: 33 horas (técnicas y procedimientos en formaciones de 2, 3 y 4 aviones).

-Fase de Instrumentos: 40 horas (técnicas básicas de vuelo instrumental, aproximaciones y navegación).

- Fase III (Vuelo Avanzado)

Tras haber completado las dos fases anteriores, se establece una selección entre los alumnos para especializarse en las tres siguientes ramas:

-Caza y Ataque

-Transportes

-Helicópteros

Estas fases de formación tienen lugar en las Escuelas de Talavera la Real (Badajoz), Matacán (Salamanca) y Armilla (Granada) respectivamente.

El programa de vuelo se estructura como sigue:

Fase I: Tercer Curso (3 meses)

Fase II: Cuarto Curso (9 meses)

Fase III: Quinto Curso (9 meses)

El porcentaje de éxito en el total de la enseñanza del vuelo se sitúa entre el 85 y el 90 %. Los alumnos que no superen las fases de vuelo en la Academia, siguen un plan de estudios específico que les capacita para desempeñar funciones en las áreas de Mando y Control o Seguridad.

En la Academia se encuentran como término medio un total de 250 alumnos, de los cuales en torno al 70% ingresan para adquirir la especialidad de vuelo. El número de profesores destinados en la unidad ronda los 110, siendo unos 60 los instructores de vuelo que, se reparten entre las dos escuelas de vuelo antes mencionadas.

CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PUESTOS QUE SE ANALIZARÁN

2.1. EL PROFESOR INSTRUCTOR

El profesor instructor de vuelo es destinado a la Academia General del Aire en vacantes denominadas como de “libre designación”, estas vacantes se asignan a aquellos de los peticionarios considerados más idóneos para ocupar el puesto.

Los profesores de vuelo tienen el empleo de teniente o capitán, con una antigüedad en el servicio de al menos tres años lo que garantiza una experiencia profesional suficiente para poder ser instructor de vuelo.

Los profesores de vuelo pueden tener la aptitud de caza y son asignados a la escuela de vuelo básico o aptitud de transporte, por lo que serán asignados a la escuela elemental. Cada uno de los profesores tiene durante la duración de la fase de vuelo uno o dos alumnos y se persigue que éste no varíe a lo largo de toda la fase del curso vuelo, lo que contribuye a mejorar el rendimiento en el aprendizaje del vuelo.

Antes y después de cada periodo de vuelo que, tiene una duración aproximada de una hora, tiene lugar un debriefing entre el profesor y el alumno en los que se prepara la clase, anticipando en que va a consistir el vuelo, que tipo de maniobras se van a realizar, se repasa la meteorología y pequeños detalles que puedan afectar al periodo de vuelo. Por otra parte el debriefing realizado al finalizar la clase se dedica a analizar cómo se ha desarrollado el vuelo incidiendo en aquellos aspectos que, a criterio del profesor es necesario mejorar y cuales han sido realizados correctamente.

De entre los profesores destinados en la Academia, la mayoría de ellos tienen asignados otros cometidos propios de las funciones de la Academia relacionadas con tareas de apoyo, administración, o técnicas, además de la específica de ser instructor de vuelo.

La asignación de los alumnos a cada profesor se realiza previamente al inicio del curso académico, mediante sorteo.

2.2. EL ALUMNODE LA ACADEMIA GENERAL DEL AIRE

2.2.1. Formas de acceso a la enseñanza militar de formación

Las formas de acceso a la enseñanza militar de formación permiten adquirir las siguientes condiciones:

- a) Adquirir la condición de militar de carrera o para que los militares de carrera puedan incorporarse a una Escala o Cuerpo distinto al que pertenecen.
- b) Adquirir la condición de militar de complemento.
- c) Adquirir la condición de militar profesional de tropa y marinería.

El Consejo de Ministros, a propuesta del Ministro de Administraciones Públicas, con el informe favorable del Ministerio de Hacienda y a iniciativa del Ministerio de Defensa, determinará cada año la provisión de plazas de las FAS, especificando los cupos que correspondan a las distintas formas de acceso a la enseñanza militar de formación, así como las posibilidades, en su caso, de transferencia de plazas entre las de los distintos cupos. Igualmente, cuando se exijan diferentes títulos para el acceso a un centro de enseñanza militar determinado, podrá figurar en la convocatoria, el cupo del total de plazas que corresponde a cada uno de ellos.

Las formas de acceso a los centros de enseñanza militar son las siguientes:

- a) Acceso directo.
- b) Acceso por promoción interna.
- c) Acceso por cambio de Cuerpo.

El acceso directo es la forma de acceso para adquirir la condición de militar de carrera, militar de complemento o militar profesional de tropa y marinería, abierta a todos los españoles que reúnan las condiciones establecidas en la convocatoria.

El acceso por promoción interna es la forma de acceso para los militares de carrera a la Escala inmediatamente superior a la que pertenecen dentro del mismo Cuerpo, y de los militares de carrera de las Escalas de Oficiales y de Suboficiales de los Cuerpos de Especialistas, dentro de su Ejército, a las Escalas Superiores de Oficiales y a las Escalas de Oficiales de los Cuerpos Generales y de Infantería de Marina, respectivamente. También se considera promoción interna el acceso de los militares de complemento al Cuerpo y, en su caso, Escala a los que estén adscritos y el acceso de los militares profesionales de tropa y marinería a las Escalas de Suboficiales.

El acceso por cambio de Cuerpo es la forma de acceso, reservada para los militares de carrera de los Cuerpos Generales, de Infantería de Marina, de Ingenieros y de Especialistas, dentro de su Ejército, en los términos que se determinan en los capítulos IV y VII del presente Reglamento, para acceder a las Escalas Superiores de Oficiales y a las Escalas Técnicas de Oficiales de los Cuerpos de Ingenieros, a las Escalas Superiores de Oficiales de los Cuerpos de Intendencia, a las especialidades fundamentales de las Escalas de Oficiales de los Cuerpos de Especialistas en las que se exija para el acceso títulos del sistema educativo general.

2.2.2. Sistemas de selección

La selección se efectuará mediante convocatoria pública a través de los sistemas de concurso, oposición o concurso-oposición libres. El concurso consiste en la comprobación y calificación de los méritos de los aspirantes admitidos a las pruebas y en el establecimiento del orden de prelación de los mismos en la selección.

La oposición es la celebración de una o más pruebas para determinar la capacidad y la aptitud de los aspirantes admitidos y fijar su orden de prelación en la selección.

El concurso-oposición es la sucesiva realización de los dos sistemas anteriores para fijar el orden de prelación en la selección.

Los méritos que se han de valorar en los sistemas selectivos por concurso y concurso-oposición, así como la incidencia de la fase de concurso en la puntuación final del sistema de selección por concurso-oposición en las distintas formas de acceso, serán los que se establezcan en las convocatorias respectivas, debiendo valorarse el tiempo servido en las FAS y los que se deriven del historial militar individual, que tendrán una incidencia entre el 50 por 100 y el 80 por 100 sobre la puntuación máxima del baremo.

La incidencia de la fase de concurso en la puntuación final del sistema por concurso-oposición no deberá ser inferior a un 20 por 100 ni superior a un 50 por 100. En los sistemas de oposición y concurso-oposición se podrá fijar una calificación mínima en aquellas pruebas de la fase de oposición que determine la convocatoria.

En los distintos sistemas de selección también se podrá fijar una puntuación mínima que se ha de alcanzar tanto en el resultado de la valoración de méritos en el concurso como en la puntuación final de la oposición.

En los sistemas de selección, las pruebas a superar serán adecuadas al nivel y características de la enseñanza militar que se va a cursar o, en su caso, al desempeño de los cometidos profesionales correspondientes.

Las pruebas para acreditar las aptitudes psicofísicas necesarias para cursar los respectivos planes de estudios, se ajustarán a cuadros de condiciones y exclusiones de aplicación general a los centros de enseñanza militar en todos los procesos selectivos. En cada uno de ellos se especificarán las exigencias y niveles concretos que se deben

acreditar, teniendo en cuenta que podrán ser diferentes para el hombre y la mujer con el fin de adecuarse a sus distintas condiciones físicas.

Las convocatorias de acceso, juntamente con las bases que fijan las condiciones, se publicarán en el «Boletín Oficial del Estado», excepto aquellas que se refieran exclusivamente a promoción interna, cambio de Cuerpo o para acceder a una relación de servicios de carácter permanente, que se publicarán en el «Boletín Oficial del Ministerio de Defensa».

Las convocatorias podrán ser de forma unitaria para el acceso directo en los diversos centros de enseñanza militar del mismo nivel. Las bases de las convocatorias vinculan a la Administración, a los órganos de selección que han de juzgar las pruebas selectivas y a quienes participen en las mismas.

Los órganos de selección serán los Tribunales y las Comisiones Permanentes de Selección. Los Tribunales son los órganos de selección encargados de resolver los concursos, oposiciones y los concursos-oposiciones, que públicamente se convoquen para el acceso a los centros de enseñanza militar o la adquisición de una relación de servicios de carácter permanente en relación con la provisión de plazas determinada anualmente por el Gobierno, así como atender a las pruebas físicas de aquellas plazas condicionadas.

Las Comisiones Permanentes de Selección son los órganos a los que se encomienda el proceso selectivo, cuando así lo aconseje el elevado número de aspirantes, la complejidad de las pruebas, el número de convocatorias o ciclos de selección que se han de realizar, el nivel de titulación y especialización exigidos o la realización de pruebas de forma individualizada.

Los Tribunales y las Comisiones Permanentes de Selección estarán constituidos por un Presidente, un número par de vocales, no inferior a cuatro, y un número igual de

suplentes. Los órganos de selección tendrán, además, un Secretario cuyo nombramiento podrá recaer en uno de los vocales, en cuyo caso contará con voz y voto, o bien en otra persona designada al efecto que asistirá a las reuniones con voz pero sin voto.

En la composición de los órganos de selección la totalidad de sus componentes deberá poseer una titulación de igual o superior nivel académico que la exigida para el acceso atendiendo, en lo posible, al principio de especialidad.

2.2.3. Condiciones necesarias de los aspirantes

Los aspirantes a participar en los procesos selectivos, deberán reunir las condiciones generales y las particulares que, para cada forma de acceso y centro de enseñanza militar, se determinan a continuación:

- a) Tener la nacionalidad española.
- b) Tener cumplidos al menos dieciocho años de edad en la fecha de incorporación al centro de enseñanza militar, y no superar los límites de edad que para cada caso se establezcan.
- c) Acreditar buena conducta ciudadana conforme a lo establecido en la Ley 68/1980, de 1 de diciembre, sobre expedición de certificaciones e informes sobre conducta ciudadana.
- d) Carecer de antecedentes penales.
- e) No estar privado de los derechos civiles.
- f) No haber sido separado mediante expediente disciplinario del servicio de cualquiera de las Administraciones públicas ni hallarse inhabilitado con carácter firme para el ejercicio de la función pública.
- g) Poseer la aptitud psicofísica que en cada caso se determine, y que podrá ser verificada mediante las pruebas que se establezcan en la convocatoria.

h) Estar en posesión de los niveles de estudios o de la titulación exigida para acceder a cada centro de enseñanza militar o en condiciones de obtenerla en el plazo de presentación de solicitudes. A estos efectos se entiende que se está en condiciones de obtenerla cuando antes de dicho plazo se haya superado el correspondiente plan de estudios que permite alcanzar dichos niveles o acceder a la correspondiente titulación, o en su caso, se haya superado una determinada prueba que expresamente se determine en la convocatoria correspondiente.

i) No tener adquirida la condición de objetor de conciencia, ni estar en trámite su solicitud.

Además de las condiciones generales establecidas anteriormente, para las formas de acceso por promoción interna y cambio de Cuerpo, deberán cumplirse las siguientes:

a) No superar el número máximo de tres convocatorias, entendiéndose que se ha consumido una convocatoria una vez que el aspirante ha sido incluido en la lista de admitidos a las pruebas, salvo cuando se encuentre destinado en unidades militares con misiones fuera del territorio nacional y que por razones del servicio no pueda participar en el proceso selectivo para optar a las plazas que se hayan convocado, siempre que lo solicite antes del inicio de la primera prueba.

b) Encontrarse en la situación de servicio activo o de servicios especiales y en los supuestos e) y f) de la situación de excedencia voluntaria.

c) No tener anotadas con carácter firme en su documentación militar personal sanciones disciplinarias por faltas graves o sanciones disciplinarias extraordinarias.

2.2.3.1. Condiciones particulares para la forma de acceso directo

Los aspirantes a acceder a los centros de enseñanza militar deberán reunir las condiciones particulares que para cada Cuerpo o Escala se indican a continuación y que se fijan en las correspondientes convocatorias:

Requisitos académicos:

a) Para acceder a las Escalas Superiores de Oficiales y Escalas de Oficiales de los Cuerpos Generales de los Ejércitos y de Infantería de Marina, a las Escalas Superiores de Oficiales de Intendencia de los Ejércitos, se exigirán los mismos niveles de estudios que los requeridos en el sistema educativo general para acceder a los centros en que se obtienen las titulaciones equivalentes a cada uno de los grados.

b) Para acceder a las Escalas Superiores de Oficiales y Escalas Técnicas de Oficiales de los Cuerpos de Ingenieros de los Ejércitos, a las Escalas Superiores de Oficiales de los Cuerpos de Intendencia de los Ejércitos y a determinadas especialidades fundamentales de las Escalas de Oficiales de los Cuerpos de Especialistas de los Ejércitos, se requerirán las titulaciones del sistema educativo general que se especifiquen en las correspondientes convocatorias de entre las que se determinen en las normas reglamentarias que regulen los Cuerpos, Escalas y Especialidades de las FAS.

c) Para acceder a las Escalas Superiores de Oficiales y a las Escalas de Oficiales de los Cuerpos Generales y de Infantería de Marina, se requerirá estar en posesión de aquéllas del Sistema Educativo General, que se especifiquen en la correspondiente convocatoria, de entre las que se determinen en las normas reglamentarias que regulen los Cuerpos, Escalas y Especialidades de las FAS, en función de las exigencias técnicas y profesionales de la Escala correspondiente y sean equivalentes a los diferentes grados de la enseñanza militar de formación.

Límites de edad: No cumplir ni haber cumplido dentro del año en que se publique la correspondiente convocatoria como máximo las siguientes edades:

a) Cuerpos Generales de los Ejércitos y de Infantería de Marina y Cuerpos de Intendencia de los Ejércitos, cuando se ingrese por acceso directo: Veintitrés años, excepto para militares profesionales y miembros del Cuerpo de la Guardia Civil que se establece en veintisiete años.

b) Cuerpos de Especialistas de los Ejércitos:

Escalas de Oficiales: Con carácter general veintitrés años, excepto para militares profesionales y miembros del Cuerpo de la Guardia Civil, que se establece en veintisiete años.

c) Cuerpos de Intendencia de los Ejércitos y Cuerpos de Ingenieros de los Ejércitos: Treinta y tres años, excepto para militares profesionales y miembros del Cuerpo de la Guardia Civil, que se establece en treinta y siete años.

d) Cuerpos Generales de los Ejércitos y de Infantería de

Marina, cuando se exijan por promoción interna: Treinta y tres años, excepto para militares profesionales o para miembros del Cuerpo de la Guardia Civil que se establece en treinta y siete años.

En general los alumnos desarrollan el siguiente programa de actividades:

- Se levantan a las 6.30 horas de la mañana, desayunan a las 6.50 y arreglan su alojamiento.
- A las 7.40 comienzan las clases.
- Hasta las 14.45 horas clases teóricas, prácticas, entre las que se incluyen el vuelo, deportes, instrucción, ello según corresponda a cada curso.
- 15.15 comida.
- 16.00 clases.

- 16.50 fin de clases.
- 17.00 paseo.
- 20.30 a 21.30 cena voluntaria.
- 22.20 control nocturno.
- 22.30 horas silencio.

CAPÍTULO 3. SALUD: CONCEPTOS GENERALES

El concepto de salud ha experimentado una importante transformación en los últimos decenios. Hasta mediados del siglo XX, estuvo vigente un concepto de salud de carácter negativo y reduccionista, basado en la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez, y donde se considera que la salud es restaurada a través de intervenciones médicas. Pero a mediados del siglo pasado, se pusieron de manifiesto algunas de las dificultades a la hora de hacer operativa esta definición. Estas dificultades se debían fundamentalmente a que para definir la salud desde una perspectiva negativa, hay que establecer el límite entre lo “normal” y lo patológico, es decir, entre lo que es enfermedad y lo que no lo es, lo cual no está exento de problemas; y la limitación de esta definición debido a que no tiene en cuenta aspectos cada vez más relevantes en las sociedades modernas, como es la relación entre salud y bienestar (Bennasar Veny, 2012).

Al amparo de las dificultades operativas que presentaba el concepto “negativo” de salud, a partir de la década de los 40 comenzó a gestarse una perspectiva de la salud que trascendía el binomio salud-enfermedad, y se comenzó a definir la salud en sentido positivo, al considerar sano al individuo o colectivo que siente bienestar en ausencia de malestar. Así, en 1941, Sigerist estableció que “la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”. Posteriormente, en 1956 René Dubos da un paso más y propone un concepto de salud bidimensional, al diferenciar entre bienestar físico y mental. Este autor llega a plantear que la salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona desarrollar sus actividades en el ambiente en el que viven a lo largo del mayor tiempo posible. Esta idea bidimensional de la salud fue ampliada en 1977 por Herbert Dunn que

incorporó la dimensión social al concepto de salud, considerando que la salud tiene tres dimensiones: orgánica o física, psicológica y social.

- **Alto nivel de bienestar:**
 - Un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz.
 - Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado.
- **Tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social:** El ser humano ocupa una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea.
- **Buena salud:** Estado pasivo de adaptabilidad al ambiente de uno.
- **Bienestar:** Un crecimiento dinámico hacia el logro del potencial de uno.

En esta nueva concepción, más positiva y holística, se han incluido diferentes dimensiones como el bienestar, el ajuste psicosocial, la calidad de vida, la capacidad de funcionamiento, la protección hacia posibles riesgos de enfermedad, el desarrollo personal, entre otras (Godoy, 1999; Ryff, y Singer, 2001).

En 1945, Stampar presentó su concepto de salud, admitida universalmente y aceptada en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como punto “uno” de su carta fundacional una definición de salud que incorporaba de manera sencilla las tres dimensiones, al definir la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces”. Esta definición ha sido admitida universalmente y recogida por la OMS en 1946, en el punto uno de su carta fundacional. A esta definición de salud se han ido incorporando otras dimensiones, como la capacidad de funcionar o la salud como un fenómeno continuo y dinámico a lo

largo del tiempo, hasta llegar a instaurarse la idea de que la salud es un fenómeno multidimensional. Así pues, se constata que la noción de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde el paradigma médico-biológico hasta un concepto más global e integral que incorpora el paradigma socioecológico (Frutos y Royo, 2006).

Dicha definición supuso un gran avance y generó multitud de críticas que se han convertido a lo largo de los años en objeto de debate.

La definición de la OMS tiene una serie de ventajas, como el hecho de considerar la salud en un sentido positivo, superando todas las concepciones anteriores que la reducían a ausencia de enfermedad y de comprender no sólo los aspectos físicos de la salud, sino también los psíquicos y sociales, dando así una visión más completa e integral al concepto de salud. Además de contemplar al individuo como un todo y no meramente como la suma de sus partes, propiciando una visión de la salud que atiende tanto al ambiente personal-individual como al externo, ya que hay una concesión de importancia al ambiente y al contexto. No obstante, dicha definición se ha visto expuesta a una serie de críticas, ya que equipara bienestar a salud, lo cual no es del todo exacto, además de que el término “completo” es más una declaración de intenciones, pues rara vez o nunca se alcanza; asimismo, es una definición estática, que no permite gradaciones, cuando la salud es en realidad dinámica, cambiante, y además subjetiva (Aranda-Regules y López-Fernández, 1994).

En los años setenta se inicia un cambio al vislumbrar la salud no como algo estático, sino como un fenómeno dinámico. En este sentido, Sigerist (1987) adopta la perspectiva dinámica y afirma que el individuo está determinado por la naturaleza, la cultura y los hábitos y que la salud se hace presente mediante un ritmo constante e inalterado que sólo es interrumpido por la enfermedad. Asimismo, la relación de factores socioambientales con la salud permite adoptar definiciones de salud en relación

al medioambiente. En particular, se encuentra el concepto “ecológico” que considera a la salud como la capacidad del individuo para adaptarse a su entorno y funcionar.

Con el fin de corregir parte de los defectos detectados en la definición de salud de la OMS, Terris en 1987, sugirió que hay distintos grados de salud como los hay de enfermedad. Según Terris (1987), la salud tendría dos polos: uno de carácter subjetivo que consiste en la sensación de bienestar y otro objetivo (capacidad de funcionamiento), los cuales pueden manifestarse en diferentes grados a lo largo del continuo entre salud y enfermedad. De acuerdo con estos conceptos, propuso modificar la definición de la OMS, evitando el criticado adjetivo de completo por dar carácter utópico a la definición, manteniendo el concepto de bienestar y añadiendo la capacidad de funcionamiento (capacidad de trabajar, de estudiar, de gozar de la vida, etc.), en definitiva, introduciendo la posibilidad de medir el grado de salud. Con tales modificaciones se establecen las bases para pasar de un concepto estático a otro dinámico, por el que entiende la salud como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedades e invalideces (Piedrola, 2008). Salleras en 1986, afirma que en el carácter continuo de la salud, la muerte no es evitable por razones biológicas, y además el estado óptimo de salud es difícilmente alcanzable, por lo que considera necesario sustituir esos estados por muerte prematura y elevado nivel de bienestar con capacidad de funcionar, ya que el primero se puede evitar y el segundo se puede alcanzar en grados altos de salud positiva (Figura 2).

Además, establece que las diferentes gradaciones de estos dos estados están muy influenciadas por las condiciones sociales en que viven los individuos. Desde esta perspectiva se establece el concepto dinámico de salud, afirmando que la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y la capacidad de

funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad (Girón-Daviña, 2010; Salleras, 1986).

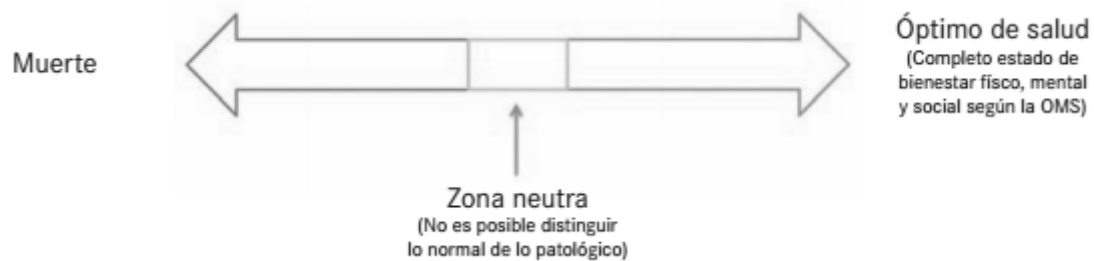


Figura 2. Continuo salud-enfermedad. Correlación de los aspectos subjetivo y objetivo con la salud y la enfermedad. Fuente: Adaptación de Salleras, 1986.

En este sentido, Antonovsky (1996), un crítico del modelo tradicional patogénico, desarrolló en los años 70 la conocida teoría salutogénica humana, entendiendo la salud desde una perspectiva holística e integral, que se centra en las condiciones generales implicadas en la salud teniendo en cuenta los factores que la rodean (Antonovsky, 1979, 1987). Por lo que la salud no es una variable de intervención médica sino un producto socioecológico, fruto de la interrelación compleja de factores comportamentales, genéticos, ambientales, económicos, políticos y sociales. A pesar de que esta teoría empezó a forjarse en los años 70, su desarrollo real y expansión están sucediendo en los últimos años (Hernan Garcia, Moreno Rodríguez, Ramos Valverde y Rivera de los Santos, 2011). El modelo salutogénico se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud en los diferentes entornos y contextos (Antonovsky, 1996, Alvarez-Dardet y Ruiz Cantero, 2011;).

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho fundamental, en 1986 se llevó a cabo en Ottawa (Canadá) la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en la que se elaboró la conocida Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”. En ella, se resalta la importancia del papel

de las personas y las organizaciones en la creación de oportunidades y elecciones saludables (OMS, 1986). La conferencia, tomó como punto de partida, el debate sobre la acción intersectorial para la salud que había tenido lugar en la Asamblea Mundial de Salud de 1977 y que señaló la consecución de un grado de salud para como la meta principal de todos los gobiernos y de la OMS, además de los progresos alcanzados como consecuencia de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en la ciudad de Alma-Ata (antigua URSS) en 1978, como respuesta a la necesidad de una acción urgente para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

La carta de Ottawa pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud, una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud. Por lo tanto, la salud es vista como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida (como un medio y no solo como un fin), un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas (OMS, 1998).

Otros autores en la década de los 90, como por ejemplo Shephard (1995), que describió la salud como una condición humana con una dimensión física, social y psicológica, caracterizada por poseer un polo positivo y negativo. La salud positiva se asocia con una capacidad de disfrutar de la vida y resistir desafíos; no está meramente

asociada a la ausencia de enfermedad. La salud negativa se asocia con la morbilidad y, en extremo, con la mortalidad prematura.

Por otra parte, Arnold (1988) en sus consideraciones sobre la salud, apuntó que este concepto es un factor multidimensional que engloba aspectos físicos, sociales, intelectuales, emocionales y espirituales que estructuran nuestra personalidad. En esta línea de ideas, Davidenko y Petlenko (1998) indican, realizando una cuantificación aproximada de la influencia en la salud de diversos factores, que el estilo de vida influye un 50%, el medio externo, un 20-25%, la genética, un 15-20%, y el sistema de atención sanitaria, un 10%, aunque estos porcentajes van a depender de la enfermedad de que se trate (por ejemplo, en la cirrosis hepática, el estilo de vida puede llegar a influir hasta en un 70%).

Teniendo en cuenta las consideraciones de Casimiro (1999), destacamos una serie de características dentro de este concepto:

- Subjetividad, en la medida en que es difícil de definir y cuantificar.
- Relatividad, ya que no existe un modelo fijo y absoluto.
- Dinamismo, que está determinado por el contexto en que se desarrolla.
- Interdisciplinaridad, ya que todos los agentes sociales e institucionales tienen responsabilidades en su promoción.

La salud puede ser considerada desde varios puntos de vista. El autor Marcos Becerro (1989) señala la existencia de los diferentes tipos de salud:

- Salud física: relacionada con el buen funcionamiento de los órganos y sistemas corporales.
- Salud mental: relacionada con el buen funcionamiento de los procesos mentales del sujeto.
- Salud individual: estado de salud física o mental de un individuo concreto.

- Salud colectiva: consideraciones de salud en una colectividad o grupo social importante.
- Salud ambiental: estado de salud de elementos de la naturaleza y otras especies en relación con la especie humana.

Estrechamente unido a la salud y con una relación causa-efecto directa nos encontramos con el concepto de estilo de vida, que se presenta al igual que la salud, como un término subjetivo que aglutina diferentes aspectos. Según el Glosario de promoción de la salud de la Junta de Andalucía (1986), el estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijos, sino que están sujetos a modificaciones.

En la actualidad, se entiende que promover la salud desde un enfoque más amplio no es solo un derecho deseable para los ciudadanos, sino también un freno a la enfermedad (Seligman, 2008). De hecho, hay estudios que demuestran la existencia de correlación entre medidas relacionadas con la salud positiva, como por ejemplo la sensación de bienestar y un correcto funcionamiento de múltiples sistemas biológicos, medidos a través de diversos biomarcadores, como el nivel de cortisol salival, las citoquinas proinflamatorias, el riesgo cardiovascular o la duración de la fase REM del sueño (Love, Ryff y Singer 2004).

Una vez tratado el concepto de salud en su aspecto más general, a continuación se describe la salud en el entorno laboral, como lugar más específico en el que las personas desarrollan sus actividades.

3.1. SALUD LABORAL

La importancia de la salud laboral ha estado presente desde tiempos lejanos, al ser el trabajo una actividad sustantiva de los seres humanos. De acuerdo con la definición global adoptada por el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la OMS, en su primera reunión en 1950, y revisada en su duodécima reunión en 1995, la finalidad de la salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las labores; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos, en su empleo, contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y, en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad (OIT, 2003).

Por lo tanto y de acuerdo con lo anterior, la salud laboral tiene por objetivos principalmente la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, así como también al tratamiento y rehabilitación de lesiones y enfermedades derivadas del trabajo (Benavides, García y Ruiz, 2000).

La salud laboral trata de la relación entre salud y trabajo, la cual, dependiendo de la dirección que tome –positiva o negativa–, puede ser virtuosa o viciosa; es decir, que unas adecuadas condiciones de trabajo repercutan en una adecuada salud, lo cual a su vez desencadenará un alto desempeño y calidad en el trabajo. Si, por otra parte, la relación es negativa, condiciones inadecuadas de trabajo, o incluso la ausencia de éste, puede desencadenar trastornos tanto físicos como psicológicos, accidentalidad y hasta la muerte (Benavides, García y Ruiz, 2000).

El concepto de salud laboral ha ido desarrollándose, a lo largo de los años, en la medida en que las condiciones y medio ambiente de trabajo han intentado definirse progresivamente a favor de la salud de los trabajadores.

Mañas (2001) señala que las condiciones de trabajo pueden influir positiva o negativamente en la salud, aumentando el nivel de ésta o causando la pérdida de la misma. Los daños a la salud de los empleados se concretan en enfermedades del trabajo (enfermedad profesional y enfermedad vinculada al trabajo) y accidentes laborales, aunque también existen otras expresiones de las malas condiciones de trabajo (Gómez, 2007).

En la práctica, la salud laboral surge como respuesta al conflicto entre salud y condiciones de trabajo, y se ocupa de la vigilancia e intervención sobre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores. Los principales objetivos de la salud laboral son la conservación del bienestar físico, social y mental en relación con las condiciones de trabajo; el control de estas condiciones, a fin de garantizar una seguridad total en el trabajo y la compatibilidad del ambiente laboral con las capacidades de cada trabajador (Benavides, García y Ruiz, 2000); identificar y eliminar o modificar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, así como potenciar aquellos con un efecto beneficioso para la salud y el bienestar del mismo. A su vez, se considera el tratamiento y la rehabilitación del trabajador que ha sufrido un problema de salud (Benavides, García y Ruiz-Frutos, 2000).

De acuerdo con lo anterior, todos los problemas de salud relacionados con el trabajo son susceptibles de ser prevenidos, ya que sus determinantes se encuentran precisamente en el trabajo y los centros de trabajo son los lugares idóneos para establecer los programas de promoción de la salud.

Al respecto, Cuenca (2002) plantea que el entorno y las condiciones bajo las cuales se desempeña el trabajo, constituyen un campo al que hay que prestarle atención especial. Anota que la prevención de los riesgos laborales consiste en evitar que se den una serie de situaciones que pueden ocasionar cualquier problema sobre la salud o el bienestar de los trabajadores. Para la autora, los factores psicosociales que se encuentran en el trabajo son numerosos y de diferente naturaleza. Por un lado, comprenden aspectos del medio físico y ciertos aspectos de la organización y los sistemas de trabajo, así como la calidad de las relaciones humanas en la empresa –que consisten en interacciones entre el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de la organización–. Por otro lado, en las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (OIT, 1984).

La prevención tiene como objetivo evitar o reducir la incidencia y prevalencia de una determinada enfermedad o problema, así como la promoción de una mejor calidad de vida. Desde la perspectiva biopsicosocial, la prevención implica activación y autorresponsabilidad de las personas respecto a su salud. Fomentar el conocimiento y el autocontrol es lo que se conoce como promoción de la salud. Implica una visión holística del ser humano en la que se integren aspectos tales como creencias, ideología, valores, actitudes, cultura, ecología, nivel socioeconómico, factores políticos y el estilo de vida (Bravo y Serrano, 1997).

Para dar respuesta a la pregunta de cómo se puede explicar la importancia que trae consigo la relación trabajo-salud, puede partirse de las definiciones de los términos que la integran. Por una parte, se considera el trabajo como el conjunto de actividades humanas retribuidas o no, de carácter productivo y creativo que, mediante el uso de

técnicas, instrumentos, materias e informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad la persona aporta energías, habilidades, conocimientos, y otros diversos recursos, y obtiene algún tipo de recompensa material, psicológica y/o social (Peiró, 1989, citado por Blanch, 1996). Por otro lado, la OMS, en 1947, define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

De acuerdo con estas dos definiciones, la salud laboral implicaría promover ese estado de bienestar en relación con el trabajo, este último entendido más allá de un sitio, un horario o el cumplimiento de unas actividades propias del cargo desempeñado. La relación trabajo-salud traspasa entonces las fronteras de las consecuencias o implicaciones directas de las actividades que se realizan en el rol laboral desempeñado; el trabajo implica también funciones psicosociales ampliamente estudiadas por diversos autores, que van desde el acceso a circuitos de consumo, pasando por las oportunidades de aprendizaje, el desarrollo de creatividad, la estructuración del tiempo de la vida de las personas, entre otros, hasta llegar a la propia identidad de la persona que trabaja (Cruces, Gómez y Luque, 2000).

Cooper, Faragher y Sparks (2001) anotan que los cambios generados por las nuevas condiciones de trabajo están dando lugar a nuevas concepciones de lo que debería ser el bienestar organizacional y la salud y seguridad en el trabajo. En las últimas cuatro décadas del Siglo XX, la naturaleza del trabajo ha cambiado dramáticamente; los años 60 y 70 fueron testigos de la introducción de la nueva tecnología, particularmente el uso de los computadores en el lugar de trabajo. Con el surgimiento y afianzamiento de la globalización, a partir de los 80, las organizaciones empezaron a hacer alianzas estratégicas, fusiones y aumento de las privatizaciones. En los 90, tomó lugar una mayor reestructuración del trabajo; las organizaciones en países

afectados por la recesión disminuyeron su tamaño o se reorganizaron, en un esfuerzo por sobrevivir; en la última década aumentó la subcontratación, el outsourcing y el incremento de un mercado global competitivo. Otros cambios importantes en el mercado laboral están relacionados con las nuevas formas de trabajo: el teletrabajo, trabajos y equipos de trabajo autorregulados y un incremento de la tecnología computarizada, que dan lugar a una fuerza de trabajo más flexible tanto en el número de empleados como en las habilidades y funciones (Gómez y Jaramillo, 2013).

Aunque están cobrando relevancia los factores de riesgo psicosocial, derivados de las nuevas formas de trabajo y de acuerdo con el complejo panorama que muestra el mundo del trabajo en la actualidad, aún persisten los riesgos laborales clásicos; por ejemplo, los riesgos físicos, mecánicos, entre otros, siguen existiendo, y se unen al estrés, al mobbing y a la confusión de rol, por sólo mencionar algunos. Esto indica, que los trabajadores deben enfrentarse a distintas e incluso contradictorias condiciones de trabajo, como por ejemplo, seguir estrictamente las reglas y procedimientos en la organización, pero ser creativos y tener iniciativa para mantenerse en el mercado de trabajo; tener evaluaciones de desempeño basadas en resultados, pero ser exigido en múltiples competencias, algunas innecesarias, para la realización del cargo; gestionar su tiempo y sus recursos personales para responder al trabajo de una manera flexible, pero cumplir cabalmente horarios de trabajo. Estas condiciones pueden desencadenar dificultades en la salud de los trabajadores, manifestadas de distintas maneras, como trastornos físicos, psicológicos e incluso socio-familiares.

Muchos países han visto el crecimiento de la mayor participación de la mujer en la fuerza de trabajo, los trabajos de medio tiempo, un incremento en las dobles jornadas laborales y en el número de trabajadores de mayores edades. Sumado a lo anterior, se presenta como una tendencia en países desarrollados o en desarrollo la coexistencia de

formas y prácticas de trabajo y gestión diversas complicando aún más el mercado de trabajo actual. Es así como De la Dehesa (2002) plantea que el estudio de la salud laboral se ha visto influido por los cambios que se dan en relación con el mundo del trabajo, tal como los vividos en las últimas décadas, relacionados en gran medida con la globalización: los desarrollos tecnológicos en las comunicaciones, el transporte y la informática, la apertura de los mercados entre los países y la disminución de los cupos de empleo entre otros, transformando la manera en que las personas se relacionan con el mercado laboral.

De acuerdo con Chu (2003), la salud laboral se consolida como una temática relevante en las últimas décadas, cuando se estudia la relación entre el ser humano y el trabajo, ya que se ha encontrado que pese a algunos avances importantes realizados por los organismos internacionales, gobiernos, empresas, sindicatos y universidades, el número de accidentes mortales, lesiones y enfermedades ocupacionales sigue siendo inaceptablemente elevado.

Anualmente en el mundo se presentan aproximadamente 2.3 millones de muertes asociadas al trabajo, así como también sufren lesiones graves alrededor de 860.000 de media al año (OIT, 2014). Las más recientes cifras publicadas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social revelan un aumento casi generalizado de los accidentes, ya que entre enero y mayo de 2014 se han producido 196.807 accidentes, casi un 4% más que en el mismo período de 2013.

Así como los fallecimientos, las lesiones, las enfermedades y los costos por ocasión de los accidentes en el lugar de trabajo, entre ellos, la baja productividad, existen otras razones, para justificar la importancia que tiene investigar, reflexionar y hallar soluciones frente a las problemáticas que se originan en el detrimento de la salud en relación con el trabajo. Cuando se ofrecen unas condiciones de trabajo seguras y

saludables, se consigue en la práctica, empresas más productivas. Por lo tanto unas buenas condiciones de seguridad y salud son algo bueno para los negocios (OIT, 2006).

Los altos costos en salud en los años recientes han intensificado el interés de los empleadores por fomentar una fuerza de trabajo saludable. Dado que el trabajo es un aspecto central en la vida de las personas (Cruces, Gómez y Luque, 2000), podría deducirse, que éstas deben tener un ambiente de trabajo seguro y saludable; las organizaciones, además de preocuparse por la enfermedad ocupacional y los accidentes de trabajo, deberían promover ambientes de trabajo saludables que propicien la satisfacción con el trabajo y el bienestar y una calidad de vida laboral óptima (Lakdawalla, Reville y Seabury, 2005).

El argumento de base que justifica reflexionar en torno a la salud laboral es que todos los problemas de salud, relacionados con el trabajo, son por definición susceptibles de ser prevenidos, al estar éstos enmarcados en las condiciones laborales, que en últimas son construcciones sociales, creaciones humanas –entes artificiales– que pueden ser modificados (Benavides, García y Ruiz, 2000).

En este contexto se hace indispensable que los profesionales, interesados en realizar investigaciones e intervenciones en el campo de la salud laboral, realicen prácticas conectadas a elementos precedentes que puedan servir de puntos de partida, para contribuir no sólo a incrementar el cuerpo de conocimiento respecto a la salud laboral, sino para implementar intervenciones eficaces y atinadas a las necesidades particulares de la población, y reflexiones conceptuales sólidas, que contemplen otros elementos como los factores psicosocioculturales que subyacen a las concepciones y prácticas de salud (Gómez y Jaramillo, 2013).

Lo anterior contribuye probablemente a hacer más efectivo el ejercicio profesional, ya que se espera que los profesionales hagan uso del conocimiento

científico, derivado de prácticas reflexivas y basadas en el desarrollo de las disciplinas, porque las intervenciones sociales realizadas por profesionales sin la crítica, son prácticas ideológicas que representan intereses particulares, que no son los de los grupos o las personas intervenidas (Rentería, 2004).

Por todo lo anteriormente mencionado, debemos hablar del rol de la psicología en la salud ocupacional. Para Quick y Tetrick (2003) la psicología de la salud ocupacional (PSO), desde su naturaleza interdisciplinaria y transdisciplinaria, enfoca las intervenciones a partir de las perspectivas de la salud pública y la prevención primaria; así mismo, reconoce la relevancia de la historia de vida y la complejidad y las múltiples expresiones de muchos de los problemas de salud, y establece que las intervenciones deben priorizar cambios en este sentido, en los individuos, grupos y organizaciones o sistemas. Quick y Tetrick (2003) plantean que la psicología de la salud ocupacional debe desarrollar, mantener y promover la salud de los empleados y sus familias.

Estos autores igualmente anotan que el objetivo principal de la psicología de la salud ocupacional es crear ambientes de trabajo seguros y saludables, y tiene como fin último promover organizaciones y personas saludables, ayudando a desarrollar sistemas inmunes que metabolicen las toxinas emocionales y psicosociales que afectan el ambiente de trabajo. Los autores anotan que el desafío de la psicología de la salud ocupacional es promover organizaciones saludables, en el marco de los cambios que ocurren en los contextos de trabajo.

Salanova y Schaufeli (2004) señalan que los desarrollos recientes de la psicología de la salud ocupacional pueden contribuir en gran medida a la innovación de las políticas de dirección de los recursos humanos en las organizaciones. De hecho, hoy día ya existen organizaciones con políticas de recursos humanos que descansan sobre

conceptos, teorías y aplicaciones psicológicas que pueden mejorar e incrementar la salud, seguridad, motivación y bienestar de sus empleados.

Han sido muchos los cambios conceptuales y metodológicos, y el desarrollo de valiosas experiencias, los que ponen de relieve la importancia de la salud de los trabajadores para el desarrollo de los países. Por ejemplo, se amplía el concepto de salud ocupacional a salud de los trabajadores. La salud ocupacional es entendida principalmente como la salud del trabajador en su ambiente de trabajo. El concepto de salud de los trabajadores es más amplio: no sólo comprende la salud ocupacional, sino también la salud del trabajador fuera de su ambiente laboral. Por ello considera, además de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales, las patologías asociadas al trabajo y las derivadas de su vida fuera de su centro de trabajo.

Por todo ello se hace necesario tratar en detalle la salud psicológica como un elemento fundamental en el concepto general de salud ya que se manifiesta como una parte determinante en el estado de bienestar de los trabajadores.

3.2 Salud Psicológica

En la actualidad la conceptualización de la salud psicológica ha cambiado sustancialmente orientándose ahora hacia un punto más positivo de la salud como lo refieren Mettifogo et al. (1998) expresado como la capacidad de las personas y grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de proveer el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas: cognitivas, afectivas y relacionales, así como el logro de las metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.

Los principios en los cuales se basa la OMS (1978) cuando plantea los lemas de "salud para todos en el año 2000" o "salud para todos en el siglo XXI" (OMS, 1998), se fundamentan en la prevención y la promoción de la salud de la población, lo cual

implicaría desde nuestro punto de vista también desarrollar salud mental positiva. Sin embargo, la revisión de la literatura científica pone claramente de manifiesto la paradoja de que en el ámbito de la salud mental predomina el modelo de enfermedad (Espino, García y Lara, 1998; Grebb, Kaplan y Sadock, 1997; Hernández, 1997).

Ha venido desarrollándose un cuerpo de conocimientos sobre conceptos como la plenitud (flow), el optimismo o la satisfacción (Avia y Vázquez, 1998; Magaletta y Oliver, 1999; Miller, 1999; Seligman, 1998). Asimismo, algunos modelos de salud mental general, como el de Warr (1987), contemplan componentes de carácter marcadamente positivos: bienestar psicológico, competencia, aspiración, autonomía y funcionamiento integrado. Sin embargo, el único intento de desarrollar un modelo de salud mental positiva es el de Jahoda (1958), el cual constituye una de las recopilaciones más completas que se ha realizado hasta la actualidad.

Jahoda (1958) articula su concepción de la salud psicológica positiva desde una perspectiva de múltiples criterios y la concreta en seis criterios generales, la mayoría de los cuales desglosa en varias dimensiones o criterios específicos, 16 en total. Sin embargo, la autora describe el modelo a nivel teórico pero no realizó ninguna investigación para comprobar su validez empírica. A pesar de su antigüedad, el modelo continúa teniendo una amplia repercusión en los teóricos de la salud mental. En este sentido, conceptos como autoestima, resistencia al estrés, habilidades sociales o resolución de problemas son objetivos clave en la mayoría de los programas de intervención más eficaces, así como en los programas de prevención y promoción de la salud (Bados, 2001)

Con respecto a la variable salud mental positiva, Lluch (2002) realizó una investigación que tuvo como objetivo, definir y evaluar empíricamente el modelo conceptual de salud mental positiva planteado por Jahoda (1958), asimismo inició la

construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva y analizar sus propiedades psicométricas. El instrumento estuvo constituido por 176 ítems agrupados en seis factores: actitudes hacia sí mismo, crecimiento, desarrollo y autoactualización, integración, autonomía, percepción de la realidad y dominio del entorno.

La confiabilidad, evaluada mediante el coeficiente alfa de consistencia interna, fue favorable para la estructura de seis factores generales, presentando valores superiores a 0.70. En síntesis, la estructura de 16 subfactores del modelo de salud mental positiva no se cumplió. Los resultados delimitaron la unidimensionalidad de los seis factores generales. En este sentido, los criterios: integración y autonomía, configurados inicialmente con una sola dimensión, mantuvieron la estructura propuesta por Jahoda (1958).

Los trastornos psicológicos comunes son responsables de importantes costos indirectos para la sociedad, ya sea porque disminuyen la productividad de las personas o porque inciden en las ausencias laborales. Las personas depresivas tienen un riesgo 4,8 veces mayor de tener bajas médicas que las personas asintomáticas (Clare y Shepherd, 1981). Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos encontró que por cada 100 trabajadores se pierden mensualmente 6 días por licencias médicas y 31 por disminución de la productividad debido a problemas de salud mental (Goldberg y Johnstone, 1976). Estimaciones de la OMS indican que, para el año 2020, la enfermedad depresiva será la segunda causa de años de vida perdidos por razones de salud a nivel mundial (OMS, 2001). Por su parte el Ministerio de Salud de Chile logró determinar que, en las mujeres, la enfermedad depresiva es ya la segunda causa de pérdida de años de vida ajustado por discapacidad, sólo superada por las enfermedades congénitas (Santiago, 1993).

Especial atención merecen algunos grupos de personas, que debido a su actividad laboral presentan mayor riesgo de presentar trastornos mentales. Dentro de ellos se encuentran los pilotos de aeronaves, personal que trabaja en servicios de urgencia y policías. De acuerdo a los registros de las aseguradoras británicas de licencias de tripulación los trastornos psiquiátricos son la segunda causa ‘grounding’ permanente o pérdida de la licencia precedida sólo por los trastornos cardiovasculares (Davies y Maxwell, 1983).

3.2.1 Salud psicológica en Aviación

Desde sus comienzos, la psicología aeronáutica ha estado ligada a la medicina, lo que le ha dado un enfoque interdisciplinario hasta la actualidad. Durante la primera guerra mundial surgieron las primeras bajas psiquiátricas en pilotos militares, y paralelamente, las investigaciones iniciales sobre salud mental en aviación (Goorney, 1970, citado en Fullana y Tortella-Felliu, 2002, p. 86).

En 1918 Martin Flack introduce el concepto de estrés de vuelo, considerado por Rojas (1977) el antecedente de las investigaciones sobre miedo a volar en pilotos. Por su parte, el médico británico H. G. Anderson describió un síndrome centrado en el miedo a volar de los pilotos militares al que denominó aeroneurosis. En la etiología del miedo a volar, Anderson identificaba el trauma psicológico generado por un accidente aéreo (Anderson, 1919).

Según Ekeberg (1991) citado por Fullana y Tortella-Felliu (2002, p. 89) lo que se consideraba fobia al vuelo en los primeros tiempos de la psicología aeronáutica, correspondería a lo que hoy en día se conceptualiza como trastorno por estrés postraumático.

La seguridad operacional es un tema central en el sistema sociotécnico aeronáutico y astronáutico (SSA). Esta seguridad depende de diversos factores técnicos, pero también, en forma decisiva, de los factores humanos (FF.HH) (Garland et al, 1999), que son los responsables de la mayor parte de los accidentes, lo que implica la necesidad de cuidar la salud, en sentido integral, y en particular la salud mental de todos los operadores, no sólo la de los pilotos. Para abreviar estamos tomando a los pilotos como ejemplo central de un operador aéreo, pero tenemos en cuenta a las tripulantes de cabina, los mecánicos, los despachantes, los controladores de tránsito, los meteorólogos, etc. El SSA, está compuesto por múltiples subsistemas interrelacionados, ellos se estudian en forma integrada para descubrir la dirección de las cadenas de eventos que aparecen en el accidente como punto de convergencia (Organización de Aviación Civil Internacional, OACI, 1998, 2006).

Los factores psicológicos adquieren un peso crucial dentro del enfoque multidisciplinario de los FF.HH, desde el nivel organizacional hasta el individual, -en el ámbito civil o militar-, ya sea en vuelo regular o en un viaje espacial. Es la Psicología Aeronáutica (PA), en adecuada integración interdisciplinaria con todos los profesionales intervinientes en el SSA, en especial con médicos, psicólogos y pilotos, la que se ocupa de estos desarrollos de psicología aplicada.

A lo largo de la historia, antes de la aparición de los psicólogos, el estudio del nivel psicológico de integración fue llevado a cabo por los médicos, los educadores, los filósofos y otros. Aquí se hablará de PA, más allá de las incumbencias, independientemente de que la función sea desarrollada por un psicólogo o un psiquiatra.

Los FF.HH abarcan variables que influyen en la actuación individual, y variables que influyen en la actuación de la tripulación o el equipo de trabajo. Se reconoce que el diseño inadecuado de los sistemas o el entrenamiento inadecuado del operador,

contribuyen al error humano individual que lleva a una degradación de la actuación del sistema. Además se reconoce que el inadecuado diseño y administración de las tareas de la tripulación puede contribuir a errores de grupo, que llevan a la degradación del rendimiento del sistema.

Los FF.HH son los de mayor peso en el proceso de producción de accidentes e incidentes, y en su estudio y esclarecimiento tiene un rol específico la psicología clínica. Se ha demostrado útil la aplicación de los enfoques y metodologías de la PA, la general y la clínica, en otras áreas del quehacer humano donde haya riesgos significativos, y se requiera prevenir los accidentes. En especial en sistemas socio técnicos complejos, con time-stress, de alto riesgo, que deben ser abordados con una posición sistémica, proactiva y preventiva.

En esta tarea interdisciplinaria donde la medicina aeronáutica cumple un rol básico, la PA aporta en modalidades de análisis, sistemas de registro de datos, estudio de casos, modelos sobre error, administración del riesgo, gerenciamiento de recursos, métodos de capacitación sobre comunicación, conciencia situacional, toma de decisiones, Crew Resource Management (CRM), incluyendo con eficiencia la visión de lo psicológico en general, la mirada clínica y la acción psicoterapéutica.

El psicólogo aeronáutico, según sus incumbencias legales como psicólogo, es el profesional con competencia específica para, entre otras: estudiar y explorar el hecho psicológico en las distintas etapas evolutivas del sujeto, abarcando los aspectos normales y anormales (rasgos y aptitudes de adolescente alumno; vejez, aptitud y pilotaje, etc.); realizar acciones de orientación y asesoramiento psicológico tendientes a la promoción de la salud y la prevención de sus alteraciones (fatiga y rendimiento; psicofisiología aplicada al diseño de sistemas de vuelo; etc.); realizar tareas de diagnóstico, pronóstico y seguimiento psicológicos (diseño de baterías de pruebas

psicológicas para psicodiagnóstico; seguimiento de resultados de estudios psicológicos para otorgamiento de aptitud; etc.); efectuar tratamientos psicoterapéuticos de acuerdo con diferentes modelos teóricos, específicamente psicológicos (psicoterapia y síndromes de desadaptación al vuelo; tratamiento de la fobia al vuelo en tripulantes y en pasajeros; desarrollo de software para asistencia psicoterapéutica en vuelo espacial; etc.); realizar tareas de rehabilitación psicológica (Trastorno estrés postraumático, psicoterapia y reintegración laboral; recuperación de rendimiento; etc.); construir y desarrollar métodos, técnicas e instrumentos psicológicos (parámetros diferenciales explorados por distintos test aplicados al estudio de la aptitud; desarrollo de técnicas psicodiagnósticas computadas específicas; etc.); realizar estudios e investigaciones en las distintas áreas y campos de la psicología (proceso de toma de decisiones; optimización de la conciencia situacional; comunicación y rendimiento; dinámica de grupos, tripulaciones y liderazgo; psicología social de las organizaciones y sus trastornos; estresores en vuelo y técnicas de afrontamiento; etc.); estudiar, orientar y esclarecer los conflictos interpersonales e intergrupales en el contexto de la estructura y dinámica de las instituciones (la seguridad y sus relaciones con la organización; la consideración global de los factores humanos; la formación y mantenimiento de equipos y grupos de trabajo; lo intercultural en el cockpit; etc.); diagnosticar, asistir, orientar y asesorar en todo lo concerniente a los aspectos psicológicos del quehacer educacional, la estructura y la dinámica de las instituciones educativas y el medio social en que este se desarrolla (simuladores, realidad virtual, realidad sintética e instrucción; educación de adultos y medio aeronáutico; Gestión de Recursos de Cabina (CRM) y estrategias instruccionales; etc.), realizar orientación vocacional y ocupacional (selección, orientación y reorientación de operadores dentro del SSA; etc.); realizar evaluaciones que permitan conocer las características psicológicas del sujeto, a los fines de la selección, distribución y

desarrollo de las personas que trabajan (baremos específicos en exploración cognitiva del rendimiento de pilotos; percepción, concentración y displays; etc.); elaborar perfiles psicológicos en diferentes ámbitos laborales a partir del análisis de puestos y tareas (perfil profesiográfico del piloto; caracterologías y actitudes negativas para el rendimiento; factores de análisis de tareas y su aplicación a la instrucción; etc.); realizar estudios y acciones de promoción y prevención tendientes a crear las condiciones más favorables para la adecuación recíproca trabajo-hombre (ergonomía aplicada y prevención del estrés; percepción y diseño de displays; indicadores de vuelo, carga cognitiva y diseño de controles; etc.); detectar las causas psicológicas de accidentes de trabajo, asesorar y realizar actividades tendientes a la prevención de los mismos (investigación psicológica de accidentes; técnicas de administración de riesgos y errores; estrés y conciencia situacional; automatización, carga cognitiva y conciencia situacional; parámetros para filosofía del diseño; evaluación de aplicaciones de CRM, Sistema de Gestión de Seguridad; etc.); asesorar, desde la perspectiva psicológica, en la elaboración de normas jurídicas relacionadas con las distintas áreas y campos de la psicología (parámetros para la determinación de la aptitud; régimen de descanso, carga cognitiva y fatiga; etc.).

En el estudio psicológico del SSA se privilegia una concepción sistémica (Mauriño y Salas, 2010) se considera especialmente la dimensión grupal, organizacional y social de los fenómenos intervinientes en las actividades del vuelo: los procesos de grupo, la comunicación entre los miembros de la tripulación, los factores culturales, la diferenciación de estilos de conducta y personalidad, el liderazgo, resolución de conflictos, toma de decisiones en grupo, las influencias organizacionales, etc. Allí donde hay personas, el médico y el psicólogo tienen trabajo. Desde la psicología aeronáutica (PA), en mutua integración con la acción médica, se contribuye a: procesos

de selección del personal, determinación y seguimiento de la aptitud psicofísica, al entrenamiento, y a los programas de prevención de accidentes. La alerta clínica para la detección temprana de patología en una población predominantemente sana como la del personal aeronavegante, es prioritario. En cuanto a los objetivos preventivos, hay que recordar que toda actividad preventiva es contracultural, lo que implica prever dificultades y resistencias en la aplicación de intervenciones clínicas y de prevención, más allá del indispensable apoyo político de la dirección de las organizaciones, pues los prejuicios del sistema operan y obstruyen la acción del operador de salud aun involuntariamente.

El ser humano no está preparado para volar por sus propios medios, pero el vuelo siempre formó parte de sus anhelos e intentos, simbólicos y reales. Los antropólogos han ilustrado ampliamente cómo en cualquier cultura se pueden encontrar manifestaciones referidas al volar desarrolladas en mitos, ritos, producciones plásticas y rituales. Las fantasías, no necesariamente conscientes, que acompañan la actividad aérea, son objeto de exploración psicológica con importancia diagnóstica.

En la historia de la ciencia y las técnicas, la psicología se ha ido integrando en forma tardía y relativamente reciente. En esto participa la dificultad teórica y técnica para abordar la complejidad de su objeto de estudio, -la conducta, la subjetividad, el mundo interior-, y los temores ancestrales y mágicos acerca de la exploración de la interioridad de la persona, que coexisten con la fascinación por lograr ese conocimiento. Todo esto influye tanto en la omnipotencia que se espera del psicólogo, como en la visión persecutoria y cargada de prejuicios con la que se suele recibir su acción. Estos prejuicios y temores, son dirigidos también al médico, por participar ambos en la determinación de la aptitud. Están muy extendidos y se pueden encontrar en los temores y oposiciones formales e informales de los grupos y las organizaciones. No sólo los

pilotos, las organizaciones civiles y militares aún dudan de la importancia de dar suficiente atención y recursos a 'lo psicológico', tanto si el responsable es un psicólogo o un psiquiatra. Hay desconfianza y escepticismo. El temor a ser descalificado suele entrar en colisión con la necesidad de acercarse y pedir ayuda. Algo que en parte sucede en la sociedad en general pero aquí se agrega el problema de la aptitud psicofísica. Es comprensible en parte la actitud de los pilotos, que se ve también en astronautas, cuando no confían en ser comprendidos ante un problema psicológico, ayudados y sostenidos en su aptitud, si en distintos niveles de las organizaciones corren el riesgo de recibir un estigma, ser señalados con el dedo, ser vistos como vulnerables. Así suelen generarse saludables complicidades con el médico que sin vulnerar su aptitud lo ayudan a protegerse del sistema. Por todo lo que está en juego en la vida de un piloto, su conflicto ante el examen de aptitud psicofísica, también está teñido conscientemente o no por la necesidad de evadir, ocultar o simplemente mentir acerca de su real condición. Eventos estresantes de vida, medicaciones indicadas incompatibles con el vuelo seguro, automedicaciones, y diversas cuestiones médico psicológicas suelen ser ocultadas, y el piloto sabe que el médico y el psicólogo tienen en cuenta esa posibilidad. Lo que se pierde de vista en esa actitud es que si el piloto posee una licencia o certificado de competencia determinado, eso implica tener las capacidades psicofísicas para poder cumplir con eficiencia y seguridad las atribuciones que se le asignan, y es eso lo que el estudio de aptitud busca determinar, por la seguridad del vuelo y para su propia protección.

El psicólogo aeronáutico por su lado también tiene que estar atento a sus propios prejuicios, a la mayor o menor pertinencia para intervenir en determinado sector del SSA, del paradigma teórico técnico al que adhiere, y al grado de experiencia e integración lograda en el ámbito de lo aeronáutico. Cuando el psicólogo es además

piloto, o adquirió experiencia de vuelo extra, se enriquece su empatía con el piloto y recibe mejor aceptación de su parte. Obviamente si además el psicólogo pasa como alumno piloto o piloto por los exámenes de aptitud correspondientes adquiere más experiencia sobre las ansiedades que se movilizan, los estresores en juego y las estrategias de afrontamiento de los mismos. Si bien no es exigible que el psicólogo sea también piloto, sus herramientas de comprensión y operación se hacen más eficientes cuanto más comparte vivencialmente el ámbito aeronáutico.

La actividad de vuelo tiene sus estresores específicos, más allá de los naturales estresores de los vínculos humanos y de la actividad laboral. Condiciones ergonómicas vinculadas con la velocidad, la presión, el ruido, la carga cognitiva, el time stress, la fatiga, el jet-lag, etc. influyen intensamente, con consecuencias médicas conocidas, que están desarrolladas en detalle por los especialistas.

Desde lo psicológico se estudia cómo afectan estos estresores las funciones mentales necesarias para la operación de un vuelo seguro. Esto requiere la consideración clínica de todo lo que promueva salud mental o atente contra ella. Entre los problemas más habituales en el personal aeronáutico están los derivados de sostener un buen rendimiento y estar afrontando temas de seguridad y supervivencia, la carga de trabajo, el clima organizacional, los problemas personales disruptivos, el mantenimiento de la aptitud y el temor a perderla.

La mirada clínica aborda estudios psicológicos con incidencia sobre la investigación y prevención de accidentes tales como la seguridad y sus relaciones con la organización; la consideración global de los factores humanos; la formación y mantenimiento de equipos y grupos de trabajo.

En el estudio psicológico de los pilotos por ejemplo, se incluye el abordaje de diversas funciones cognitivas y de conducta operativa en general. Entre los factores

cognitivos se da especial importancia al procesamiento de información, al proceso de toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el lenguaje, etc. Se busca una visión del funcionamiento global de su personalidad en especial en sus recursos para la comunicación interpersonal, la conciencia situacional, el proceso de toma de decisiones y el afrontamiento del estrés.

La población de pilotos en actividad tiene un buen nivel medio de salud, -en especial gracias al estudio periódico de aptitud psicofísica-, y es difícil encontrar patologías psicológicas francas, salvo algún nuevo proceso que se dispare como consecuencia de eventos diversos (De Hart, 1992). Pero hay cuestiones del estilo de trastornos de personalidad que pueden haberse integrado de manera funcional a la tarea sin generar problemas en un excelente piloto, así como un piloto puede ser muy sano y eso no garantiza que sea buen profesional.

El marco teórico y técnico de intervención psicoterapéutica conviene que en lo posible facilite intervenciones hacia objetivos adaptativos claros evitando fomentar regresiones. Los procesos de objetivo y duración limitada, en enfoques integrativos son de preferencia. No obstante a veces se requieren procesos prolongados y de acción intensiva, incluyendo la acción en equipo y eventual indicación de psicofármacos.

La tarea del psicoterapeuta es compleja si está integrado al ámbito aeronáutico, civil o militar, pues entre otros problemas, en tanto la enfermedad afecte la aptitud, la persona puede tender en forma consciente o no a ocultar sus problemas para no perder su trabajo, que es su pasión profesional además. Y como ya mencionamos no sólo el piloto tiene prejuicios y temores hacia el profesional que interviene en salud mental, las organizaciones también albergan prejuicios en su cultura sobre el padecimiento mental, a veces descalificando a la persona, o no tomando el proceso como algo temporal a resolver. Cuando el proceso psicoterapéutico se da en un ámbito privado hay más

libertad de acción para paciente y terapeuta, y en ese caso es óptimo que el terapeuta se familiarice con las peculiaridades del ámbito y la tarea. De manera similar se abordan otros SDSV como problemas laborales que requieren respuesta efectiva y lo más rápida posible.

Más allá de las diferencias entre lo civil y lo militar, los procesos diagnósticos, terapéuticos y preventivos siguen parámetros generales similares. El desafío es tratar de ir diseñando respuestas orgánicas e institucionalizadas a las demandas, que los servicios de salud especializados sean accesibles, proactivos, preventivos y suficientemente protectores y con marcos claros para la inclusión de agentes de salud mental.

El proceso psicoterapéutico en un ámbito privado se desarrolla con más libertad de acción para paciente y terapeuta, y es óptimo que el terapeuta adquiera un conocimiento claro de las peculiaridades del medio aeronáutico y como se inscribe su tarea. Estos temas se complejizan al extremo en la aplicación a la actividad astronáutica actual y sus desafíos futuros.

El estudio psicológico de los pasajeros se ha dirigido progresivamente hacia el pasajero disruptivo, pero también se ocupa del tratamiento del temor a volar, que en ciertas circunstancias y lugares, como por ejemplo en algunas islas, adquiere importancia y recibe abordajes especiales (Alonso et al, 2009).

En la intervención psicológica dentro del SSA, se requieren cambios de paradigmas que, por ser contraculturales, deben operarse en forma continua, como cultura de cambio, no como una tarea puntual, informativa o docente limitada, sino como la generación constante de una actitud nueva en todos los niveles, buscando la calidad total del funcionamiento (Helmreich, 2002).

Una parte importante de la tarea psicológica se orienta al estudio del error humano. Para ello se emplean múltiples modelos, tales como: Cognitivo, Sistémico-

ergonómico, Aeromédico, Psicosocial, Organizacional. Se entiende por “error” el fallo no intencional en las acciones planeadas para lograr cierto objetivo buscado, ya sea porque el plan fue inadecuado, o porque la acción se desvió del plan; puede haber fallos en la formulación del plan, o en la ejecución. Para poder registrar el análisis de los accidentes aéreos de una forma que contenga los desarrollos conceptuales y técnicos actuales basados en los factores humanos, se ha normalizado un sistema de clasificación y análisis de factores humanos en el accidente (HFACS), basado en los conceptos propuestos por Reason (1997). Este marco de trabajo permite estudiar mejor la participación de los FH y las cuestiones psicológicas en los accidentes de la aviación militar, comercial o general, con la idea de reducir la tasa de accidentes a través de una estrategia sistemática centrada en los datos y una evaluación objetiva de los programas de intervención.

En este sistema se diferencian cuatro niveles de fallos: 1.-Actos inseguros; 2.- Precondiciones para actos inseguros; 3.-Supervisión insegura; y 4.- Influencias organizacionales. El HFACS abarca suficientemente el SSA en su conjunto como para contribuir a que se puedan diferenciar cuáles son los factores psicológicos en juego y los tipos y niveles de intervención de la psicología en el análisis y prevención de accidentes. La investigación de accidentes en aeronáutica tiene una función básica de aprendizaje para tomar las medidas preventivas e impartir las recomendaciones pertinentes para evitar la repetición de hechos similares.

Los especialistas en salud mental son protagonistas necesarios en estos diseños, que a su vez retroalimentan los sistemas de seguridad para la aviación comercial. Ya varios astronautas afirman que el obstáculo principal a resolver en los viajes espaciales es de orden psicológico.

3.2.2.- El Sistema Sociotécnico Aeronáutico (SSA)

La aplicación sistemática de los adelantos tecnológicos disminuyó al mínimo los accidentes aeronáuticos. La aviación comercial es el más seguro de los medios de transporte. Esta seguridad operativa, se ha logrado también por la participación de la psicología dentro del estudio de los FH. (Garland et al, 1999). De los accidentes aéreos, más del 70% se deben a “fallo humano”, ese ubicuo “error humano”, que no implica la creencia reduccionista en el error del piloto como individuo. El SSA, está compuesto por múltiples subsistemas interrelacionados, ellos se estudian en forma integrada para descubrir la dirección de las cadenas de eventos que aparecen en el accidente como punto de convergencia (OACI, 1998). El abordaje teórico y técnico actual para investigar un accidente, es el estudio del SSA en su conjunto, buscando conocimientos para la prevención, en una actitud proactiva, integral y continúa. Es habitual encontrar que a distintos niveles del mismo hubo condiciones latentes y fallos activos (Reason 1997). La PA aporta a esta comprensión, con las herramientas teórico-técnicas para el abordaje simultáneo de los niveles organizacionales, grupales e individuales en juego, siendo decisiva la dimensión clínica de este análisis.

3.2.3 Perfil psicológico del piloto

Los primeros tiempos de la aviación, requerían pilotos con un carácter típico: omnipotente, todopoderoso, agresivo, que traspasaran mediante la actividad de vuelo los límites humanos. Estas características de superioridad, se consideraban necesarias para poder cumplir las tareas de un piloto de guerra y términos como “right stuff” o “macho pilot” contribuyeron a construir el mito del piloto valiente, héroe o semidios (King, 1999). Si bien con el desarrollo de la aviación comercial, ese mito ha dejado paso a sujetos preparados para una toma de decisiones más compleja y en equipo, al

reconocimiento y gestión del error humano y a un perfil más cognitivo que motriz (Alonso, 2012) los colectivos de pilotos civiles conforman aún hoy, una cultura donde la lógica, lo racional, la precisión de los procedimientos, la dificultad para aceptar los errores y la obligación de “dejar los problemas abajo del avión”, representan creencias fuertemente arraigadas.

Ha sido la rama rioplatense de la psicología aeronáutica, la que ha profundizado en constructos teóricos específicos de la salud mental del personal de vuelo (pilotos y TCPs).

Hugo Leimann (1985) señala que toda la psicopatología aeronáutica puede denominarse síndrome de desadaptación al vuelo. Según este planteo, la motivación aeronáutica y un sistema defensivo fuerte, sustentan la adaptación al vuelo equilibrando la angustia (sinónimo de ansiedad) que provoca una profesión que despega al sujeto de la tierra, su ámbito natural (Leimann y Moia, 1989).

De manera contraria, cuando el piloto por diversas experiencias vividas o de las que entra en conocimiento, toma contacto con el peligro real del “caerse”, esos sistemas defensivos (omnipotencia, negación, racionalización, represión) dejan de ser funcionales y operativos, la motivación baja (acompañada de nuevas circunstancias vitales) y aparecen los síntomas. “El equilibrio asentado en las defensas yoicas necesarias para realizar la tarea, puede desestabilizarse cuando el piloto tiene un accidente, o lo tiene un compañero, aportando ‘una contundente prueba de realidad’ (Leimann, 1985, p.7).

A nivel consciente, utilizando el término como referencia a la función cognitiva superior que permite reflexionar sobre las propias experiencias subjetivas (Panksepp y Solms, 2012) resulta dificultoso asumir, en una cultura donde la razón no suele dar lugar a las emociones, que algo sucede por fuera de sus dominios. Es así, que afecciones

que suelen interpretarse por quienes las padecen y por los profesionales de la salud (médicos y psicólogos) como patologías “exclusivas del soma” podrían comprenderse desde un enfoque integral y sistémico, como parte de un proceso de desadaptación a la actividad laboral que de no ser abordado a tiempo, podría devenir en una desadaptación secundaria al vuelo, inhabilitando al piloto a desarrollar su profesión (Alonso, Insua, Leimann, Mirabal y Sager, 1998). El absentismo laboral de los pilotos por motivos de salud, suele enfocarse en aquello que aparece en el cuerpo (ejemplo: lumbalgias que no ceden, alergias, dolores de cabeza) o como resultado de estudios paraclínicos inadecuados (ejemplo: valores de la hormona estimulante de la tiroides elevados o disminuidos). Estudios recientes sobre la exposición al trauma y el trastorno por estrés postraumático se han asociado de forma consistente con síntomas adversos de salud física, lo que resulta un hallazgo a tener en cuenta en las investigaciones sobre Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Friedman y Schnurr, 1995). Otros estudios sugieren que el TEPT predice síntomas físicos reportados por los traumatizados que no suelen tener una explicación médica (Grievnik, Lebret, Van den Berg y Yzermans, 2005).

Dentro de los síndromes de desadaptación secundaria al vuelo afectaciones psicofisiológicas de pilotos y personal de cabina (TCPs), Leimann et al. (1998) identifican: temor a volar, fobia al vuelo, fatiga crónica de vuelo, climaterio aeronáutico, caracteropatías aeronáuticas, aeronavegante compulsivo, conducta operativa subestandar, síndromes hiperdefensivos, adicciones en la aviación. Se considera que la aeroneurosis traumática presenta características similares a la sintomatología del trastorno por estrés postraumático al presentarse “a posteriori de accidentes o incidentes graves, amenaza de bomba a bordo, secuestros” (Leimann et al., 1998, p. 153).

3.2.4 *La clínica del vuelo*

Hay reglamentaciones con consenso internacional sobre los criterios a aplicar por parte de los psicólogos, en la selección, entrenamiento, seguimiento clínico y actitud preventiva vinculada con los participantes de las operaciones aeronáuticas. El operador en aeronavegación, civil o militar, tiene estipulado el tipo y periodicidad de examen con el que se determinará su aptitud psicofísica. Como es natural, eso no garantiza un pronóstico libre de eventos, algo observado hasta en problemas sorpresivos en el equilibrio psicológico de astronautas en la NASA. La mirada clínica aborda estudios psicológicos con incidencia sobre la investigación y prevención de accidentes tales como la seguridad y sus relaciones con la organización; la consideración global de los factores humanos; la formación y mantenimiento de equipos y grupos de trabajo. Se evalúa también la influencia de factores de personalidad, factores cognitivos en la actuación, psicofisiología, el proceso de toma de decisiones, lo intercultural en el cockpit, administración del riesgo, funcionamiento de controladores de tránsito aéreo, el pasajero problema, la fobia al vuelo, parámetros para la filosofía de diseño, automatización de procesos, etc. (Tsang, Vidulich, 2003. La aparición de psicopatología que afecte las funciones emocionales o intelectuales, y por ende la actuación en vuelo, debe ser detectada y abordada lo antes posible. Cuando los síntomas indican un fracaso en la adaptación a la tarea aeronáutica, se habla de síndromes de desadaptación secundaria al vuelo (SDSV) (Leimann Patt et al, 1998, 1989), conceptualización que no necesariamente coincide con el Manual de Diagnóstico estadístico de Trastornos Mentales (DSM) IV pero que adquiere utilidad operativa en este ámbito.

De especial interés son aquellos cuadros que afecten claramente la motivación aeronáutica, el sostén mayor de la aptitud del operador. Entre estos SDSV podemos

mencionar el temor a volar, la fobia al vuelo, la fatiga crónica de vuelo, el climaterio aeronáutico, la aeroneurosis traumática, caracteropatías aeronáuticas, conducta operativa subestándar, el aeronavegante compulsivo, los síndromes hiperdefensivos y las adicciones. El abordaje de los SDSV requiere evaluación y atención psicoterapéutica especializada (King, 1999). Las intervenciones terapéuticas además de fortalecer defensas adaptativas y tender a disminuir la angustia, deben siempre intentar preservar la motivación aeronáutica. El marco teórico y técnico de intervención conviene que en lo posible facilite intervenciones hacia objetivos adaptativos claros evitando fomentar regresiones en lo posible. Los procesos de objetivo y duración limitada, en enfoques integrativos son de preferencia.

El temor a volar es un problema frecuente, se manifiesta con distinta intensidad, desde una inquietud racional y justificada, hasta una grave fobia que impida volar a un pasajero, o que sea inhabilitante para un profesional del vuelo. Este problema genera consecuencias prácticas, sufrimiento personal, pérdidas económicas y dificultades profesionales. Desde la clínica psicológica aplicada a la actividad aeroespacial, deben considerarse, los significados del vuelo, la influencia el contexto sociocultural, los estresores vinculados con la actividad de vuelo, las ansiedades que se despiertan y los problemas psicológicos que pueden presentarse cuando fracasa la adaptación a la situación. (Bor, 2006). Como componentes del temor a volar se manifiestan principalmente el temor a la pérdida de control, interno y externo, al encierro, la altura, lo desconocido, al acceso de angustia, a depender del sistema. El abordaje terapéutico de esta problemática, o un training focalizado, dependen, entre otras variables, del tipo e intensidad del síntoma, y del contexto de aplicación, cultural y socio profesional, según que se trate de un pasajero, un profesional del vuelo civil o militar, o un astronauta. Se trabaja en equipo en lo posible, con piloto a cargo de la información aeronáutica, y

psicoterapeuta que diagnostica y trata el problema según su estructura y contenido, implementa en una posición integrativa recursos cognitivo conductuales con psicodinámicos, y entrena en relajación y estrategias de afrontamiento del estrés. (Alonso et al, 1999), y pueden usarse simuladores de vuelo y de realidad virtual.

3.2.5. Psicología aeronáutica en la actualidad

La psicología aeronáutica en el Río de la Plata se ha desarrollado con una fuerte impronta psicoanalítica. Sin embargo, su característica de interdisciplinariedad comprende conceptualizaciones de otros marcos teóricos como la psicología sistémica y la psicología cognitivo conductual. Modesto Alonso (2012) psicólogo de la Universidad de Buenos Aires, la define de la siguiente manera: “Entendemos a la psicología aeronáutica como una especialidad de la psicología, aplicada al estudio de los procesos psicológicos de los individuos, grupos y organizaciones, que integran el sistema sociotécnico aeronáutico. En su participación dentro del campo multidisciplinario de los Factores Humanos, orienta su atención, en especial hacia el estudio del error humano en la búsqueda de una actuación segura en la operación de los sistemas aeronáuticos” (Alonso, M., 2012, p.5).

Para los europeos David R. Hunter y Mónica Martinussen (2010) el objetivo general de la psicología aeronáutica es la comprensión y predicción del comportamiento de los sujetos en el ambiente aeronáutico. Señalan como objetivo específico de la disciplina, reducir los errores humanos. Entre las corrientes teóricas que estos autores identifican como contribuyentes a este campo, se encuentran la psicología cognitiva, el campo de los factores humanos y la psicología organizacional.

Los enfoques europeos y norteamericanos a partir de la segunda mitad de siglo XX han dejado de lado su origen psicodinámico. La evaluación de la salud mental de pilotos y tripulantes de cabina se ha desplazado hacia la identificación de síntomas y trastornos de acuerdo al Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000). Sin embargo en los últimos años, la psicología aeronáutica a través de autores como Zoran Juretik (2000) encuentra caminos de convergencia teórica que vuelven a incluir aportes psicodinámicos. Este investigador croata plantea que tanto el psicoanálisis como el abordaje cognitivo conductual, aportan a la comprensión de la psicología aeronáutica y los procesos de salud y enfermedad mental de los pilotos.

En varios estudios se ha analizado el mal estado de salud mental de pilotos. Se han publicado algunos datos sobre suicidios de pilotos de aviación general. Ungs informó el año 1994 sobre 9 accidentes aéreos ocurridos en el período 1979- 1989 que podían ser atribuidos a suicidios de los pilotos (Ungs, 1994). Estudios realizados por la *National Transportation Safety Board* (NTSB) de Estados Unidos han identificado importantes factores adversos en la mayoría de los pilotos, incluida la depresión o eventos vitales negativos. Por otra parte Cullen (1998), revisó 415 accidentes aéreos en el Reino Unido, pudiendo atribuir 3 de ellos categóricamente a suicidio de los pilotos y 7 sospechosos. Se identificaron como factores causales problemas psiquiátricos, inestabilidad familiar y abuso de alcohol. En Alemania Mäulen (1993), informó que aproximadamente de un 2 a un 3% de los accidentes fatales en aviación se pueden atribuir a suicidio.

No se han encontrado estudios que describan la prevalencia de los trastornos mentales o estudios de tamizaje para trastornos mentales en los pilotos de aeronaves, a pesar de las graves consecuencias que pudieran tener. Se hace necesario investigar la

presencia de síntomas emocionales –ante los cuales hay un mayor riesgo de presentar trastornos mentales– en pilotos comerciales con el objeto de poder estimar la magnitud del problema y elaborar estrategias específicas de detección y tratamiento.

Existe gran escasez de estudios en la literatura internacional respecto a la salud mental de los pilotos, probablemente relacionado con la idea de que su aptitud psicológica ya fue chequeada previa a su entrenamiento y existen chequeos periódicos; sin embargo, Goerres en 1975 ya mencionaba que estos chequeos cumplían más bien con examinar su salud física, no psicológica. Se encuentran estudios que analizan la posibilidad de suicidio en accidente aéreo –que es un resultado extremo y aislado–, pero no de la salud mental en esta población para la pesquisa de trastornos mentales comunes, que son también frecuentes en la población general y el ser piloto no los excluye de ese riesgo. Este estudio se enmarca en una línea de investigación que se ha venido desarrollando en relación a depresión y salud mental en el ámbito laboral.

Siendo los trastornos mentales, comunes en este siglo, cada vez más frecuentes, es de suma importancia desmitificar el significado de esta patología, y aceptar que sólo tratando adecuadamente los casos, tomando medidas de prevención, y educando a la población podemos mejorar la salud de la personas. Por otro lado, no existen fundamentos para pensar que ser piloto constituye un factor de protección en salud mental y es indiscutible que la salud de los pilotos es un recurso muy importante de conservar, debido a la responsabilidad que conlleva su trabajo y a que son profesionales de una alta especialización.

En otro estudio, evaluaron la salud mental de la población general y de atención primaria de Holanda, encontrando un 19.2% en hombres (Hoeymans et al., 2004). Por otro lado, el estudio de Araya, Wynn y Lewis, (1992), describe que el error de

clasificación se asocia al sexo y a la educación, tendiendo los hombres a clasificar más como falsos negativos y las personas con poca educación como falsos positivos.

Este estudio, mostró una alta prevalencia de malestar psíquico –32.6%– y aunque no es comparable con la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general del Gran Santiago, que es de 25% y 15.7% en la población masculina, podría relacionarse con una elevada prevalencia en la población de pilotos. El estudio tiene varias limitaciones: por una parte que se usó un instrumento de tamizaje para la detección de casos, por lo que los resultados no son del todo comparables; por otro lado, al no ser una muestra aleatoria del total de los pilotos, los resultados no son generalizables a la población de pilotos, y finalmente, que por tratarse de un estudio transversal es difícil establecer causalidad.

La alta prevalencia encontrada en este estudio lleva a plantear una serie de preguntas que hacen necesarias nuevas investigaciones en esta línea, que además de corroborar o no dichos resultados sirvan de base para el desarrollo de posibles tratamientos no farmacológicos para algunos cuadros y de acciones de prevención o intervenciones en forma precoz. Al analizar los posibles factores de riesgo, el no tener un contrato indefinido muestra un riesgo cercano a 10 veces de tener malestar psíquico comparado con el riesgo de los que sí tienen contrato indefinido. Esto aparece comprensible desde el punto de vista de la existencia de incertidumbre en lo laboral y factores asociados. Sin embargo, resulta interesante que el mayor número total de horas de vuelo aparece como una variable que se asocia en forma significativa a la presencia de malestar psíquico con un riesgo muchísimo mayor que los que han volado menos de 2000 horas, a lo que no se encuentra asociada explicación, y sólo algunas hipótesis, como por ejemplo, que han permanecido más tiempo alejados de sus familias, que tienen redes sociales debilitadas, que tienen mayor probabilidad de haber tenido

trastornos leves no tratados u otros factores desconocidos. Esto es importante ya que podría indicar que el grupo que lleva más horas de vuelo es una población en riesgo a la que deberían ir enfocadas las estrategias de prevención y eventualmente políticas que protejan a los pilotos. Se requiere de nuevos estudios para dilucidar si esta variable tiene un efecto por sí sola en lo psicológico o en aspectos neurobiológicos del SNC, o si además se asocia a otras variables, como por ejemplo: tabaquismo, uso de alcohol, o menor tiempo que comparten con sus familias, entre otros.

Un estudio sobre salud mental de pilotos de la Fuerza Aérea norteamericana (Otto y Webber, 2013) comparó longitudinalmente los reportes médico clínicos de 709 pilotos de drones y 5256 pilotos de aeronaves tripuladas durante el período octubre 2003 a diciembre 2011. Los investigadores encontraron una mayor incidencia de trastornos de ansiedad, trastorno depresivo, abuso de sustancias, ideas suicidas y trastorno por estrés postraumático, en pilotos de aviones no tripulados. El mismo estudio reveló que los pilotos de aviones tripulados y no tripulados, presentaban menos problemas de salud mental que el resto de los miembros de la Fuerza Aérea.

La investigadora J. L. Otto (Dao, 2013) concede este resultado al hecho de que los pilotos se ven presionados por la cultura organizacional a la que pertenecen, a no comentar síntomas relativos a su salud mental por temor a ser dados de baja de la actividad de vuelo.

3.2.6. Aspectos psicológicos que afectan al vuelo.

Aprender a volar en una Academia de la Fuerza Aérea de cualquier país tiene unas características singulares con respecto a una Escuela de Aviación Civil. La situación de estrés que tiene que gestionar el alumno aspirante a piloto militar es muy elevada, lo que supone una experiencia vital singular en la que va a necesitar poner en marcha todos sus recursos personales ante la situación. Esta alta demanda hace que la experiencia de aprobar el curso de vuelo sea vivida de forma intensa. La interpretación que hace el sujeto de la situación como desafío o amenaza va a ser significativa para determinar su respuesta ante el vuelo (Folkman y Lazarus, 1986).

La relación entre ansiedad y rendimiento fue demostrada por Yerkes y Dodson (1908) en un estudio clásico sobre los efectos de la motivación en el aprendizaje discriminativo. La Ley de Yerkes-Dodson señala que cuanto mayor es la dificultad de una tarea de aprendizaje, menor es el nivel de activación necesario para alcanzar un rendimiento óptimo. Una ansiedad excesiva afectará de manera negativa al aprendizaje. El rendimiento en una tarea aumentará a medida que aumente la activación hasta alcanzar un punto máximo, a partir del cual los incrementos en la activación llevarán a un peor desempeño. Según esto, una cierta cantidad de ansiedad es deseable y necesaria para un aprendizaje óptimo. El instructor intenta motivar al alumno que está aprendiendo a volar para aumentar su nivel de activación con objeto de alcanzar el nivel de rendimiento óptimo.

Uno de los aspectos que se tienen en cuenta a la hora de la formación de pilotos es la transferencia del aprendizaje de una situación a otra (Hawkins, 1987). Cuando el aprendizaje previo mejora el aprendizaje posterior hablamos de transferencia positiva. Esto sucede, por ejemplo, cuando la experiencia de haber volado en actividades de vuelo sin motor hace que el alumno se familiarice más rápido con la avioneta y aprenda

más rápidamente a volar con motor. Sin embargo, también puede suceder lo contrario, que el aprendizaje previo interfiera con el aprendizaje posterior. En este caso estaríamos hablando de una transferencia negativa. Esto puede suceder cuando los procedimientos de emergencia aprendidos en un avión son distintos e interfieren en el aprendizaje de los procedimientos de emergencia de otra aeronave. Una posible área de desarrollo en el aprendizaje de vuelo es el uso de simuladores con ordenadores personales (PC) en el entrenamiento de pilotos. Ortiz (1995) encontró una transferencia positiva entre el aprendizaje en simulador de PC y el entrenamiento en aeronave.

La carga de trabajo del piloto es bastante grande debido a la gran cantidad de información que tiene que procesar en tan poco tiempo, teniendo en cuenta que los aviones cada vez alcanzan velocidades mayores. Dicha carga de trabajo es fundamentalmente de tipo psicológico, más que conductual. Los conocimientos adquiridos por el alumno durante su formación en vuelo tienen que ser resistentes a situaciones de estrés. Es decir, no tienen que ser olvidadas en situaciones difíciles o extremas (Kite y Stokes, 1994). El entrenamiento a los alumnos en programas que enfatizan el desarrollo de habilidades cognitivas relacionadas con la selección de la información, la atención, el tipo de procesamiento de la información, etc., se ha mostrado un recurso eficaz a la hora de mejorar el rendimiento de los alumnos en vuelo (Hunt, 1996). Los efectos de las características de personalidad en la percepción y gestión de las situaciones de estrés durante el vuelo es un área de investigación en auge. Como señalan Harss y colaboradores (1991) sería útil la creación de programas de entrenamiento donde los alumnos puedan aprender a percibir las situaciones y las demandas de éstas en función de las diferentes situaciones de vuelo.

Otro aspecto interesante en la formación de los pilotos es el entrenamiento en habilidades de toma de conciencia de sí mismos, que puede ser una solución a los

problemas ocasionados por la fatiga en vuelo y a la sobrecarga de trabajo durante el mismo (Jones, 1991).

CAPITULO 4. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA INSTRUCCIÓN DE VUELO EN INSTRUCTORES Y ALUMNOS.

El aprendizaje del vuelo es, por sí, una situación estresante. Las funciones que tiene que realizar el piloto de una aeronave son variadas y su aprendizaje demanda una gran cantidad de recursos cognitivos. En la Tabla 1 (adaptada de Kite y Stokes, 1994) podemos observar algunas de las tareas que tiene que realizar el piloto con sus procesos implicados.

El manejo de las reacciones emocionales es un aspecto relevante para el piloto militar. Casi todas las tripulaciones sufren un miedo intenso durante el combate, según se desprende del trabajo de Wickert y colaboradores en 1947, apoyándose en entrevistas a 4.500 aviadores americanos (citado en Marks, 1991). El número de bajas por motivos psicológicos correlacionó de manera significativa con el número de aviones perdidos. Las crisis no estaban relacionadas con la fatiga o la actividad total en el aire.

Es interesante, en este sentido, entrenar a los pilotos militares para poder gestionar de manera eficaz el impacto emocional que este tipo de situaciones genera en el ser humano. De esta manera, ante situaciones extremas, el piloto incrementará el nivel de arousal, lo que puede traducirse en un aumento de su eficacia, por lo que vimos anteriormente en cuanto a la relación entre ansiedad y rendimiento, sin llegar a un bloqueo emocional que disminuya de forma significativa su rendimiento y la seguridad de su tripulación.

Dentro del entrenamiento se establece una serie de tareas o procesos en cada fase del vuelo, que el alumno debe integrar de forma reglada y automática, estas tareas o procesos se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1

Tareas y procesos implicados en la actividad de vuelo

Antes del vuelo	En el despegue	Durante el vuelo
1. Recoger información sobre la meteorología y la misión	5. Observar cambios en las lecturas de los instrumentos y en el exterior	9. Mantener constante seguimiento de los instrumentos y del exterior
2. Interpretar la información recogida en relación al vuelo y decidir las acciones a realizar	6. Colocar la aeronave en posición para el despegue y anticipar el movimiento de la aeronave	10. Identificar cualquier cambio rápidamente y actuar con precisión
3. Percepción visual y auditiva	7. Percepción visual	11. Mantener la información para un procesamiento inmediato
4. Toma de decisiones y resolución de problemas	8. Toma de decisiones, percepción visual e imaginación	12. Percepción visual y auditiva 13. Detección de señales y toma de decisiones 14. Capacidad de memoria a corto plazo.

El piloto tiene que procesar gran cantidad de información, analizarla y tomar decisiones, todo ello, a menudo, en escaso tiempo, debido a las altas velocidades a las que se desplaza la aeronave. El aprendizaje del vuelo requiere adquirir estas destrezas con un número de clases limitadas, lo que supone una situación de estrés para los alumnos que se instruyen en esta materia. El impacto del estrés va a depender de la apreciación que haga el alumno acerca de la experiencia, como una situación de amenaza a su sueño de ser piloto o como un desafío personal y, por otro, de la

valoración que haga de los recursos que tiene para hacer frente a la situación, sus habilidades personales, coordinación, inteligencia, etc.

El entrenamiento en control de la ansiedad ayudará al alumno a hacer frente a la ansiedad de vuelo. Los programas de control de la ansiedad combinan procedimientos para actuar sobre los componentes psicofísicos de la ansiedad con enfoques cognitivos. Técnicas como la relajación, distracción cognitiva y autoinstrucciones se han mostrado eficaces en el manejo de la ansiedad (De Corral y Echeburúa, 1991).

Las fobias a volar han sido generalmente más estudiadas en tripulaciones militares que en tripulaciones civiles. Estas fobias afectan sólo a una minoría de pilotos y se relacionan con más fobias en la niñez y otras en la vida adulta. Los pilotos con fatiga de vuelo y que no sufren otros problemas psiquiátricos vuelven a volar pronto tras un período de descanso. Tampoco aparece en la mayoría de los casos de pilotos que se han tenido que eyectar de un avión (Marks, 1991). De igual manera, en los alumnos en formación para pilotos militares la incidencia de casos de fobia a volar es poco relevante. La exposición gradual al vuelo se ha mostrado como una técnica adecuada para la superación de la fobia a volar.

4.1 Estrés de vuelo: Estrés laboral

El término “estrés” fue introducido en biología por Walter Cannon en 1911, para designar todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores.

Hans Selye (el llamado “padre del estrés”), en 1936 utilizó este término para designar la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa

producida por estímulos negativos excesivos, y la denominó Síndrome General de Adaptación.

Es importante diferenciar entre estresor, estrés y respuesta de estrés; ya que estresor es el acontecimiento objetivo, estrés es la experiencia subjetiva negativa, tal como es vivida por cada persona, y respuesta al estrés es la reacción fisiológica y conductual a la experiencia del estresor.

El estrés puede estar motivado tanto por problemas domésticos como laborales, así la OMS (2004) en su documento “La Organización del trabajo y el estrés” define el estrés laboral como “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación” (p. 3). Si bien tener una cierta presión en el trabajo es beneficiosa para el trabajador, puesto que le mantiene alerta, motivado y en condiciones de trabajar y aprender, a veces esa presión puede hacerse excesiva o difícil de controlar, apareciendo el estrés en el trabajo.

En este sentido, es importante diferenciar entre el estrés saludable o “eustrés” (eu, bueno en griego) y el estrés patológico o “distrés” (dis, malo en griego). En el eustrés, la discrepancia entre lo que se exige y la capacidad de superación del individuo, puede ser controlada, lo cual conlleva un fenómeno cognitivo positivo y unas emociones positivas. Si, por el contrario, ante un estresor se produce un gasto continuado de recursos sin que la situación sea controlada y sin que la capacidad de superación tenga éxito, hablamos de una reacción de distrés crónico, que conlleva cogniciones y sentimientos negativos.

Por tanto, muchas experiencias vividas en el trabajo son consideradas estresores y van acompañadas de las consiguientes reacciones crónicas de distrés. Pero dentro de estas vivencias del trabajo existen una serie de condiciones laborales que aumentan de

manera efectiva el riesgo de enfermar para los trabajadores. Así, para explicar cuáles son estas condiciones laborales existen dos modelos teóricos del estrés laboral desarrollados por las ciencias sociales: el modelo americano demanda-control y el modelo alemán crisis de gratificación en el trabajo. En el primer caso, la exigencia en el trabajo resulta de la combinación de dos dimensiones: la dimensión cantidad y tipo de demanda y la dimensión del control sobre las tareas del trabajo. En este modelo se ha incluido una tercera dimensión, el apoyo social, de forma que la ausencia de apoyo social supone una intensificación de la reacción estresante.

El segundo modelo es el de crisis de gratificación en el trabajo, el cual surge de la relación de intercambio de la función laboral en el proceso de reciprocidad social: a un esfuerzo dado se conceden gratificaciones. Estas gratificaciones serían el salario o los ingresos, la estima y valoración en el trabajo y por último, la promoción laboral y la seguridad en el empleo. Así, lo que se espera identificar con este modelo son las situaciones que se caracterizan por un alto esfuerzo y una baja recompensa.

Una vez estudiado el concepto de estrés laboral, es importante incidir sobre las causas en el trabajo que llevan a este tipo de estrés. Así, se ha comprobado en distintas investigaciones, que el estrés laboral está íntimamente relacionado con las exigencias y presiones que el trabajador sufre en su puesto de trabajo, de manera que cuanto más se ajusten los conocimientos y capacidades del trabajador a esas exigencias y presiones, menor será la probabilidad de que sufra estrés laboral.

Igualmente, las probabilidades serán menores si el trabajador recibe apoyo de los demás, ejerce control sobre su trabajo y participa activamente en la toma de decisiones con respecto a su actividad laboral. De esta forma, igual que la salud fue definida en el documento de constitución de la OMS (1946) como “un estado de completo bienestar

físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, (p. 1) un entorno laboral saludable es aquel en el que no sólo hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino también abundancia de factores que promuevan la salud.

Siguiendo con las causas que generan estrés en el trabajo, el Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo de los Estados Unidos, centro colaborador de la OMS en materia de salud ocupacional enumera una serie de factores causantes de estrés laboral, entre ellos destaca el mal diseño de las tareas, que da lugar a jornadas de trabajo excesivamente largas, trabajo por turnos, escasa sensación de control en el trabajo, y en definitiva gran carga laboral. Otro de los factores implicados en la aparición de estrés laboral es el estilo de gestión poco transparente, que da lugar a la escasa participación de los trabajadores en la toma de decisiones sobre su actividad laboral. También se cita como factor que genera estrés laboral la inquietud relacionada con las perspectivas de carrera, lo que produce inseguridad laboral, imposibilidad de ascender y la introducción de cambios súbitos en el trabajo para los cuales los trabajadores no están preparados. Se hace referencia igualmente a la falta de apoyo del empleado y al deterioro del ambiente social en el entorno laboral como factores causantes de estrés, así como a las tareas contradictorias o imprecisas y al entorno de trabajo peligroso o desagradable.

En contraposición a los factores mencionados anteriormente, las características del trabajo que se asocian con niveles elevados de productividad y satisfacción laboral son una cultura organizacional que valora el trabajo individual, el reconocimiento de los trabajadores por su buen desempeño, las perspectivas de carrera, unas políticas y acciones administrativas coherentes con las normas organizativas, una carga de trabajo adaptada a la persona, un nivel satisfactorio de participación en la adopción de decisiones, un sistema adecuado de apoyo social y un contenido de trabajo importante.

Por tanto, un trabajador sometido a condiciones laborales desfavorables puede sufrir estrés, que se va a manifestar inicialmente por enfermedades gástricas, cefaleas, alteraciones del sueño y del estado de ánimo, depresión y relaciones perturbadoras con la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. También el trabajador puede hacerse más vulnerable a las enfermedades infecciosas y pueden aparecer los llamados “comportamientos evasivos”, incrementándose el consumo de analgésicos, ansiolíticos, alcohol, tabaco y otras drogas. Todo ello daría lugar a un aumento del absentismo y una disminución del rendimiento laboral.

Siguiendo esta línea, se ha asociado el estrés laboral prolongado a una serie de afecciones crónicas, como algunas enfermedades cardiovasculares, especialmente la hipertensión arterial. Generalmente asociada a trabajos psicológicamente exigentes y que prácticamente no permiten a sus empleados tener control sobre sus actividades. También se han obtenido datos de que el estrés laboral aumenta el riesgo de algunas enfermedades reumáticas, especialmente dorsolumbares y de los miembros superiores. Igualmente, existe relación entre estrés en el trabajo y el padecimiento de algunos trastornos psicológicos, como la depresión, así como entre el estrés y la siniestralidad laboral.

La función o el papel que la persona desempeña en el trabajo también pueden producir estrés, ya que a veces ese papel es ambiguo o bien hay conflicto de funciones. En cuanto al desarrollo de la carrera profesional, tanto las situaciones positivas, por ejemplo los ascensos, como las negativas, la inestabilidad o la pérdida del puesto de trabajo, pueden dar lugar a estrés laboral. Los ascensos pueden suponer un esfuerzo adicional para el individuo, tanto desde el punto de vista físico como mental, también la falta de promoción profesional puede dar lugar a sentimientos de insatisfacción o de fracaso en el trabajo que producen alteraciones fisiológicas y conductuales. Igualmente,

las situaciones de inestabilidad en el trabajo conducen al profesional a aceptar peores condiciones laborales y así aumentar las posibilidades de padecer estrés, que llegaría a su máximo nivel si se produce una situación de pérdida laboral, pudiendo generar importantes problemas tanto físicos como psíquicos.

En lo referente a las relaciones laborales, hay que diferenciar la relación con los compañeros de trabajo, con los jefes y con los subordinados. El apoyo social recibido de los compañeros de trabajo es fundamental para amortiguar las situaciones estresantes, mientras que la falta de contacto mantenido entre compañeros en el entorno laboral es una fuente importante de estrés. En la relación con los jefes, es fundamental que haya un trato afable, que la comunicación sea fluida y que haya una adecuada capacidad de planificación.

Para muchas personas ser el responsable del trabajo de otros puede generar estrés, especialmente si se realiza un trabajo centrado en los resultados que tenga en cuenta a los trabajadores.

El siguiente elemento que compone el síndrome de estrés en el trabajo son los pensamientos negativos, es decir, pensamientos y sentimientos negativos en cuanto a su actuación, logro personal y jerarquía de valores.

Y finalmente, aparece el tercer componente del síndrome de estrés, con el surgimiento de síntomas relacionados con la actividad nerviosa (taquicardia, aumento de la respiración y de la tensión arterial, sentimientos de cólera e irritación, dolores inespecíficos...) así como, manifestaciones específicas de ansiedad, signos de tensión motora, hiperactividad vegetativa, expectación aprensiva e hipervigilancia.

Sin embargo, los factores ambientales citados anteriormente no son por sí solos suficientes para producir estrés laboral, sino que se encuentran modulados por una serie de variables personales que juegan un papel importante a la hora de establecer los

recursos físicos y psicológicos utilizados como respuesta a las demandas del medio. Entre estas variables personales destacamos los llamados factores afectivo/cognitivos, ya que existen determinados rasgos de la personalidad de las personas como la impaciencia, la velocidad excesiva, la competitividad o la vinculación excesivo con el trabajo, que suponen la necesidad de solucionar rápidamente los problemas, de imponerse un gran volumen de actividades laborales. Esto, a corto plazo, puede ser beneficioso para el individuo y para la institución en la que trabaja, porque aumenta la actuación laboral, pero a largo plazo puede tener consecuencias negativas tanto para las personas como para las organizaciones.

Otro factor implicado en la aparición de estrés laboral es la llamada “personalidad resistente”, caracterizada por la vinculación, es decir, tener interés por lo que se hace, el control o sentirse responsable de los acontecimientos, y el reto, que significa tener buena tolerancia a la ambigüedad, considerando los cambios como procesos naturales de la vida. Así, en las personas con estos rasgos en su personalidad sería más infrecuente la aparición del estrés laboral.

Una vez estudiado el concepto y las causas que pueden dar lugar a estrés en el trabajo, vemos como estrés laboral y burnout son dos términos relacionados, de hecho el burnout se considera una respuesta al estrés laboral crónico. Así, estudiando la relación entre ambos conceptos McManus et al. (2002), en un estudio prospectivo realizado en médicos del Reino Unido intentaron aclarar las asociaciones causales que existían entre estrés y burnout y vieron como entre la dimensión de cansancio emocional y el estrés aparecía una relación de causalidad recíproca, mientras que los otros dos componentes del burnout, la despersonalización y la realización personal, también se relacionaban con el estrés, pero no se establecían relaciones de causalidad. Así, la despersonalización parece que disminuía el estrés, posiblemente por un mecanismo de autodefensa,

mientras que la falta de realización personal aumentaría los niveles de estrés, tanto de forma directa como indirecta, a través de incrementar los niveles de cansancio emocional.

Pero, aunque estos conceptos están claramente relacionados, entre ambos existen una serie de diferencias fundamentales. Así, el estrés desaparece con el descanso, en contraposición al burnout que no remite con el reposo. El estrés aparece como respuesta del organismo ante un estímulo estresor o situación estresante y está relacionado con horas excesivas o sobrecarga de trabajo, produciéndose por la interacción de múltiples estresores y la propia estructura de la personalidad. En cambio el síndrome de desgaste profesional puede estar producido por un trabajo escasamente estresante pero altamente desmotivador.

4.1.1 Estrés Laboral en Personal Militar.

En personal militar, la mayoría de los trabajos sobre estrés se han realizado en soldados desplazados a misiones internacionales o bien en soldados que han combatido en conflictos bélicos, y han estado dirigidos a detectar síntomas de estrés postraumático en este colectivo. En uno de estos trabajos de Hege, Castro, Messer, et al, (2004) se estudiaron los trastornos mentales (ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático) que aparecían en una muestra de soldados de Estados Unidos que combatieron en Irak y Afganistán. Se encontró que las intervenciones en acciones de combate y el contacto con el enemigo eran mucho más altas en soldados que habían vuelto de Irak (71%-86%) que los que habían vuelto de Afganistán (31%). Se observó también que el número de individuos con criterios de ansiedad, depresión y trastornos de estrés postraumático era mayor en los soldados que habían combatido en Irak (del

15% al 17%), además se vio que existía una resistencia de los militares enfermos a buscar ayuda médica, ya que sólo del 23% al 40% habían buscado atención especializada, quizá por la percepción que sus compañeros y jefes puedan tener de ellos.

En otro estudio de Danes y Horvat (2005) valoraron el trauma relacionado con la psicopatología presente en dos grupos diferentes de personas que habían actuado en la antigua Yugoslavia: un grupo de soldados de Naciones Unidas y personal perteneciente al voluntariado. Se encontró que la prevalencia de sintomatología de estrés postraumático era mayor entre los soldados de Naciones Unidas, que estuvieron más expuestos a los traumas que el personal voluntario, incluyendo tanto la violencia contra otros como contra uno mismo. Además entre los soldados, los síntomas de intrusión fueron bastante altos, cerca de tres veces superiores a lo que ocurría entre el voluntariado.

Igualmente, en un estudio llevado a cabo entre veteranos que habían combatido en Croacia, Hutinec, et al., (2004), comprobaron que las experiencias en la zona de guerra (participación en el combate, haber sido testigo y haber participado en algún acto de violencia abusiva y haber recibido alguna acción disciplinaria) contribuían más al desarrollo de sintomatología de estrés postraumático que otras variables como los factores de riesgo premilitares, las condiciones de entrada en el ejército, los síntomas disociativos peritraumáticos y el recibimiento al regreso al hogar. En los profesionales de las FAS se ha realizado un estudio sobre estrés laboral en soldados profesionales, y se vio que el grado de conflicto y claridad de rol, factores que pueden producir burnout, no son excesivamente altos en este colectivo, a pesar de los importantes cambios organizativos que han tenido lugar en las FAS españolas en los últimos años.

Como consecuencia del estrés de la instrucción nos vamos a centrar en el burnout, el engagement, en los síntomas psicósomáticos y en el bienestar psicológico.

4.2.- *BURNOUT*

El burnout o “síndrome del quemado por el trabajo” fue descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano que lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo. Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas (habla Freudenberger de comunidades terapéuticas, voluntariado, etc.), de tal forma que estas personas sentirían una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar. Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo. Según este autor, el síndrome de burnout así descrito, se manifestaría clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destacaría el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria.

En cuanto a las alteraciones de la conducta, sería frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas. Y todo esto puede conllevar a un consumo excesivo de tranquilizantes y barbitúricos. Freudenberger describe como la persona con burnout se vuelve rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con ella, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios. Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares.

Más tarde, en 1996, Christina Maslach y colaboradores realizaron un trabajo sobre el burnout en 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, enfermeras, etc.

Todas estas ocupaciones comparten un punto central de proporcionar ayuda y servicio a gente necesitada, en otras palabras, el aspecto principal del trabajo es la relación entre el proveedor y el que recibe. Este contexto interpersonal del trabajo significó que, desde el principio, el burnout fuese estudiado no tanto como una respuesta individual al estrés sino también, en términos transaccionales, respecto a las relaciones existentes de un individuo en el lugar de trabajo. Además, este contexto interpersonal centró la atención en las emociones del individuo, y en los motivos y valores que subyacen en su trabajo con los receptores. Las relaciones terapéuticas o de servicio que los cuidadores o proveedores desarrollan con los receptores exigen un nivel permanente e intenso de contacto personal y emocional. Aunque tales relaciones pueden ser gratificantes y adaptativas, también pueden ser bastante estresantes. Dentro de tales ocupaciones, las normas prevalecientes se circunscriben a ser desinteresado y poner primero las necesidades de los otros; trabajar muchas horas y hacer lo que sea necesario para ayudar a un cliente o paciente o alumno; hacer un esfuerzo extra y dar todo de sí. Además, los ambientes organizacionales para estos trabajos están conformados por diversos factores sociales políticos y económicos que derivan en ambientes de trabajo de elevada exigencia y bajos recursos (Maslach, 2009).

Para Maslach, estos trabajadores se enfrentaban al estrés propio de su trabajo mediante un distanciamiento con las personas a las que prestaban sus servicios, lo cual tenía efectos perjudiciales tanto para el propio trabajador como para sus clientes. Para esta autora, el burnout ocasionaba baja moral en el trabajador, aumentando el absentismo laboral. Pero también encontraba correlación con el alcoholismo, las

enfermedades mentales, los conflictos familiares y el suicidio. Además Maslach afirmó que el burnout aparecía más frecuentemente en personas que trabajaban durante largas horas en contacto directo con sus pacientes o clientes, siendo menos frecuente este síndrome en personal administrativo.

Por su parte, Brodsky y Edelwich (1980) definieron el burnout como una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales, y describieron cuatro fases que aparecían en este síndrome: una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; una segunda fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y clientes, en la cual es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados; sigue una tercera fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inician en etapas anteriores, afloran plenamente; y por último, se llega a una cuarta etapa de apatía o indiferencia hacia el trabajo.

Posteriormente, Aronson, Kafry y Pines (1981) definieron el síndrome como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente. Para estos autores, el burnout sería el resultado de la repetición de la presión emocional.

Pero el burnout adquirió verdadera importancia con los estudios de Maslach y Jackson, que en 1981 lo describieron como un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Por tanto, estas autoras describieron las tres dimensiones del

burnout: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y por último, falta de realización personal, es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés.

Para Maslach (1993), estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores, que prestan servicios al público. Además, elaboraron un instrumento de medida, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), basado en la necesidad de un instrumento para evaluar el burnout experimentado por una amplia gama de trabajadores de servicios humanos, para su inclusión en futuros estudios de investigación que permitirá alcanzar un mejor conocimiento de distintas variables sociales e institucionales a fin de reducir la presencia de burnout. Se trata de un cuestionario autoadministrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo.

Posteriormente, Maslach y colaboradores, definieron el burnout como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a estresores laborales crónicos. Afirman que las tres dimensiones de esta respuesta son el agotamiento emocional, que representa la dimensión básica del burnout, y se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales de la persona que padece el síndrome, la despersonalización o sentimientos de cinismo, que representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome, y la baja realización personal o sentimiento de ineficacia, que representa la dimensión de autoevaluación del burnout, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo. Para Maslach la primera dimensión en aparecer,

desde el punto de vista temporal, es el agotamiento emocional, posteriormente, y de un modo secuencial, aparecería la despersonalización y por último se desarrollaría la tercera dimensión, o falta de realización personal, pero en este caso el desarrollo sería simultáneo en vez de secuencial.

Hasta el momento se pueden distinguir distintas fases en cuanto al estudio del burnout. En la primera fase, aparecieron los artículos iniciales, basados en la experiencia de las personas que trabajaban en servicios humanos y ocupaciones relacionadas con el campo de la salud. En la segunda fase (fase empírica), se comenzaron a realizar trabajos cuantitativos del burnout, utilizando el MBI y estudiando profesionales de otros campos, como los profesores. Más tarde, el estudio del burnout se amplió a otras profesiones como gerentes, administrativos, militares, etc. Además se emplearon modelos estructurales en la investigación del síndrome, para así poder estudiar diversos factores que influían en el mismo y sus consecuencias de forma simultánea.

Posteriormente, se empezaron a realizar estudios longitudinales sobre el burnout.

En España, Gervás y Hernández (1998) denominaron al síndrome de burnout enfermedad de Tomás y en 1998 Vega y colaboradores, se refirieron al mismo concepto definido por Maslach y Jackson como Síndrome De Desgaste Profesional, término muy utilizado en los numerosos estudios sobre este tema realizados en nuestro país.

En 1999, Mingote Adán y Pérez Corral definen el síndrome de desgaste profesional como la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. Se produciría un desequilibrio prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas excesivas demandas laborales, que exigen un esfuerzo crónico, y unos limitados recursos de afrontamiento. Para estos

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

Para otros autores el burnout es una respuesta prolongada a los factores crónicos estresantes emocionales e interpersonales en el trabajo, y muchos autores optan por asociarlo con el estrés, relacionarlo con una extensa lista de variables adversas para salud y con profesiones que se caracterizan por las continuas exposiciones a situaciones cargadas de emotividad y tensión (García-Izquierdo, Llor y Sáez, 2000).

Gil-Monte y Peiró (1997), proponen una serie de modelos psicosociales para el estudio del burnout y lo definen como una respuesta al estrés laboral percibido que surge de un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés percibido. Esta respuesta supone una variable entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales.

Como se ha podido observar, no existe una definición unánimemente aceptada del síndrome de desgaste profesional o burnout, pero sí parece haber consenso en considerarlo una respuesta al estrés laboral crónico con connotaciones negativas ya que implica consecuencias nocivas para el individuo y para la institución en la que éste trabaja.

El burnout laboral implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo. Las tres dimensiones claves de esta respuesta son un agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros. La dimensión del agotamiento representa el componente de estrés individual básico del burnout. Se refiere a sentimientos de estar sobreexigido y vacío de recursos emocionales y físicos. Los trabajadores se sienten debilitados y agotados, sin ninguna fuente de reposición. Carecen de suficiente energía para enfrentar otro día u otro problema, y una queja común es “Estoy aplastado, sobrecargado y con exceso de trabajo –simplemente es demasiado”. Las fuentes principales de este agotamiento son la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo (Maslach, 2009).

La dimensión del cinismo representa el componente del contexto interpersonal del burnout. Se refiere a una respuesta negativa, insensible, o excesivamente apática a diversos aspectos del trabajo. Normalmente se desarrolla en respuesta al exceso de agotamiento emocional, en principio auto-protector –un amortiguador emocional de “preocupación”. Si las personas están trabajando muy intensamente y haciendo demasiadas tareas, comenzarán a apartarse, a reducir lo que están haciendo. Pero el riesgo es que el desapego puede derivar en la pérdida de idealismo y en la deshumanización. Con el tiempo los trabajadores no están simplemente creando formas de contención y reduciendo la cantidad de trabajo, sino que también están desarrollando

una reacción negativa hacia la gente y el trabajo. A medida que se desarrolla el cinismo, la gente cambia desde tratar de hacer su mejor esfuerzo a hacer sólo el mínimo. Su desempeño en el trabajo puede reducirse a “¿Cómo termino lo que estoy haciendo, sigo recibiendo mi sueldo y salgo de aquí?”. Los trabajadores con cinismo reducen la cantidad de tiempo que pasan en la oficina o lugar de trabajo y la cantidad de energía que dedican a su trabajo. Siguen desempeñándose, pero haciéndolo al mínimo, por lo tanto la calidad de ese desempeño disminuye (Maslach, 2009).

La dimensión de la ineficacia representa el componente de autoevaluación del burnout. Se refiere a los sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo. Este sentido disminuido de autoeficacia es exacerbado por una carencia de recursos de trabajo, así como por una falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente. Quienes experimentan esta dimensión del burnout se pregunta, “¿Qué estoy haciendo? ¿Por qué estoy aquí? Quizás este es el trabajo equivocado para mí”. Esta sensación de ineficacia puede hacer que los trabajadores con burnout sientan que han cometido un error al elegir su carrera y a menudo no les gusta el tipo de persona en que ellos creen que se han convertido. De este modo, llegan a tener una consideración negativa de ellos así como de los demás (Maslach, 2009).

A diferencia de las reacciones de estrés agudo, que se desarrollan en respuesta a incidentes críticos específicos, el burnout es una reacción a la contante acumulación de estresores ocupacionales en curso. Con el burnout, el énfasis ha estado más en el proceso de erosión psicológica, y los resultados psicológicos y sociales de esta exposición crónica, más que simplemente en los físicos. Debido a que el burnout es una respuesta prolongada a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo, tiende a ser bastante estable con el tiempo. Diferentes factores en el lugar de trabajo son predictores

de las diferentes dimensiones del burnout, pero las tres dimensiones deberían ser examinadas a fin de obtener una buena idea de lo que está ocurriendo cuando los trabajadores experimentan este fenómeno (Maslach, 2009).

Recientemente, en la medida que otras profesiones se han vuelto más orientadas al servicio personal del cliente, el fenómeno del burnout se ha hecho cada vez más pertinente para estos trabajos (Leiter y Maslach, 1997). Se han efectuado nuevas investigaciones con muestras de participantes en esta gama más amplia de ocupaciones, pero el grueso de los resultados de la investigación acerca del burnout se sigue basando en muestras de cuidado de salud, educación y servicios humanos (Enzmann y Schaufeli, 1998; Jackson, Leiter y Maslach, 1996).

De primordial interés para cualquier organización debería ser la mala calidad del trabajo que un empleado que sufre el burnout puede producir. Cuando los empleados cambian su desempeño, estándares mínimos de trabajo y mínima calidad de producción en vez de desempeñarse al máximo, cometen más errores, se ponen menos minuciosos, y tienen menos creatividad para resolver problemas (Maslach, 2009).

El burnout ha sido asociado con varias formas negativas de respuestas al trabajo, incluyendo insatisfacción laboral, baja vinculación con la organización, absentismo, intención de dejar el trabajo, y rotación de trabajo (Enzmann y Schaufeli, 1998). Las personas que están experimentando burnout pueden tener un impacto negativo en sus colegas, ya sea ocasionando mayores conflictos personales, o alterando las tareas del trabajo. De este modo, el burnout puede ser “contagioso” y perpetuarse a través de las interacciones informales en el trabajo. Cuando el burnout alcanza la etapa de cinismo alto, puede derivar en un mayor ausentismo y rotación. Los empleados que padecen burnout hacen el mínimo, no se presentan con regularidad, dejan el trabajo temprano, y abandonan sus trabajos en mayor medida que los empleados comprometidos.

La relación de la salud personal con el estrés humano ha estado siempre en el centro de la investigación del estrés. Éste siempre ha mostrado un impacto negativo tanto en la salud física (especialmente problemas cardiovasculares), como en el bienestar psicológico. La dimensión del estrés individual del burnout es el agotamiento, y, como uno pronosticaría, esa dimensión ha sido correlacionada con diversos síntomas físicos del estrés: dolores de cabeza, desórdenes gastrointestinales, tensión muscular, hipertensión, episodios de resfrío/gripe, y alteraciones del sueño (Leiter y Maslach, 2000).

El burnout también ha sido vinculado con la depresión, y ha habido mucho debate acerca del significado de esa vinculación (Leiter y Maslach, 2005). Una suposición común ha sido que el burnout causa disfunción mental, es decir, precipita efectos negativos en términos de salud mental, tal como depresión, ansiedad, y baja autoestima.

Un argumento alternativo es que el burnout no es precursor de la depresión, pero es, en sí mismo, una forma de enfermedad mental. La investigación más reciente sobre este tema indica que el burnout es realmente distinguible de la depresión clínica, pero que parece que se relaciona con los criterios de diagnóstico para la neurastenia relacionada con el trabajo (Maslach et al., 2001). La sugerencia de toda esta investigación es que el burnout es un importante factor de riesgo para la salud mental, y esto puede tener un impacto significativo tanto en la vida familiar como en la vida laboral del empleado afectado. Dado que la mayor parte de la investigación sobre el burnout se ha centrado en el ambiente del lugar de trabajo, se ha dedicado relativamente menos atención a la manera en que afecta la vida familiar. Sin embargo, los estudios de investigación sobre este tópico han descubierto un patrón bastante consistente de un efecto "indirecto" negativo. Los trabajadores que experimentaron burnout fueron

calificados por sus esposas en formas más negativas, y ellos mismos informaron que su trabajo tenía un impacto negativo en su familia y que su matrimonio no era satisfactorio (Burke y Greenglass, 2001).

La relación de la salud personal con el estrés humano ha estado siempre en el centro de la investigación del estrés. Éste siempre ha mostrado un impacto negativo tanto en la salud física (especialmente problemas cardiovasculares), como en el bienestar psicológico. La dimensión del estrés individual del burnout es el agotamiento, y, como uno pronosticaría, esa dimensión ha sido correlacionada con diversos síntomas físicos del estrés: dolores de cabeza, desórdenes gastrointestinales, tensión muscular, hipertensión, episodios de resfriado/gripe, y alteraciones del sueño (Leiter y Maslach, 2000). El burnout también ha sido vinculado con la depresión, y ha habido mucho debate acerca del significado de esa vinculación (Leiter y Maslach, 2005). Una suposición común ha sido que el burnout causa disfunción mental, es decir, precipita efectos negativos en términos de salud mental, tal como depresión, ansiedad, y baja autoestima.

Con respecto a las variables edad y antigüedad en el trabajo, tampoco hay unanimidad de criterios, pero hay autores que mencionan dos etapas durante el periodo de tiempo en el trabajo en el que se presentan menores niveles de burnout (Gil-Monte, 2005). La primera etapa que corresponde al periodo inmediato entre la graduación hasta los dos primeros años de carrera, en donde, se atribuye que el trabajador se sentirá más motivado. La segunda etapa ocurre cuando el trabajador posee un tiempo mayor de diez años en el puesto de trabajo; es decir, los trabajadores más antiguos, serían los que menos niveles de burnout experimentan, siendo probable que se deba a que estos han construido estrategias para sobrellevar su trabajo (Deprati, 2001; Gil-Monte y Peiró, 1997).

Algunas publicaciones han relacionado el burnout con los síntomas psicossomáticos, síntomas somáticos de poca importancia clínica la mayoría de las veces, pero suficientes como para que un sujeto se sienta “enfermo” de alguna manera, los cuales constituyen de manera general una forma de expresión de la ansiedad y aparecen en ciertas ocasiones como respuesta fisiológica a supuestas agresiones (Fernández Canti, 2000).

El estudio llevado a cabo por Golembiewski, Muzenrider y Stevenson (1986) puso de manifiesto la correlación entre los niveles en las tres subescalas en las que se divide el burnout, principalmente el agotamiento emocional, con síntomas asociados a la falta de salud: 1) agitación y debilitamiento; 2) problemas de tipo cardiovascular; 3) dolores de otra naturaleza y 4) trastornos del sueño. Muchos autores después han verificado en estudios semejantes la aparición simultánea de síntomas psicossomáticos con el padecimiento del burnout. En el estudio de Gil-Monte y Peiró (1997) pueden encontrarse referencias a todos ellos.

Gil-Monte, Grau, Peiró y Valcárcel (1996), también realizaron una investigación similar, en cuyos resultados destacaron la relación entre el agotamiento emocional y padecer palpitations, fatiga superior a lo normal y temblor de manos. La despersonalización se relaciona principalmente con palpitations, taquicardia y pinchazos en el pecho y la baja realización personal en el trabajo, con menos intensidad, también con síntomas cardiovasculares como los anteriormente mencionados.

Las conclusiones a las que llegaron ambos grupos de investigación sugieren una aproximación del agotamiento emocional a la sintomatología depresiva (inhibición, anhedonia, clinofilia), mientras que las otras dos subescalas (cinismo y eficacia profesional) se acercan más a una patología ansiosa que cursan con síntomas

cardiovasculares, o lo que es lo mismo, evocan más a la patología relacionada con el estrés (Fernández-Canti, 2000).

De esta forma, podríamos decir que el padecimiento de burnout implica diversos síntomas somáticos inespecíficos y distintos para cada sujeto que no llegan a constituir una entidad clínica definida.

Por otro lado, otros estudios han relacionado el burnout con la respuesta inmunológica del organismo y sus reacciones endocrinas (Fernández-Canti, 2000).

Son muchos también los estudios realizados que analizan conjuntamente las relaciones entre burnout y la satisfacción laboral, los cuales presentan hallazgos que indican que el burnout está asociado de forma negativa con la satisfacción personal (Gil-Monte y Peiró, 1999; Pierce y Molloy, 1990; Wolpin, Burke y Greenglass, 1991.).

En el mismo sentido, otros estudios han relacionado el burnout con el bienestar, los cuales ponen de manifiesto la propensión de los sujetos a la disminución en los componentes del bienestar con las variables del burnout (García-Izquierdo, Llor y Sáez , 2000).

4.2.1 Burnout en entorno de trabajo militar

La Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la Carrera Militar, establece la “idoneidad” como requisito para el ascenso y la asignación o el cese en determinados destinos (artículos 85, 92, 93, 94, 97, 100 y 104); este espíritu lo recoge también el Real Decreto 168/2009, de 13 febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Evaluaciones y Ascensos en las FAS y sobre el acceso a la condición de militar de carrera de militares de tropa y marinería. La necesidad de “ajuste” o “idoneidad” entre un sujeto y el puesto asignado va más allá de la optimización de recursos, ya que constituye, además, una premisa básica en la prevención de los riesgos de origen psicosocial. En este sentido y como ya ha sido comentado, el Real Decreto 1755/2007, de 28 diciembre, de

prevención de riesgos laborales de personal militar de las FAS y de la organización de los servicios de prevención del Ministerio de Defensa, recoge entre los principios de acción preventiva, el de “adaptar el puesto a la persona”.

El término “idoneidad” pocas veces aparece en la bibliografía de referencia. El diccionario de la Real Academia Española define “idóneo” como adecuado o apropiado para algo. En cuanto al término “aptitud”, se define como la idoneidad para obtener y ejercer un empleo o la cualidad que hace que un objeto sea apto, adecuado o acomodado a un cierto fin. Por último “ajustar” sería acomodar algo a otra cosa.

Todos estos términos guardan una estrecha relación entre sí, lo que ha llevado a muchos investigadores a considerarlos equivalentes. En realidad, todos aluden a la comparación entre un conjunto de características de la persona y de la organización (Ximénez, 1999). Si los riesgos psicosociales se derivan de la interacción entre el contenido de trabajo, la gestión y organización del trabajo y las condiciones ambientales por un lado y las competencias y necesidades de los trabajadores, por otro (OIT, 1986), cualquiera que sea la definición aceptada, esa comparación, está vinculada al riesgo psicosocial (Bardera y Osca, 2009).

El ajuste es la compatibilidad entre un individuo y su ambiente de trabajo cuando las características de ambos encajan (Johnson, Kristof-Brown y Zimmerman, 2005). Dicha correspondencia está recogida en la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, como la compatibilidad entre las características personales del trabajador y su puesto de trabajo. La literatura distingue entre “ajuste complementario”, donde las características de la persona complementan las del ambiente y “ajuste suplementario”, donde las personas se ajustan a un contexto porque poseen características similares a las de los otros miembros que forman parte de él (Chapman y Piasentin, 2006; Kristof, 1996; Ximénez, 1999;).

En el ajuste suplementario se ha de dar una compatibilidad entre la personalidad, valores, objetivos y actitudes del trabajador y la cultura, valores, objetivos y normas de la organización y entre los requerimientos del puesto de trabajo, como los conocimientos, habilidades, aptitudes, tiempo o vinculación requeridas y los poseídos por el trabajador.

Según Tinsley (2000), en la literatura existe más de 100 investigaciones acerca del ajuste persona-ambiente, siendo la satisfacción en el trabajo el resultado más investigado, seguido del estrés laboral. La mayoría de estos estudios coinciden en que el ajuste se relaciona de forma positiva con los índices que miden aspectos positivos para el trabajador (satisfacción, implicación o confianza), y negativa con los índices de descontento (estrés, absentismo).

Un aspecto importante que vienen destacando los investigadores estos últimos años es que, en contextos militares, buena parte de las tareas sólo pueden realizarse en equipo y, a su vez, el contexto en el que están ubicados los grupos es, junto a la interacción grupal, uno de los dos aspectos fundamentales para entenderlos (Alcover y Gil, 2003). Fenómenos como la identidad grupal, la potencia de grupos, la motivación colectiva o la moral pueden modular la intensidad o la dirección de la influencia que los factores psicosociales tienen sobre la salud de los militares (Bardera y Osca, 2009).

El registro oficial de enfermedades profesionales (Real Decreto 1299/2006) no contempla los trastornos mentales, aunque existen estimaciones en el sentido de que cada año son diagnosticados 7.500 nuevos casos por este tipo de patologías en España, siendo el segundo grupo de enfermedades profesionales más frecuente, por detrás de las osteomusculares (García, Gadea y López, 2007; García y Gadea, 2008).

Es difícil estimar la prevalencia de alteraciones psíquicas de naturaleza profesional, siendo el estrés y el burnout las más estudiadas y que parecen tener mayor

presencia, seguidas de las alteraciones del estado de ánimo y de otros trastornos menos frecuentes y de mayor gravedad, como los de naturaleza psicótica. No obstante, no debe olvidarse la naturaleza multifactorial y transaccional de muchas de estas alteraciones.

Aunque los trastornos psicóticos son poco frecuentes en la población general y, menos aún, en el ámbito laboral, por los problemas que estas personas presentan para trabajar, varios investigadores se han planteado si la exposición a estrés intenso o acumulado, conocido como “hiperactivación inducida por el estrés” y derivada del entorno laboral, puede inducir trastornos psicóticos (Holder, Stenber y Tallury 2001). Algunos estudios relacionan la aparición de alucinaciones con la hiperactivación inducida por estrés causada por accidentes de minas, retención de rehenes, la guerra o las operaciones militares prolongadas (Zuleta, 2006).

Al igual que sucede con el ajuste al puesto, el estrés puede entenderse como estímulo, como respuesta y como transacción, siendo la última la más aceptada. Desde esta perspectiva, el estrés se entiende como el resultado de una transacción entre el individuo y las demandas de su entorno, siendo fruto de un proceso dinámico en el que se da una relación recíproca entre ambos (González-Camino y Osca, 2004). Los estresores se han descrito como todo evento, situación o cognición que puedan evocar emociones negativas en el individuo (Buunk, de Jonge, Ybema y Wolf, 1998). Este enfoque se mantiene en la línea de la definición que hace la OIT de los riesgos psicosociales (Cox, Griffiths y Rial-González, 2005) y con la definición del bienestar recomendada por la Organización Mundial de la Salud (2005): El bienestar es un estado mental dinámico caracterizado por una armonía razonable entre las capacidades, las necesidades y las expectativas de una persona y las exigencias y oportunidades del entorno.

Seguendo a Cox et al., (2005), se puede hablar del “Enfoque Técnico”, que aborda el estrés como variable independiente, al considerarlo como característica nociva del entorno laboral; el “Enfoque Fisiológico”, que considera el estrés como variable dependiente, es decir, como respuesta fisiológica a un entorno dañino, donde se situarían las primeras teorías sobre estrés; y el “Enfoque Psicológico”, que aborda el estrés en función de la relación dinámica entre la persona y su entorno de trabajo.

El “Enfoque Psicológico” agrupa, a su vez, dos perspectivas distintas, como son la interaccionista y la transaccional. La primera se centra en las características estructurales de la interacción de la persona con su entorno de trabajo, mientras que la segunda presta más atención a los mecanismos psicológicos en los que se fundamenta esta interacción. Los modelos transaccionales se refieren principalmente a la evaluación cognitiva y a las estrategias de afrontamiento. Dentro de las teorías interaccionistas sobre el estrés, una de las más acreditadas es la de demandas-control de Karasek (1979).

Aunque las tareas y características del trabajo son uno de los estresores laborales más importantes, con una influencia directa sobre la insatisfacción, las enfermedades coronarias, los problemas músculo-esqueléticos, la depresión o la ansiedad, entre otros (Buunk et al., 1998; Jorgensen et al., 2005; Netterstrom, Kristensen y Sjol, 2006; Sprigg et al., 2007), no resulta fácil encontrar investigaciones recientes que consideren las demandas o características del puesto de trabajo como variable independiente unidimensional. La mayoría de los investigadores contemplan las demandas del puesto de trabajo y sus consecuencias sobre la salud y seguridad laboral, en relación a otras variables organizacionales. Robert Karasek (1979) desarrolló un modelo para describir y analizar situaciones laborales en las que los estresores son crónicos, poniendo el acento en las características psicosociales del trabajo.

Este autor considera las “demandas psicológicas” por una parte y el “control” por otra, de manera que el estrés no depende tanto del hecho de tener altas demandas, como de no tener capacidad de control para resolverlas. Karasek (1979) propone la existencia de cuatro cuadrantes por la combinación de las dos dimensiones básicas mencionadas. En el primero estarían los trabajadores con altas demandas y bajo control, sería el cuadrante de “alta tensión” (operarios de máquinas, conductores, operadores...tareas automáticas); en el segundo estarían los de altas demandas y alto control, sería el cuadrante de “trabajo activo” (jueces, ingenieros, directivos, médicos...); en el tercero, de bajas demandas y alto control, sería de “poca tensión” (administrativos, contables, vigilantes...); y en el último cuadrante, de “trabajo pasivo”, sería el de bajas demandas y bajo control (trabajadores de precisión, científicos, empleados de reparaciones, etc.).

Vander Doef y Maes (1999) hicieron una revisión de 63 investigaciones centradas en el modelo de “demandas-control” de Karasek, publicadas entre los años 1979 y 1997, encontrando que los trabajadores con altas demandas y bajo control experimentaban menor bienestar psicológico, de modo que el control puede amortiguar los efectos negativos de las altas demandas sobre el bienestar psicológico; otros estudios recientes confirman estas hipótesis (por ejemplo, Cieslak, Knoll y Luszczynska, 2007; García-Layunta, Oliver y Tomás, 2006; Luceño, Jaén, Martín y Rubio, 2007).

En 1986 Johnson amplió el modelo de demandas-control de Karasek, incorporando el apoyo social, ya que éste resulta ser un buen amortiguador del estrés laboral en la salud (González-Camino y Osca, 2004). Selye (1967) definió el estrés en tres fases: Alarma, resistencia y agotamiento. Según algunos autores, es esta última fase de agotamiento la que pone en común burnout y estrés (Büsing y Glaser, 1999). Las teorías de estrés atribuyen un papel activo al sujeto, mientras que en el caso del

agotamiento emocional se asigna un papel de menor responsabilidad al trabajador (Cox y Leiter, 1993; Hontangas y Peiró, 1996).

El agotamiento emocional se evidencia cuando los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo (Maslach y Jackson, 1981). Este síndrome ha sido descrito en diferentes colectivos dedicados al cuidado de personas, como el personal sanitario (García-Izquierdo, Llor y Sáez, 1994; García, Moreno, Oliver y Rodríguez, 1995; Gil Monte, Peiró y Valcárcel, 1993;), el personal dedicado a la enseñanza (García et al, 1995; Gil Monte y Peiró, 1997) o la policía (Garrido Martín y Vega Rodríguez, 1977), siendo posteriormente extendido a otros colectivos de trabajadores.

Conceptualizado como una respuesta al estrés laboral prolongado, cuando las demandas del puesto de trabajo exceden los recursos individuales (Marek, Maslach y Schaufeli, 1993), el burnout puede describirse como un estado de agotamiento físico, emocional y mental, ocasionado por la involucración prolongada en situaciones de demanda emocional (Pines y Aronson, 1988). Esta consideración unidimensional que sólo identifica la dimensión de agotamiento emocional, puede llevar a confusión terminológica entre burnout y algún tipo de estrés (Maslach y Schaufeli, 1996).

Las investigaciones más recientes coinciden en indicar que los patrones básicos del burnout parecen ser muy similares en diferentes ocupaciones y países (Leiter, Maslach y Schaufeli, 2001). La consideración multiocupacional del burnout ha llevado a una redefinición de las dimensiones de despersonalización y realización personal, pasando a llamarse cinismo y baja eficacia, respectivamente (Bresó y Schaufeli, 2007; Maslach et al., 2001;). El cinismo está referido al desarrollo de conductas y sentimientos negativos y sin escrúpulos hacia el trabajo en general; por su parte, los sentimientos de baja eficacia se refieren a la evaluación negativa en el desempeño del

trabajo, la competencia y la autoeficacia personal. En un meta-análisis realizado por Collins (2000) se vio que algunos estresores laborales como el conflicto, la sobrecarga o la ambigüedad de rol tenían una correlación positiva con el agotamiento emocional y la despersonalización o cinismo, pero no con la falta de realización personal, lo que ha llevado a considerar a las dos primeras como el “corazón del burnout” (Bakker, González-Romá, Salanova y Schaufeli, 2002).

Según explican Gil-Monte y Peiró (1997), los modelos sobre burnout se han centrado en diferentes aspectos a lo largo del tiempo. En los años 70s, predominaba un enfoque psicoanalítico, con el énfasis en las variables individuales y rasgos de personalidad. En los años 80s, los modelos sociales enfatizaron variables cognitivas como son las creencias, el autoconcepto o la autoeficacia. En los 90s, los modelos organizacionales se centraron en los estresores laborales. Actualmente, los modelos interaccionistas permiten la consideración de distintos tipos de variables.

Los estudios actuales han abandonado los modelos exclusivamente reactivos, aproximándose a modelos transaccionales que defienden la experiencia del desgaste profesional como consecuencia de la interacción entre determinadas variables del entorno laboral y características personales, como la personalidad. En esta línea se encuentra la Teoría Sociocognitiva del Yo, caracterizada por otorgar a las variables del Self (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) un papel central para explicar el burnout, al considerar que las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y hacen.

4.2.2 Burnout en pilotos

El estrés en el trabajo se ha estudiado ampliamente en diversos entornos laborales. Sin embargo, los estudios sobre ambiente militar son poco frecuentes. En el aire y en la tierra, la tripulación aérea militar ha de realizar una amplia variedad de

papeles y cada uno requiere un conjunto diferente de habilidades, demandas de trabajo y la naturaleza del trabajo sólo se suman a los niveles de estrés. Destaca el papel que se sabe que influyen en la experiencia de burnout. Burnout se manifiesta en individuos como pérdida general de los sentimientos, la preocupación, la confianza, el interés y el bienestar (Anand, 2011).

El estudio llevado a cabo por Anand (2011), investigó la relación entre el papel del estrés organizacional y el desgaste profesional entre tripulaciones aéreas militares. Usando el Organizational Role Stress Inventory y el MBI, este estudio examinó la relación entre el papel de la organización y factores de estrés y agotamiento, y también investigaron los factores predictivos de dimensiones del estrés en el papel de burnout entre la tripulación aérea.

El personal que experimenta agotamiento está alienado y obtienen menos satisfacción del trabajo. Así el burnout se refleja en las quejas psicósomáticas y en la actitud negativa hacia el trabajo (Martinussen y Richarsen, 2006). Además presenta una relación positiva en relación con los años de experiencia, la edad, la insatisfacción profesional y el estrés de trabajo y negativamente relacionado con el apoyo social entre el personal de control de tránsito aéreo (Dell'erba et al., 1996). La investigación demostró que los síntomas más frecuentemente informados de estrés incluyen el agotamiento, la fatiga y la irritabilidad hacia otros (Civitello, 1999). Estresores específicos de empleo son los más fuertes predictores de burnout en todo tipo de organización y ocupaciones (Collins, 2000).

El estudio de salud psicológica militar de problemas y factores de estrés relacionados con el trabajo de los pacientes, concluía que el agotamiento resultó ser el primer contribuyente a sus problemas emocionales (Manning et al., 1981). En un estudio exploratorio de las percepciones de la organización estrés entre los oficiales

militares estadounidenses en Alemania, carga de trabajo, diseño de trabajo y cualificación laboral fueron identificados como precipitadores de estrés y que lleva a sentimientos de agotamiento (Rogers, Li y Shani, 1987).

Los estresores de rol pueden influir en la bienestar percibido, satisfacción en el trabajo, y en general satisfacción de las tripulaciones, lo que afecta su eficiencia y habilidad. El estrés reduce la sensación de bienestar y hace que uno sientan menos placer por el trabajo (Burke, 1985). Estrés de rol organizacional es significativamente, pero negativamente correlacionado con ajuste personal y las relaciones sociales (Ahmad, James y Ahmad, 1991).

4.3 El engagement o la vinculación en el trabajo como consecuencia positiva

Hasta la fecha, se ha prestado poca atención a los conceptos que podrían ser llamados opuestos del burnout. En las organizaciones actuales, y sobre todo en el ámbito de la investigación, está empezando a tener lugar un cambio paradigmático hacia la vertiente positiva de la Psicología. Los estudios están empezando a focalizarse sobre las fortalezas y el funcionamiento óptimo del ser humano, y no tanto sobre las debilidades y las disfunciones (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). En concreto, el estudio del burnout ha experimentado un desarrollo que viene siendo señalado desde el año 2001 por Maslach, Schaufeli y Leiter. Se trata de un cambio hacia su opuesto: el engagement o vinculación psicológica.

De acuerdo con Schaufeli et al., (1996) el engagement se caracteriza por energía, implicación y eficacia, que son los opuestos directos de las tres dimensiones del burnout (medido con el Maslach Burnout Inventory General Survey – MBI-GS –): agotamiento, cinismo y falta de eficacia profesional, respectivamente.

En términos generales podemos decir que las connotaciones diarias del engagement se refieren a la vinculación, la implicación, la pasión, el entusiasmo, el esfuerzo y la energía en relación a lo que se hace, se centra en el trabajo en sí mismo y proporciona una perspectiva más compleja sobre la relación de las personas con el trabajo (Maslach et al., 2001). Sin embargo, a pesar de esta descripción, no existe acuerdo entre los profesionales sobre su significado. El engagement en el trabajo se ha conceptualizado y medido de forma bastante diferente. Estas diferencias no permiten la formulación de una única definición sintética.

El primer académico que conceptualizó el engagement en el trabajo en los años 90 fue Kahn (Salanova, Wilmar y Schaufeli, 2009) que describió lo que él llamó engagement personal como: “el aprovechamiento de los miembros de la organización de sus propios roles de trabajo: en el engagement, las personas utilizan y se expresan a sí mismas física, cognitiva, emocional y mentalmente durante el desarrollo de sus roles” (p. 694). Podemos afirmar que los empleados que están engaged presentan un alto nivel de energía, conectan de forma eficaz con las actividades de su trabajo y se perciben a sí mismos como capaces de afrontar completamente las demandas de su trabajo.

Una aproximación académica alternativa considera que el engagement en el trabajo es un estado psicológico de realización o la antítesis positiva del burnout (Schaufeli y Salanova, 2007). Se asume que contrariamente a aquellos que padecen burnout, los trabajadores “engaged” tienen un sentimiento de conexión con su trabajo, en lugar de verlo como estresante y demandante lo perciben como retador. A pesar de las diferentes conceptualizaciones de engagement y su relación con otros constructos psicológicos positivos tales como la implicación en el puesto y la satisfacción (Macey y Schneider, 2008), una de las definiciones de engagement en el contexto laboral y

organizacional es la de un estado mental positivo, relacionado con el trabajo que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción en la actividad (Schaufeli et al., 2002).

Ahora bien, hay que destacar que la traducción al español del concepto es complicada ya que a día de hoy no se ha encontrado un término que abarque la total idiosincrasia del vocablo, sin caer en repeticiones, simplezas o errores. Se sabe que no significa exactamente lo mismo que otros conceptos que sí tienen su traducción al español como son: la implicación en el trabajo (*work involvement*), la vinculación organizacional (*organizational commitment*) o la adicción al trabajo (*workaholism*). El término que más se ajusta es quizá el de vinculación psicológica con el trabajo/estudios (Salanova y Llorens, 2008). Desde esta perspectiva, el engagement más que a un estado específico y momentáneo se refiere a un estado afectivo-cognitivo más persistente que no está focalizado en un objeto, evento o situación particular. Ha sido definido como un concepto motivacional positivo relacionado con el trabajo y la vida, que está enfatizado por el vigor, la dedicación y la absorción (Salanova et al, 2000). El vigor hace referencia a altos grados de vitalidad y afán de esforzarse en el trabajo diario. La dedicación está vinculada al entusiasmo, inspiración y retos en el trabajo.

La absorción denota concentración y sentirse a gusto con lo que uno hace; la sensación de que el tiempo pasa sin darnos cuenta es una característica típica de la absorción. A pesar de que las dos definiciones han sido desarrolladas independientemente la una de la otra y se han originado desde distintos marcos teóricos (teoría del rol y salud ocupacional, respectivamente) ambas coinciden en que el engagement incluye un componente conductual (vigor), un componente emocional (dedicación) y un componente cognitivo (absorción). Por todo ello, el engagement es un constructo claramente motivacional ya que posee componentes de activación, energía, esfuerzo y persistencia y está dirigido a la consecución de objetivos (Salanova, Martínez

y Llorens, 2004). El hecho de que áreas distintas e independientes hayan llegado a la misma conclusión respecto a las características básicas del engagement aporta credibilidad a la noción del propio concepto.

El engagement está especialmente vinculado con los contenidos del trabajo, experimentar engagement conlleva aplicar conocimientos y capacidades en el trabajo, comprometerse con las tareas plenamente, implicarse en cada momento con su quehacer diario (Lisbona, Morales y Palací, 2009). Asimismo, el engagement también ha sido considerado un indicador de bienestar psicológico en trabajadores (Grau, Llorens, Peiró, Salanova y Schaufeli, 2000).

Los empleados vinculados tienen un sentido de conexión energética y eficaz con sus actividades laborales y se ven a sí mismos como capaces de hacer frente por completo a las exigencias de su trabajo. Por implicación, el engagement según Maslach y Leiter (1997) se evaluó mediante el patrón opuesto de las puntuaciones en las tres dimensiones del MBI. Es decir, según estos autores, puntuaciones bajas en el agotamiento y cinismo, y altas puntuaciones en la eficacia serían indicativos de engagement. Al utilizar el MBI para medir la vinculación, sin embargo, es imposible estudiar su relación con el agotamiento empíricamente ya que ambos conceptos son considerados como polos opuestos de un continuo que está cubierto por un único instrumento, el MBI.

De otra parte, hay una perspectiva diferente, donde se considera que el desgaste y la vinculación al ser conceptos opuestos deben medirse independientemente con diferentes instrumentos.

Sobre la base de un análisis teórico (Bakker y Schaufeli, 2001), se han identificado dos dimensiones subyacentes de bienestar relacionado con el trabajo como

son la activación y la identificación, estas son valoradas con dos escalas y definen características del engagement como podemos ver en la Tabla 2.

Tabla 2

Dimensiones del engagement según Bakker y Schaufeli, 2001.

Dimensiones	Escala	Características engagement
Activación	Agotamiento → Vigor	La voluntad de invertir esfuerzo en el propio trabajo, ser persistente a la hora de afrontar las dificultades y mostrar altos niveles de energía y resiliencia mental mientras se trabaja caracteriza el vigor.
Identificación	Cinismo → Dedicación	La dedicación se refiere a una implicación en el trabajo e identificación con el propio puesto particularmente fuerte.

El burnout se caracteriza por una combinación de agotamiento (activación baja) y de cinismo (identificación baja), mientras que la vinculación se caracteriza por el vigor (alta activación) y dedicación (alta identificación). Por otra parte, el agotamiento incluye eficacia profesional reducida, y la vinculación incluye la absorción. A diferencia de los otros dos elementos de desgaste y la vinculación que son opuestos directos (agotamiento vs. vigor y cinismo frente a la dedicación), la reducción de la eficacia y la absorción no son los opuestos directos, sino que son aspectos conceptualmente distintos que no son los puntos finales de algunos continuo subyacente.

Cabe señalar a este respecto que una baja eficacia fue añadido como elemento constitutivo del burnout pensándolo bien después de que apareció como un tercer factor

de un factor de análisis de una versión preliminar del MBI (Maslach, 1993). En una línea similar, la absorción se encontró que era un aspecto relevante de vinculación después de unas 30 entrevistas en profundidad se llevaron a cabo (Schaufeli et al., 2001). Por lo tanto, la vinculación se define como el cumplimiento, estado positivo, relacionado con el trabajo de la mente que se caracteriza por el vigor, dedicación y absorción. En lugar de un estado momentáneo y específico, la vinculación se refiere a un estado afectivo cognitivo más persistente y penetrante que no se centra en ningún particular, objeto, acontecimiento individual, o el comportamiento (Schaufeli et al., 2002).

El engagement se considera más estable que las emociones relacionadas con el trabajo como por ejemplo, contento, entusiasta, alegre, (Warr, 1990), pero menos estables que los rasgos de personalidad, tales como los Big Five (para la distinción entre las emociones, estados de ánimo y el temperamento (Gray y Watson, 2001)). Como cuestión de hecho, el engagement se ha considerado un estado de ánimo relacionado con el trabajo (Salanova y Schaufeli, 2007).

En resumen, el engagement o vinculación laboral están formados por las tres dimensiones siguientes:

1. **Vigor**, se caracteriza por altos niveles de energía y resistencia mental durante el trabajo, la voluntad de invertir el esfuerzo en el trabajo de uno, y la persistencia, incluso en medio de las dificultades.
2. **Dedicación**, se caracteriza por un sentido de importancia, entusiasmo, inspiración, orgullo y desafío. Aunque, por lo general se define en términos de la identificación psicológica con el propio trabajo o de un trabajo (Kanungo, 1982; Lawler y Hall, 1970), mediante el cual esta última va un paso más allá, tanto cuantitativa como cualitativamente. En un sentido cualitativo, dedicación se

refiere a una particularmente fuerte implicación que va un paso más allá que el nivel habitual de identificación. En un sentido cualitativo, dedicación tiene un alcance más amplio, no sólo se refiere a un estado cognitivo o creencia en particular, sino que incluye la dimensión afectiva también.

- 3. Absorción**, la dimensión final de la vinculación, se caracteriza por una total concentración y estar profundamente absorto en el trabajo de uno, por lo que el tiempo pasa rápidamente y uno tiene dificultades con desprenderse de trabajo. Al estar totalmente absorto en el trabajo de uno se acerca a lo que se ha llamado "flujo", un estado de experiencia óptima que se caracteriza por la atención enfocada, mente clara, y al unísono cuerpo, concentración sin esfuerzo, un control completo, la pérdida de la autoconciencia, la distorsión del tiempo, y el disfrute intrínseco (Csikszentmihalyi, 1990). Sin embargo, normalmente, el flujo es un concepto más complejo que incluye muchos aspectos y se refiere al lugar en particular, a corto plazo las experiencias pico "en lugar de un estado más penetrante y persistente de la mente, como es el caso de la contratación.

Esta estructura tridimensional del engagement ha sido probada y encontrada en diferentes investigaciones con diferentes muestras utilizando Análisis Factoriales Confirmatorios (AFC), y concretamente en usuarios de TIC (Llorens et al., 2006; Salanova et al, 2000;). Sin embargo, recientemente diferentes investigaciones han mostrado no un modelo trifactorial sino un modelo unifactorial, lo que sugiere la necesidad de confirmar la estructura del engagement (Britt et al., 2007; Shirom, 2003; Wefald y Downey 2009) y de continuar investigando la validez factorial del engagement.

4.3.1 Engagement en pilotos

El espectacular aumento de exigencias psicológicas asociadas a las operaciones militares actuales hace necesaria una aptitud psicológica de nuestro personal militar más vital que nunca. Aptitud psicológica se define como la integración y optimización de las habilidades y las capacidades mentales, emocionales y de comportamiento para optimizarla actuación y fortalecer la capacidad de recuperación de los combatientes de guerra (Bates et al., 2010).

Desafíos como, conflictos armados y prolongados, junto con unas reglas estrictas de trabajo, aumento en el flujo y ambigüedad de información, tareas, funciones y de la responsabilidad en niveles inferiores (por ejemplo, equipos pequeños) (*Department of Defense, 2010; U.S. Joint Forces Command: Joint Operating Environment, 2010*) se traducen en demandas psicológicas importantes en los miembros del servicio, que incluyen la cantidad y la velocidad de la información y las tareas, la ambigüedad de funciones y responsabilidades, la necesidad de decisiones rápidas y precisas, y una gama de retos asociados con las operaciones militares (Bartone, 2006; Burke, Pierce y Salas, 2006; Klein y Steele-Johnson, 2007; Krueger, 2008; Raybourn, 2007).

Aptitud psicológica se define como la integración y optimización mental, emocional, y las habilidades y capacidades de comportamiento para optimizar la actuación y fortalecer la capacidad de resistencia de los combatientes. Los miembros del servicio de resiliencia (capacidad de resistir, recuperarse, crecer y adaptarse en estas circunstancias difíciles) es vital para protección de la fuerza. Además, sin esta capacidad de resistencia, la actuación de miembros del servicio (capacidad para completar con

éxito las tareas) sufre y su aptitud y preparación para el despliegue se ve afectada negativamente (Bates et al., 2010).

Operativamente, la vinculación es una contramedida importante de las constantes exigencias físicas y psicológicas de rendimiento que aumentan el riesgo de separación y burnout. La vinculación es una experiencia sostenida de fuerte identificación con miembros de la unidad y la misión se caracteriza por altos niveles de energía y la plena participación en la misión (Kahn, 1990; Bakker et al., 2008).

De otra parte, a pesar de que el engagement en el ámbito militar es un requerimiento importante, no hay mucha bibliografía sobre este concepto en pilotos militares.

Un estudio llevado a cabo por Britt et al. (2004) demostró que los soldados involucrados en su trabajo son menos propensos a referir consecuencias negativas bajo altos niveles de formación. Por el contrario, el agotamiento se caracterizó como una función de vinculación disminuida con el puesto de trabajo y se demuestra en el agotamiento emocional, cinismo, y la disminución de la auto-eficacia (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). El engagement laboral es alto por tanto, cuando las directrices para el rendimiento eran claras, el individuo tenía control personal sobre su desempeño en el trabajo, y el trabajo era relevante para la formación y/o la identidad del individuo (Britt et al., 1999).

Otros estudios también han encontrado evidencia de que el engagement está relacionado con el rendimiento. En general, la participación del empleado en el trabajo se ha asociado con los resultados del desempeño de la organización (Harter, Schmidt y Hayes, 2002; Bakker, Demerouti y Verbeke, 2004; Bakker y Schaufeli, 2004). Además, un estudio de más de 50.000 empleados encontró que la vinculación se asoció con el

rendimiento, así como la probabilidad de retención (*Corporate Leadership Council*, 2004).

En este sentido, se han evaluado a 305 asistentes de vuelo taiwanenses. En esta muestra se señalaron los problemas de salud causados por la sobrecarga de trabajo en entornos específicos y tasas significativas de cometidos de facturación. El uso de modelos de ecuaciones estructurales para poner a prueba el modelo conceptual, muestra en sus resultados que las solicitudes de empleo se relacionan positivamente con el burnout, mientras que los recursos de trabajo se relacionan positivamente al engagement laboral, pero se relacionan negativamente con el agotamiento (Chen y Chen, 2012).

4.4 Síntomas psicósomáticos

La palabra psicósomático, fue introducida por Heinroth en 1918 para definir las enfermedades donde el factor corporal modifica el estado psíquico (Alonso, 2009), aunque la palabra la acuñó el psicoanalista Felix Deutsch, en 1922 (Lemos, Restrepo y Richard, 2008; Oyama, Paltoo y Greengold, 2007; Ubilla, 2011;).

La raíz etimológica del término viene del griego, se compone de dos partes: "psyché" que significa alma, espíritu, psiquis, lo mental; referente a "psico" y "soma" que significa cuerpo, lo corpóreo; referente a "somática" (Alonso, 2009; Lemos, Restrepo y Richard, 2008; Oyama, Paltoo y Greengold, 2007).

La medicina psicósomática es la respuesta, o las respuestas, que la medicina da a la relación específica mente-cuerpo, dando a entender que lo mental influye en lo corporal (Alonso, 2009; Abrahamson, Pressler y Grabner-Hagen, 2010; Lemos, Restrepo y Richard, 2008). En la actualidad el significado de "psicósomático" parte de una consideración etiológica de la enfermedad que se apoya en el principio de multicausalidad, donde diversos factores (constitucionales, genéticos, familiares, socioculturales, cognitivos, emocionales) interactúan unos con otros contribuyendo a la aparición de un trastorno físico (Ubilla, 2011).

Los trastornos psicósomáticos o trastornos somatoformes son un grupo de trastornos en los cuales, la persona presenta un sin número de síntomas difusos (dolor, inflamación, náuseas, vértigo, debilidad o lesiones) en mayor o menor grado, clínicamente importantes pero que no pueden ser explicados por la existencia de una enfermedad orgánica, a al menos de manera suficiente o concluyente (Mingote y López-Dóriga, 2008; Rodríguez y Frías, 2005).

A menudo, lo que induce a considerar el diagnóstico, es la falta de hallazgos físicos o de laboratorio que expliquen los síntomas (Mingote y López-Dóriga, 2008;

Rodríguez y Frías, 2005). Se recomienda antes del diagnóstico de trastorno somatoforme o psicossomático, excluir dos trastornos relacionados (Mingote y López-Dóriga, 2008), los facticios (personas que adoptan síntomas físicos para llamar la atención y conseguir beneficios internos) y los de simulación (el propósito es conseguir beneficios externos, como legales o financieros o, evitar situaciones indeseables).

Los trastornos psicossomáticos han sido abordados desde diferentes teorías:

- Teoría Psicoanalítica: supone que la energía liberada por una emoción que es inconsciente no se expresa de la forma apropiada y, por lo tanto, es orientada hacia el interior del propio organismo y daña algún sustrato físico (Espino, 2012; Ortiz, 2001).
- Teorías de la sensación y fisiológica: la teoría busca identificar los diversos cambios y alteraciones fisiológicas detrás de una emoción; considera la emoción como un sentimiento que ocurre en la persona, que dura un periodo de tiempo determinado y que puede tener una ubicación definida en el cuerpo (Ortiz, 2001; Oyama, Paltoo y Greengold, 2007).
- Teorías Cognoscitivas: las emociones se consideran como las creencias o interpretaciones que las personas hacen de una cosa o situación (Ortiz, 2001; Oyama, Paltoo y Greengold, 2007).
- Teorías Conductuales: la conducta observable no es la expresión de otro fenómeno sino que la conducta y la disposición a comportarse de ese modo constituyen la propia emoción. Dos estilos conductuales que podrían equipararse con estilos de personalidad: la conducta tipo A (competitividad, impaciencia y hostilidad) y la conducta tipo B (caracteriza a los individuos que viven la vida con más calma y que puntuarían bajo en los tres elementos de la conducta tipo A (Ortiz, 2001).

- Teorías de los Rasgos: principales modelos de la personalidad, entendida como las diferencias individuales constituyen una significativa fuente de varianza en la conducta, pero casi todas postulan características universales en todos los individuos. Se reportan avances en la medicina psicosomática, tal es el caso de la enfermedad coronaria, al asociarla con hostilidad e impaciencia. Así como con enfermedad depresiva y con trastornos de ansiedad; el estrés emocional agudo puede estimular la producción de arritmias, y altos niveles de ansiedad triplican el riesgo de muerte cardíaca súbita (Uribe, 2006).

Un ejemplo de correlaciones psicosomáticas es la respuesta de estrés: el incremento sistémico de catecolaminas aumenta los corticoides, que disminuyen el número y la actividad de los linfocitos T, de modo que una persona crónicamente estresada está lo suficientemente inmunodeprimida como para padecer mayor riesgo de enfermedades infecciosas y tumorales que el no estresado (Uribe, 2006).

Los estudios confirman que profesionales como enfermeras, bomberos, policías, trabajadores sociales, educadores y en general los trabajos de servicio, están más expuestos al estrés laboral y que las repercusiones del estrés traspasan el nivel ocupacional, incidiendo en el funcionamiento familiar y social de la persona trabajadora (Cladellas, 2008).

Se pone de manifiesto, cómo los trastornos psicosomáticos requieren incorporar la perspectiva de género para su estudio, porque representa una herramienta de análisis útil en la explicación de la distribución diferenciada por sexo de las psicopatologías; dicha perspectiva puede contribuir a la reconstrucción de las identidades de género, tanto femenina como masculina, y aportar elementos para buscar formas nuevas y más saludables de enfrentar los problemas psicopatológicos específicos de nuestra época (Lazarevich y Mora-Carrasco, 2008; Ramírez, 2001).

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). Además, desde un punto de vista psicológico, emociones tales como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son emociones básicas que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas, poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

Entre las emociones podemos distinguir al menos dos grupos: las positivas y las negativas. El miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica. Las tres primeras son las emociones más estudiadas en relación con el proceso salud-enfermedad. Estas reacciones tienen una función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, por lo que se consideran respuestas eminentemente adaptativas para el individuo. Sin embargo, en ocasiones encontramos que algunas de ellas pueden transformarse en patológicas en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc. Cuando tal desajuste acontece y se mantiene un cierto tiempo, puede sobrevenir un trastorno de la salud, tanto mental (trastorno de ansiedad, depresión mayor, ira patológica, etc.) como física

(trastornos cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos, etcétera) (García-López et al., 2006).

El ser humano está preparado para desarrollar reacciones emocionales intensas, e incluso para repetir las cuando sea necesario, sin que ello suponga un problema, pero a medio plazo se pueden agotar nuestros recursos físicos, comportamentales, sociales o materiales, o alterarse algunas funciones asociadas a las reacciones emocionales, o en definitiva surgir algún problema asociado a las emociones.

Lejos de la opinión mantenida por la investigación psicosomática en sus inicios respecto del carácter causal de las emociones en las enfermedades, en la actualidad se admite que los factores psicológicos pueden ser causa necesaria pero no suficiente para la aparición de determinados trastornos. Se señala la multicausalidad y la interrelación entre los diversos factores causales como la explicación etiológica más plausible (APA, 2009; Beutler, Gierlach, Housley y Joseph, 2005; Rothman y Suls, 2004). Esta multicausalidad, centrada en considerar simultáneamente los factores genéticos, ambientales, psicofisiológicos, y principalmente el peso de la interacción como elemento de predisposición del individuo a padecer una determinada enfermedad, es el gran mérito de la investigación psicológica actual en este campo (Kop et al., 2002).

Se han planteado diversas hipótesis para explicar las interrelaciones de los factores emocionales en el proceso de salud-enfermedad (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001):

1. Las reacciones desadaptativas de ansiedad, de tristeza-depresión y de ira que alcanzan niveles demasiado intensos o frecuentes, cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se incrementa la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud

(como las adicciones) y de que olvide los hábitos saludables (ejercicio físico, etc.).

Por ejemplo, existe una relación positiva entre ansiedad y consumo de tabaco, así como entre tabaquismo y cáncer. En definitiva, estos estados y necesidades emocionales concretos pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud, como por ejemplo, el malestar emocional no ayuda a que la gente se implique en la realización de hábitos que favorezcan su salud tales como el no fumar, hacer ejercicio, desayunar, etc. (Hirschman, Leventhal y Prochaska. 1985).

2. Estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos que podrían deteriorar nuestra salud si se cronifican. Las disfunciones fisiológicas consecuentes serían arritmias, aumento crónico de la presión arterial, dispepsias, dermatitis, dolor muscular, etc. Así, los pacientes con arritmias, hipertensión esencial, cefaleas crónicas, o diversos tipos de dermatitis, presentan niveles más altos de ansiedad, ira y activación fisiológica que la población general. En el nivel fisiológico, la evaluación de respuestas del organismo (como la tasa cardiaca) y el estudio de su relación con variables psicológicas ha dado lugar a una disciplina llamada psicofisiología, que arranca desde finales del siglo XIX. A su vez, el estudio de la patología de los sistemas fisiológicos que se activan en la emoción se inicia en los años cincuenta. Se supone que los trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos (como algunos dolores de cabeza o de espalda, ciertas arritmias, los tipos de hipertensión arterial más frecuentes, algunas molestias gástricas, etc.) podrían estar producidos por un exceso en la intensidad y frecuencia de la activación de las respuestas fisiológicas del sistema que sufre la lesión o disfunción (cardiovascular, respiratorio, etc.).

Se trataría de una disfunción de un sistema orgánico que está trabajando en exceso y mantiene esta actividad demasiado tiempo. A su vez, el trastorno produce más ansiedad y, por lo tanto, aumento de la actividad de ese sistema, elevando así la probabilidad de desarrollar y mantener un mayor grado de disfunción orgánica.

En resumen, el sufrimiento de estados emocionales negativos persistentes puede afectar al funcionamiento del sistema inmunológico, del sistema endocrino-metabólico y, en general, de todas las funciones fisiológicas (García-López et al., 2006; Martín, 2005).

Los estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión, como la ira y el asco (si bien ninguna de ellas tiene su propia categoría diagnóstica en los manuales psiquiátricos, aun siendo condiciones con claras implicaciones clínicas, pueden evolucionar hacia condiciones clínicas, donde se pierde el carácter adaptativo de éstas y se convierte en un problema que interfiere y genera malestar significativo. Estas formas se corresponderían aproximadamente con los trastornos de ansiedad y afectivos del eje I del DSM IV y de la CIE-10, cuando nos referimos a los trastornos psiquiátricos, así como también a algunos de los factores psicológicos propuestos por las más recientes ediciones del DSM bajo la denominación de “Factores psicológicos que afectan a la condición médica” (*American Psychiatric Association*, 2000) o con la categoría “Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar” en el CIE-10 (*Organización Mundial de la Salud*, 1992), cuando nos referimos a las manifestaciones emocionales desadaptativas asociadas a las enfermedades físicas.

En resumen, siguiendo a Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001), podemos afirmar que las emociones influyen sobre la salud-enfermedad a través de su relación con

diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso “salud-enfermedad”, en especial cuando se convierten en trastornos clínicos, así como por medio de sus propiedades motivacionales para modificar las conductas “saludables” (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y “no saludables” (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo) (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

4.4.1 Síntomas psicosomáticos en pilotos militares

En España, la Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009) evidencia que la identificación de los riesgos no tradicionales, como los relacionados con el estrés, y que conducen a la aparición de alteraciones de conducta (depresión o ansiedad), triplica a la de los riesgos convencionales. La V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (MTI, 2005) ya puso de manifiesto el incremento de molestias relacionadas con factores psicosociales, y la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (MTI, 2007) encuentra que las personas que manifiestan mayores problemas de adaptación son las que trabajan en el ámbito de la defensa y la seguridad (donde se incluyen los miembros de las FAS), colectivos que se encuentran entre aquellos con mayor incidencia de síntomas psicosomáticos. La VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (MTI, 2011), pone de manifiesto que varios indicadores relativos a las exigencias derivadas de factores psicosociales del trabajo han empeorado respecto a cuatro años antes y más de siete de cada diez ocupados tiene algún problema de salud. Para la mayoría de ellos, sus problemas de salud están relacionados (originados o agravados) por el trabajo que realizan, en particular quienes presentan algún trastorno musculoesquelético, pero

también los que manifiestan sufrir cansancio y agotamiento, y estrés. El personal militar no parece, por tanto, estar exento de este tipo de riesgos (Samper, 2012).

Sin embargo, el interés por el estudio de estresores laborales específicos para este colectivo es bastante reciente. La revisión de la literatura no deja duda acerca de la existencia de altos niveles de estrés en los militares, de especial relevancia cuando son desplegados a “zona de operaciones” y con consecuencias sobre su salud y desempeño profesional (por ejemplo: Bardera y Osca, 2009; Bond, 2004; Britt et al., 2007; Feuerstein, Harrington, Haufler y López, 2006; Pflanz, 2006).

De los registros consultados en la *American Psychological Association* y la librería nacional de medicina de los Estados Unidos (*Nacional Library of Medicine*, EEUU), algo más de 200 se centran en salud laboral de personal militar, siendo reciente el interés por el estrés laboral específico de los equipos de intervención en catástrofes. Existen trabajos sobre el estrés laboral de militares, especialmente en zonas de conflicto, con consecuencias sobre su salud física y psíquica, satisfacción laboral y desempeño (Britt et al., 2007; Feuerstein et al., 2006; García-Layunta et al., 2006; Ippólito et al., 2005).

En la Unidad Militar de Emergencias se han tenido en cuenta estos aspectos y los relacionados con los modelos de estrés laboral más actuales con tres enfoques distintos (Ogle y Pflanz, 2006): El primero, llamado “enfoque técnico”, conceptualiza el estrés laboral como una característica nociva del entorno de trabajo que actúa como variable independiente sobre la salud. El segundo, llamado “enfoque fisiológico”, considera el estrés como una variable dependiente, es decir, en base a los estados fisiológicos que le producen los estímulos laborales aversivos. Por último, el “enfoque interaccionista”, sería el que considera el estrés en función de la interacción entre la persona y su entorno.

Otro descubrimiento en salud de los militares es el que hacen LeardMann, Ryan, Smith, Smith y Wells. (2009) encontrando que los soldados con niveles más bajos de salud física y mental tienen entre 2 y 3 veces más riesgo de desarrollar síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) que los que mostraron niveles elevados de salud en ambas áreas personales.

4.5 Bienestar psicológico

Términos antiguos como “la buena vida”, “sumo bien” y la “felicidad suma” descritos por filósofos griegos y Aristóteles respectivamente (Diener, Suh, 2000) dieron lugar a conceptos como el de bienestar personal o de satisfacción con la vida (Fierro, 2000), los cuales fueron introducidos como respuesta a lo abstracto del concepto y a la orientación vinculada al estudio del malestar o de los estados psicopatológicos de la Psicología.

El concepto de bienestar psicológico surge en EEUU y atendía a preguntas acerca de la satisfacción personal de unas personas respecto a otras y cuáles eran los factores que contribuían a ello, sin embargo, en el ámbito científico no hay consenso sobre su definición.

La definición de bienestar abarca tres elementos: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, que contempla todas las áreas de su vida; y la apreciación positiva (Diener, 1994), y es categorizada en tres grupos por Diener y Diener (1995) siendo estas: la valoración positiva de la vida del sujeto, las cuales se relacionan con la satisfacción vital; preponderancia de afectos positivos sobre los negativos; y la felicidad concebida como una virtud descrita por los filósofos griegos.

En la actualidad existe acuerdo entre los distintos investigadores con respecto a los elementos que componen la estructura del bienestar subjetivo. Estos elementos son: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. De ellos se pueden diferenciar dos grandes dimensiones: la dimensión cognitiva y la dimensión emocional o afectiva (Diener, Lucas, Smith y Suh, 1999). En la Tabla 3 se pueden ver detallados los elementos de la estructura.

Tabla 3

Componentes del bienestar subjetivo.

Afecto positivo	Afecto negativo	Satisfacción con la vida	Dominios de satisfacción
Alegría	Culpa y vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y preocupación	Satisfacción con el pasado	ocio
Orgullo	Enfado	Satisfacción con el futuro	saludo
Cariño	Estrés	Satisfacción con como otros ven nuestra vida	ingresos
Felicidad	Depresión		Con uno mismo
Éxtasis	envidia		Con los demás

Fuente: Diener, Lucas, Smith y Suh (1999).

Con respecto a las dimensiones del bienestar psicológico, hay otros autores, como es el caso de Ryff (1989), que enuncia la teoría del Bienestar Psicológico, la cual distingue seis dimensiones que llevan a las personas a funcionar de un modo positivo, así como una escala para medirlas (Tabla 4).

Tabla 4

Dimensiones de la Teoría del Bienestar Psicológico (Ryff, 1989).

Dimensiones	Características
Autoaceptación	Actitud positiva hacia sí misma, aceptación de aspectos de su personalidad (positivos y negativos), y se sienten bien respecto a su pasado.
Relaciones positivas	Mantener relaciones de calidad y cercanas con los demás, apoyo social.
Propósito en la vida	Que la vida tenga un sentido, marcar metas y definir objetivos.
Crecimiento personal	Utilizar capacidades propias y desarrollar potenciales.
Autonomía	Independencia personal, toma de decisiones.
Dominio de entorno	Manejo de oportunidades para satisfacer las necesidades.

También cabe mencionar que la definición de bienestar psicológico varía de unas culturas a otras, de este modo no se expresan las emociones igual en Occidente que en Oriente. El primero de ellos tiende a enfatizar las emociones positivas, mientras que el segundo expresan de forma moderada ambas emociones.

De esta forma la “psicología positiva”, iniciada por Seligman (2000), integra todos los conceptos relativos al bienestar, la felicidades y los enfoques más positivos de la salud mental.

Por su parte, Deci y Ryan (2001) propusieron una organización de los diferentes estudios en dos tradiciones: una correspondía con la felicidad, bienestar hedónico, la otra se encuentra ligada al desarrollo del potencial humano, bienestar eudaemónico expresividad personal (Waterman, 1993). Sin embargo otros autores como Keyes, Ryff y Shmotkin (2002) extienden los límites de esta clasificación y utilizan el constructo de bienestar subjetivo (subjective Wellbeing, SWB) como representante de la tradiciones hedónica y el constructo bienestar psicológico, como representante de la tradición eudaimónica.

Buscando los puntos de convergencia entre todas las formulaciones, Ryff (1989) sugirió un modelo multidimensional de bienestar psicológico, el “Modelo Integrado de Desarrollo Personal”.

Una de las principales críticas que se han realizado a este modelo multidimensional de bienestar es que su concepción del bienestar eudaemónico constituye una visión excesivamente etnocéntrica del constructo, al recoger perspectivas propias de las sociedades individualistas contemporáneas, basadas en la noción del éxito. Estas críticas incluso se han extendido a la psicología positiva (Gable y Haidt, 2005). De hecho, desde diferentes sociedades se ha considerado que los procesos de reflexión sobre sí mismo, del aumento de la conciencia personal, forman una parte importante y significativa en la vida del individuo e influyen en el desarrollo e integración de su personalidad. Como ejemplo de ello, la teoría desarrollada por Moberg (1971) ha profundizado en la búsqueda vital y el compromiso de vivir la vida en congruencia con uno mismo como un elemento importante del bienestar.

Siguiendo esta línea de pensamiento, recientemente, Mohan y Van Dierendonck (2006) han realizado una propuesta integradora de estas variables bajo el constructo recursos internos (RI) del individuo. La perspectiva empleada por ambos autores hace referencia a los aspectos internos de la persona que favorecen mayores niveles de conciencia de las propias capacidades para el desarrollo del potencial personal. En los últimos años, tanto la Organización Mundial de la Salud (Yogesh et al., 2004) como diversos estudios relacionados con los niveles de ajuste laboral (Sweeney y Witmer 1992) han señalado el impacto sustancial de elementos relacionados con los RI como aspectos importantes de salud, tanto física, como psicológica o social. Por tanto, el estudio de los RI del individuo, como experiencia de equilibrio personal, capacidad y fortaleza para intervenir en la propia vida, estar en sintonía con uno mismo incluso en momentos adversos, representaría un elemento adicional y significativo dentro del constructo de bienestar eudaemónico.

El bienestar psicológico también recoge, para una gran parte de autores, un componente de entusiasmo, energía e inspiración, un aspecto al que Ryan y Frederick (1997) denominaron vitalidad (VI). Estos autores indican que la VI se relaciona con la experiencia de iniciativa personal y una mayor sensación de control. Las personas experimentan mayores niveles de VI cuando presentan altas tendencias de iniciativas autónomas, tienen menos conflictos internos y confían en sus propias motivaciones para realizar las tareas que se proponen. En este sentido, las personas se encuentran más felices y satisfechas con sus vidas en la medida en que se sienten con mayores niveles de iniciativa, autonomía y espontaneidad. Específicamente, los individuos que se sienten con mayor autonomía en las actividades que realizan informan consistentemente de mayores niveles de bienestar (Deci y Ryan, 2000).

Asimismo, dentro del contexto laboral, se habla de niveles de energía y vigor como medidas de bienestar personal y profesional (Bakker, González-Roma, Salanova y Schaufeli, 2002). Por otra parte, dentro del estudio de la conducta propositiva y los procesos de autorregulación, la vitalidad se establece como uno de los aspectos más relevantes del estudio del bienestar en la medida en que proporciona un indicador del nivel de energía, esfuerzo y persistencia necesarios en los procesos de consecución de metas, objetivos y proyectos personales (Dijkstra, Moreno, Rodríguez-Carvajal, y Van Dierendonck. 2009). Otros estudios han demostrado un mejor funcionamiento somático, menor estrés y más sentimientos positivos en personas con altos niveles de vitalidad (Frederick y Ryan 1997). Por tanto, la vitalidad emerge como un aspecto importante en el constructo de bienestar eudaemónico, expresión de que la persona se encuentra en consonancia con los valores y las necesidades más nucleares de sí mismo (Waterman, 1993).

Relacionando el bienestar psicológico con el trabajo, Wright y Doherty (1998), afirmaron que un elemento decisivo en la vinculación es el bienestar psicológico, entendido como un estado afectivo en el que se encuentra una persona en su entorno laboral, tanto en términos de activación como de grado de placer experimentado. Ya que, tal como indican Mañas y cols. (2005), las personas que experimenten esta sensación tenderán a sentirse dinámicos, contentos, entusiasmados, relajados, etc., mientras que todo lo contrario ocurrirá en aquellos que desarrollen menor bienestar.

Folkman y Lazarus, (1984) elaboran un modelo teórico psicosocial para explicar el bienestar psicológico. Para estos autores, el bienestar psicológico depende del tipo de afrontamiento emitido por cada persona. Así, el modelo de afrontamiento transaccional se detiene en los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados por los individuos para manejar las demandas internas y/o externas. En este sentido, el afrontamiento está

determinado por la persona, el ambiente y, también, por la interacción (González, Montoya, Casullo y Benabéu, 2002). Al mismo tiempo, el bienestar psicológico se considera como un componente subjetivo de la satisfacción laboral (Castro y Sánchez, 2000; Lloret, González Romá, Luna, y Peiró, 1993; Wright y Doherty, 1998), es decir, que entre ambos términos existe cierta relación. Siguiendo los planteamientos de Locke (1976), entendemos la satisfacción laboral como un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de cada persona. Algunas definiciones más recientes hablan de la satisfacción como una orientación afectiva positiva hacia el empleo (Price y Mueller, 1986). Aún más, nuestra postura defiende los argumentos de aquellos autores que consideran que la satisfacción laboral va más allá de las emociones, esto es, entienden la satisfacción como una actitud generalizada ante el trabajo (Beer, 1964; Cantisano, Lisbona, Palací, y Alonso, 2004; Harparz, 1983; Peiró, 1984; Salancik y Pfeffer, 1977;; Salvador, 2005).

4.5.1 Bienestar psicológico entre pilotos militares

En investigaciones desarrolladas con pilotos militares (Ahmadi y Alireza, 2007), se ha asociado el estrés laboral con el bienestar psicológico. En dichos términos el ambiente en el que se desarrolla la actividad del piloto, el medio aéreo, es de por sí un ambiente de alto riesgo y estresante. Elementos como la altura, temperatura, presión atmosférica, hipoxia, ruido, comunicaciones, vibraciones, etc., tienen un efecto negativo en el ambiente de trabajo que afecta tanto a pilotos civiles como militares. En el último caso también cabe mencionar que el propio estilo de vida militar puede generar estrés con situaciones como el sometimiento a un régimen disciplinario, cambios de destino, designación de misiones en el exterior o el cumplimiento de órdenes de un superior.

Varios estudios que utilizan muchas técnicas de evaluación diferentes tienen explorado el papel de la personalidad en la aviación militar. Holtzman y Sells (1954) evaluó cadetes exitosos y no exitosos con una variedad de instrumentos biográficos y proyectivos y encontró que una organización independiente de grupos de psicólogos, usando sólo estos datos, no podía distinguir los grupos más allá del nivel de azar. Sells (1956) revisó los datos recogidos en los pilotos militares entre 1950 y 1956 y llegó a la conclusión de que la aptitud y capacidad de volar eran más importantes que la personalidad en predecir el resultado de entrenamiento de vuelo, mientras que la personalidad (por ejemplo, un factor llamado "auto-mejora") y los factores motivacionales eran más importantes para predecir el éxito a largo plazo como piloto militar.

Varios estudios con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) en pilotos militares (Culpepper, Jennings, y Perry, 1972; Fine y Hartman, 1968; Fulkerson, et al., 1958) han encontrado que los pilotos son más histéricos, sociales, agresivos, seguros de sí mismo y que se esfuerzan intelectualmente mientras se muestra menos hipocondría, ansiedad y tendencias esquizoides y antisociales. Otros estudios (Ashman y Telfer, 1983; Reinhardt, 1970) han empleado la Edwards Personal Preference Survey (EPPS) y se encontró que los pilotos tienden a estar más orientados al logro, agresivo y dominante, mientras tendiendo hacia una menor crianza, afiliación y humillación por el hecho de no volar.

El Eysenck Personality Inventor cuando se usó en estudios de selección de entrenamiento de vuelo indicó que los alumnos con éxito tienden a ser introvertidos y estables, mientras que los aprendices fracasados tienden a ser introvertidos y neuróticos (Jessup y Jessup, 1971). En la misma línea, y un tanto en desacuerdo con el estereotipo "right stuff", otros investigadores, encontraron que los candidatos de éxito a oficial de

la aviación naval tendieron a ser más fiables, prácticos y pragmáticos que los candidatos no seleccionados. Y, sorprendentemente, los candidatos seleccionados calificaron bajo, y de manera significativa su "ideal del yo" en las medidas de dominación, la sociabilidad, la responsabilidad, el autocontrol, la tolerancia, y el logro.

Finalmente, un reciente estudio epidemiológico psiquiátrico de 2485 aviadores militares encontró que los aviadores (pilotos y navegantes) fueron superiores en una medida global de "bienestar psicológico" que un grupo control civil (Cruess, Ursano y Wetzler, 1983). Variables que se asociaron con el bienestar psicológico eran mejor en general la salud, la falta de presión del tiempo percibido, un comportamiento más competitivo, y una actitud positiva hacia la condición física.

CAPITULO 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

5.1 OBJETIVOS

Después de todo lo visto anteriormente, el objetivo general del presente trabajo es analizar las consecuencias del trabajo en la salud psicológica en una muestra de alumnos e instructores de pilotos de aviación militar. Para valorar las consecuencias en la salud psicológica utilizaremos el burnout, engagement, bienestar psicológico y síntomas psicosomáticos que, analizaremos en la muestra citada.

En el estudio del burnout y del engagement, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), y Schaufeli y Bakker (2004), han propuesto la utilización del modelo de demandas y recursos laborales (JDR). Según este modelo heurístico, burnout y engagement se ven afectados por dos factores fundamentales, las demandas laborales y los recursos laborales (Bakker y Demerouti, 2007; Bakker y Schaufeli, 2004).

En el modelo de demandas y recursos se dan dos procesos claramente diferenciados. Un proceso de deterioro de la salud en el que las altas demandas laborales agotan los recursos mentales y físicos de los empleados y por consiguiente, llevan al agotamiento de la energía y a problemas de salud (Bakker, Demerouti y Mostert, 2010; González-Roma et al., 2006), y otro proceso opuesto, llamado proceso motivador, en el que los recursos laborales fomentan el engagement y el desempeño en tareas que van más allá de las esperadas en el trabajo. La investigación que aquí se presenta utiliza este modelo y se centra en las consecuencias que produce en la salud y el bienestar de las personas.

Uno de los motivos de la popularidad de la teoría JDR es probablemente su flexibilidad. Según la teoría, los distintos entornos de trabajo o características laborales pueden dividirse en dos categorías diferentes: demandas y recursos laborales. Por lo

tanto, la teoría puede ser aplicada a todos los entornos de trabajo y profesiones. Las demandas laborales hacen referencia a aquellos aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales del trabajo que requieren un esfuerzo sostenido y conllevan costes fisiológicos y psíquicos (Demerouti et al., 2001). Algunos ejemplos son la presión laboral o la relación emocionalmente exigente. Aunque las demandas laborales no sean necesariamente negativas pueden suponer un obstáculo cuando requieren un esfuerzo elevado y la persona no se encuentra suficientemente recuperada (Meijman y Mulder, 1998).

Los recursos laborales se refieren a los aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales del trabajo que pueden (a) reducir las exigencias del trabajo y los costes fisiológicos y psicológicos asociados, (b) ser decisivos en la consecución de los objetivos del trabajo o (c) estimular el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo (Bakker, 2011; Bakker y Demerouti, 2007). Por lo tanto, los recursos no sólo son necesarios para hacer frente a las demandas del trabajo, sino que también tienen su propio efecto. Mientras que las variaciones significativas de los niveles de ciertas demandas y recursos específicos se pueden encontrar en casi todas las profesiones (como la presión o autonomía), existen otras demandas y recursos que son más específicos. Por ejemplo, mientras que las exigencias físicas siguen siendo demandas importantes para profesiones como los trabajadores de la construcción y las enfermeras, las demandas cognitivas son mucho más relevantes para los científicos e ingenieros.

Una segunda proposición de la teoría JDR es que las demandas y recursos laborales son los factores desencadenantes de dos procesos relativamente independientes, conocidos como proceso de deterioro de la salud (energético) y proceso motivacional (véase la figura 3). Así, mientras que las demandas laborales son generalmente los principales predictores de

variables como el agotamiento o los problemas de salud psicosomáticos (Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2003; Hakanen et al., 2006), los recursos son por lo general los predictores más importantes de la satisfacción en el trabajo, la motivación y el engagement (Bakker y Demerouti, 2007). Las razones de estos efectos son que el trabajo exige básicamente esfuerzo y consume recursos energéticos, mientras que los recursos satisfacen necesidades humanas básicas, como autonomía, relación y autoeficacia (Bakker, 2011; Deci y Ryan, 2000; Nahrgang et al., 2011).

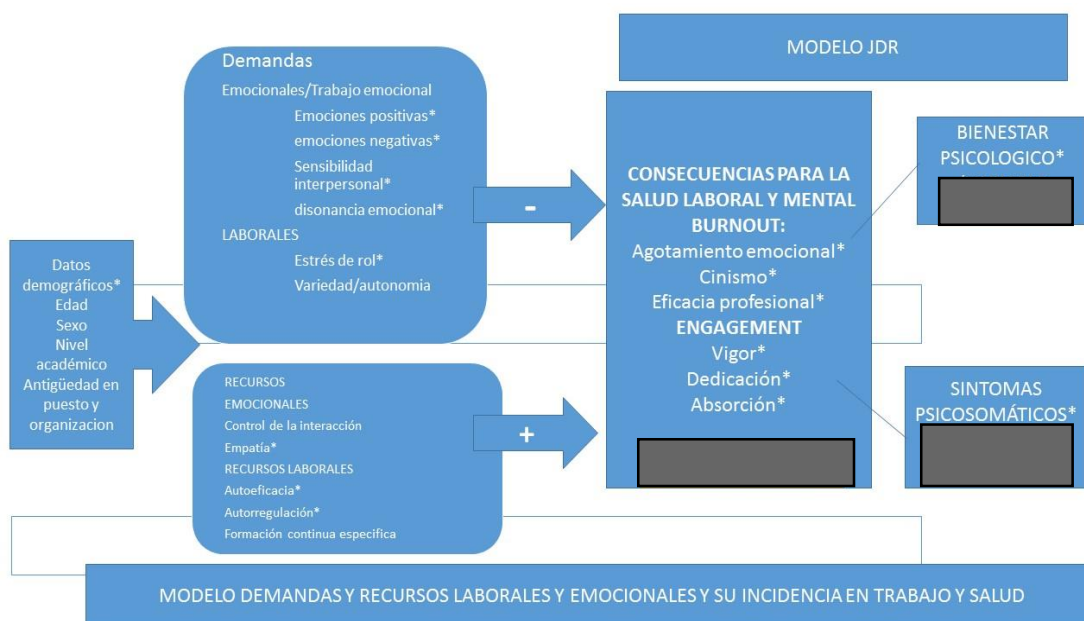


Figura 3. Modelo demandas y recursos laborales

5.2 HIPOTESIS

5.2.1 HIPÓTESIS GENERALES

Hipótesis 1

Las tres dimensiones del burnout, se relacionarán con el Bienestar Psicológico en los Alumnos de la muestra.

Hipótesis 2

Las tres dimensiones del burnout, se relacionarán con los Síntomas Psicossomáticos en los Alumnos de la muestra.

Hipótesis 3

Las tres dimensiones del engagement, se relacionarán con el Bienestar Psicológico en los Alumnos de la muestra.

Hipótesis 4

Las tres dimensiones del engagement, se relacionarán con los Síntomas Psicossomáticos en los Alumnos de la muestra.

Hipótesis 5

Las tres dimensiones del burnout, se relacionarán con el Bienestar Psicológico en los instructores de la muestra.

Hipótesis 6

Las tres dimensiones del burnout, se relacionarán con los Síntomas Psicossomáticos en los Instructores de la muestra.

Hipótesis 7

Las tres dimensiones del engagement, se relacionarán con el Bienestar Psicológico en los Instructores de la muestra.

Hipótesis 8

Las tres dimensiones del engagement, se relacionarán con los Síntomas Psicossomáticos en los Instructores de la muestra.

Hipótesis 9

Para ambos grupos, las relaciones entre las tres dimensiones del burnout y las tres del engagement serán negativas y significativas.

En las tablas 5 y 6 siguientes se muestra por cada hipótesis las variables que se relacionan para el grupo de alumnos y para el de instructores de la muestra.

Tabla5

Variables que se relacionan en cada hipótesis para el grupo de alumnos

Alumnos	Bienestar Psicológico	Síntomas Psicosomáticos
Burnout	Hipótesis 1	Hipótesis 5
Engagement	Hipótesis 3	Hipótesis 7

Tabla 6

Variables que se relacionan en cada hipótesis para el grupo de instructores

Instructores	Bienestar Psicológico	Síntomas Psicosomáticos
Burnout	Hipótesis 2	Hipótesis 6
Engagement	Hipótesis 4	Hipótesis 8

De las hipótesis anteriores, se derivan por cada uno de los tres componentes tanto del burnout como del engagement, otras hipótesis en relación con el bienestar psicológico y con los síntomas psicosomáticos en alumnos y en instructores.

5.2.2 Hipótesis para el grupo de los alumnos:

Hipótesis 1.1.

Los niveles de agotamiento emocional en los alumnos, se asociarán significativa y negativamente con sus niveles de bienestar psicológico.

Hipótesis 1.2.

Los niveles de cinismo en los alumnos, se asociarán significativa y negativamente con sus niveles de bienestar psicológico.

Hipótesis 1.3.

Los niveles de falta de eficacia en los alumnos, se asociarán significativa y negativamente con sus niveles de bienestar psicológico.

Hipótesis 5.1.

Los niveles de agotamiento emocional en los alumnos, se asociarán significativa y positivamente con sus niveles de síntomas psicósomáticos.

Hipótesis 5.2.

Los niveles de cinismo en los alumnos, se asociarán significativa y positivamente con sus niveles de síntomas psicósomáticos.

Hipótesis 5.3.

Los niveles de falta de eficacia en los alumnos, se asociarán significativa y positivamente con sus niveles de síntomas psicósomáticos.

Hipótesis 3.1.

Los niveles de vigor en los alumnos, se asociarán significativa y positivamente con sus niveles de bienestar psicológico.

Hipótesis 3.2.

Los niveles de dedicación en los alumnos, se asociarán significativa y positivamente con sus niveles de bienestar psicológico.

Hipótesis 3.3.

Los niveles de absorción en los alumnos, se asociarán significativa y positivamente con sus niveles de bienestar psicológico.

Hipótesis 7.1.

Los niveles de vigor en los alumnos, se asociarán significativa y negativamente con sus niveles de síntomas psicósomáticos.

Hipótesis 7.2.

Los niveles de dedicación en los alumnos, se asociarán significativa y negativamente con sus niveles de síntomas psicósomáticos.

Hipótesis 7.3.

Los niveles de absorción en los alumnos, se asociarán significativa y negativamente con sus niveles de síntomas psicosomáticos.

En la siguiente tabla (Tabla 7) se resumen las hipótesis para alumnos.

Tabla 7

Hipótesis derivadas para el grupo de alumnos

Alumnos	Bienestar Psicológico	Síntomas Psicosomáticos
B Agotamiento	Hipótesis 1.1	Hipótesis 5.1
U Emocional	Relación significativa y negativa	Relación significativa y positiva
R		
N Cinismo	Hipótesis 1.2	Hipótesis 5.2
O	Relación significativa y negativa	Relación significativa y positiva
U		
T Falta de Eficacia	Hipótesis 1.3	Hipótesis 5.3
	Relación significativa y negativa	Relación significativa y positiva
E Vigor	Hipótesis 3.1	Hipótesis 7.1
N	Relación significativa y positiva	Relación significativa y negativa
G		

A	Dedicación	Hipótesis 3.2	Hipótesis 7.1
G		Relación significativa y	Relación significativa
E		positiva	y negativa
M		Hipótesis 3.3	Hipótesis 7.1
E	Absorción	Relación significativa y	Relación significativa
N		positiva	y negativa
T			

5.2.3 Hipótesis para instructores:

Hipótesis 2.1.

Los niveles de agotamiento emocional en los instructores, se asociarán significativa y negativamente con sus niveles de bienestar psicológico.

Hipótesis 2.2.

Los niveles de cinismo en los instructores, se asociarán significativa y negativamente con sus niveles de bienestar psicológico.

Hipótesis 2.3.

Los niveles de falta de eficacia en los instructores, se asociarán significativa y negativamente con sus niveles de bienestar psicológico.

Hipótesis 6.1.

Los niveles de agotamiento emocional en los instructores, se asociarán significativa y positivamente con sus niveles de síntomas psicósomáticos.

Hipótesis 6.2.

Los niveles de cinismo en los instructores, se asociarán significativa y positivamente con sus niveles de síntomas psicósomáticos.

Hipótesis 6.3.

Los niveles de falta de eficacia en los instructores, se asociarán significativa y positivamente con sus niveles de síntomas psicósomáticos.

Hipótesis 4.1.

Los niveles de vigor en los instructores, se asociarán significativa y positivamente con sus niveles de bienestar psicológico.

Hipótesis 4.2.

Los niveles de dedicación en los instructores, se asociarán significativa y positivamente con sus niveles de bienestar psicológico.

Hipótesis 4.3.

Los niveles de absorción en los instructores, se asociarán significativa y positivamente con sus niveles de bienestar psicológico.

Hipótesis 8.1.

Los niveles de vigor en los instructores, se asociarán significativa y negativamente con sus niveles de síntomas psicosomáticos.

Hipótesis 8.2.

Los niveles de dedicación en los instructores, se asociarán significativa y negativamente con sus niveles de síntomas psicosomáticos.

Hipótesis 8.3.

Los niveles de absorción en los instructores, se asociarán significativa y negativamente con sus niveles de síntomas psicosomáticos.

En la siguiente tabla se resumen las hipótesis para Instructores.

Tabla 8

Hipótesis derivadas para el grupo de instructores

Instructores	Bienestar Psicológico	Síntomas Psicossomáticos
B	Hipótesis 2.1	Hipótesis 6.1
U	Relación significativa y	Relación significativa y
R	negativa	positiva
N	Hipótesis 2.2	Hipótesis 6.2
O	Relación significativa y	Relación significativa y
U	negativa	positiva
T	Hipótesis 2.3	Hipótesis 6.3
	Relación significativa y	Relación significativa y
	negativa	positiva
E	Hipótesis 4.1	Hipótesis 8.1
N	Relación significativa y	Relación significativa y
G	positiva	negativa
A	Hipótesis 4.2	Hipótesis 8.2
G	Relación significativa y	Relación significativa y
E	positiva	negativa
M	Hipótesis 4.3	Hipótesis 8.3
E	Relación significativa y	Relación significativa y
N	positiva	negativa
T		

CAPITULO 6. MÉTODO

Se trata de un diseño transversal con recogida de información mediante cuestionarios y escalas.

6.1 Participantes

Se contó con dos muestras, la muestra estuvo compuesta por 4 promociones de alumnos de la Academia General del Aire (AGA) de la escala superior de oficiales, y la segunda por un total de 48 profesores de vuelo que durante el periodo de realización de las pruebas, se encontraban destinados en la Academia General del Aire y que por lo tanto fueron instructores de los alumnos mencionados anteriormente.

Participaron, pues, un total de 179 personas, de las cuales cuatro (2.2%) fueron mujeres (en este caso, todas alumnas) y 175 varones (97.8%). En cuanto a su nivel profesional en el momento del estudio, 48 (26.8%) eran instructores y 131 (73,2%), alumnos. La edad media de los participantes de la muestra era de 26.35 (DT= 4,9 años). En la Tabla 9 se reflejan estos datos.

Tabla 9

Género, nivel de estudios y categoría de enseñanza en la muestra participante.

Los datos se exponen en número exacto y porcentaje.

<i>Número y porcentajes</i>	
Género	
Varón	175 (97.8)
Mujer	

	4 (2.2)
Estudios	
Secundaria	34 (19)
Universitarios	145 (81)
Nivel profesional	
Alumno	131 (73,2)
Instructor	48 (26.8)
Edad media y Desviación Típica	26.35 (4.9)

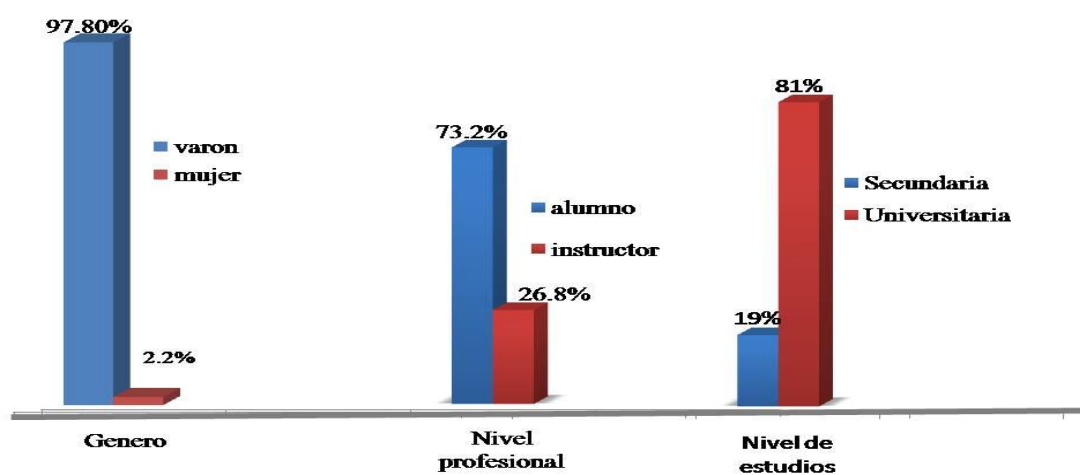


Figura 4. Género, nivel de estudios y categoría de enseñanza en la muestra participante.

La siguiente tabla, muestra la edad total y por grupos, así como el tiempo en el actual puesto y en la organización.

Tabla 10

Edad y antigüedad en el puesto y en la organización.

Edad (años)	26.4	4.9	20-45	32.9 (4.4)	24 (2.1)
Antigüedad en el puesto (meses)	31.6	23.6	1-158	35.9 (35.1)	30.1 (17.6)
Antigüedad en la organización (meses)	78	61.5	6-300	160 (61.5)	48 (20.6)

Los participantes del estudio forman parte de dos grupos; en primer lugar alumnos de la Academia General del Aire pertenecientes a cuatro promociones consecutivas que denominaremos de la A a la D, y un grupo de instructores que durante el tiempo que se realizó el estudio estaban destinados en la AGA. En la figura 5 se observa la distribución de la procedencia de los sujetos de la muestra, expresada en porcentaje.

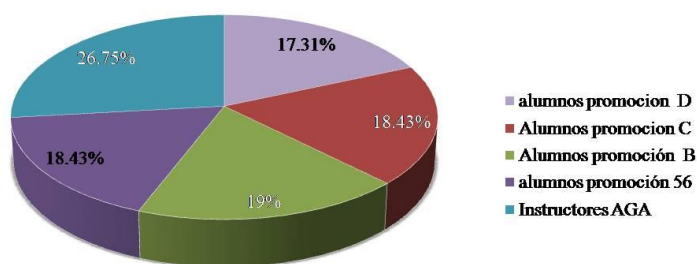


Figura 5. Procedencia de los sujetos incluidos en la muestra.

6.2 Instrumentos

Para la medida de las variables, los participantes en el estudio rellenaron las escalas que a continuación se detalla

6.2.1 Burnout (MBI-GS).

A partir de los trabajos de C. Maslach y S. Jackson, se ideó el Maslach Burnout Inventory en su versión para los profesionales de “servicios humanos” (MBI-HSS); el fenómeno fue entonces definido como un síndrome caracterizado por la aparición de baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atiende), alto agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y alta despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (Jackson y Maslach, 1981).

No obstante, el síndrome de quemarse por el trabajo no está necesariamente restringido a los profesionales de los servicios humanos, de hecho las investigaciones comenzaron a extenderse a otras muestras de poblaciones tales como militares, policías, funcionarios de prisiones entre otros (Quiceno y Alpi, 2007), por lo que Schaufeli, Leiter, Maslach, y Jackson (1996) elaboraron una escala que permite evaluar el síndrome en cualquier tipo de trabajadores, el Maslach Burnout Inventory-General Survey, MBI-GS, el cual no se centra en la relación laboral de servicio que se establece entre un profesional y los usuarios o clientes, sino en la realización del trabajo en general.

Los ítems del Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) tienen un carácter más genérico no exclusivo para profesionales de servicios (Leiter y Schaufeli, 1996). Cuando se evalúa el síndrome de quemarse por el trabajo mediante el MBI-GS se evalúa una crisis en la relación de una persona con su trabajo, y no necesariamente una crisis en las relaciones entre una persona y la gente con la que se relaciona en el trabajo. Se asume que la relación de las personas con su trabajo se sitúa sobre un continuo que va de “vinculación con el trabajo” (engagement) a “quemarse por el trabajo” (burnout). La vinculación con el trabajo es un estado genérico en el que un trabajador se empeña en realizar su trabajo de manera excelente y experimenta altos sentimientos de efectividad. Por el contrario, quemarse por el trabajo es entendido como un estado de agotamiento en el que el trabajador se muestra cínico sobre el valor y el sentido de su trabajo, y duda completamente de su capacidad para realizarlo (Schaufeli et al., 1996; Leiter y Schaufeli, 1996).

El MBI-GS mantiene la estructura tridimensional del MBI-HSS, aunque sólo consta de 16 ítems frente a los 22 de esa escala. Esos 16 ítems se distribuyen en las tres dimensiones de la escala denominadas (Tabla 10):

- Eficacia profesional (seis ítems)
- Agotamiento/Desgaste emocional (cinco ítems)
- Cinismo (cinco ítems).

Tabla 10

Ítems del MBI e ítems que componen cada una de las dimensiones (**D.E.** Desgaste emocional; **C.** Cinismo; **E.P.** Eficacia profesional).

ITEMS	ESCALA
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	D.E.
2. Me siento acabado al final de la jornada.	D.E.
3. Me siento fatigado al levantarme por la mañana y tener que enfrentarme a otro día de trabajo.	D.E.
4. Trabajar todo el día realmente es estresante para mí.	D.E.
5. Soy capaz de resolver eficazmente los problemas que surgen en mi trabajo.	E.P.
6. Me siento quemado por mi trabajo.	D.E.
7. Siento que estoy haciendo una contribución eficaz a la actividad de mi organización.	E.P.
8. Desde que comencé el empleo, he ido perdiendo interés en mi trabajo.	C.
9. He ido perdiendo el entusiasmo en mi trabajo.	C.
10. En mi opinión, soy muy bueno haciendo mi trabajo.	E.P.
11. Me siento realizado cuando llevo a cabo algo en mi trabajo.	E.P.
12. He realizado muchas cosas que valen la pena en mi trabajo.	E.P.
13. Sólo quiero hacer mi trabajo y que no me molesten.	C.
14. Me he vuelto más cínico acerca de si mi trabajo vale para algo.	C.
15. Dudo sobre el valor de mi trabajo.	C.
16. En mi trabajo estoy seguro de que soy eficaz haciendo las cosas.	E.P.

La subescala de eficacia profesional recoge aspectos sociales y no sociales del trabajo, y se centra más en las expectativas de éxito del sujeto (Quiceno y Alpi, 2007), se refiere a la ausencia de eficacia percibida en el trabajo, un concepto muy cercano a

las creencias de eficacia de Bandura (1997, 1999). En esta dimensión de burnout se mide a más puntuación menos burnout, a la inversa que en las otras dimensiones.

Los ítems que miden agotamiento son genéricos e incluyen referencias a la fatiga física y emocional sin hacer referencia explícita a “los otros” como fuente de esas emociones negativas (Salanova et al., 2000).

Los ítems que miden cinismo, a diferencia de los que miden despersonalización, reflejan indiferencia o actitudes de distanciamiento hacia el trabajo, y no se centran en las personas hacia las que se dirige éste. Se considera que evalúan el intento de los individuos de distanciarse del trabajo como estrategia de afrontamiento frente a las exigencias agotadoras de éste, y las actitudes de cinismo pueden ser una estrategia de afrontamiento disfuncional, pues reducen la energía del individuo para hacer un buen trabajo y para desarrollar soluciones creativas a los problemas laborales (Quiceno y Alpi, 2007).

El cuestionario compuesto por 16 ítems, que se distribuye de manera que muestra la Tabla 11.

Tabla 11

Distribución de ítems en variables de Agotamiento Emocional, Cinismo y Eficacia Profesional

	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	CINISMO	EFICACIA PROFESIONAL
ITEMS	1,2,3,4,6	8,9,13,14,15	5,7,10,11,12,16

Se ha añadido el ítem 13 de la escala original “quiero simplemente hacer mi trabajo y no ser molestado”.

En la tabla 12 aparecen los datos normativos para la corrección de las puntuaciones en el cuestionario de burnout. La muestra comparativa está compuesta por 1963 trabajadores españoles de diversas ocupaciones (trabajadores de oficina, operarios de industria cerámica, profesores, usuarios de tecnologías de la información y comunicación, etc.). Obtenido de la Nota Técnica de Prevención (NTP) 732 (2006)

Tabla 12

Datos normativos para la corrección de las puntuaciones de las escalas de burnout (N=1.963)

	<i>Agotamiento</i>	<i>Cinismo</i>	<i>Eficaciaprofesional</i>
<i>Muybajo</i>	>5%	<0,4	<0,2
<i>Bajo</i>	5- 25%	0,5- 1,2	0,3- 0,5
<i>Medio(Bajo)</i>	25- 50%	1,3- 2	0,6- 1,24
<i>Medio(Alto)</i>	50- 75%	2,1- 2,8	1,25- 2,25
<i>Alto</i>	75- 95%	2,9- 4,5	2,26-4
<i>MuyAlto</i>	>95%	>4,5	>4
<i>MediaAritmética</i>		2,12	1,50
<i>DesviaciónTípica</i>		1,23	1,30
			0,9

6.2.2 Bienestar Psicológico (GHQ-28)

Para la medida del bienestar se utilizó el Cuestionario de Salud general de Golberg (GHQ-28) en su versión de 28 ítems (Goldberg, 1970, Goldberg e Hillier, 1979) según

la adaptación de Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986) y Lobo (1987). Este cuestionario es una medida general de la salud y está compuesto por cuatro subescalas de siete ítems cada una: síntomas somáticos de origen psicológico, angustia/ ansiedad, disfunción social y depresión.

- 1- Subescala A, en la que aparecen síntomas somáticos de origen psicológico, como cansancio, fatiga, dolores de cabeza, sensación de enfermedad o malestar en general.
- 2- Subescala B, que mide los síntomas relacionados con la ansiedad y la angustia, como los problemas para conciliar el sueño, los despertares frecuentes en la noche, tensión psíquica, irritabilidad, etc.
- 3- Subescala C, en la que se exploran los síntomas relacionados con la “disfunción social”, como la agilidad para desarrollar el trabajo, la probabilidad de organizarse un horario ordenado, capacidad para tomar decisiones, etc.
- 4- Subescala D, o depresión. Esta subescala presenta síntomas que se interpretan tienen que ver con el estado de ánimo y se evalúa por tanto, los rasgos depresivos. Es una subescala muy “dura”, que desde nuestro punto de vista no facilita la expresión de signos depresivos ya que el planteamiento es demasiado fuerte. Pregunta acerca de interés en la vida, sentimiento de inutilidad, de desesperanza, incluso, ideas suicidas.

Cada uno de los 28 ítems consiste en una pregunta que trata de averiguar si el individuo ha experimentado recientemente un síntoma en una escala que va desde “menos que lo habitual” a “mucho más que lo habitual”. Esta escala de cuatro posibles respuestas puede ser puntuada de dos formas: puede ser tratada como una escala de respuesta múltiple, tipo Likert con un peso en cada posición (puntuación

Likert), o bien como una escala de respuesta bimodal (puntuación GHQ; por ejemplo, puntuación cero si respondió cualquiera de las dos primeras opciones y puntuación uno si responde cualquiera de las dos últimas. En nuestro caso se eligió la puntuación Likert.

La puntuación del cuestionario determina la posición de un individuo en un eje que va desde la normalidad hasta un claro trastorno. Cuando es necesario elegir un punto de corte la bibliografía ofrece experiencias anteriores a esta, pero estas no siempre son concordantes. Así, la puntuación total se interpreta como el nivel de malestar psíquico o disarmonía psicológica que padece el sujeto.

Con respecto a la puntuación que se interpreta como índices de patología, tomando como referencia el punto de corte en 7 variando también el índice de falsos positivos. Es decir, que se considera que un resultado por encima de siete indica, con mayor seguridad, un padecimiento psicológico que precisa de una intervención especializada.

6.2.3 Engagement (UWES-17)

Para la medición del engagement se ha utilizado el cuestionario Escala Utrecht de Engagement en el Trabajo (UWES-17). Este es un cuestionario auto-informe que consta de 17 ítems en las tres dimensiones subyacentes de vigor, dedicación y absorción (Schaufeli 2007). "Vigor" se mide con seis ítems (ítems 1, 4, 8, 12, 15, 17), "dedicación" con cinco elementos (ítems 2, 5, 7, 10, 13), y "absorción" con seis ítems (ítems 3, 6, 9, 11, 14, 16). Cada dimensión se clasifica en una escala de siete puntos, escala que va desde 0 (nunca) a 6 (cada día).

El UWES ha sido traducido a distintos idiomas y se utiliza entre los diferentes profesionales grupos (por ejemplo, los trabajadores de cuello azul, dentistas, personal

del hospital, gerentes, oficiales de policía, profesores (Schaufeli, 2007a; Schaufeli y Bakker, 2003) aunque sus psicométricas propiedades se han mantenido algo menos explorado. Por ejemplo, todavía no está claro si la estructura tridimensional basada en teoría de la escala sigue siendo la misma a través de diferentes grupos profesionales (es decir, la invarianza grupo factorial) y/o a través de diferentes puntos de medición (es decir, el tiempo de invarianza factorial). Además, mientras que el tiempo invariante de la estructura de la escala es incierto, la estabilidad supuesta de engagement en el trabajo permanece sin una fuerte evidencia empírica (Seppälä et al., 2009).

En un principio, el UWES consistió en 24 ítems, pero después de la prueba psicométrica siete ítems poco sólidos fueron omitidos y se retuvieron 17 ítems. Análisis psicométricos posteriores revelaron otros dos elementos débiles (punto 6 en la escala de vigor y punto 6 en la escala de la absorción (Schaufeli y Bakker, 2003), y por lo tanto, una versión de 15 ítems del UWES se ha utilizado en algunos estudios. Recientemente, una versión más corta 9 ítems del UWES (UWES-9) también se ha desarrollado (Schaufeli, Bakker y Salanova, 2006). En esta escala abreviada, vigor, dedicación y absorción son evaluados por tres elementos por dimensión.

El UWES-17 un cuestionario de auto-informe (Figura 6) que consta de 17 ítems en las tres dimensiones subyacentes de vigor, dedicación y absorción (Schaufeli 2007). "Vigor" se mide con seis ítems (ítems 1, 4, 8, 12, 15, 17), "dedicación" con cinco elementos (ítems 2, 5, 7, 10, 13), y "absorción" con seis ítems (ítems 3, 6, 9, 11, 14, 16). Los productos que se clasifican en una de siete puntos escala que va desde 0 (nunca) a 6 (cada día). La versión abreviada del UWES, UWES-9, contiene tres ítems para el vigor (ítems 1, 4, 8), tres para la dedicación (ítems 5, 7, 10) y tres para absorción (ítems 9, 11, 14) (Schaufeli, Bakker y Salanova, 2006). Los ítems están clasificados en la misma escala que el UWES-17. En la figura 6 podemos ver esta escala y sus categorías.

Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES) ©

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma. Si nunca se ha sentido así conteste '0' (cero), y en caso contrario indique cuántas veces se ha sentido así teniendo en cuenta el número que aparece en la siguiente escala de respuesta (de 1 a 6).

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastante veces	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4	5	6
Ninguna vez	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días

1. _____ En mi trabajo me siento lleno de energía (VI1)*
2. _____ Mi trabajo está lleno de significado y propósito (DE1)
3. _____ El tiempo vuela cuando estoy trabajando (AB1)
4. _____ Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo (VI2)*
5. _____ Estoy entusiasmado con mi trabajo (DE2)*
6. _____ Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí (AB2)
7. _____ Mi trabajo me inspira (DE3)*
8. _____ Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar (VI3)*
9. _____ Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo (AB3)*
10. _____ Estoy orgulloso del trabajo que hago (DE4)*
11. _____ Estoy inmerso en mi trabajo (AB4)*
12. _____ Puedo continuar trabajando durante largos periodos de tiempo (VI4)
13. _____ Mi trabajo es retador (DE5)
14. _____ Me "dejo llevar" por mi trabajo (AB5)*
15. _____ Soy muy persistente en mi trabajo (VI5)
16. _____ Me es difícil 'desconectarme' de mi trabajo (AB6)
17. _____ Incluso cuando las cosas no van bien, continuo trabajando (VI6)

* Versión abreviar (UWES-9); VI= vigor; DE = dedicación; AB = absorción

© Schaufeli & Bakker (2003). The Utrecht Work Engagement Scale is free for use for non-commercial scientific research. Commercial and/or non-scientific use is prohibited, unless previous written permission is granted by the authors.

Figura 6. Matriz de configuración de la escala UWES-17 de Engagment laboral (Schaufeli y Bakker, 2003).

Recientes análisis factoriales confirmatorios (CFA) han apoyado la teoría basada en la correlación de los tres factores, vigor, dedicación y la absorción de la estructura del UWES-17 y UWES-9 (Hakanen 2002; Hallberg y Schaufeli, 2006; Schaufeli y Bakker, 2003; Schaufeli et al., 2002, 2006; etc.). Todos estos estudios también han demostrado que los tres factores de engagement en el trabajo están altamente interrelacionados (correlaciones entre .60 y .99). Debido a las altas correlaciones entre

los tres factores, una estructura de un factor alternativo de la UWES-17 y el UWES-9 también fue probada. En esta estructura de un solo factor de todos los ítems fueron obligados a cargar en un factor subyacente (Hallberg y Schaufeli, 2006; Schaufeli y Bakker, 2003; Schaufeli et al., 2002, 2006). Sin embargo, en todos estos estudios, la estructura teóricamente de tres factores correlacionados con base ha demostrado significativamente mejor ajuste con los datos que una estructura alternativa de un factor y por lo tanto ha recibido más apoyo.

Los resultados de los análisis psicométricos del desarrollo del UWES pueden resumirse de la siguiente manera:

- Validez factorial: los análisis factoriales confirmatorios muestran que la estructura hipotética del UWES de tres factores, es superior al modelo de un solo factor y se ajusta a los datos de las diversas muestras tomadas en Holanda, España y Portugal (Salanova et al., 2000; Schaufeli et al., 2002; Schaufeli, Taris y Van Rhenen, 2003). Sin embargo, hay una excepción Sonnentag (2003), utilizando el análisis factorial exploratorio, no encontró una estructura trifactorial bien definida y decidió utilizar el puntaje total del UWES como medida del engagement en el trabajo.
- Correlación interna: Aun cuando el análisis factorial confirmatorio del UWES, define una estructura tridimensional, estas tres dimensiones están íntimamente relacionadas. Las correlaciones entre las tres escalas generalmente exceden el .65 (Demerouti et al., 2001; Salanova et al., 2000; Schaufeli et al., 2002, 2002), además de que la correlación entre las variables latentes presentan un intervalo entre .80 y .90 (Salanova et al., 2000; Schaufeli et al., 2002, 2002).
- Estabilidad transcultural: La estructura factorial de la versión corta del UWES, adaptada para estudiantes es notablemente estable entre las muestras de España,

Holanda y Portugal (Schaufeli et al., 2002). Los análisis detallados muestran que solo tres ítems difieren significativamente entre las muestras de los tres países.

- **Consistencia interna:** La consistencia interna de las tres escalas del UWES es adecuada. Esto quiere decir que, en todos los casos, los valores α de Cronbach son iguales o superan el valor crítico de .70 (Nunnally y Bernstein, 1994).

Usualmente, los valores α de Cronbach varían entre .80 y .90 (Salanova et al., 2000; Salanova et., 2001; Demerouti et al., 2001; Montgomery et al., 2003; Bresó, Salanova y Schaufeli, 2005; Schaufeli, Taris y Van Rhenen, 2003; Salanova et al., 2002).

- **Estabilidad:** Las puntuaciones del UWES son relativamente estables a través del tiempo, presentado una estabilidad promedio de dos años para los coeficientes de vigor, dedicación y absorción, que son .30, .36 y .46, respectivamente (Bakker, Euwema y Van Dierendonk, 2003). Resumiendo: Estos resultados psicométricos confirman - como se esperaba - la validez factorial del UWES.

El UWES consiste en tres escalas altamente relacionadas. Además, este patrón de correlación se replica en muestras de diferentes países, lo que confirma la validez a nivel transcultural del modelo de tres factores. Tomando en cuenta todo esto, podemos afirmar que el engagement es un constructo formado por tres factores íntimamente relacionados, que son medidos por tres escalas internamente consistentes.

Desde su introducción en 1999, se han realizado diversos estudios de validación del UWES que revelan su relación con el burnout y la adicción al trabajo, identifica posibles causas y consecuencias del engagement y elucida el papel que juega el

engagement en procesos más complejos relacionados con la salud y bienestar de los trabajadores.

- Engagement en el trabajo y adicción al trabajo: Un reciente estudio sobre la validez de los constructos: engagement en el trabajo, burnout y adicción al trabajo, mostró que el engagement y la adicción al trabajo apenas muestran correlación entre sí, a excepción de la absorción, la cual se correlaciona moderadamente de forma positiva con el aspecto “trabajo excesivo” de la adicción al trabajo (Schaufeli, Taris y Van Rhenen, 2003).
- Engagement en el trabajo y burnout: La correlación entre las tres dimensiones del burnout: agotamiento, cinismo y realización profesional, y el engagement en el trabajo. Era de esperar que burnout y engagement estuviesen correlacionados de manera negativa, especialmente entre las escalas de vigor y agotamiento y dedicación y cinismo. Casi todas las correlaciones entre las escalas del burnout y del engagement en el trabajo, de los países evaluados son significativas y negativas (Salanova et al., 2000; Demerouti et al., 2001; Schaufeli et al., 2002a, 2002b; Montgomery et al., 2003).

Para su valoración se ha utilizado la puntuación normalizada a la población española que se muestra en la siguiente Tabla (Schaufeli W., Bakker A. 2003).

Tabla 13

Tabla normalizada de puntuaciones del cuestionario UWES-17

	<i>Vigor</i>	<i>Dedicación</i>	<i>Absorción</i>	<i>Puntaje total</i>
<i>MuyBajo</i>	≤ 2.17	≤ 1.60	≤ 1.60	≤ 1.93
<i>Bajo</i>	2.18–3.20	1.61–3.00	1.61–2.75	1.94–3.06
<i>Promedio</i>	3.21–4.80	3.01–4.90	2.76–4.40	3.07–4.66
<i>Alto</i>	4.81–5.60	4.91–5.79	4.41–5.35	4.67–5.53
<i>Muyalto</i>	≥ 5.61	≥ 5.80	≥ 5.36	≥ 5.54
<i>M</i>	3.99	3.81	3.56	3.82
<i>SD</i>	1.08	1.31	1.10	1.10
<i>SE</i>	.01	.01	.01	.01
<i>Rango</i>	.00–6.00	.00–6.00	.00–6.00	.00–6.00

6.2.4 Síntomas Psicosomáticos. (CPP de Hock)

Los síntomas psicosomáticos han sido medidos mediante el cuestionario CPP de Hock (1988), adaptado por García-Izquierdo, et al., (1993). Este cuestionario, se compone de un listado de 12 preguntas con 6 alternativas de respuesta que van desde “nunca” (valor 1), a “con mucha frecuencia” (valor 6), según responda el encuestado sobre los síntomas o molestias padecidas durante el último año. La puntuación va desde 12 a 72 puntos, según la percepción individual sobre los síntomas referidos en el cuestionario. Puntuaciones altas nos indican mayor respuesta psicosomática, que se corresponde con un mayor nivel de estrés.

Los síntomas incluidos en el cuestionario son los siguientes:

Problemas/síntomas Psicosomáticos

1. Dificultad de conciliar el sueño o mantenerse dormido por la noche
2. Jaquecas y dolores de cabeza
3. Indigestiones o molestias gastrointestinales
4. Sensación de cansancio extremo o agotamiento
5. Tendencia a comer, beber o fumar más de lo habitual

6. Disminución del interés sexual
7. Respiración entrecortada o sensación de ahogo
8. Disminución del apetito
9. temblores musculares (tics nerviosos, etc.)
10. Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo.
11. Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana
12. Tendencia a sudar o palpitaciones

6.3 Procedimiento

La duración de la recogida de datos a través de los cuestionarios ha sido de cuatro años. Durante este tiempo se procedió a pasar los cuestionarios a cada una de las promociones en el mes de junio del año en el que cada una de ellas finalizaba su cuarto curso en la Academia, con lo que se lograba que los alumnos dispusieran de mayor experiencia en la actividad del vuelo de lo que podrían tener de encontrarse al final de tercer curso y las respuestas estuvieran basadas en mayor base de conocimientos y de experiencia.

Las pruebas utilizadas son de papel y lápiz y de aplicación colectiva, con un tiempo aproximado de una hora, con las mismas instrucciones para todos. El cuestionario fue rellenado por todos los alumnos en un aula de la Academia y cada promoción lo rellenó al mismo tiempo.

Los instructores rellenaron el cuestionario de igual forma que la realizada por los alumnos.

Este estudio ha requerido de la autorización del Ejército del Aire para su realización, la cual fue concedida en base al convenio de colaboración existente entre la

el Ejército del Aire y el Departamento de Psiquiatría y Psicología Social de la Universidad de Murcia.

Los cuestionarios fueron entregados a los participantes individualmente durante el mes de junio de cada uno de los respectivos años por un miembro del equipo de investigación. Se ofrecieron las instrucciones precisas, se garantizó la confidencialidad y el anonimato y su participación voluntaria en este estudio, posteriormente, una vez completados fueron guardados y cerrados en un sobre en blanco por el propio participante en una caja que fue recogida por el investigador. Se pidió expresamente la colaboración de los participantes y no se rechazó ningún cuestionario.

6.4. Análisis de datos

El análisis de los datos se ha realizado con el software SPSS 19. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar, y las cualitativas como descripción exacta y porcentaje. Se ha utilizado la prueba *ji* al cuadrado para la comparación de variables cualitativas, el análisis de la *t de Student* para grupos independientes en la comparación de medias y la correlación de Pearson para valorar la relación entre dos variables cuantitativas.

El análisis de consistencia interna de las escalas se ha valorado con el estadístico *alfa*.

Para apreciar las variables que de modo independiente explican el bienestar psicológico se ha construido un modelo de regresión lineal múltiple considerando la variable bienestar psicológico constante. El proceso de construcción del modelo se ha realizado con el doble propósito de ser descriptivo y predictivo. Para el uso descriptivo la selección de las variables se ha realizado siguiendo la estrategia de la selección por pasos incluyendo la variable cuando p (pin) $\leq .05$ y excluyéndola cuando p (pout) $> .10$, así como la tolerancia del término incluido debe superar un valor mínimo $> .01$,

consiguiendo con ello explicar la máxima variabilidad de la variable dependiente (Y) con la máxima parsimonia. La colinealidad se ha valorado con la tolerancia y el factor de incremento de la varianza (VIF); la colinealidad aparece cuando la tolerancia es $<.01$ o el VIF > 10 . El supuesto de independencia se ha valorado con la prueba de Durbin-Watson (los valores cercanos a 2 indican autocorrelación nula, menor de 2 indicaría que los residuales adyacentes tienden a presentar autocorrelación positiva y mayor de 2, autocorrelación negativa). La comprobación de la linealidad y de la homogeneidad de varianzas de los modelos se ha comprobado mediante el examen de gráfico de los residuales y el supuesto de normalidad, igualmente mediante gráfico de residuales.

En la valoración de la fiabilidad de los modelos (con fines predictivos), se utiliza la muestra dividida en general en dos grupos iguales, pero en el presente estudio, al no ser la muestra grande, en un 80% de los participantes (elegidos de modo aleatorio) se estiman las ecuaciones y en el 20% restante se valida el modelo. Los modelos se consideran aceptables cuando la pérdida de predicción (shrinkage) no supera el 10% de la diferencia entre el coeficiente de determinación (R^2) del modelo que interviene en la construcción del modelo y el cuadrado del coeficiente de correlación simple entre el valor predicho de Y aplicado al grupo de validación y la variable dependiente Y (r^2), de modo que $R^2 - r^2$ sea $< .01$. Un valor de $p < .05$ se ha considerado significativo.

CAPITULO 7 RESULTADOS

En la Tabla 14 se pueden observar los estadístico alfa de Cronbach para cada una de las escalas y subescalas utilizadas. Todos los índices son adecuados.

Tabla 14

Estadístico alfa de Cronbach para cada una de las escalas y subescalas utilizadas.

Agotamiento emocional	.89
Cinismo	.81
Eficacia profesional	.84
Vigor	.85
Dedicación	.94
Absorción	.78
Bienestar Psicológico(total ítems)	.88
Síntomas somáticos de origen psicológico	.88
Angustia/Ansiedad	.88
Disfunción social	.71
Síntomas psicósomáticos	.86
Depresión	.75

A continuación, se comentarán los resultados obtenidos en las diferentes variables de los participantes en el estudio. Para una mayor claridad, se ha diferenciado entre la muestra total y la muestra de alumnos e instructores.

Burnout

Para evaluar el grado de burnout se analizaron las puntuaciones en agotamiento emocional, cinismo, y eficacia profesional.

En la Tabla 15 se muestran los valores en las tres dimensiones. Para el total de la muestra, el componente de Agotamiento emocional obtiene una puntuación media de 2.38 que, referenciada a los datos normativos indicados en la Tabla 15 es un valor medio alto. El componente Cinismo obtiene un valor de 2.04 que se considera como alto, mientras que la Eficacia Profesional tiene un valor de 4.38 considerado medio bajo.

Tabla 15

Valores de variables asociadas a burnout expresadas como Media y Desviación típica (DT)

Agotamiento emocional	2.38	1.24
Cinismo	2.04	1.1
Eficacia profesional	4.38	.83

Engagement

Las puntuaciones del engagement, para el total de la muestra, indican unos valores en general medios en referencia a los valores normativos. Dichos valores se muestran en la tabla 16.

Tabla 16

Valores de las dimensiones asociadas a engagement expresadas como media y desviación típica

Vigor	3.95	.85
Dedicación	4.32	1.08
Absorción	3.55	.92

Síntomas psicossomáticos

La valoración de síntomas psicossomáticos se desgaja en diversas manifestaciones como alteración de sueño, cefalalgias, molestias gastrointestinales, cansancio extremo/agotamiento, bebe y fuma más de lo habitual, disminución del interés sexual, disnea/sensación de ahogo, disminución del apetito, temblores musculares, pinchazos o sensaciones dolorosas, no se levantaría por las mañanas, sudación y palpitaciones, y por último un apartado de suma de síntomas psicossomáticos.

Los resultados obtenidos por los participantes de la muestra en total, en Síntomas Psicossomáticos, aparecen en la Figura 7 que recoge los diferentes síntomas psicossomáticos recogidos en las escalas utilizadas, así como la puntuación obtenida por los sujetos a estudio.

La puntuación obtenida en términos generales se considera baja. Teniendo una mayor relevancia los ítems que se refieren a: "Cansancio extremo, agotamiento"; "Bebe, come y fuma más de lo habitual"; "Alteración de sueño"; y "No se levantaría por la mañana".

Tabla 17

Resultados en escalas de Síntomas Psicosomáticos, expresados como media y desviación típica

Síntomas psicosomáticos	Media	Desviación típica
Alteración sueño	2.1	1.3
Cefalalgias	1.6	.9
Molestias gastrointestinales	1.7	.9
Cansancio extremo, agotamiento	2.2	1.2
Bebe, como y fuma más de lo habitual	2.2	1.3
Disminución interés sexual	1.6	.9
Disnea, sensación de ahogo	1.2	.6
Disminución del apetito	1.5	.9
Temblores musculares	1.3	.8
Pinchazos o sensaciones dolorosas	1.4	.8
No se levantaría por la mañana	2	1.4
Sudación y palpitaciones	1.4	.9
Total síntomas psicosomáticos	1.7	7.7

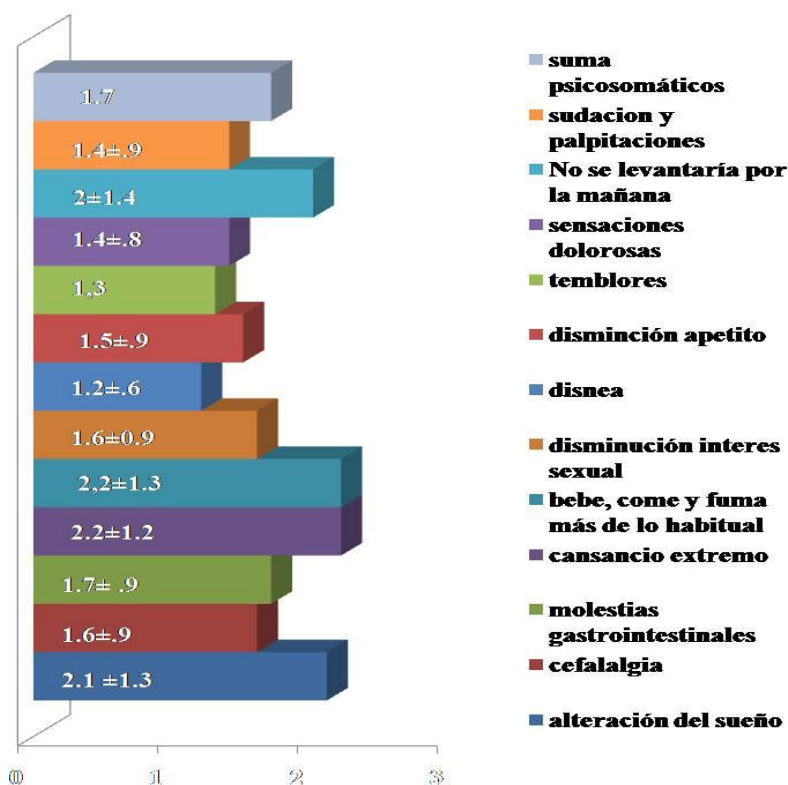


Figura 7. Diagrama de barras que muestra los resultados en escalas de Síntomas Psicosomáticos con los valores expresados como Media y Desviación típica.

Bienestar psicológico

La escala utilizada para evaluar el apartado bienestar psicológico consta de cuatro dimensiones: síntomas somáticos, ansiedad/angustia, disfunción social y depresión obteniendo una puntuación global. A mayor puntuación mayor malestar percibido. Los resultados obtenidos en Bienestar Psicológico se muestran en la Tabla 20 y arrojan en conjunto puntuaciones que se consideran bajas.

Los resultados obtenidos en Bienestar Psicológico se muestran en la Tabla 18. En conjunto, puntuaciones se consideran bajas, por tanto los participantes del presente estudio se encontrarían en una buena situación de Bienestar Psicológico.

Tabla 18

Valores de las dimensiones asociadas a Bienestar Psicológico expresadas como media y desviación típica

Bienestar psicológico	Media	Desviación típica
Síntomas somáticos	1.57	.44
Angustia/ansiedad	1.62	.57
Disfunción social	1.85	.30
Depresión	1.09	.20
Bienestar psicológico (total)	1,53	.28

Resultados por grupos diferenciados de la muestra: Instructores VS alumnos

Tras mostrar los valores obtenidos por la muestra en conjunto, se ha considerado interesante evaluar si existían diferencias significativas entre los dos subgrupos de la muestra, compuesta por instructores ($N=48$) y alumnos ($N=131$). Dicha evaluación se ha llevado a cabo mediante el estadístico T de Student para grupos independientes.

Burnout: Instructores VS alumnos

En la Tabla 19 se muestran los valores de los componentes de burnout para instructores y alumnos.

Tabla 19

Diferencias entre instructores y alumnos en variables asociadas a burnout

BURNOUT	Instructor ($N= 48$)	Alumno ($N= 131$)	T	P
Agotamiento emocional	1.96 (1.2)	2.54(1.20)	-2.85	.00***
Cinismo	1.82 (1)	2.12(1.10)	-1.63	.10
Eficacia profesional	4.2 (.80)	4.46 (.80)	-2.07	.04*

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$.

En la Figura 8 se muestran las diferencias observadas en la puntuación obtenida por los instructores frente a las obtenidas por los alumnos en los tres componentes del burnout. Los valores obtenidos son similares a los mostrados previamente para la muestra en su conjunto en la Tabla 19.

Cabe destacar el resultado en la puntuación de Agotamiento Emocional en el grupo de alumnos, quienes obtienen una puntuación de 2.54, que se considera alta, frente a los instructores que puntúan 1.96, lo que se considera medio ($p<.001$), y en eficacia

profesional($p<.05$). Por lo tanto hay diferencias significativas entre alumnos e instructores en estas dos dimensiones.

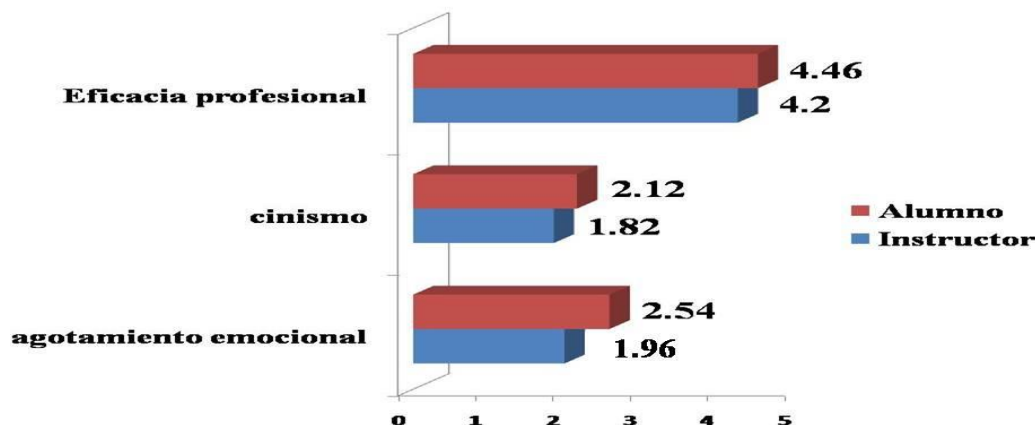


Figura 8. Diagrama de barras que muestra las diferencias en las puntuaciones obtenidas por el grupo de instructores frente a alumnos en categorías asociadas a Burnout.

Se han analizado igualmente los resultados para la distribución porcentual de los tres componentes del burnout, dichos resultados se observan a continuación en la tabla 20

Tabla 20

Distribución porcentual del agotamiento emocional

Agotamiento emocional	Muy bajo	Bajo	Medio (bajo)	Medio (alto)	Alto	Muy alto
Instructores	10.4	27.1	20.8	20.8	14.6	6.3
Alumnos	.8	11.5	34.4	18.3	27.5	7.6

Es de destacar unos elevados porcentajes, tanto en instructores (20.9%) como en alumnos (35.1 %) en las puntuaciones alto y muy alto de agotamiento emocional.

Tabla 21

Distribución porcentual del cinismo

Cinismo	Muy bajo	Bajo	Medio (bajo)	Medio (alto)	Alto	Muy alto
Instructores	6.3	0	27.1	39.6	25	2.1
Alumnos	3.1	1.5	22.9	32.8	34.4	5.3

Se aprecian porcentajes del 27.1 % en puntuaciones de alto y muy alto entre los instructores y de un 39.7 % para los alumnos.

Tabla 22

Distribución porcentual de falta de eficacia

Falta de eficacia	Muy bajo	Bajo	Medio (bajo)	Medio (alto)	Alto	Muy alto
Alumnos	3.8	18.3	27.5	27.5	22.1	.8
Instructores	6.3	33.3	27.1	22.9	10.4	0 0

Se destaca que un 39.6 % de los instructores puntúan con baja y muy baja eficacia profesional, y en los alumnos es de un 22.1 %.

Engagement: Instructores VS alumnos

En la Tabla 23 se muestra los resultados obtenidos en los componentes de engagement para cada grupo, con valores muy similares, sin alcanzar ninguna diferencia significativa y se encuentran dentro de lo establecido para los datos referidos a la muestra en su conjunto que como comentábamos previamente se encuentran dentro de una puntuación media.

Tabla 23

Diferencias entre instructores y alumnos en variables psicológicas asociadas a engagement.

Engagement	Instructor (<i>N</i> = 48)	Alumno (<i>N</i> = 131)	<i>T</i>	<i>P</i>
Vigor	3.83 (1)	4 (.80)	-0.989	.33
Dedicación	4.04 (1)	4.44 (1)	-2.139	.03*
Absorción	3.4 (.80)	3.6 (.90)	-1.560	.12

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

En la Figura 9 se puede observar una comparación de los valores anteriores.

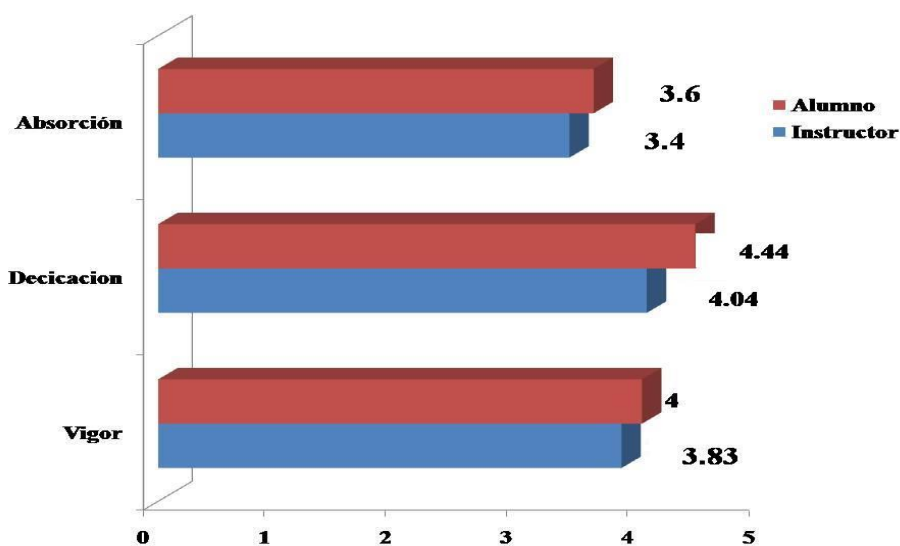


Figura 9. Diagrama de Barras con los valores obtenidos por subgrupos de instructores frente a alumnos en los componentes del engagement.

Asimismo, se describen los resultados para la distribución porcentual de los tres componentes del engagement, dichos resultados se observan en las tablas 24, 25 y 26.

Tabla 24

Distribución porcentual del vigor

Vigor	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Instructores	4.2	29.2	41.7	25	0
Alumnos	.8	18.3	62.6	17.6	.8

Destaca que un 33.4 % de los instructores puntúa bajo o muy bajo en vigor, en el caso de los alumnos de un 19.1 %. El grupo de alumnos se encuentra más agrupado con un 62.6 % en la puntuación media y también se observa que, un 25 % de los instructores puntúa alto.

Tabla 25

Distribución porcentual de la dedicación

Dedicación	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Instructores	2.1	16.7	62.5	14.6	4.2

Alumnos	.8	13.7	45	28.2	12.2
----------------	----	------	----	------	------

Se observa que un 18.8 % de los instructores puntúa como bajo o muy bajo en dedicación, también se considera significativo el 14.5 % de los alumnos. En contraposición un 40.4 % de estos últimos puntúa alto o muy alto.

Tabla 26

Distribución porcentual de la absorción

Absorción	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Instructores	2.1	25	58.3	14.6	0
Alumnos	.8	17.6	64.9	13.7	3.1

En cuanto a la dimensión absorción, se observa que un 27.1% de los instructores puntúan bajo o muy bajo y un 18.4 % en el caso de los alumnos.

Síntomas psicossomáticos: Instructores VS alumnos

En la Tabla 27 se indican los resultados obtenidos para Síntomas Psicossomáticos diferenciados para ambos grupos de la muestra. Pueden observarse en la Figura 10 que, la puntuación alcanzada por los alumnos, es más elevada que la obtenida por los instructores en los siguientes síntomas: Alteración del sueño, angustia/ansiedad,

cefalalgias, cansancio extremo/agotamiento, sudación y palpitaciones. Asimismo la suma de síntomas en los alumnos aparece algo más elevada que en los instructores.

Tabla 27

Diferencias entre instructores y alumnos en puntuaciones de variables Síntomas psicossomáticos

Síntomas psicossomáticos	Instructor (N=48)	Alumno (N=131)	T	P
Alteración sueño	1.8 (1.1)	2.2 (1.3)	-1.998	.05
Cefalalgias	1.3 (0.5)	1.7 (1.0)	-3.586	.01**
Molestias gastrointestinales	1.6 (0.7)	1.8 (1.0)	-1.261	.21
Cansancio extremo, agotamiento	1.9 (1.0)	2.3 (1.3)	-2.636	.01**
Bebe, como y fuma más de lo habitual	1.9 (1.3)	2.3 (1.3)	-1.798	.07
Disminución interés sexual	1.7 (1.0)	1.5 (1.0)	0.976	.33
Disnea, sensación de ahogo	1.2 (0.6)	1.2 (0.6)	0.080	.94
Disminución del apetito	1.3 (0.6)	1.6 (1.0)	-2.384	.01**
Temblores musculares	1.2 (0.5)	1.4 (0.8)	-1.818	.71
Pinchazos o sensaciones dolorosas	1.2 (0.7)	1.4 (0.8)	-1.249	.21
No se levantaría por la mañana	1.7 (1.3)	2.1 (1.4)	-1.447	.15
Sudación y palpitaciones	1.1 (0.4)	1.5 (1.0)	-3.100	.00***
Total Síntomas psicossomáticos	19.4 (6.6)	22.85(8.0)	-2.380	.02*

* p<.05; ** p<.01;*** p<.001.

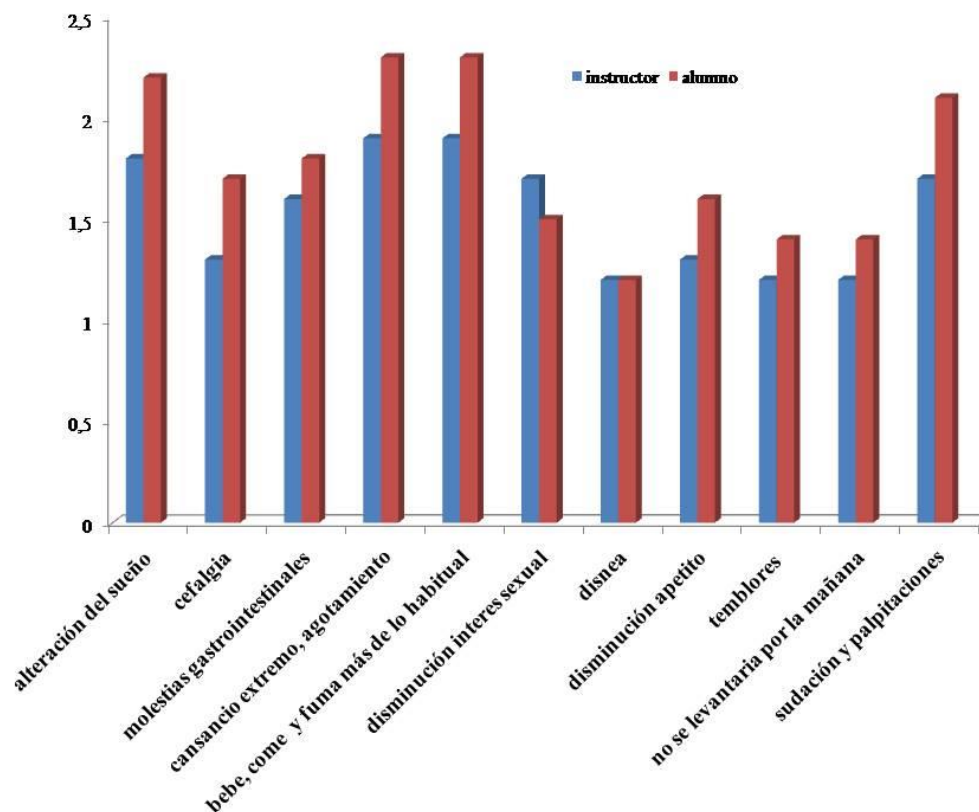


Figura 10. Diagrama de barras que muestra las diferencias en puntuaciones obtenidas por instructores vs alumnos en las variables pertenecientes a la categoría Síntomas Psicosomáticos.

Una vez analizados los resultados para cada una de los doce síntomas psicosomáticos, en ambos grupos de la muestra, se procede a realizar una descripción de los resultados obtenidos según la distribución porcentual. Dichos resultados se observan en la Tabla 28 y la Figura 11.

A fin de poder detectar más fácilmente algún indicio en las respuestas, se han incluido aquellas que se contestaron con los valores 5 ó 6, es decir las que se corresponden con la valoración “con relativa frecuencia” y “con mucha frecuencia” y de ambas se han acumulado los porcentajes. Es destacable el 20.6 % de alumnos que han valorado con 5 ó 6 la pregunta “Bebe, como y fuma más de lo normal”.

Tabla 28

Distribución porcentual cuestionario CPP

ITEM	INSTRUCTORES	ALUMNOS
Alteración sueño	2.1	6.2
Cefalgias	0	3.8
Molestias gastrointestinales	0	7.6
Agotamiento	2.1	6.9
Bebe, come y fuma más de lo normal	12.5	20.6
Disminución interés sexual	2.1	.8
Disnea, ahogo	0	.8
Disminución apetito	0	8.4
Temblores musculares	0	.8
Pinchazos o sensaciones dolorosas	2.1	5.3
No se levantaría por la mañana	6.3	6.9
Sudación y palpitaciones	0	3.1

Valores en porcentajes

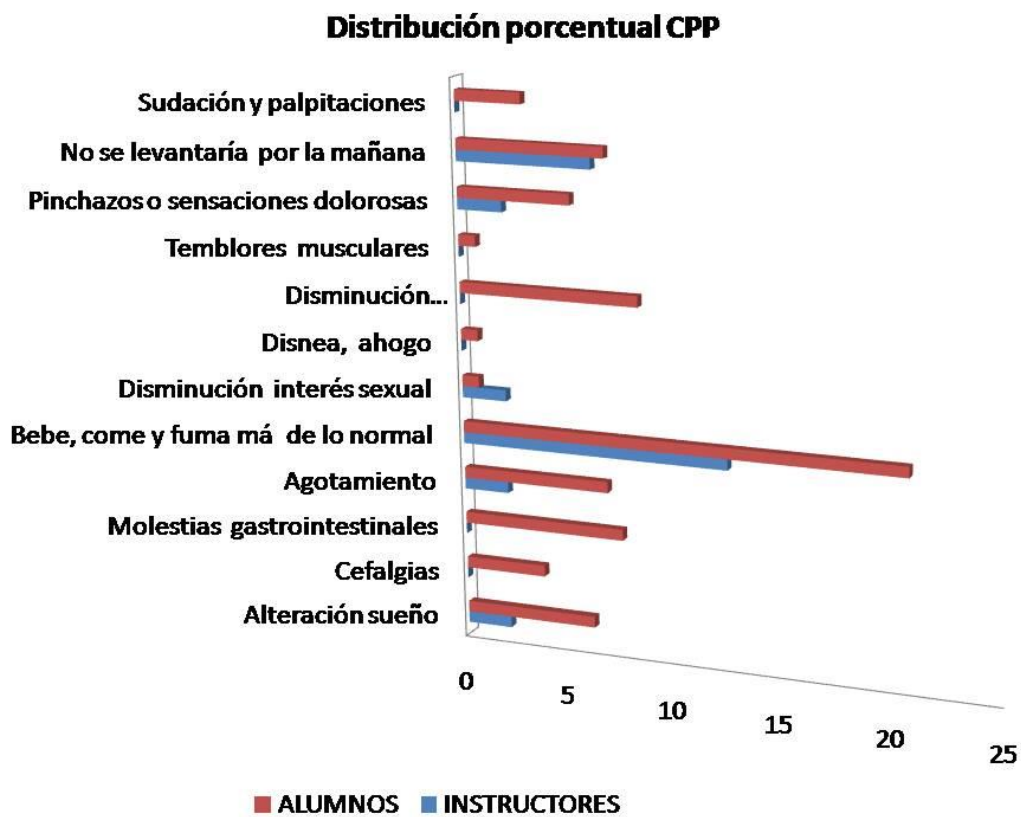


Figura 11. Distribución porcentual CPP. Distribución porcentual de los doce síntomas psicósomáticos en instructores y alumnos.

Bienestar psicológico: Instructores VS alumnos

Los resultados obtenidos para Bienestar Psicológico para cada uno de los grupos, se encuentran reflejados en la Tabla 29. Tanto alumnos como instructores puntúan de forma similar en los distintos apartados de Bienestar Psicológico y presentan unos valores muy similares a las puntuaciones obtenidas para la muestra en su conjunto, es decir puntuaciones bajas, que son interpretadas como un estado de Bienestar Psicológico. Se aprecian diferencias significativas entre instructores y alumnos tanto en los síntomas somáticos como en el apartado angustia/ansiedad. En ambos casos, más elevados en alumnos

Tabla 29

Diferencias entre puntuaciones obtenidas entre instructores y alumnos en las variables pertenecientes al apartado Bienestar Psicológico

Bienestar psicológico	Instructor (N= 48)	Alumno (N= 131)	T	P
Síntomas somáticos	1.4 (0.3)	1.6 (.50)	-2.72	.007**
Angustia/ansiedad	1.5 (.58)	1.7 (.60)	-2.15	.03*
Disfunción social	1.8 (.20)	1.9 (.30)	0.27	.79
Depresión	1.1 (.20)	1.1(.20)	0.37	.71
Bienestar psicológico	5.8(.20)	6.3 (.30)	-1.82	.07

* p<.05; ** p<.01;*** p<.001.

En la Figura 12 se muestra la comparación entre alumnos y profesores de los valores anteriores.

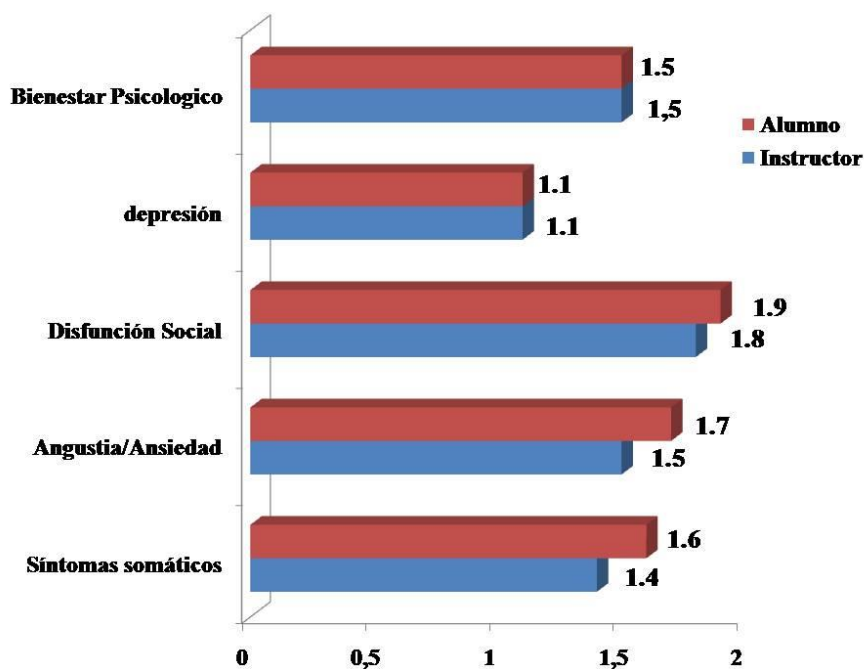


Figura 12. Diagrama de barra comparativo instructores vs alumnos de puntuaciones de variables de Bienestar psicológico con datos de medias para ambos grupos.

Una vez analizados los resultados para cada una de los cuatro variables que conforman lo que hemos denominado bienestar psicológico, se procede a realizar una descripción de los resultados obtenidos según la distribución porcentual de las 28 preguntas del cuestionario GHQ-28. Dichos resultados se pueden observar en la Tabla 30. A fin de poder establecer de una forma más clara, en que preguntas se detecta peor bienestar, se han considerado las respuestas valoradas en el cuestionario con valores 3 ó 4, es decir “bastante más que lo habitual” y “mucho más que lo habitual” o en su caso “peor que lo habitual” y “mucho peor que lo habitual” para preguntas y de ambas se han acumulado los porcentajes. Los valores resultantes, en este caso de malestar, que conviene destacar, por superar el 10%, son los siguientes:

Pregunta 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?, respondida por un 10.7 % de alumnos y un 10.4 % de instructores.

Pregunta 2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?, que alcanza un 19.1% en los alumnos.

Pregunta 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?, que alcanza un 16.8% en los alumnos.

Pregunta 8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?, que alcanza un 19.9% en los alumnos.

Pregunta 9. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón?, que alcanza un 17.5% en los alumnos y un 10.4 % en los instructores.

Pregunta 10. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?, que alcanza un 26.7% en los alumnos y un 12.5 % en instructores.

Pregunta 11. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?, que alcanza un 21.4% en los alumnos.

Pregunta 13. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? Que alcanza a un 10.7 % de los alumnos.

Pregunta 21. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?, que alcanza un 15.3% en los alumnos.

Pregunta 23. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?, que alcanza un 14.6% en los instructores.

Tabla 30

Distribución porcentual por respuestas al cuestionario GHQ-28 para instructores y alumnos

<u>Pregunta</u>	<u>Instructores</u>	<u>Alumnos</u>
¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	10.4	10.8
¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	8.3	19.1
¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	6.3	16.8
¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	0	3.1
¿Ha padecido dolores de cabeza?	0	6.1
¿Ha tenido sensación de opresión de cabeza?	0	5.4
¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	0	5.4
¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	8.4	19.9
¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón?	10.4	17.5
¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	12.5	26.7
¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	6.3	21.4
¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	0	2.3
¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	6.3	10.7
¿Se ha notado nervioso a punto de explotar?	8.4	7.6
¿Se las ha arreglado para mantenerse activo?	6.3	3.8
¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	0	4.6
¿Ha tenido la impresión, en conjunto de que está haciendo las cosas bien?	6.3	6.1
¿Se ha sentido satisfecho con su forma de hacer las cosas?	4.2	5.3
¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	2.1	3.8
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	2.1	2.3
¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	4.2	15.3
¿Ha pensado que Vd. es una persona que no sirve para nada?	2.1	1.6
¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?	14.6	9.2
¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	0	0
¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse de en medio?	0	0
¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios?		

desquiciados?	4.2	2.3
¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	0	0
¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repetidamente a la cabeza?	0	1.6

En la figura 13 se muestra la distribución porcentual de las respuestas efectuadas por instructores y alumnos.

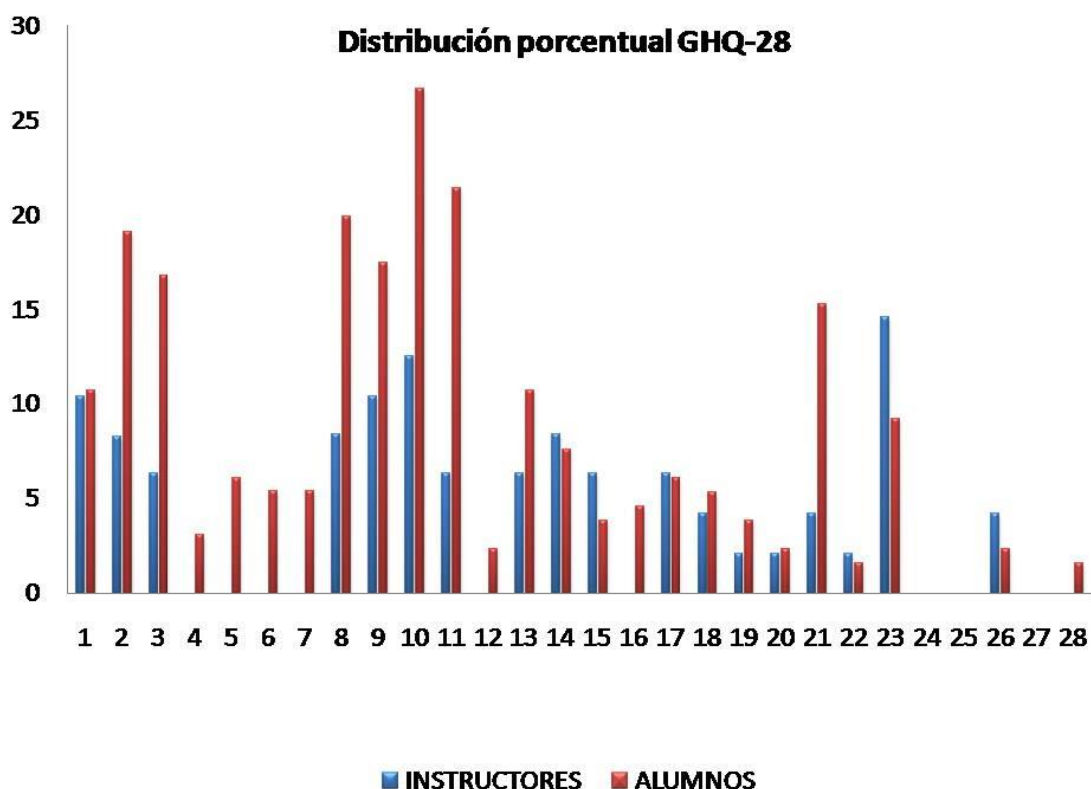


Figura 13. Distribución porcentual por respuesta al cuestionario GHQ-28 diferenciada para instructores y alumnos.

ASOCIACIONES ENTRE LAS VARIABLES PRINCIPALES DEL ESTUDIO.

En las tablas 31 y 32 pueden apreciarse las correlaciones entre las puntuaciones de las variables burnout con Bienestar Psicológico y Síntomas Psicósomáticos para las muestras de alumnos y de instructores.

Tabla 31

Coeficientes de correlación de Pearson para burnout con respecto a las variables de Bienestar Psicológico y Síntomas Psicossomáticos en la muestra de alumnos ($N=131$)

	Bienestar Psicológico	Síntomas Psicossomáticos
Agotamiento emocional	.52***	.55***
Cinismo	.51***	.53***
Falta de eficacia	-.337***	-.39***

*** $p < .001$

Tabla 32

Coeficientes de correlación de Pearson para burnout con respecto a las variables de Bienestar Psicológico y Síntomas Psicossomáticos en la muestra de Instructores ($N=48$)

	Bienestar Psicológico	Síntomas Psicossomáticos
Agotamiento emocional	.44***	.51***
Cinismo	.38***	.45***
Falta de eficacia	-.27***	-.23***

*** $p < .001$

Por último mostramos en las Tablas 33 y 34 los resultados de los coeficientes de Pearson para las variables que componen Engagement con respecto a las de Bienestar Psicológico y Síntomas Psicológicos, estudiando por separado las muestras de alumnos y de instructores.

Tabla 33

Coefficientes de correlación de Pearson para las variables componentes de engagement con Bienestar Psicológico y Síntomas Psicosomáticos para las muestra de alumnos ($N=131$).

	Bienestar Psicológico	Síntomas Psicosomáticos
Vigor	-.40***	-.41***
Dedicación	-.33***	-.29***
Absorción	.05***	-.04***

*** $p < .001$.

Tabla 34

Coefficientes de correlación de Pearson para las variables componentes de engagement con Bienestar Psicológico y Síntomas Psicosomáticos para las muestra de instructores ($N=48$).

	Bienestar Psicológico	Síntomas Psicosomáticos
Vigor	-.34**	-.33**
Dedicación	.33**	-.33**
Absorción	.16	-.11

*** $p < .001$; ** $p < .05$.

Tabla 35

Coefficientes de correlación de Pearson para los componentes de burnout y de engagement para la totalidad de la muestra.

	Vigor	Dedicación	Absorción
Agotamiento	-.32***	-.22**	-.00

Cinismo	-.42***	-.54**	-.03
Falta de eficacia	.69***	.70***	.47**

*p<.05. ; **p<.01; ***p<.001.

Análisis de regresión

Con el fin de valorar que variables se asociaban de modo independiente al bienestar psicológico, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple en el que la inclusión de cada variable independiente al modelo se realizaba si p (pin) $\leq 0,05$ y p (pout) $> .10$ y la tolerancia $> .01$.

Para explicar el bienestar psicológico global (media de los valores de la escala GHQ-28) las variables independientes incluidas en el modelo fueron: edad, sexo, nivel de estudios, si el participante es profesor o alumno, antigüedad en el puesto de trabajo, antigüedad en la organización, los tres componentes del burnout por separado (agotamiento emocional, cinismo y eficacia profesional), los tres componentes del engagement por separado (vigor, dedicación y absorción) y la puntuación de los síntomas psicósomáticos.

A continuación se ha valorado la fiabilidad del modelo en la propia muestra en la cual se seleccionó de modo aleatorio un 80% de los casos para construir los modelos y el 20% de los casos restantes para validarlo. Se consideró aceptable el modelo cuando la pérdida de predicción no superó el 10% (Coeficiente de determinación del grupo que estima la ecuación (R^2) menos el cuadrado del coeficiente de correlación simple entre el valor predicho (aplicando el modelo en el grupo de validación) y la variable dependiente Y (r^2), de modo que $R^2 - r^2 \leq .01$.

Una ecuación de regresión debe cumplir como principal supuesto el de linealidad sin olvidar otros como la homocedasticidad, normalidad e independencia para que el modelo seleccionado pueda ser aplicado. Ello se comprueba mediante el análisis de residuales. En nuestro caso no hay vulneración de la normalidad, la linealidad ni a la homocedasticidad.

La Tablas 36-38 recogen el resumen del modelo de Regresión empleado, el análisis de varianza (ANOVA).

Tabla 36. Características del modelo seleccionado.

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R cuadrado</i>	<i>R Cuadrado corregida</i>	<i>Error típ. De la estimación</i>	<i>Durbin-Watson</i>
	.745	.554	.547	.18930	1.990

VARIABLES predictoras: (Constante), Síntomas sicosomáticos, agotamiento emocional y cinismo.

Variable dependiente: Bienestar psicosocial

Tabla 37. Varianza del modelo seleccionado.

ANOVA

<i>Modelo</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Media cuadrática</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
<i>Regresión</i>	7.805	3	2.602	72.604	.000
<i>Residual</i>	6.271	175	.036		
<i>Total</i>	14.076	178			

Tabla 38. Coeficientes del modelo seleccionado y valoración de la colinealidad

<i>Modelo Seleccionado</i>	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Intervalo confianza 95% de B</i>		<i>Estadísticos colinealidad</i>	
			<i>Límite Inferior</i>	<i>Límite Superior</i>	<i>Tolerancia</i>	<i>FIV</i>
<i>Constante</i>	0.954	<0.001	0.871	1.036		
<i>Síntomas Psicosomáticos</i>	0.231	<0.001	0.179	0.282	0.719	1.391
<i>Agotamiento Emocional</i>	0.046	0.002	0.017	0.075	0.607	1.647
<i>Cínismo</i>	0.040	0.016	0.008	0.072	0.633	1.580

Variable dependiente: Bienestar psicológico. B: Coeficientes B del modelo. FIV: Factor de incremento de la varianza.

Tabla 39. Valoración de R de los grupos de construcción y validación del modelo.

<i>R</i>			
<i>Grupo Construcción del modelo (Seleccionado 80%)</i>	<i>Grupo Validación Del modelo (20%)</i>	<i>R² Construcción</i>	<i>R² Validación</i>
0.757	0.719	0.573	0.517

Variables predictoras: (Constante), Síntomas sicosomáticos, agotamiento emocional y cinismo.

Variable dependiente: Bienestar psicosocial.

Se selecciona el modelo tercero que indica que: Bienestar psicológico= 0.954 + 0.231 x síntomas sicosomáticos + 0.046 x agotamiento emocional + 0.040 x cinismo. El presente modelo presenta un R² ajustado de .547, es decir, la ecuación de regresión estimada con las variables incluidas explica el 54.7% de la variabilidad del bienestar

psicológico en esta población. El análisis de la varianza de este modelo ajustado ($F=72.604$; $p<.001$) demuestra la significación estadística alcanzada, comparando la varianza explicada por la regresión con respecto a la varianza residual.

Los coeficientes B hallados indican que, de modo independiente, por cada unidad de aumento en cada una de las variables seleccionadas, aumenta el bienestar social un 23.1% en el caso de los síntomas psicósomáticos, un 4.6% en el caso de agotamiento emocional y un 4.0% en el caso del cinismo. Todas ellas con significación estadística.

Una vez establecido el modelo, debe valorarse si sus predicciones son fiables, es decir, si puede predecir los datos obtenidos en otras muestras de la población origen de este estudio.

Para ello, dentro de la propia muestra se ha extraído aleatoriamente el 80% para construir el modelo (por tanto, estimar la ecuación) y el 20% restante, se ha utilizado para su validación. Así se han obtenido los siguientes resultados:

R

Grupo Construcción del Modelo (Seleccionado 80%)

Grupo Validación del Modelo (20%)

R^2 Construcción

R^2 Validación

0,757 0,719 0,573 0,517

En este caso:

$$R = 0.757 \rightarrow R^2 = 0.573$$

$$r = 0.719 \rightarrow r^2 = 0.517$$

$$R^2 - r^2 = 0.573 - 0.517 = 0.056 \rightarrow 5.6\%$$

Por tanto, el modelo que ha seleccionado las variables con fines predictivos se considera aceptable, ya que ha podido ser validada en esta población (la pérdida de predicción no supera el 10%).

CAPITULO 8 DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación es analizar las consecuencias que el trabajo tiene en la salud psicológica en una muestra de alumnos e instructores de pilotos de aviación militar. De los resultados generales obtenidos para cada una de las variables y tras el análisis realizado a las distribuciones porcentuales de las dimensiones y o síntomas, destacan una serie de resultados que pasamos a enumerar.

Respecto al agotamiento emocional vemos como un 20.9% de los instructores y un 35.1% en los alumnos puntúan en los valores alto y muy alto. Respecto al cinismo lo hacen un 27.1% en instructores y un 39.7 % en alumnos y finalmente respecto a falta de eficacia un 39.6% en instructores y un 22.1% en alumnos que, puntúan bajo y muy bajo.

Estos resultados conforman la indicación del grado de burnout de la muestra, poniendo de manifiesto que, un elevado número de los mismos, se encuentra con altos valores de síndrome de burnout. En definitiva vemos que, más de un tercio de la muestra se encuentra con indicios síndrome de burnout.

Estos valores coinciden con los valores medios generales obtenidos una muestra para personal sanitarios de salud mental (García-Izquierdo, Sáez y Llor, 2000), entre los que se encuentran médicos, con un 18%, enfermería con un 31%, y psicólogos con un 33%, en los valores altos y muy altos. En el mismo sentido se encuentran los resultados obtenidos en una muestra de personal docente y auxiliares asistenciales (Moriani et al, 2006).

Respecto a las puntuaciones obtenidas en las tres dimensiones del engagement es de destacar que, un 33.4 % de instructores y un 19.1 % de alumnos puntúan bajo o muy bajo en vigor. Por otro lado en la dimensión dedicación un 18.8 % de los instructores y

un 14.5 % de los alumnos puntúan bajo o muy bajo, en contraposición un 40.4 % que puntúan alto o muy alto. Por último en la dimensión absorción, se observa que un 27.1% de instructores y un 18.4 % de alumnos que puntúan bajo o muy bajo. En definitiva un 26.4 % de instructores y un 17.3 % de alumnos presentan baja o muy baja vinculación.

En relación a síntomas psicossomáticos, resalta la valoración “con relativa frecuencia” y “con mucha frecuencia” elegida por el 20.6 % de los alumnos en pregunta: “Bebe, come y fuma más de lo normal”. Además, en algunas de las preguntas, en particular las referidas a problemas con el sueño, agotamiento, tensión y malhumor, los alumnos puntúan alto en dichas respuestas, no así en el caso de los instructores que obtienen resultados más moderados. Es de destacar puntuaciones altas y muy altas en agobio y tensión en un 26.7% de alumnos, así como en nerviosismo y malhumor en un 21.4% también en alumnos, seguido de problemas de sueño en un 19.9% y de cansancio y agotamiento en un 19.1%.

De los resultados expuestos se deduce que, en torno a un tercio de la muestra, manifiesta síndrome de burnout y escasa vinculación. Situación que por otra parte es similar si analizamos la muestra en sus dos subgrupos de alumnos e instructores.

No obstante estos resultados no se corresponden con los obtenidos en síntomas psicossomáticos en las que, las puntuaciones alcanzan bajos niveles. Sí que es de destacar que en los resultados de bienestar psicológico existen diferencias significativas entre alumnos e instructores para aquellas preguntas relacionadas con el sueño y el cansancio.

Lo anterior es congruente con lo expuesto hace ya tiempo por Maslach y Jackson (1981) y Pines y Aronson (1988) que asocian el burnout con el estrés y con una lista extensa de variables adversas para la salud, así como a las profesiones que se

caracterizan por las continuas exposiciones a situaciones cargadas de emotividad y tensión.

De los resultados obtenidos y una vez descritas las puntuaciones que para cada variable ha obtenido cada grupo de la muestra, pasamos a determinar la asociación existente entre las variables y expuestas en las Tablas 31 a 34.

En relación a la Hipótesis 1, se confirma ya que existe una asociación significativa para cada una de las subescalas del burnout en relación con el bienestar psicológico de los alumnos.

En cuanto a la Hipótesis 1.1, se comprueba que los niveles de agotamiento emocional en los alumnos, se asocian significativamente y de forma positiva con los niveles de malestar y por lo tanto negativamente con los niveles de bienestar como se planteaba.

Sobre la Hipótesis 1.2, los niveles de cinismo en los alumnos se asocian significativamente, y al igual que en la situación anterior lo hace de forma negativa, con los niveles de bienestar psicológico en los alumnos.

Por último, en lo que se refiere a la Hipótesis 1.3, los niveles de falta de eficacia en los alumnos se asocian significativa y negativamente con los niveles de bienestar psicológico de estos como así se planteaba.

En la misma línea de lo anterior, se analiza la hipótesis 2 y sus derivadas para las tres dimensiones del burnout que relacionan éste con el bienestar en los instructores, observando las mismas asociaciones que en las hipótesis referidas a los alumnos.

La particularidad encontrada en el planteamiento de estas hipótesis es que la asociación de los niveles de falta de eficacia presenta valores en general menores que los obtenidos para los otros dos componentes del burnout.

Estas comprobaciones son también apuntadas en otras investigaciones en las que, a través de la investigación empírica se demuestra que los estudiantes se queman por sus estudios, demostrando niveles de agotamiento, cinismo y falta de eficacia respecto a sus actividades académicas (Agut, Grau y Beas, 2001; Martínez, Marques-Pinto, Salanova y Lopez da Silva, 2000-2001, 2002;; Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró, y Grau, 2000; Schaufeli et al. 2002, y Schaufeli, Martínez, Marqués-Pinto, Salanova y Bakker, 2002b).

Del mismo modo encontramos esta asociación entre burnout y bienestar en una muestra de personal sanitario (Gracia-Izquierdo, Sáez y Llor, 2000). En dicha investigación se indica que a mayores puntuaciones en burnout, más problemas somáticos.

Esta asociación encontrada en nuestra muestra también concuerda con trabajos en los que se indica que el burnout se relaciona significativamente con bajos niveles de bienestar (Burke y Greenglas, 1991) y existen investigaciones que han relacionado las dos variables burnout y bienestar psicológico, por ejemplo, Kareaga, Ayestarán, Etxeberria y Smith (2008), evaluando Burnout y Bienestar Psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. Los autores sostienen que los bajos niveles de bienestar psicológico en el trabajo, predicen altas puntuaciones en cansancio emocional y, en general, el síndrome de burnout

Esta asociación concuerda asimismo con los resultados obtenidos en investigaciones realizadas en pilotos militares (Ahmadi y Alireza, 2007), en el que el propio ambiente en el que se desarrolla la actividad aeronáutica es productora de estrés así como el propio estilo de vida militar.

Sobre la asociación existente entre el engagement y el bienestar psicológico en los alumnos, planteada en la Hipótesis 3 y en sus derivadas se comprueba que tanto para

el componente vigor como dedicación existe una asociación significativa y positiva, como se planteaba. No así en lo referente a absorción, en donde resulta una asociación negativa con el bienestar.

En relación a la asociación entre engagement y bienestar psicológico en los instructores, planteada en la hipótesis 4, si bien existe una asociación significativa y positiva entre vigor y bienestar no es así para la asociación entre dedicación y bienestar en la que siendo significativa, lo es de forma negativa, al contrario de lo que se había planteado. La asociación entre absorción y bienestar se descarta por no ser significativa.

Esta asociación se encuentra en la revisión desarrollada por Schaufeli y Salanova (2007) en la que se asocia positivamente bienestar psicológico y engagement.

Nuestros resultados obtenidos en la asociación entre engagement y bienestar se encontrarían en la línea manifestada por Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000). En su investigación con 514 trabajadores que utilizan tecnologías de la información en sus puestos en el que se asocia engagement con bienestar pero la dimensión de absorción no tiene poder predictivo sobre el bienestar, quizá porque sea una consecuencia del engagement y no una dimensión del mismo.

La hipótesis 5 que asocia los niveles de burnout con los síntomas psicosomáticos en los alumnos, queda confirmada, así como para los componentes de agotamiento emocional y cinismo con asociaciones significativas y positivas como se planteaba. La asociación entre falta de eficacia y síntomas psicosomáticos, se descarta por no ser significativa.

Sobre la hipótesis 6 que plantea la asociación entre burnout y síntomas somáticos en los instructores, se confirma la asociación significativa y positiva para los tres componentes. Hay que destacar que la asociación de falta de eficacia con síntomas psicosomáticos tiene un valor menor que el de los otros dos componentes.

Lo destacable para nuestra investigación es que en estos estudios se ha puesto de manifiesto que las dimensiones centrales o llamadas “corazón” del burnout son el agotamiento y el cinismo. También en muestras de trabajadores se ha llegado a conclusiones similares (Green, Walkey y Taylor, 1991, p.463). El así llamado “tercer componente” del burnout (eficacia profesional), se ha criticado en muchos sentidos. Por ejemplo, algunos autores señalan que la eficacia profesional es un constructo cercano a una dimensión más estable de la personalidad (Cordes y Gougherty, 1993; Shirom, 1989) y no tanto un componente central del burnout. Desde un punto de vista empírico, la eficacia profesional desempeña un papel distinto (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Los resultados de un metaanálisis realizado por Lee y Ashforth, (1996) confirman el papel independiente de la eficacia profesional de las otras dos dimensiones del burnout con una correlación menor y en algunos casos no significativa. Del mismo modo el estudio reciente de Rosales y Rosales (2014), sobre un estudio en estudiantes universitarios, demuestran las mismas conclusiones.

Por otra parte el estudio llevado a cabo por Golembiewski, Muzenrider y Stevenson (1986) puso de manifiesto, como así también sucede en nuestro caso la correlación entre los niveles en las tres subescalas en las que se divide el burnout, principalmente el agotamiento emocional, con síntomas asociados a la falta de salud: 1) agitación y debilitamiento; 2) problemas de tipo cardiovascular; 3) dolores de otra naturaleza y 4) trastornos del sueño. Muchos autores después han verificado en estudios semejantes la aparición simultánea de síntomas psicósomáticos con el padecimiento del burnout. En el manual de Gil-Monte y Peiró (1997) pueden encontrarse referencias a todos ellos.

Asimismo coincide con nuestra hipótesis el estudio de Gil-Monte, Peiró, Valcárcel y Grau (1996) en el que se destaca la relación entre agotamiento emocional y síntomas psicossomáticos.

La hipótesis 7 que plantea la asociación entre el engagement y los síntomas psicossomáticos en los alumnos se confirma en su totalidad por lo que a mayores valores de engagement se asocian con menores valores de síntomas psicossomáticos, como así se planteaba.

La hipótesis 8 plantea la asociación entre engagement y síntomas psicossomáticos en instructores queda confirmada, si bien el componente absorción y su relación con síntomas psicossomáticos se descarta por resultar no significativo.

Estos resultados coinciden con los de Schaufeli y Salanova (2007) en los que se pone de manifiesto que, el engagement en el trabajo se asocia positivamente con la salud psicossomática.

La hipótesis 9 plantea la asociación entre las tres dimensiones del burnout con las tres dimensiones del engagement para la totalidad de la muestra. Se comprueba por los resultados reflejados en la tabla 35 que lo hacen de forma significativa y negativamente, con la excepción de la asociación entre agotamiento emocional y cinismo con absorción dado que es una asociación no significativa. Los resultados de nuestro estudio coinciden así con los obtenidos con las correlaciones entre las escalas del burnout y del engagement en el trabajo en varios estudios realizados en distintos países (Demerouti et al., 2001; Salanova et al., 2000; Schaufeli et al., 2002; Montgomery et al., 2003). Similares resultados son los obtenidos en una muestra de estudiantes universitarios, en los que se analizó la relación entre burnout, engagement y rendimiento académico (Caballero, C.C., Abelló, R., y Palacio J., 2007).

CAPITULO 9 CONCLUSIONES

La formación de piloto militar tiene una serie de características específicas que hace que superar el período de formación sea muy exigente. En este caso se trata de adquirir los conocimientos y las habilidades para volar los diversos aviones de enseñanza con un número de clases determinado. Esto hace que el alumno se tenga que enfrentar a un dominio del estrés, de situaciones de frustración, mareo, etc., durante su proceso de entrenamiento, con el miedo a que sus ilusiones de ser piloto militar se vean truncadas si no es capaz de adquirir las competencias necesarias con este número de clases, al tiempo que estudia las asignaturas militares obligatorias. En este contexto, la Psicología aporta sus conocimientos para que los futuros pilotos militares adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para superar con éxito su período de formación.

La dimensión del agotamiento emocional, representa el componente de estrés individual básico del burnout. Se refiere al sentimiento de estar sobreexigido, teniendo en cuenta que los datos de esta investigación fueron recogidos al finalizar el curso escolar, los alumnos se sienten debilitados y agotados. La situación de estrés que ha de gestionar el alumno aspirante a piloto militar es muy elevada, lo que supone una experiencia vital singular en la que va a necesitar poner en marcha todos sus recursos personales ante tal situación.

Como sabemos el alumno piloto militar conlleva un estrés adicional que se añade a la presión de la posible baja en vuelo, cuando no se alcanzan los objetivos establecidos, más el estrés adicional producido por el ambiente específico en el que se desarrolla el vuelo.

En el presente estudio, los alumnos obtienen un nivel mayor de agotamiento emocional que el de los instructores, esto se puede interpretar que se debe a la situación particular, anteriormente descrita, más estresante, con respecto al instructor que estaría más determinado por su percepción del riesgo. Respecto al cinismo, se encuentran unos valores que se consideran medios. En la dimensión de la falta de eficacia, que representa el componente de autoevaluación del burnout y se refiere a los sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo, puntúan medio-bajo.

Respecto al engagement que se ha considerado un estado de ánimo relacionado con el trabajo (Schaufeli y Salanova, 2007), los datos indican que se encuentran motivados y comprometidos con su trabajo.

De los datos sobre bienestar psicológico y síntomas psicósomáticos se puede concluir que la muestra disfruta de una adecuada salud psicológica.

Se han observado diferencias en la puntuación alcanzada por los alumnos, más elevada que la obtenida por los instructores en los síntomas: alteración del sueño, cefalalgias, cansancio extremo/agotamiento, sudación y palpitaciones. Asimismo, la suma de síntomas en los alumnos aparece algo más elevada que en los instructores, si bien estas diferencias no alcanzan significación estadística.

Por último, es interesante resaltar los valores obtenidos de la asociación entre el componente falta de eficacia con bienestar psicológico y síntomas psicósomáticos que como ya se expuso anteriormente y así se indica en otras investigaciones realizadas, obtiene en nuestro estudio valores sensiblemente menores que los otros dos componentes del burnout y en alguna ocasión no significativos, lo que podría apoyar lo manifestado en dichas investigaciones.

Los resultados que se han encontrado en esta investigación nos alertan de la salud de esta muestra de profesionales de características peculiares, y son indicadores

que deberían revisarse continuamente, ya que en estas condiciones podrían ser más frecuentes los errores, y como se ha visto anteriormente, el error humano es un tema de vital importancia en la aviación. De otra forma, la salud psicológica de los pilotos es importante de cara al desempeño de su puesto de trabajo.

Otro tema es el de los instructores, los alumnos con burnout pueden ser futuros instructores, y la figura del instructor en este tipo de aprendizaje es primordial, es un aprendizaje vicario, y el recuerdo del alumno que en su proceso de aprendizaje tiene estos indicadores no sería buen modelo, ni seguramente sería grato el recuerdo para volver como instructor, con lo cual en el caso de que sea no voluntario sino forzoso ese destino sería un inconveniente más.

Recordemos también que el burnout afecta a la salud, normalmente a más edad más síntomas psicosomáticos, en esta muestra curiosamente es al contrario, los alumnos tienen peor malestar psicológico, lo que nos lleva a pensar en los efectos de la gran carga y presión de la instrucción que soportan.

Aprender a volar en una Academia de la Fuerza Aérea de cualquier país tiene unas características singulares con respecto a una Escuela de Aviación Civil. La situación de estrés que tiene que gestionar el alumno aspirante a piloto militar es muy elevada, lo que supone una experiencia vital singular en la que va a necesitar poner en marcha todos sus recursos personales ante la situación. Esta alta demanda hace que la experiencia de aprobar el curso de vuelo sea vivida de forma intensa. La interpretación que hace el sujeto de la situación como desafío o amenaza va a ser significativa para determinar su respuesta ante el vuelo (Lazarus y Folkman, 1986). La relación entre ansiedad y rendimiento fue demostrada por Yerkes y Dodson (1908) en un estudio clásico sobre los efectos de la motivación en el aprendizaje discriminativo. La Ley de Yerkes-Dodson señala que cuanto mayor es la dificultad de una tarea de aprendizaje,

menor es el nivel de activación necesario para alcanzar un rendimiento óptimo. Una ansiedad excesiva afectará de manera negativa al aprendizaje.

Uno de los aspectos que se tienen en cuenta a la hora de la formación de pilotos es la transferencia del aprendizaje de una situación a otra (Hawkins, 1987). Cuando el aprendizaje previo mejora el aprendizaje posterior hablamos de transferencia positiva.

Esto sucede, por ejemplo, cuando la experiencia de haber volado en actividades de vuelo sin motor hace que el alumno se familiarice más rápido con la avioneta y aprenda más rápidamente a volar con motor. Sin embargo, también puede suceder lo contrario, que el aprendizaje previo interfiera con el aprendizaje posterior. En este caso estaríamos hablando de una transferencia negativa.

La carga de trabajo del piloto es grande debido a la cantidad de información que tiene que procesar en poco tiempo, y a la vez hay que tener en cuenta que se debe procesar y tomar decisiones cuando los aviones cada vez alcanzan velocidades mayores.

Los conocimientos adquiridos por el alumno durante su formación en vuelo tienen que ser resistentes a situaciones de estrés. Es decir, no tienen que ser olvidadas en situaciones difíciles o extremas (Stokes y Kite, 1994). El entrenamiento a los alumnos en programas que enfatizan el desarrollo de habilidades cognitivas relacionadas con la selección de la información, la atención, el tipo de procesamiento de la información, etc., se ha mostrado un recurso eficaz a la hora de mejorar el rendimiento de los alumnos en vuelo (Hunt, 1996).

Como señalan Harss y et al., (1991) sería útil la creación de programas de entrenamiento donde los alumnos puedan aprender a percibir las situaciones y las demandas de éstas en función de las diferentes situaciones de vuelo.

Otro aspecto interesante en la formación de los pilotos es el entrenamiento en habilidades de toma de conciencia de sí mismos, que puede ser una solución a los

problemas ocasionados por la fatiga en vuelo y a la sobrecarga de trabajo durante el mismo (Jones, 1991).

El profesor ya no es un mero transmisor de contenidos, sino el elemento del sistema docente que promueve y orienta el autoaprendizaje del alumno. Además, ha de prestar atención al desarrollo personal y profesional del alumno, al tiempo que se convierte en un referente para él. En este sentido, el profesor de vuelo se convierte en referente para los futuros pilotos militares.

El aprendizaje de volar es, por sí, una situación estresante. Las funciones que tiene que realizar el piloto de una aeronave son variadas y su aprendizaje demanda una gran cantidad de recursos cognitivos.

El manejo de las reacciones emocionales es un aspecto relevante para el piloto militar. De esta manera, ante situaciones extremas, el piloto incrementará el nivel de arousal, lo que puede traducirse en un aumento de su eficacia, por lo que vimos anteriormente en cuanto a la relación entre ansiedad y rendimiento, sin llegar a un bloqueo emocional que disminuya de forma significativa su rendimiento y la seguridad.

El piloto tiene que procesar gran cantidad de información, analizarla y tomar decisiones, todo ello, a menudo, en escaso tiempo, debido a las altas velocidades a las que se desplaza la aeronave. El aprendizaje del vuelo requiere adquirir estas destrezas con un número de clases limitadas, lo que supone una situación de estrés para los alumnos que se instruyen en esta materia. El impacto del estrés va a depender de la apreciación que haga el alumno acerca de la experiencia, como una situación de amenaza a su sueño de ser piloto o como un desafío personal y, por otro, de la valoración que haga de los recursos que tiene para hacer frente a la situación, sus habilidades personales, coordinación, inteligencia, etc.

La presente investigación también tiene una serie de limitaciones que hay que considerar a la hora de analizar los resultados. En primer lugar, los datos han sido recogidos mediante escalas autoaplicadas. Esta es una práctica muy habitual en las investigaciones psicológicas que puede dar lugar a un sesgo en la respuesta de los participantes, exacerbar la varianza común y aumentar artificialmente las correlaciones entre variables. Otra limitación añadida podría ser que al ser el período de selección de estos alumnos muy estricto y profundamente vocacional, las respuestas a los cuestionarios cumplimentados pudieran estar sesgadas en el sentido competitivo que implica la superación del exigente programa de estudios, de modo que aún en condiciones adversas del estado de ánimo o físicas, estas respuestas no reflejen el verdadero estado de salud de los participantes en el estudio. Sesgo que ha procurado evitarse asegurando el anonimato y la confidencialidad, así como realizando la recogida de los datos en las mismas condiciones para todos los participantes.

En segundo lugar, la muestra está compuesta por alumnos e instructores de vuelo militares del ejército español, con sus propias características culturales; por lo tanto, los resultados obtenidos no pueden extrapolarse sin más a otras muestras. Sería interesante la realización de estudios interculturales o transnacionales para verificar si los resultados de nuestro trabajo son semejantes a los de otros países.

Añadido a lo comentado anteriormente, quizá el tamaño muestral pudiera no ser suficiente para poner de manifiesto otros resultados que no han alcanzado niveles de significación estadística. Sin embargo, esta limitación no es salvable por ser escaso en sí mismo el número de alumnos que ingresan en la AGA.

Finalmente, se ha utilizado un diseño transversal, que no permite poner a prueba relaciones causales. Lo que invita a investigaciones futuras verificar las relaciones entre variables mediante un diseño longitudinal.

Las limitaciones señaladas no impide que también se señalen la principal fortaleza que reside en que es el primero estudio de estas características que se realiza en España teniendo como muestra alumnos de cuatro promociones de oficiales de la Academia General del Aire. Por tanto, los resultados obtenidos son inéditos e innovadores, y podrían ayudar a iniciar otros nuevos estudios con fines predictivos o ser tenidos en cuenta en mejorar la enseñanza e instrucción en la AGA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahamson, K., Pressler, K., y Grabner-Hagen, M. (2010). *Handbook of Healthcare Delivery Systems*. China: CRC Press; 2010. Capítulo 43, Correlation with Social and Medical Factors, 43-1, 43-11.
- Aguirre Martínez, R. (2010). Evaluación ergonómica de carga mental y factores de riesgo psicosocial del trabajo, en profesionales, técnicos y administrativos de un centro de rehabilitación de salud mental Privado. *Rev. chil. ter. ocup*, (10), 87-99.
- Agut, S., Beas, M. y Grau, R. (2001). Burnout en mujeres: Un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. *Ansiedad y Estrés*, 7, 1, 79-88.
- Ahmad, S., James, J., y Ahmad, S. (1991). Organisational role stress: A psychological study of middle managers. *Journal of personality and Clinical Studies*.
- Ahmadi, K., y Alireza, K. (2007). Stress and job satisfaction among air force military pilots. *Journal of Social Sciences*, 3(3), 159.
- Alarcón, G. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 549–562. doi: 0.1016/j.jvb.2011.03.007
- Alcover, C.M. y Gil, F. (2000). Potencia de grupos: Un constructo entre la autoeficacia y la motivación colectiva. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 123-143.
- Alcover, C. M^a y Gil, F. (Coords.) (2003). *Introducción a la Psicología de las Organizaciones*. Madrid: Alianza Editorial.

- Alonso M. M, Insua E. I, Leimann Patt H. (1999). *Abordaje del Temor a Volar: Teoría y Práctica*. 27° Congr. Interam. de Psicología. Caracas. Venezuela.
- Alonso M.M. (2009) *Actividad Aeroespacial, Seguridad y Salud Mental*. En: V.V.A.A., *El Padecimiento Humano. Entre la Salud y la Enfermedad*. Buenos Aires: Asoc. Arg. de Salud Mental.
- Alonso M.M., Insua E. I., y Klinard D. (2009) *Temor a Volar. Aproximaciones a su Comprensión y Abordaje*. I Congr. Internac. de Investig. y Práctica en Psicología, Buenos Aires.
- Alonso, C. (2009). “Cenicienta”. Presentación de un caso clínico desde una perspectiva psicossomática. *Clínica e Investigación Relacional*, 3(2): 401-30.
- Alonso, M. (2012). *Psicología Aeronáutica y Factores Humanos: Notas*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Instituto Nacional de Medicina Aeronáutica y Espacial (Inédito).
- Alonso, M., Insua, I., Leimann, H., Mirabal, J. y Sager, L., (1998). *CRM: una filosofía operacional*. Buenos Aires: Sociedad Interamericana de Psicología Aeronáutica.
- Alvarez-Dardet, C., y Ruiz Cantero, M. T. (2011). Assets health model: are possible salutogenic policies? *Rev Esp Salud Publica*, 85(2), 123-127.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR (4a ed. rev.)*. Washington DC: American Psychiatric.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fourth edition, text revision). Washington, D.C.: APA.

- American Psychological Association. (2009). *Health Psychology*. Recuperado el 01 de Junio de 2015, de <http://www.health-psych.org/AboutHowtoBecome.cfm>.
- Anand, K. (2011). A Pilot Study on Influence of Organizational Role Stress on Perceived Burnout among Military Aircrew. *Ind J Aerospace Med*, 55, 2.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Appels, A. (1993). Exhaustion as endpoint of job stress and precursor of disease. En L. Levi y LaFerla (Eds.), *A healthier work environment* (pp. 258-265). Copenhagen: WHO.
- Araya, R., Wynn, R., y Lewis, G. (1992). Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(4), 168-173.
- Arnold, P. J. (1988). Health Promotion In Society, Education And The Movement Curriculum. *Physical Education Review*, 11(2), 104-117.
- Aronson, E., Kafry, D. y Pines, A. (1981). Burnout: from tedium to personal growth. Nueva York: *The Free Press*.
- Aronson, E., Kafry, D. y Pines, A. (1988). Career burnout and cures. New York. *Free Press*.
- Ashman, A. y Tefler, R. (1983). Personality profiles of pilots. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 54, 940-943.
- Bados López, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Editorial Síntesis.

- Bakker, A y Schaufeli, W. (2003). UWES Utrecht Work Engagement Scale. Preliminary Manual [Version 1, November 2003]. Utrecht University: Occupational Health Psychology Unit.
- Bakker, A. B y Schaufeli, W. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Bakker, A. B. (2011). An evidence-based model of work engagement. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 265-269.
- Bakker, A. B. y Schaufeli, W. B. (2001). Werk en welbevinden: Naar een positieve benadering in de Arbeids-en Gezondheidspsychologie. *Gedrag en organisatie*, 14(5), 229-253.
- Bakker, A. B., De Jonge, J., Le Blanc, P., Peeters, M., Schaufeli, W. B. y Taris, T. W. (2001). Maakt arbeid gezond. *Op zoek naar de bevlogen werknemer [Does work make happy]*. *De Psycholoog*, 36, 422-428.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., Kantas, A., y Xanthopoulou, D. (2012). Measuring burnout and work engagement: Factor structure, invariance, and latent mean differences across Greece and the Netherlands. *International Journal of Business Science and Applied Management*, 7, 40-52.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., y Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43(1), 83-104.

- Bakker, A. B., González-Romá, V., Salanova, M. y Schaufeli, W. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92.
- Bakker, A. B., Salanova, M. y Schaufeli, W. B (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire. A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 701–716.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., y Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187-200.
- Bakker, A., Gonzales, J. y Salanova, M. (2002). UWES: Utrech Work engagement Scale. Escala de Engagement en el Trabajo de Utrecht Occupational Health Psychology Unit.
- Bakker, A.B, Marquez-Pinto, A., Martinez, I., Salanova, M. y Schaufeli, W.B. (2002). Burnout and engagement in university students: Across national study. *Journal of Cross- Cultural Psychology*, 33, 464-481.
- Bakker, A.B., González-Romá, V., Lloret, S. y Shaufeli, W.B. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behaviour*, 68, 165-174.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En A. Bandura (Ed.): *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*, 19-54.
- Bardera, M.P. y Osca, A. (2009). Estrés laboral, autoconcepto y salud en una muestra de militares españoles. *Rev. Sanidad Militar*, 65 (3). 152-163.
- Bartone, P. T. (2006). Resilience under military operational stress: Can leaders influence hardiness?. *Military Psychology*, 18(S), S131.
- Bates, M. J., Bowles, S., Hammermeister, J., Stokes, C., Pinder, E., Moore, M., y Burbelo, G. (2010). Psychological fitness. *Military Medicine*, 175(8S), 21-38.
- Beer, M. (1964). Organizational size and job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 7, 34-44.
- Benavides, F., García, A. y Ruiz-Frutos, C. (2000). Salud Laboral. En F. G. Benavides., C. Ruiz-Frutos y A.M. García (Eds.), *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 45-58). Barcelona: Editorial Masson.
- Benavides, F., Ruiz, C. y García, A. (2000). Trabajo y Salud. En F. G. Benavides, C. Ruiz-Frutos y A.M. García (Eds.), *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 37-48). Barcelona: Masson.
- Bennasar Veny, M. (2012). Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. *Tesis Doctoral*. Islas Baleares: Universitat de les Illes Balears.
- Beutler, L., Gierlach, E., Housley, y J Joseph, L. (2005). La evolución de un campo: examen del desarrollo y la aceptación de la psicología clínica de la salud. *Papeles del Psicólogo*, 26, 39-46.

- Blanch, J. (1996). Psicología social del trabajo. En J. Álvaro., A. marey J. Torregrosa (Eds.), *Psicología social aplicada* (pp. 85- 120).Barcelona: Mac Graw Hill.
- Bond, E.F. (2004). Women's physical and mental health sequellae of wartime service. *The Nursing Clinics Of North* ,39(1), 53-68.
- Bor, R. y Hubbard, T. (2006). *Aviation Mental Health; psychological implications for air transportation*, pp-3-8. Aldershot: Ashgate.
- Bravo, M. y Serrano-García, I. (1997). La psicología preventiva y el apoyo social En G. Buela-Casal, L. Fernández-Rios y T. J. Carrasco. *Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid. Pirámide.
- Bresó, E., Salanova, M. y Schaufeli, W. B.(2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement. *Ansiedad Estrés*, 11 (2-3): 215-31.
- Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W. B., y Nogareda, C. (2007). Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout”(III): Instrumento de medición. *Nota Técnica de Prevención*, 732, 21.
- Britt, T. W., Castro, C. A., y Adler, A. B. (2005). Self-engagement, stressors, and health: A longitudinal study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(11), 1475-1486.
- Britt, T. W., Davison, J., Bliese, P.D., y Castro, C.A. (2004). How leaders can influence the impact that stressors have on soldiers. *Military Medecine*, 169(7), 541-545.
- Britt, T.W., Dickinson, J.M., Moore, D.W., Castro, C. y Adler, A. (2007). Correlates and Consequences of Morale Versus Depression Under Stressful Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol 12(1), pp. 34-47.

- Brodsky, A. y Edelwich, J. (1980). *Burnout: Stages of disillisuoment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
- Bunk, B. y Schaufeli, W. (2002). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. En M. Schabracq, J. Winnubst y C. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (2nd Edition, pp. 383-425). Chichester: John Wiley & Sons.
- Burke, C. S., Pierce, L. G., y Salas, E. (Eds.). (2006). *Understanding adaptability: A prerequisite for effective performance within complex environments* (Vol. 6). Emerald Group Publishing.
- Burke, J. M. (1985). *The relationship between type A behavior, role stress, job enrichment and burnout among college counselors*. *Dissertation Aabstracts International*, 46.
- Burke, R. J., y Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & health*, 16 (5), 583-594.
- Büsing A. y Glaser J. (1999). Work Stressors in Nursing in the Course of Redesign: Implications for Burnout and Interactional Stress. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(3), 401-426.
- Buunk, B. P., Jonge, J. De, Ybema, J. F. y Wolf, F, J. (1998). Psychosocial aspects of occupational stress. En P. J. D. Drenth y Thierry, H. (Eds.), *Handbook of Organization and work Psychology*, (2nd edition) (págs. 145-182).
- Caballero, C.C., Abelló, R. y Palacio, J. (2007). *Relación del burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios*.

Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 25(2)/pp. 98-111.

Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121.

Cantisano, G., Lisbona, A., Palací, F., y Alonso, E. (2004). La relación de la cultura de los grupos con la satisfacción y la vinculación de sus miembros: un análisis multigrupo. *Psicothema*, 16(3), 363-368.

Casimiro, A. J. (1999). Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares, entre final de educación primaria (12 años) y final de educación secundaria obligatoria (16 años). *Tesis Doctoral*. Granada: Universidad de Granada.

Castro, A., y Sánchez, M.P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercibida en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 12(2), 87-92.

Casullo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós (Vol. 5).

Chapman, D. S. y Piasentin, K. A., (2006). Subjective Person-Organization fit: Bridging the Gap Between Conceptualization and Measurement. *Journal of Vocational Behavior*, 69, 202-221.

Chen, C. F., y Chen, S. C. (2012). Burnout and work engagement among cabin crew: Antecedents and consequences. *The International Journal of Aviation Psychology*, 22(1), 41-58.

- Chu, C. (2003). De una promoción de la salud en el lugar de trabajo hacia la gestión integradora de la salud en el lugar de trabajo: tendencias y evolución. *Red Mundial de Salud Ocupacional. Gohnet*, 6, 1-4.
- Cieslak, R., Knoll, N. y Luszczynska, A. (2007). Reciprocal relations among job demands, job control, and social support are moderated by neuroticism: A cross-lagged analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 71(1), 84-96.
- Civitello, J. V. (1999). Perceived stress levels of members of United States Air Force medical facility. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59(7-B), 3-323.
- Cladellas Pros, R. (2008). La ausencia de gestión de tiempo como factor de riesgo psicosocial en el trabajo. *Intangible Capital*, 4(4): 237-53.
- Clare, A. W. y Shepherd, M., (1981). *Psychiatric illness in general practice*. Oxford University Press, USA.
- Collins, V.A. (2000). A meta-analysis of burnout and occupational stress. *Dissertation Abstract International: Section-B: The Science and Technology*, 60(9B), 4942.
- Cooper, C. L., Faragher, B. y Sparks, K. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century work place. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 489-509.
- Cordes, C.L. y Dougherty, T.W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
- Corporate Leadership Council. (2004). *Driving employee performance and retention through engagement* (catalog no. CLC12PV0PD). Washington, DC: Corporate Executive Board.

- Costa, P. T., McCrae, R. R., y Zonderman, A. B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. *British Journal of Psychology*, 78(3), 299-306.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, 38(4), 668.
- Cox, T., Griffiths, A. y Rial-González, E. (2005). *Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo*. Luxemburgo: Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, Unión Europea.
- Cruces, S., Gómez, T. y Luque, P. (2000). El trabajo: fenómeno psicosocial. En C. Guillen Gestoso. (Ed.) *Psicología del Trabajo para relaciones laborales*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Cruess, D. F., Ursano, R. J. y Wetzler, H. P. (1983). Psychological well-being in United States Air Force fliers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 342-347.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper.
- Cuenca, R. (2002). *Concepto de riesgos psicosociales*. Ponencia presentada en la Jornada Técnica de Actualización de Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas, Madrid: España.
- Cullen S. A. (1998). Aviation suicide: a review of general aviation accidents in the UK, 1970-1996. *Aviat Space Environ Med*; 69, 696-698.

- Culpepper, B. W., Jennings, C. L., y Perry, C. J. G. (1972). *Psychiatric and psychometric predictability of test pilot school performance* (Technical Report 372-390). Brooks AFB, TX: USAF School of Aerospace Medicine.
- Danes V , Horvat V . (2005) Psychological consequences of war stress in the developing population in Bosnia and Herzegovina. *Psychiatr Danub* 2005 Dec; 17(3-4), 225-9
- Dao, J. (2013). Drone Pilots Are Found to Get Stress Disorders Much as Those in Combat Do. *The New York Times*. Recuperado de <http://www.nytimes.com/2013/02/23/us/drone-pilots-found-to-get-stress-disorders-uch-asthose-in-combat-do.html>.
- Davidenko, D. N. y Petlenko, V. P. (1998). Esbozos de valeología: Salud como valor humano. *San Petersburgo: Ciencias de la Educación del Báltico*.
- Davies, H. C. y Maxwell, V. B. (1983). Psychiatric-disorders as they relate to aviation-introduction to the 2nd scientific session of the association-of-aviation-medical-examiners.
- De Corral, P. y Echeburúa E., (1991). *Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad*. Manual de Psicología Clínica Aplicada. Madrid: Siglo XXI.
- De Hart R. (1992) *Fundamentals of Aerospace Medicine*. Williams and Wilkins.
- De la Dehesa, G. (2002). *Comprender la globalización*. Madrid: Alianza Editorial.
- De Pedro, M., Sánchez, M. I. , García-Izquierdo, M., Sáez, M. C y Sánchez-Meca, J. S. (2007). Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo como predictores del mobbing. *Psicothema*, 19(2), 225-230.

- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Deci, E.L., y Ryan, R.M. (2000). The what and why of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Dell'Erba, G., Venturi, P., Rizzo, F., Porcù, S., y Pancheri, P. (1994). Burnout and health status in Italian air traffic controllers. *Aviation, space, and environmental medicine*. 77: 422-28.
- Demerouti E. y Bakker, A.B., (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Janssen, P.P.M. y Schaufeli, W.B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27, 279-286.
- Demerouti, E., Mostert, K., y Bakker, A.B. (2010). Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 209-222.
- DeNeve, K. M., y Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 124(2), 197.
- Department of Defense: Quadrennial Defense Review June, 01, 2010. Available at <http://www.defense.gov/qdr/>
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social indicators research*, 31(2), 103-157.

- Diener, E. (1998). Subjective Well-Being and Personality. En D.F. Barone y M. Hersen (Eds.), *Advanced Personality: The Plenum Series in Social Clinical Psychology* (pp. 314-334). Nueva York: Plenum Press.
- Diener, E. y Suh, E. (2000). *Culture and Subjective Well-being*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Diener, E., Lucas, R. E., Smith, H. L y Suh, E. M. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276.
- Diener, E., y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 120-129.
- Dunn HL. (1977). What High Level Wellness Means. *Health Values*. 1(1): 9-16. Madrid.: Siglo XXI.
- Enzmann, D. y Schaufeli, W. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. CRC Press.
- Espino G. (2012). Delimitación de los efectos clínicos derivados de condiciones productoras de estrés laboral detectados en la red pública de salud mental. Un estudio retrospectivo, relacional y cualitativo. Secretaria de Estado de Seguridad Social de España. [Citado noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119800.pdf>
- Espino, A., García, J., y Lara, L. (1998). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Fernández Canti, G. (2000). Burnout y trastornos psicósomáticos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 229-235.

- Feuerstein, M., Harrington, C.B., Haufler, A. y Lopez, M. (2006). How do job stress and ergonomic factors impact clinic visits in acute low back pain? A prospective study. *Journal of Occupational and Environmental*, 48(6), 607-14.
- Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*, Málaga: Aljibe.
- Fine, P. M., y Hartman, B. O. (1968). Psychiatric strengths and weaknesses of typical Air Force pilots (Technical Report 68-121). Brooks: AFB, TX: *USAF School of Aerospace medicine*.
- Folkman S. y Lazarus R, (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.
- Framework Agreement on Stress at Work (2004). <http://worker-participation.eu>.
- Frederick, C. M y Ryan, R. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Freudenberger, H., (1980). *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it* . Norvell, MA: Anchor Press.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30,159-165.
- Friedman, M. y Schnurr, P. (1995). The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In M. J. Friedman, D. S. Charney & Deutch A. Y. (Eds). New York: Raven Press
- Frutos, J. y Royo, M.A. (2006): *Salud Pública y Epidemiología*. Madrid: Díaz de Santos.
- Fulkerson, S. C., Freud, S. L., y Raynor, G. H. (1958). The use of the MMPI in the psychological evaluation of pilots. *Journal of Aviation Medicine*, 29, 122-129.

- Fullana, M. y Tortella-Feliu, M. (2002). El miedo a volar y sus tratamientos: aspectos históricos. *Revista de Historia de la psicología*, 23(2), 85-96.
- Gable, S., y Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9, 1089-2680.
- García Izquierdo, M., Llor Esteban, B. y Sáez Navarro, M. C., (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 215-228.
- García, A.M., Gadea, R. y López, V. (2007). *Impacto de la enfermedades laborales en España*. ISTAS
- García, J.L., Oliver, C., Rodríguez, G. y Moreno, B. (1995). *Alteraciones psicológicas y variables personales en una población de profesionales de la atención primaria en un área de salud de Madrid*. Trabajo presentado en XXV Congreso Iberoamericano de Psicología (pp. 230), Puerto Rico.
- García, M., Llor, B. y Sáez, C. (1994). Estudio comparativo de dos medidas de Burnout en personal sanitario. *Anales de psiquiatría*, 10(5), 180-184.
- García-Izquierdo, M. (1999). *Psicología del trabajo y de las organizaciones*. *Fundamentos psicosociales del comportamiento en las organizaciones*. Murcia: DM.
- García-Izquierdo, M.; Castellón, M.; Albadalejo, B. y García, A. (1993). Relaciones entre el *burnout*, ambigüedad de rol y satisfacción laboral en el personal de la Banca. *Revista De Psicología Del Trabajo y de las Organizaciones*, 11 (24), 17-26.

- García-Layunta, M., Oliver, A. y Tomás J.M. (2006). Modelo estructural para evaluar predictores del bienestar psicológico en trabajadores del sector sanitario. *Archivo de Prevención de Riesgos Laborales*, 9(2), 61-66.
- García-López, L. J., Martínez, A., Piqueras, J. A., Ramos, V. y Rivero, R. (2006). Ansiedad, depresión y salud. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: Psicom Editores.
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Ramos, V. y Rivero, R. (2006). Psiconeuroinmunología. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: Psicom Editores.
- Garland D. J., Wisw J.A., Hopkin V.D. (Eds) (1999) *Handbook of Aviation Human Factors*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Assoc. Publ.
- Gervás, J.J.; Hernández Monsalve, L.M. (1989). Tratamiento de la enfermedad de Tomás. *Medicina Clínica*, 93, 572-575.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide
- Gil-Monte, P. R., Grau, R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1996): La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: Un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*, 17(4) 37-42.
- Gil-Monte, P. y Peiró J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Girón-Daviña, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

- Glosario de promoción de la salud. (1986). Salud entre todos. Separata técnica. Sevilla. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-75). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Goerres, H. P. (1975). Medical flying fitness a routine affair. *Aviat Spaca Environ Med*, 46(7), 953-957.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, D. y Johnstone, A., (1976). Psychiatric screening in general practice: a controlled trial. *The Lancet*, 307(7960), 605-608.
- Golembiewski, R.T., Muzenrider, R. y Stevenson J.G. (1986). *Stress in Organizations Towards a phase model of burnout*. New York: Praeger.
- Gómez, I. (2007). Salud laboral: una revisión a la luz de nuevas condiciones de trabajo. *Univérsitas Psicológica*, 6 (1), 105-113.
- Gómez, I. C. y Jaramillo, V. A., (2013). Salud laboral investigaciones realizadas en Colombia. *Pensamiento psicológico*, 4(10). 9-25.
- González Anleo, J. (1994). *Las profesiones en la sociedad corporativa*. Madrid: Universidad pontificia de Comillas.
- González Ramírez M.T. y Landero Hernández, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Publica* , 23(1).

- González, R., Montoya, I., Casullo, M.M., y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- González-Camino, G y Osca, A. (2004). Estrés y salud laboral. En A. Osca (Ed): *Psicología de las Organizaciones*. Madrid: Sanz y Torres..
- Grau, R., Llorens, S., Peiró, J.M., Salanova, M., Schaufeli, W.B. (2000). Desde el burnout al engagement: ¿Una nueva perspectiva? *Revista de Psicología de Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 117-134.
- Gray, E. K., y Watson, D. (2001). Emotion, mood, and temperament: Similarities, differences, and a synthesis. In R. L. Payne y C. L. Cooper (Eds.), *Emotions at work: Theory, research and applications for management* (pp. 21–43). Chichester: Wiley, corp.
- Grebb, J. A., Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Green, D. E., Walkey, F. H., y Taylor, A. J. W. (1991). The three-factor structure of the Maslach burnout inventory. *Journal of Science Behaviour and Personality* , 6, 453-472
- Grievink, L., Lebet, E., Van den Berg, B., y Yzermans, J., (2005). Medically unexplained physical symptoms in the aftermath of disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 92-106.
- Hackman, J.R. y Oldham, G. R. (1974), The job diagnostic survey: an instrument for the diagnosis of job and the evaluation of job redesign projects. Yale University: Depart. of Administ. Sciences.

- Hakanen, J., Bakker, A. B. y Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *The Journal of School Psychology, 43*, 495-513.
- Hallberg, U. E., y Schaufeli, W. B. (2006). Same same but different? Can work engagement be discriminated from job involvement and organizational commitment? *European Psychologist, 11*, 119-27.
- Harparz, I. (1983). *Job satisfaction. Theoretical perspectives and a longitudinal analysis*. Nueva York: Libra Publishers.
- Harss C., Kastner, M. y Beerman, L. (1991). Personality, task characteristics and helicopter pilot stress. *Stress and Error in Aviation. Proceedings of the XVIII WEAAP Conference: Volume II*. Edited Farmer, E. Western European Association for Aviation Psychology. Avebury Technical. Aldershot.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., y Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: a meta-analysis. *Journal of applied psychology, 87*(2), 268.
- Hawkins F.H. (1987). *Human factors in flight (2nd Ed.)*. Ashgate (Aldershot, UK).
- Helmreich R.L. (2002). *Threat and error management: 6th generation CRM training*. In Proceedings of the First TREM Workshop (ICAO) (pp. 1-14). San Salvador, El Salvador, April 30, 2002.
- Hernan Garcia, M., Moreno Rodriguez, C., Ramos Valverde, P. y Rivera de los Santos, F. (2011). [Salutogenic model analysis in Spain: application in public health and implications for asset health model]. *Rev Esp Salud Publica, 85*(2), 129-139.
- Hernández, Á. (1997). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. El búho.

- Hirschman, R. S., Leventhal, H. y Prochaska, T. R. (1985). Preventive health behavior across the life-span. In J. C. Rosen y L. J. Solomon (Eds.), *Prevention in health psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.
- Hobfoll, S., Johnson, R., Ennis, N. y Jackson, A. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 632-643. doi: 10.1037//0022-3514.84.3.63
- Hock, R.R. (1988). Professional burnout among public school teachers. *Public Personnel Management*, 17 (2), 167-189.
- Hoeymans, N., Garssen, A. A., Westert, G. P., y Verhaak, P. F. (2004). Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health Qual Life Outcomes*, 2(1), 23.
- Hoge CW, Castro CA, Messer SC, et al. (2004) Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care. *New England Journal of Medicine* , 351, 13 –22.
- Holder, J., Stenber, C. y Tallur, K. (2001). Psicosis relacionadas con el trabajo. En O.I.T: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, Vol. 1., Cap. 5_5*. INSHT, MTAS.
- Holtzman, W. H., y Sells, S. B. (1954). Prediction of flying success by clinical analysis of test protocols. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 485-590.
- Hontangas, P.M. y Peiro, J.M. (1996). Ajuste Persona-Trabajo. En Peiró, J.M. y Prieto, F. (Eds). *Tratado de Psicología del Trabajo* (pp. 251-282). Madrid: Síntesis.
- Houkes, I.; Janssen, P.; Jonge, J.; Nijhuis, F. (2001): Specific relationships between work characteristics and intrinsic work motivation, burnout and turnover

- intention: A multi-sample analysis. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (1), 1-23
- Hove, England: Psychology Press/Erlbaum (UK), Taylor & Francis.
- Hunt, L.M. (1995). Effective learning strategies for ab initio pilots. Cap 36. *Aviation Psychology: Training and Selection. Vol 2*. Neil Johnston, Ray Fuller and Nick McDonald (Edit). Avebury Aviation. Aldershot.
- Hunter, D. y Martinussen, M., (2010). *Aviation Psychology and Human Factors*. New York: CRC Press.
- Hutinec B., et al, 2004. El trastorno por estrés postraumático relacionado con el combate entre los veteranos croatas. *Eur. J. Psychiat.* (
- INMAE (2001) Manual de Medicina Aeronáutica. Fuerza Aérea Argentina, Dir. Gral. de Sanidad. Aires, Soc. Interam. de Psicología Aeronáutica.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2009). Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas. www.mtas.es/insht/statistics. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Gobierno de España.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2006). Nota técnica de Prevención 732. *Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales*. Gobierno de España.
- Jahoda, M. (1958). Current Concepts of Positive Mental Health New York Basic Books.
- Janowitz, M. (1976). Military institutions and citizenship in western societies. *Armed forces & society*, 185-204.
- Jessup, G., y Jessup, H. (1971). Validity of the Eysenck Personality Inventory in pilot selection. *Occupational Psychology*, 45, 111-123.

- Johnson E.C., Kristof-Brown, A.L. y Zimmerman, RD y (2005). Consequences of individuals' fit at work: A meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person supervisor fit. *Personnel Psychology*, 58, 281-342.
- Jones, D.M. (1991). Stress and workload: Models, methodologies and remedies. Cap 7. *Stress and Error in Aviation. Proceedings of the XVIII WEAAP Conference: Volume II*. Edited Farmer, E. Western European Association for Aviation Psychology. Avebury Technical. Aldershot
- Jourdain, G., y Chênevert, D. (2010). Job demands-resources, burnout, and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 709-722. doi: 10.106/j.ijnurstu.2009.11.007.
- Judge, T., Van Vianen, A. y De Pater, I. (2004). Emotional stability, core selfevaluations, and job outcomes: A review of the evidence and an agenda for future research. *Human Performance*, 17, 325-346. doi: 10.1207/s15327043hup1703_4
- Juretik, Z. (2000). Fear of flying: an overview. *Arh Hig Rada Toksikol*, 51(4), 421-428.
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of management journal*, 33(4), 692-724.
- Kanungo, R. N. (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*, 67(3), 341.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-309.

- Keyes, C. L., Ryff, C. D. y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.
- King, R. (1999). *Aerospace Clinical Psychology: Studies in Aviation Psychology and Human Factors*. USA, Ashgate Publishing.
- Kite, K. y Stokes, A.F. (1994). *Flight stress: Stress, fatigue and performance in aviation*. Burlington, VT: Ashgate.
- Klein, H. A., y Steele-Johnson, D. (2007). Preparing for multinational collaboration: from the laboratory to the field. In *Expertise out of Context: Proceedings of the Sixth International Conference on Naturalistic Decision Making*. Mahwah, NJ, Erlbaum.
- Kop, W. J., Gottdiener, J. S., Tangen, C. M., Fried, L. P., McBurnie, M. A., Walston, J. et al. (2002). Inflammation and coagulation factors in persons >65 years of age with symptoms of depression but without evidence of myocardial ischemia. *American Journal of Cardiology*, 89(4), 419-424.
- Krueger, G. P. (2008). Contemporary and future battlefields: Soldier stresses and performance. *Performance under stress*, 2, 19-44.
- Lakdawalla, D., Reville, R. T., Seabury, S. A. (2005). *The economics of integrating injury and illness prevention and health promotion programs*. Working Paper. RAND, Institute for Civil Justice.
- Lawler, E. E., y Hall, D. T. (1970). Relationship of job characteristics to job involvement, satisfaction, and intrinsic motivation. *Journal of Applied Psychology*, 54(4), 305.

- Lazarevich, I., y Mora-Carrasco, F. (2008). Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo. *Salud Problema, segunda época, 1(4)*, 7-12.
- LeardMann, C. A., Smith, T. C., Smith, B., Wells, T. S., y Ryan, M. A. (2009). Baseline self reported functional health and vulnerability to post-traumatic stress disorder after combat deployment: prospective US military cohort study. *Bmj*, 338.
- Lee, R., y Ashforth, B. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology, 81 (2)*, 123–133.
- Leimann, H. (1985). *Psiquiatría aeronáutica sistémica*. Buenos Aires: Ed. Kargieman.
- Leimann, H. y Moia, P. (1989). *Síndromes de desadaptación secundaria al vuelo*. Buenos Aires: Sociedad interamericana de psicología aeronáutica.
- Leiter, M. P., y Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress, and Coping, 9(3)*, 229-243.
- Leiter, M. P.; Maslach, C. y Schaufeli, W. B. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52(1)*, 397-422.
- Leiter, M.P. y Maslach, C. (1997). *The Truth About Burnout*. San Francisco: Jossey Bass,.
- Lemos, M., Restrepo, D., Richard, C. (2008). Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico, 4(10)*, 137-47.
- Lisbona, A. Morales, J.F. Palací, F.J. (2009). El engagement como resultado de la socialización organizacional. *Internacional Journal of Phychology and Psychological Therapy, 9(1)*, 89-100.

- Llorens, S., Bakker, A. B., Schaufeli, W., y Salanova, M. (2006). Testing the robustness of the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management, 13*(3), 378.
- Lloret, S., González Romá, V., Luna, R., y Peiró, J.M. (1993). El cuestionario CSLPS-EAP/33. Un estudio acerca de su validez. *Psicológica, 14*, 21-31.
- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental, 25*(4), 42-55.
- Lobo, A., Pérez-Echevarria, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine, 16*, 135-140.
- López-Fernández, L. A., y Aranda-Regules, J. M. (1994). *Promoción de la salud: un enfoque en salud pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Love, G. D., Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences, 1383-1394*.
- Macey, W.H., y Schneider, B. (2008). The meaning of employee engagement. *Industrial and organizational psychology, 1*(1), 3-30.
- Magaletta, P. R., y 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.
- Mañas, A. (2001). La salud y las condiciones de trabajo. *Enfermería Integral, 56*, XXXVIII-XLII. Recuperado de <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/masteros.htm>

- Mañas, M.A., Marcos, J., Tyson, S., y González, E. (2005). *Factores antecedentes de la conducta de ciudadanía organizacional: un estudio en la Administración pública*. Comunicación presentada al V International Workshop. Human Resources Management. Sevilla, 19-21 de mayo.
- Manning, F. J., Kukura, F. C., DeRouin, E. M., McCarroll, J. E., Zych, K. A., y Edwards, F. (1981). Outpatient mental health facilities in the US Army. Europe: patient characteristics, complaints and dispositions at three sites. *Military Medicine*, 38, 7.
- Manual de Psicología Clínica Aplicada. Gualberto Buela-Casal y Vicente E. Caballo (comps).
- Marcos Becerro, J. F. (1989). *Salud y deporte para todos*. Madrid: Eudema
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, Fobias y Rituales; 2 Clínica y tratamientos*. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- Martín, J., Luceño L., Jaén, M. y Rubio, S. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional decore, y salud laboral deficiente. *Psychothema*, 19(1), 95-101.
- Martín, M. (2005). Psicron: Una metodología computarizada para optimizar la asistencia, la investigación y la docencia con pacientes con enfermedades crónicas. P. E. Vera-Villaroel y L. A. Oblitas (Eds.), *Manual de escalas y cuestionarios iberoamericanos en psicología clínica y de la salud*. Bogotá.
- Martínez, I.M., Marques Pinto, A. y Lopes da Silva, A.L. (2000-2001). Burnout em estudantes do ensino superior. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, 151- 167.

- Martinussen, M., y Richardsen, A. M. (2006). Air traffic controller burnout: Survey responses regarding job demands, job resources, and health. *Aviation, space, and environmental medicine*, 77(4), 422-428.
- Maslach Burnout Inventory. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 453-472.
- Maslach, C y Jackson, S. (1981). Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, Vol. 2, pp. 99-113.
- Maslach, C. (1993). 'Burnout: A multidimensional perspective', in W.B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (eds.), Professional Burnout (Taylor y Francis, Washington, DC), pp. 19-32.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual*. 10 edición. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Mäulen, B. (1993). An aeronautic suicide attempt: III. Suicide and self-destructive behavior in aviation. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*.
- Mauriño D. y Salas E., (2010) Human Factors in Aviation. (2º Ed). Academic Press.
- McGrath, J. (1970). A conceptual formulation for research on stress. En J. McGrath (Ed.), *Social and psychological factors in stress* (pp. 10-21). New York: Holt, Rhinehart y Winston.
- McManus IC, Winder BC, Gordon D. *The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors*. *Lancet* 2002; 359 (9323):2089-2090.
- Meijman, T. F. y Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. En P. J. Drenth, H. Thierry, y C. J. de Wolff (Eds.), *Handbook of Work and Organizational Psychology* (2 ed., pp. 5-33). Hove, UK: Erlbaum.

- Meliá, J. L., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J. M., Salanova, M., y Gracia, D. (2006). Principios Comunes para la Evaluación de los Riesgos Psicosociales en la Empresa. *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de riesgos, Capítulo, 1*, 9-36.
- Menezes, V., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F., y Contador, I. (2006) Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema, 18*, 791-796
- Meseguer de Pedro, M., Soler, M., y García-Izquierdo, M. (2014). El papel moderador de la autoeficacia profesional entre situaciones de acoso laboral y la salud en una muestra multiocupacional. *Anales De Psicología, 30(2)*, 573-578.
doi:10.6018/analesps.30.2.161251.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Paidós.
- Mingote Adán, J.C. (1999). "Síndrome Burnout (S.B.), síndrome de desgaste profesional (S.D.P.)", *Libro de Ponencias, X Jornadas A.M.S.M.*
- Mingote, C., López-Dóriga, B. (2008). *II Jornadas de Salud Mental y Género*. Madrid, 9 y 10 octubre de 2000. La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. Instituto de la Mujer, 19-25.
- Mingote, J. C. y Pérez, F. (1999). *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Díaz Santos, Madrid.
- Moberg, D.O. (1971). *Spiritual well-being: Background and issues*. Washington, DC: White House Conference on Aging.
- Mohan, K. y Van Dierendonck, D. (2006). Some thoughts on spirituality and eudaimonic wellbeing. *Mental Health, Religion and Culture, 9(3)*, 227-238.

- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Moreno, Y. y Garrosa, E. (2006). El papel moderador de la asertividad y la ansiedad social en el acoso psicológico en el trabajo: dos estudios empíricos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 363-380.
- Moskos, C., Segal, D. y Williams, J. (2000). *The Posmodern Military*. Nueva York: Oxford University Press.
- Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P. y Hofmann, D. A. (2011). Safety at work: A meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 96, 71-94.
- Netterstrom, B., Kristensen, T.S. y Sjol, A. (2006). Psychological job demands increase the risk of ischaemic heart disease: A 14 year cohort study of employed Danish men. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 13(3), 414-420.
- Noriega, M., Gutiérrez, G., Méndez, I., y Pulido, M. (2004). Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales Female health workers: lifestyle, work, and psychiatric disorders. *Cad. Saúde Pública*, 20(5), 1361-1372.
- Nunnaly, J.C. y Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.), New York, NY: McGraw-Hill.
- O.A.C.I. (1998) Manual de Instrucción Sobre Factores Humanos (Doc. 9683-AN/950)
- O.A.C.I. (2006) Manual de Gestión de la Seguridad Operacional. (Doc. 9859-AN/460)
- O.M.S. Organización Mundial de la Salud. (2007). Presentación en home page.
Recuperado el 01 Junio, 2015, de <http://www.who.int/about/es/>.

- Oficina Internacional del Trabajo, OIT. (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención*. México: Alfaomega.
- Ogle, A.D y Pflanz, S.E. (2006). Job Stress, Depression, Work Performance, and Perceptions of Supervisors in Military Personnel. *Military Medicine*, 171(9), 861-865.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2003). *Actividades normativas de la OIT en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo: estudio detallado para la discusión con miras a la elaboración de un plan de acción sobre dichas actividades*. 91^a. Conferencia Internacional del Trabajo. Suiza: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2005). *Introductory report: Decent work-safe work. XVIIth World congress on safety and health at work*. Recuperado de <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep>.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2006). *Consejo de administración para debate y orientación. Seguridad y salud en el trabajo: sinergia entre la seguridad y la productividad*. Recuperado el 01 Junio, 2015, de <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/gb/docs/gb295/pdf/esp-3>.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Ginebra: OMS.
- Ortiz, A. (2001). El impacto de las emociones en la salud laboral. *Revista Jurídica de LexJuris*, 4(2).
- Otto, J. L., y Webber, B. (2013). Mental Health Diagnoses and Counseling Among Pilots of Remotely Piloted Aircraft in the United States Air Force. *Medical*

- Surveillance Monthly Report*, 20(3), 3-8. Recuperado de http://www.afhsc.mil/documents/pubs/msmrs/2013/v20_n03.pdf
- Oyama, D. O., Paltoo, C., y Greengold, J. (2007). ¿Cómo manejar los síntomas psicossomáticos? *Am Fam Physician*, 76, 1333-8.
- Panksepp, J., y Solms, M., (2012). The “Id” Knows More than the “Ego” Admits: Neuropsychanalytic and Primal Consciousness Perspectives on the Interface Between Affective and Cognitive Neuroscience. *Brain Science*, 2, 147-175. Recuperado de <http://www.mdpi.com/2076-3425/2/2/147>.
- Peiró, J. M. (1984). *Psicología de las organizaciones*. Madrid: UNED.
- Piedrola. (2008). *Medicina Preventiva y Salud Pública* (11ª edición ed.). Barcelona: Elsevier.
- Price, J. L., y Muller, C. W. (1986). *Absenteeism and turnover among hospital employees*. Greenwich: Jai Press.
- Quiceno, J. M., y Alpi, S. V. (2007). *Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)*. *Acta Colombiana de Psicología*. 10(2), 117-125.
- Quick, J. C. y Tetrick, L. E. (2003). Prevention at Work: Public Health in Occupational Settings. En J. C. Quick y L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Psychology*. Whashington: American Psychological Association.
- R. González Corrales, J.J. De la Gándara Martín (2004). *El médico con burnout: conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia*. Madrid: IM S.A.,
- Ramírez, A. M. J. (2001). Mujer, trabajo y estrés. *Latinoamericana de la salud en el trabajo*, 1(2), 58-74.

- Ramos, F., y Buendía, J. (2001). *El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento*. En J. Buendía y F. Ramos, *Empleo, estrés y salud* (pp. 33-57). Madrid: Ed. Pirámide.
- Raybourn, E. M. (2007). *Training approaches for honing junior leader adaptive thinking, cultural awareness and metacognitive agility*. In *Proc. IITSEC*.
- Real Decreto 96/2009, de 6 de febrero, por el que se aprueban las Reales Ordenanzas para las FAS.
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. USA, Ashgate.
- Reinhardt, R. F. (1970). The outstanding jet pilot. *American Journal of Psychiatry*, 127, 732-736.
- Rentería, E. (2004). De las intervenciones grupales a las intervenciones sociales, un ensayo sobre el uso del conocimiento científico en el caso de las intervenciones profesionales. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 37- 49.
- Rivas, P. (2007). *Salud y Género: perspectiva de género en la salud laboral*. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Seguridad Social. Seminario "los ciclos vitales y la seguridad social: estado de la cuestión y propuestas de futuro"*. Aspectos jurídicos, sociológicos y económicos. Santander. 227-286.
- Rodríguez, M. D. L., y Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 15(2), 169-185.
- Rogers, R. E., Li, E. Y., y Shani, A. B. (1987). Perceptions of Organizational Stress Among US Military Officers in Germany An Exploratory Study. *Group y Organization Management*, 12(2), 189-207.

- Rojas, T.L. (1977). Introducción a la historia de la psiquiatría aeronáutica y espacial. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 1, 29-39.
- Rothman, A. y Suls, J. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 10-69.
- Ryff, C. D. y Singer, B. H., (2001). *New horizons in health: On integrative approach*. Washington DC, EEUU: National Academy Press.
- Salancik, G., y Pfeffer, J. (1977). An examination of need-satisfaction models of job attitudes. *Administrative Science Quarterly*, 22, 427-456.
- Salanova, M. Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67.
- Salanova, M., Martínez, I. M., y Llorens, S. (2004). *Psicología Organizacional Positiva*. En Palací, F.J. (Ed.), *Psicología de la Organización*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M. y Grau, R. (2000). Desde el ‘burnout’ al ‘engagement’: ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16, 117-134.
- Salanova, M., Wilmar, B., Schaufeli, W.B. (2009) *El engagement en el trabajo: cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2000). Exposure to information technology and its relations to burnout. *Behaviour & Information Technology*, 19(5), 385-392.

- Salleras, L. (1986). Le basi scientifiche de la Medicine Preventiva. *Rev Ital Med Com.*, 4, 5-11.
- Salvador, C. (2005). Componentes de la vinculación y su influencia en la satisfacción del cliente. *Anales de Psicología*, 20(3), 316-322.
- Samper, E. (2012). Capítulo 32. Aplicación de la psicología en la unidad militar de emergencias. En Donoso (Coord.), *Psicología en las Fuerzas Armadas*. Ministerio De Defensa. Centro de Publicaciones.
- Sandín B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Santiago, MINSAL (1993). Ministerio de Salud. Estudio AVISA
- Santos Bobo, A. (1996) La profesionalización en el Ejército de Tierra. *Fundación Cánovas del Castillo*. Madrid: VEINTIUNO.
- Schaufeli, W. B., Martínez, I., Marqués-Pinto, A., Salanova, M. y Bakker, A. (2002b). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Studies*, 33, 464-481.
- Schaufeli, W.B. y Salanova, M. (2007). Efficacy or inefficacy, that´s the question: burnout and engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety, Coping & Stress*, 20,177-196.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. y Jackson, S.E. (1996). The Maslach Burnout Inventory: General Survey (MBI-GS). En: Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Maslach Burnout Inventory Manual (30 edición). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- Schaufeli, W.B., Taris, T.W., y Van Rhenen, W. (2003). Workaholism, burnout and engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being?. *57*, 173-203
- Seligman, A. B. (2000). *The problem of trust*. Princeton University Press.
- Seligman, M. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An international review*, *57* (Suppl.), 3-18.
- Seligman, M. E. (1998). *Aprenda optimismo: Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Madrid: Grijalbo.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3–9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *The Psychologist*, *16*, 126–127.
- Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*, 5–14.
- Sells, S. B. (1956). Further developments on adaptability screening of flying personnel. *Journal of Aviation Medicine*, *27*, 440-451.
- Selye, H. (1967). *Stress in Health and Disease*. Boston: Butterworth.
- Seppälä, P., Mauno, S., Feldt, T., Hakanen, J., Kinnunen, U., Tolvanen, A., y Schaufeli, W. (2009). The construct validity of the Utrecht Work Engagement Scale: Multisample and longitudinal evidence. *Journal of Happiness Studies*, *10*(4), 459-481.

- Shephard, R. J. (1995). Physical activity, health and well-being at different life stages. *Research quarterly for exercise and sport*, 66 (4), 298-302.
- Shirom, A. (2003). *Feeling vigorous at work? The construct of vigor and the study of positive affect in organizations*. En: Ganster D, Perrewe PL, editors. Research in organizational stress and well-being. Greenwich, CT: JAI Press.
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and human welfare*. New Haven: Yale University.
- Sigerist, H. (1987). *Hitos en la historia de la Salud Pública*. México: Siglo XXI.
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behavior (2003): A new Look at the interface between non-work and work. *Journal of Applied Psychology*, 88, 518-528.
- Sprigg, C., Stride, C.B., Wall, T.D., Holman D.J. y Smith, P.R. (2007). Work characteristics, musculoskeletal disorders, and the mediating role of psychological strain: A study of call center employees. *Journal of Applied Psychology* 92, 1456-1466
- Sweeney, T., y Witmer, J. (1992). A holistic model for wellness and prevention over the span. *Journal of Counseling y Development*, 71, 140- 148.
- Terris, M. (1987): *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Theorell, T. y Karasek, R.A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 9-26.
- Tinsley, H. (2000). The congruence myth: An analysis of the efficacy of the person-environment fit model. *Journal of Vocational Behavior*, 56, 147-179.

- Tsang P.S., Vidulich M.A (2003) *Principles and Practice of Aviation Psychology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Turner, N., Barling, J., y Zacharatos, A. (2002). Positive psychology at work. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 715–728). New York: Oxford University Press.
- Ubilla, E. (2011). Trastornos psicossomáticos;¿ Expresión de la violencia laboral?. Testimonio de la Clínica. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, (1). 81-98.
- Ungs, T. J. (1994). Suicide by use of aircraft in the United States, 1979-1989. *Aviation, space, and environmental medicine*, 65(10 Pt 1), 953-956.
- Uribe, M. (2006). Modelos conceptuales en medicina psicossomática. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35, 7-20.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The job demand-control support model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13, 87-114.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford: University Press.
- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 193–210.
- Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrast of personal expressiveness (Eudaemonía) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- Wefald, A. J., y Downey, R. G. (2009). Construct dimensionality of engagement and its relation with satisfaction. *The Journal of Psychology*, 143(1), 91-112.

- Wheeler, S., y Lyon, D. (1992). Employee benefits for the employer's benefit: How companies respond to employee stress. *Personnel Review*, 21(7), 47-64.
- Wiegmann D.A., Shapell S.A. (2001). Human error perspectives in aviation. *The International Journal of Aviation Psychology*, 11 (4), 341-357.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.
- Wright, T.A., y Doherty, E.M. (1998). Organizational behavior «rediscovers» the role of emotional well-being. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 481-485.
- Ximénez, C. (1999). El ajuste persona-organización: Una revisión crítica de sus problemas teóricos y metodológicos y de los estudios empíricos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15(1), 97-119.
- Yogesh, M., Mohan, K., Roy, G., y Basu, S. (2004). Spiritual well-being: An empirical study with yogic perspectives. *Trans: Internet Journal for Cultural Sciences*, 15. Retrieved June 01, 2015 from the World Wide Web:
http://www.inst.at/trans/15Nr/03_8/yohan15.htm
- Zuleta, P. (2006). Génesis de los delirios en el trastorno por estrés postraumático de combate. *Rev. Col. de psiquiatría*, XXXV (2). 232-241.

ANEXOS

ANEXO I
COMPROBACIÓN DE LA LINEALIDAD Y LA HOMOGENEIDAD DE
VARIANZAS DEL ANÁLISIS DE REGRESIÓN.

Se comprueba mediante las figuras de residuales estudentizados (SDRESID) eliminados. Si la nube de puntos no sugiere ningún patrón, no hay vulneración a la linealidad ni a la homocedasticidad.

Es decir, ninguna de las figuras sugiere ningún patrón por lo que puede considerarse que no se vulnera la linealidad ni la homocedasticidad en este modelo de regresión.

COMPROBACIÓN DEL SUPUESTO DE NORMALIDAD

Este supuesto se comprueba mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnoff y de Shapiro-Wils y el gráfico de residuales:

Pruebas de normalidad

	<i>Kolmogorov-Smirnova</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>				
	<i>Estadístico</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>	<i>Estadístico</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>		
Standardized Residual			,045	179	,200*	,991	179	,335

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

Ninguna de las dos pruebas es menor de 0,05 y el gráfico sigue una línea recta, por lo que no queda vulnerado el supuesto de normalidad.

COMPROBACIÓN DEL SUPUESTO DE INDEPENDENCIA

Se comprueba con la prueba de Durbin-Watson. Los valores cercanos a 2 indican autocorrelación nula, lo que indica que se cumple el supuesto de independencia. En este caso esta prueba da un valor 2.11, casi 2, por tanto el modelo también cumple el supuesto de independencia.

COLINEALIDAD

Se presenta cuando hay alta correlación múltiple entre las variables independientes incluidas en el modelo. Las medidas de colinealidad más habituales son la tolerancia (no debe ser menor de 0.01) y el factor de incremento de la varianza (VIF), el cual no debe ser mayor de 10. Puede observarse en la tabla “Coeficientes del modelo seleccionado” como ninguna de las variables incluidas en el modelo superan estos valores, por lo que el modelo seleccionado no presenta colinealidad. Es decir, el modelo cumple los supuestos que se le exigen para su aplicación. Finalmente, debe ser validado, como se muestra en el siguiente apartado.

PREDICCIÓN DEL MODELO:

Una vez establecido el modelo, debe valorarse si sus predicciones son fiables, es decir, si puede predecir los datos obtenidos en otras muestras de la población origen de este estudio. Para ello, dentro de la propia muestra se ha extraído aleatoriamente el 80% para construir el modelo (por tanto, estimar la ecuación) y el 20% restante, se ha utilizado para su validación. Así se han obtenido los siguientes resultados:

Resumen del modelob,c

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
--------	---	------------	----------------------	-----------------------------

		grupvalidacion80 = 1,000 (Seleccionado)	grupvalidacion80 ≈ 1,000 (No seleccionado)	
--	--	---	--	--

1	,894a	,922	,800	,791	,12191
---	-------	------	------	------	--------

a. Variables predictoras: (Constante), sinticosomatmedia, absorciomedia, antig_pu, agotemocmedia, sintsommedia, dedicacionmedia

b. A menos que se indique lo contrario, los estadísticos se basan sólo en los casos para los que grupvalidacion80 = 1,000.

c. Variable dependiente: bienpsicototalmedia

En este caso:

$$R = 0,894 \rightarrow R^2 = 0,800$$

$$r = 0,922 \rightarrow r^2 = 0,850$$

$$R^2 - r^2 = 0,800 - 0,850 = -0,05 \rightarrow 5\%$$

Por tanto, el modelo que ha seleccionado las variables con fines predictivos se considera aceptable, ya que ha podido ser validada en esta población (la pérdida de predicción no supera el 10%).

RESULTADOS:

Se ha valorado la fiabilidad del modelo en la propia muestra seleccionada por una selección aleatoria de los casos en el que un 80% se han utilizado para construir los modelos y el 20% de los casos restantes para validarlos. Se consideran aceptables los modelos cuando la pérdida de predicción no supera el 10% (Coeficiente de determinación del grupo que estima la ecuación (R^2) menos el cuadrado del coeficiente de correlación simple entre el valor predicho (aplicando el modelo en el grupo de validación) y la variable dependiente Y (r^2), de modo que $R^2 - r^2 \leq 0,1$).

1.- Bienestar psicológico global:

Resumen del modelo^d

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.694 ^a	.481	.478	.20309	
2	.734 ^b	.539	.534	.19193	
3	.745 ^c	.554	.547	.18930	1.990

a. Variables predictoras: (Constante), sinticosomatmedia

b. Variables predictoras: (Constante), sinticosomatmedia, agotemocmedia

c. Variables predictoras: (Constante), sinticosomatmedia, agotemocmedia, cinismocmedia

d. Variable dependiente: bienpsicototalmedia

ANOVA^d

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	6.776	1	6.776	164.279	.000 ^a
	Residual	7.300	177	.041		
	Total	14.076	178			
2	Regresión	7.592	2	3.796	103.053	.000 ^b
	Residual	6.483	176	.037		
	Total	14.076	178			
3	Regresión	7.805	3	2.602	72.604	.000 ^c
	Residual	6.271	175	.036		
	Total	14.076	178			

a. Variables predictoras: (Constante), sinticosomatmedia

b. Variables predictoras: (Constante), sinticosomatmedia, agotemocmedia

c. Variables predictoras: (Constante), sinticosomatmedia, agotemocmedia, cinismocmedia

d. Variable dependiente: bienpsicototalmedia

Coefficientes del modelo seleccionado:

Coefficientes^a

Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B		Estadísticos de colinealidad		
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior	Tolera ncia	FIV	
1	(Constante)	1.02	.04							
	Sint sicosomatmedia	.3	.02	.69	12.82	.000	.26	.35	1	1
2	(Constante)	.97	.04		23.19	.000	.89	1.05		
	Sint Psi osomatmedia	.245	.03	.56	9.56	.000	.19	.3	.76	1.31
	agotemocmedia	.06	.01	.28	4.71	.000	.04	.09	.76	1.31
3	(Constante)	.95	.04		22.83	.000	.87	1.04		
	sint sicosomatmedia	.23	.03	.52	8.82	.000	.18	.28	.72	1.39
	agotemocmedia	.05	.01	.20	3.15	.002	.02	.07	.61	1.65
	cinismomedia	.04	.02	.15	2.43	.016	.01	.07	.63	1.58

a. Variable dependiente: biopsicototalmedia

Se selecciona el modelo n° 3.

Bienestar psicológico= 0.954 + 0.231 x síntomas sicosomáticos + 0.046 x agotamiento emocional + 0.040 x cinismo.

El presente modelo presenta un R² ajustado de 0.547, es decir, la ecuación de regresión estimada con las variables incluidas explica el 54.7% de la variabilidad del bienestar psicológico en esta población.

El análisis de la varianza de este modelo ajustado ($F=72.604$; $P<0.001$) demuestra la significación estadística alcanzada, comparando la varianza explicada por la regresión con respecto a la varianza residual.

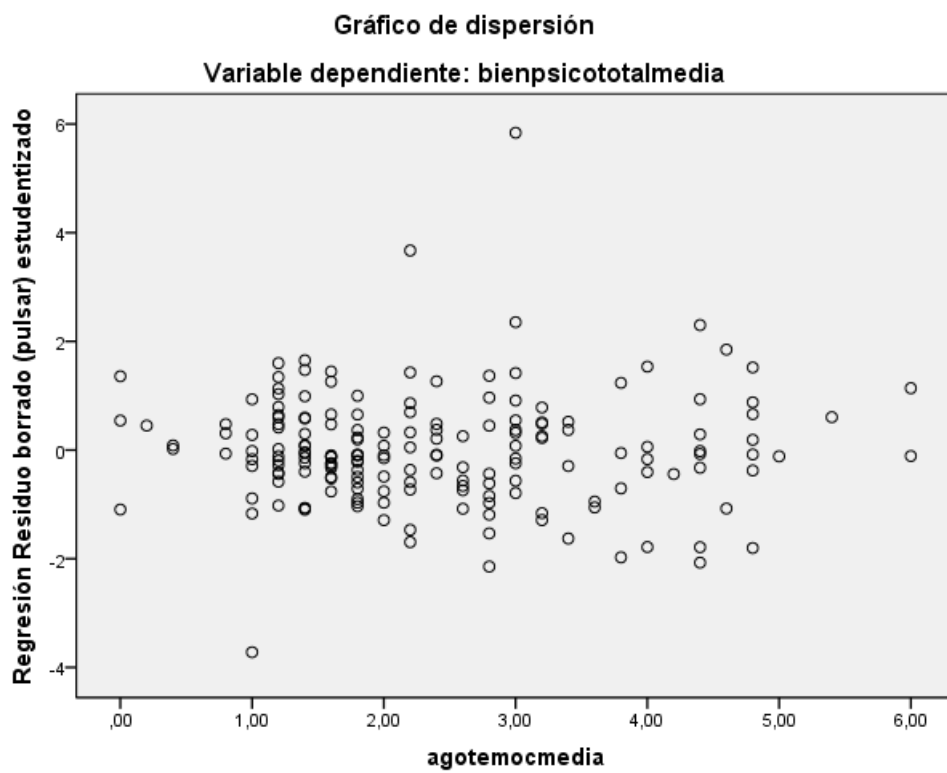
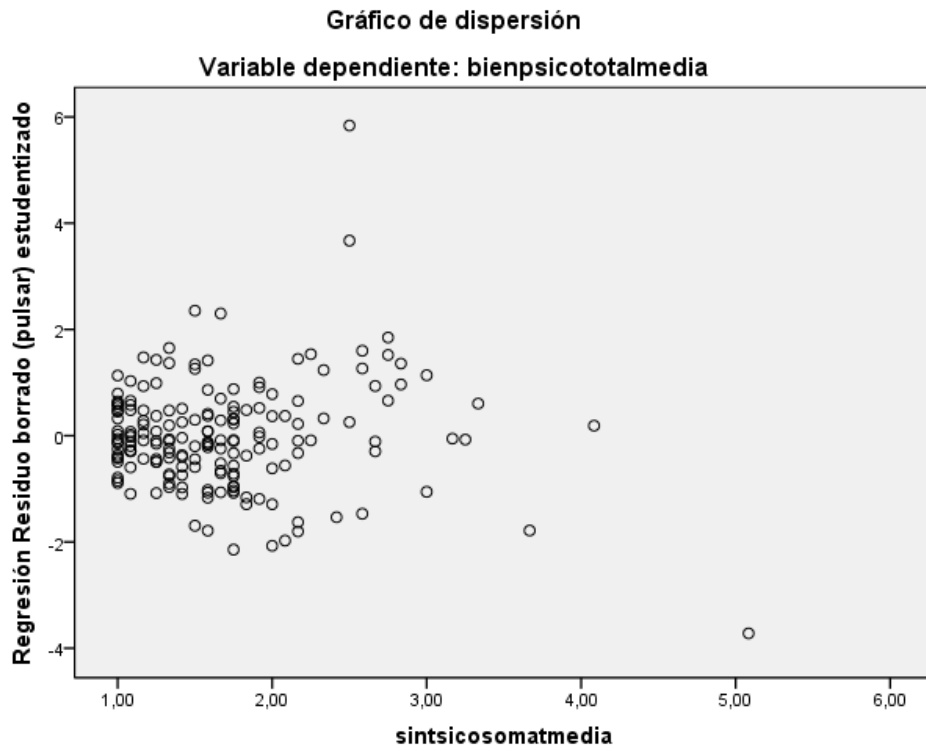
Los coeficientes B hallados indican que, de modo independiente, por cada unidad de aumento en cada una de las variables seleccionadas, aumenta el bienestar social un 23.1% en el caso de los síntomas psicossomáticos, un 4.6% en el caso de agotamiento emocional y un 4.0% en el caso del cinismo. Todas ellas con significación estadística.

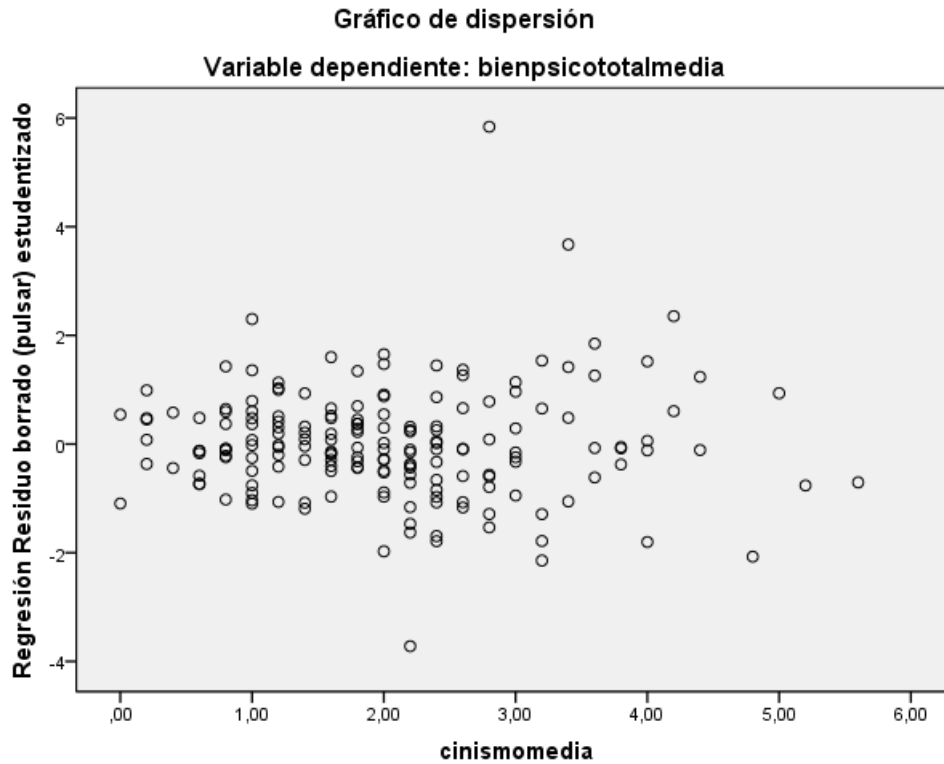
ANÁLISIS DE RESIDUALES:

Una ecuación de regresión debe cumplir como principal supuesto el de linealidad sin olvidar otros como la homocedasticidad, normalidad e independencia para que el modelo seleccionado pueda ser aplicado. Ello se comprueba mediante el análisis de residuales.

COMPROBACIÓN DE LA LINEALIDAD Y LA HOMOGENEIDAD DE VARIANZAS:

Se comprueba mediante las figuras de residuales estudentizados (SDRESID) eliminados. Si la nube de puntos no sugiere ningún patrón, no hay vulneración a la linealidad ni a la homocedasticidad.

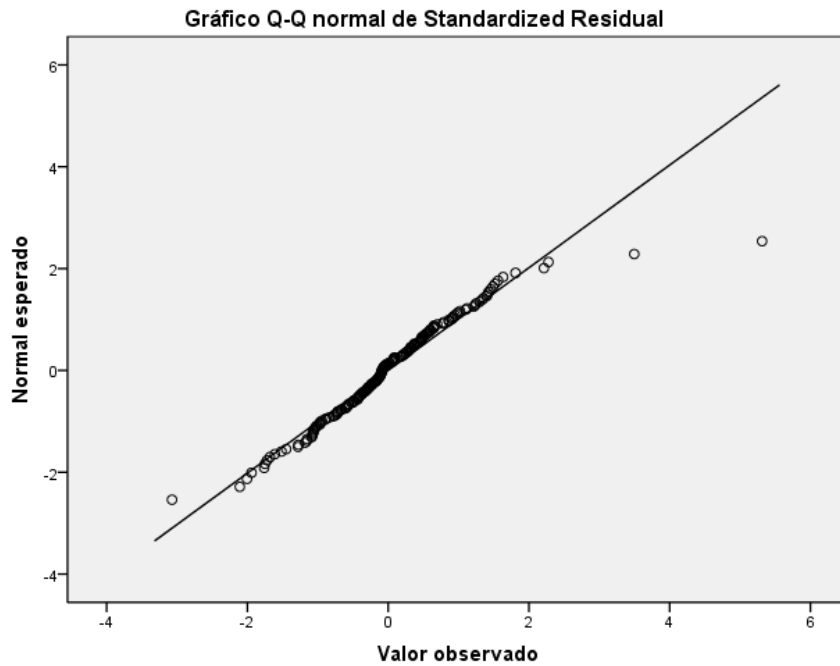




Puede admitirse que las figuras no sugieren ningún patrón, por lo que puede considerarse que no se vulnera la linealidad ni la homocedasticidad en este modelo de regresión.

COMPROBACIÓN DEL SUPUESTO DE NORMALIDAD

Los residuos que se comprueban son los estandarizados. Los puntos en el gráfico que muestra la normalidad deben estar alineados sobre una recta cuando los residuales siguen una ley Normal.



Puede observarse en el conjunto de la muestra que solo los residuales de tres casos se alejan más de la normalidad.

COMPROBACIÓN DEL SUPUESTO DE INDEPENDENCIA

Se comprueba con la prueba de Durbin-Watson. Los valores cercanos a 2 indican autocorrelación nula, lo que indica que se cumple el supuesto de independencia. En este caso esta prueba da un valor 1.99, por tanto el modelo también cumple el supuesto de independencia.

COLINEALIDAD

Se presenta cuando hay alta correlación múltiple entre las variables independientes incluidas en el modelo. Las medidas de colinealidad más habituales son la tolerancia (no debe ser menor de 0,01) y el factor de incremento de la varianza (VIF), el cual no debe ser mayor de 10. Puede observarse en la tabla “Coeficientes del modelo seleccionado” como ninguna de las variables incluidas en el modelo superan estos valores, por lo que el modelo seleccionado no presenta colinealidad.

Es decir, el modelo cumple los supuestos que se le exigen para su aplicación. Finalmente, debe ser validado, como se ha mostrado en el correspondiente apartado dentro de Resultados.

