



Universidad Femenina del Sagrado Corazón

Escuela de Posgrado

Programa Académico de Doctorado en Psicología

PERSONALIDAD RESISTENTE, SALUD ESPIRITUAL Y SALUD
MENTAL POSITIVA EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Tesis presentada por:

AIDA CHELITA SANTILLÁN MEJÍA

Cód. ORCID 0000-0002-1792-6841

Para obtener el Grado Académico de
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

Línea de Investigación: Promoción de la Salud Psicológica

Asesora:

Carmen Rosario Núñez Herrera
Cód. ORCID: 0000-0001-9393-3683

Lima – Perú

2024

Los miembros del jurado han aprobado el estilo y el contenido de la tesis sustentada por:

AIDA CHELITA SANTILLÁN MEJÍA

Carmen Rosario Núñez Herrera

Asesor: Nombre(s) y Apellidos

Rosario Guadalupe Alarcón Alarcón

Presidente de Jurado: Nombre(s) y Apellidos

LUIS ALBERTO CHAN BAZALAR

Miembro de Jurado 1: Nombre(s) y Apellidos,

HERBERT ROBLES MORI

Miembro de Jurado 2: Nombre(s) y Apellidos

Dra. Rosario Guadalupe Alarcón Alarcón
Directora de la Escuela de Posgrado

Declaratoria de originalidad del asesor

Escuela de Posgrado:	Escuela de Posgrado		
Programa Académico:	Doctorado en Psicología		
Dependencia al que pertenece el docente asesor:	Psicología y Humanidades		
Docente asesor que verifica la originalidad:	Carmen Rosario Núñez Herrera		
ORCID:	Cód. ORCID: 0000-0001-9393-3683		
Título del documento:	PERSONALIDAD RESISTENTE, SALUD ESPIRITUAL Y SALUD MENTAL POSITIVA EN PROFESIONALES DE LA SALUD		
Autora(s) del documento:	AIDA CHELITA SANTILLÁN MEJÍA		
Mecanismo utilizado para detección de originalidad:	Software Turnitin		
Nº de trabajo en Turnitin: (10 dígitos)	2440976986		
Porcentaje de <u>similitud</u> detectado:	13%		
Fuentes originales de las similitudes detectadas:	Fuentes de internet =	13%	
	Publicaciones =	0%	
	Trabajos del estudiante =	0%	
(imagen del % similitud y fuentes detectadas)			
<p>PERSONALIDAD RESISTENTE, SALUD ESPIRITUAL Y SALUD MENTAL POSITIVA EN PROFESIONALES DE LA SALUD</p> <hr/> <p>INFORME DE ORIGINALIDAD</p> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> <p>13%</p> <p>INDICE DE SIMILITUD</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>13%</p> <p>FUENTES DE INTERNET</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>%</p> <p>PUBLICACIONES</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>%</p> <p>TRABAJOS DEL ESTUDIANTE</p> </div> </div>			
El docente asesor declara ha revisado el informe de similitud y expresa que el porcentaje señalado cumple con las “Normas Internas de Investigación e Innovación” establecidas por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón.			
Fecha de aplicación en Turnitin:	29 de agosto de 2024		

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue analizar la influencia de la personalidad resistente y la salud espiritual sobre la salud mental positiva en profesionales de salud. La metodología responde a uno de tipo cuantitativo, de nivel explicativo, tipo básico y diseño no experimental. Los participantes fueron un grupo de 242 trabajadores de salud del primer nivel de atención, cuyas edades fluctúan entre 22 y 70 años. Para la medición de las variables del estudio, se utilizó el cuestionario de personalidad resistente creada por Kobasa (1982) en Estados Unidos y adaptada en España por Moreno-Jiménez et al. (2014) con una confiabilidad de 0.85 y 0.86; el cuestionario de salud espiritual, creado por Korniejczuk et al. (2019) en México, con una confiabilidad de .949, .938 y .921; y el instrumento de salud mental positiva de Lluch (1999) en España, con una confiabilidad de 0.80. Los resultados afirman que la personalidad resistente y la salud espiritual logran explicar el 27% y 18% respectivamente la salud mental positiva de estos profesionales. Se llega a la conclusión que la salud espiritual junto con las actitudes de personalidad resistente son un importante factor protector de la salud mental positiva.

Palabras clave: personalidad resistente, salud espiritual, salud mental positiva, profesionales de la salud.

ABSTRACT

The objective of the research was to analyze the influence of resistant personality and spiritual health on professional positive mental health. The methodology responds to a quantitative type, explanatory level, basic type and non-experimental design. The participants were a group of 242 health workers from the first level of care, whose ages are between 22 and 70 years. To measure the study variables was necessary to use the resistant personality questionnaire created by Kobasa (1982) in the United States and adapted in Spain by Moreno-Jiménez et al. (2014) with a reliability of 0.85 and 0.86; the spiritual health questionnaire, created by Korniejczuk et al. (2019) in Mexico, with a reliability of .949, .938 and .921; and Lluch's (1999) positive mental health instrument in Spain, with a reliability of 0.80. The results affirm that the resistant personality and spiritual health manage to explain 27% and 18%, respectively, of the positive professionals mental health. It is concluded that spiritual health and resistant personality attitudes are important protective factors of positive mental health.

Keywords: resilient personality, spiritual health, positive mental health, health professionals.

RECONOCIMIENTOS

A la Universidad Peruana Unión, casa de estudio donde ejerzo la docencia alrededor de 15 años; por la oportunidad que me brinda de perfeccionar mis habilidades en el ejercicio académico y la investigación.

Al Dr. Mario Bulnes y la Dra. Hilda Figueroa, quienes dejaron huella en nuestra formación de estudios doctorales, especialmente en la investigación, y que además de su profesionalismo, son personas con altos valores y principios morales.

A mi asesora, Dra. Rosario Núñez Herrera, por su abnegada labor de asesoría, seguimiento y calidad en la elaboración de esta tesis.

Al Dr. Alfredo Rodríguez, supervisor nacional de los establecimientos de salud de primer nivel, por facilitarme momentos para la aplicación de los instrumentos.

A Jazmín, una gran amiga a quien admiro por su dedicación y exigencia en todo lo que hace, y porque contribuyó en mi aprendizaje especialmente con la búsqueda de información.

Un agradecimiento a los profesionales de la salud, que aun con su tiempo limitado accedieron en desarrollar los cuestionarios de manera individual. Sus respuestas contribuyen en esta investigación.



DEDICATORIA

A Dios, fuente inagotable de sabiduría, porque lo plasmado en esta investigación busca reconocer la dimensión espiritual como un componente vital en la existencia del hombre.
A mi esposo Percy Quispe Choque y mi familia, por ser el motor que guía mi vida.

A los profesionales de la salud en especial a médicos, psicólogos y enfermeros que velan por el bienestar mental de la población y en los últimos años, no han dejado de lado la importancia de la salud espiritual en la recuperación del paciente.

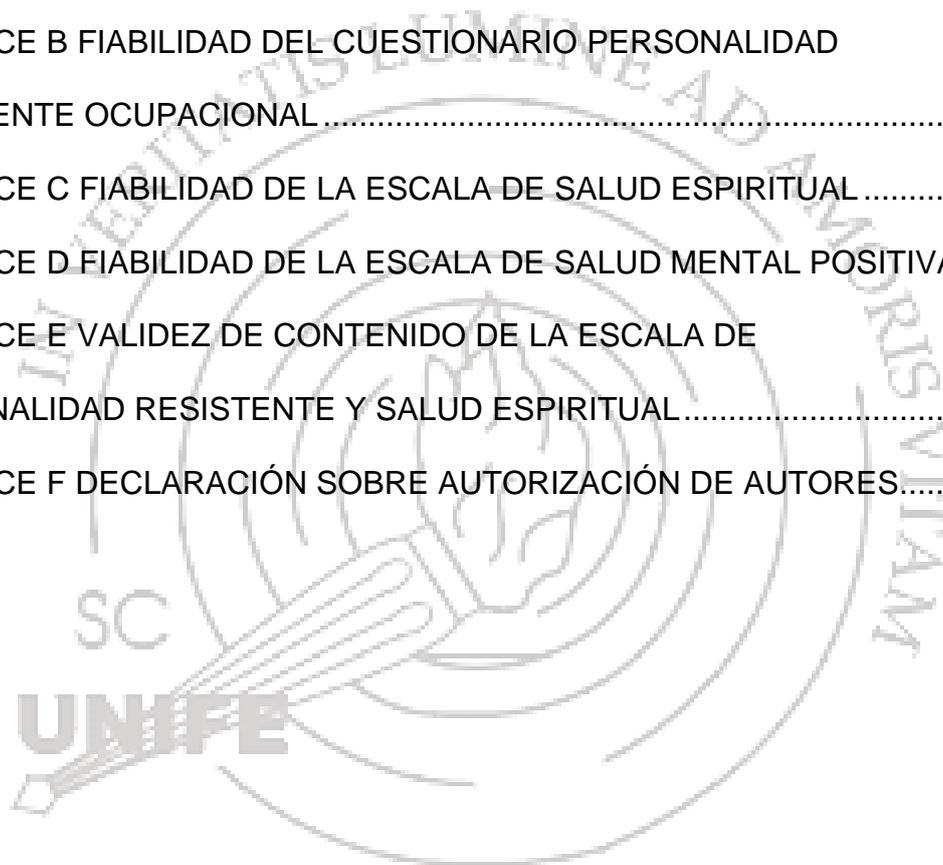


ÍNDICE

	Página
RESUMEN/ ABSTRACT.....	4
RECONOCIMIENTO	5
DEDICATORIA.....	6
INDICE.....	7
LISTA DE TABLAS.....	10
LISTA DE FIGURAS.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1 Planteamiento del problema	15
1.2 Justificación de la investigación.....	18
1.3 Delimitación y limitaciones de la investigación.....	20
1.4 Objetivos de la investigación.....	20
1.4.1 Objetivo general.....	20
1.4.2 Objetivos específicos	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 Antecedentes de la investigación.....	21
2.2 Bases teóricas	25
2.2.1 Personalidad resistente.....	26
2.2.2 Salud espiritual	29
2.2.3 Salud mental positiva	36
2.2.3.1 <i>Conceptualización</i>	37
2.2.3.2 <i>Modelos de salud mental positiva</i>	38

2.3	Definición de términos.....	43
2.4	Hipótesis.....	44
2.4.1	Hipótesis general	44
2.4.2	Hipótesis específicas	44
CAPÍTULO III: MÉTODO		45
3.1	Nivel, tipo y diseño de la investigación.....	45
3.1.1	Nivel de la investigación.....	45
3.1.2	Tipo de investigación	45
3.1.3	Diseño de la investigación	45
3.2	Participantes	46
3.2.1	Población	46
3.2.2	Muestra	46
3.3	Variables de investigación	48
3.3.1	Personalidad resistente.....	48
3.3.2	Salud espiritual	49
3.3.3	Salud mental positiva.....	50
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
3.4.1.	Ficha técnica de instrumentos	52
3.5	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	61
3.6	Consideraciones éticas.....	61
CAPÍTULO IV: RESULTADOS		62
4.1	Análisis descriptivo de las variables.....	62
4.1.1	Análisis descriptivo de personalidad resistente.....	63
4.1.2	Análisis descriptivo de salud espiritual.....	63
4.1.3	Análisis descriptivo de salud mental positiva	64
4.2	Modelo explicativo de la salud mental positiva	64

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	67
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
6.1 Conclusiones	72
6.2 Recomendaciones	73
REFERENCIAS	74
APÉNDICE	91
APÉNDICE A CONSENTIMIENTO DE PARTICIPANTES	92
APÉNDICE B FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO PERSONALIDAD RESISTENTE OCUPACIONAL	93
APÉNDICE C FIABILIDAD DE LA ESCALA DE SALUD ESPIRITUAL	94
APÉNDICE D FIABILIDAD DE LA ESCALA DE SALUD MENTAL POSITIVA ..	95
APÉNDICE E VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE PERSONALIDAD RESISTENTE Y SALUD ESPIRITUAL	96
APÉNDICE F DECLARACIÓN SOBRE AUTORIZACIÓN DE AUTORES	97



LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Modelo multifactorial de salud mental positiva – Lluch	40
2. Características de la muestra en estudio	47
3. Operacionalización de la variable personalidad resistente.....	49
4. Operacionalización de la variable salud espiritual.....	50
5. Operacionalización de la variable salud mental positiva	51
6. Estimaciones de confiabilidad del cuestionario de personalidad resistente en una muestra piloto.....	53
7. Estimaciones de la validación por criterio de jueces del cuestionario de personalidad resistente	54
8. Estimaciones de confiabilidad de cuestionario de salud espiritual en una muestra piloto.....	56
9. Estimaciones de la validación por criterio de jueces de la escala de Salud espiritual	56
10. Estimaciones de la confiabilidad de la escala de salud mental positiva en una muestra piloto.....	60
11. Niveles de personalidad resistente en profesionales de salud de primer nivel de atención	62
12. Niveles de salud espiritual en profesionales de salud del primer nivel de atención.....	64
13. Niveles de salud mental positiva en profesionales de salud del primer nivel de atención	64
14. Resultados del R ² de la regresión y relación de las variables de estudio.....	65



LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Modelo explicativo de la Salud Mental Positiva.....	65



INTRODUCCIÓN

Habitualmente la salud mental positiva ha recibido poca atención en paralelo con la salud mental desde un punto de vista de enfermedad. Sin embargo, en estos tiempos se ha convertido en una preocupación a nivel personal, familiar, institucional y en general para todos los gobiernos de los diferentes Estados.

En cuanto a la relevancia del tema, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) una institución que promueve políticas y programas, señala que la salud mental además de prevenir y tratar los trastornos mentales constituye fomentar el bienestar mental y psicológico de la persona.

La presente investigación contiene seis capítulos, los cuales describimos a continuación.

Dentro del primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación y delimitación de la investigación.

En el capítulo dos se describen las bases teóricas de las variables de estudio, que incluyen definiciones, antecedentes de la investigación y modelos de estudio.

En el tercer capítulo se describe la metodología: nivel, tipo y diseño, así como también la operacionalización de las variables y la caracterización de los participantes de estudio junto a los instrumentos utilizados para la obtención de los resultados.

En el cuarto capítulo se hace un análisis e interpretación de los resultados, considerando los objetivos propuestos.

En el quinto capítulo, se presenta la discusión de los resultados, donde contrastamos los resultados otras investigaciones.

Finalizando, en el apartado seis, se observan las conclusiones que responden a los fines planteados y las recomendaciones sugeridas a futuras investigaciones. Se

ha considerado, una sección de apéndices de documentos que sustentan el trabajo realizado.



CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En esta sección se presenta información sobre las variables del estudio.

1.1 Planteamiento del problema

Hasta hace unos años, el campo de la salud mental ha funcionado desde una orientación pasiva-receptiva, es decir, esperando que los problemas se manifiesten para luego hacer todo lo posible en pos de contener o intervenir en el mal funcionamiento; tal como sucede con problemas recurrentes como la ansiedad (Stafford-Brown y Pakenham, 2012); depresión (Bestard y Larduet, 1998; Jian-An et al., 2009); estrés (Boran et al., 2012); consumo de alcohol (Rodríguez et al., 2001); alteraciones del sueño, burnout (Danet, 2021) entre otros. Este tipo de abordaje, el cual corresponde al llamado modelo médico, aunque puede ser comprensible y con relativa tasa de éxito, no es integral y está condenado al fracaso por sus limitaciones en cuanto al alcance, aplicabilidad y efectividad prolongada a diversos grupos necesitados (Seligman y Csikszentmihalyi, 2001).

Frente a estas limitaciones, diversos investigadores han visto conveniente impulsar una mirada distinta a las dificultades de la salud mental, en este caso, enfocadas en construir salud más que en contraatacar la enfermedad. De esta manera, en los últimos años han surgido nuevas perspectivas teóricas y corrientes de pensamiento como la prevención primaria, mejora del bienestar y últimamente la psicología positiva. Precisamente, en la literatura se puede ver que estas sirven de soporte teórico para el estudio de variables como el bienestar, satisfacción vital, calidad de vida, entre otros, tanto en poblaciones de distintos grupos etarios (Makovski et al., 2019; Wu et al., 2018) como aquellos de contextos vulnerables (Alves-Nogueira et al., 2020; Le, et al., 2019). Sin embargo, es necesario reconocer que aún son

limitadas las investigaciones que incluyen profesionales de la salud, sobre todo en el contexto peruano, país donde existen serias limitaciones (Barría, 2020) que exponen considerablemente la salud mental de sus colaboradores (OPS, 2020).

Aunque el estado peruano parece estar preocupado por la salud mental de la población, impulsando iniciativas como la promulgación del reglamento de ley de la salud mental con el fin de cuidar la salud completa y el bienestar de la gente, la familia y comunidad (El Peruano, 2020); en la práctica, se puede observar que en este país existe aún un déficit en cuanto a manejo y cuidados de alteraciones emocionales en la población en general (Pighi, 2020), más aún, en el grupo de profesionales sanitarios (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019); tal como se ha podido evidenciar en esta pandemia del COVID-19, donde los reportes apuntan al desarrollo exacerbado de indicios de depresión, ansiedad y estrés (Osorio-Martínez et al., 2022), donde, el sistema sanitario y administración de recursos humanos ha demostrado no tener capacidad para contener los efectos de una crisis a pesar de contar con recursos económicos suficientes (Barría, 2020).

Es en este escenario que surge la importancia del estudio del bienestar mental, la cual, desde un ángulo positivo se conceptualiza como un estado de bienestar donde las personas son responsables de sus capacidades, haciendo frente a la vida, laborando productivamente y aportando a la sociedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). En la misma línea, Cohen y Koenig (2004) añaden, que la salud mental es un conjunto de experiencias frecuentes de emociones positivas como la felicidad, la satisfacción y la paz. Por otro lado, Lluch (1999) propone desde una perspectiva positiva que la salud mental tiene que ver con la promoción de cualidades como la satisfacción personal, actitud pro social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y auto actualización y habilidades en las interacciones con otros. En

suma, las personas con una adecuada salud mental se permiten gozar de buenas habilidades sociales, relaciones interpersonales y recursos individuales para hacer frente a las situaciones adversas, entre ellos la capacidad de adaptación, manejo de emociones, actitudes resistentes y estrategias para afrontar el estrés. Estas cualidades son las que, en definitiva, promueven en un individuo y más aún, en un profesional de la salud, primeramente, el bienestar personal y luego desempeñar sus funciones de forma equilibrada e integral.

Otro factor relacionado a la salud mental desde una posición positiva y que tiene relevancia en los últimos 10 años, es la dimensión espiritual en el ser humano. La OMS (1984) se refiere a ella a través del concepto de salud espiritual, afirmando que es una de las cuatro dimensiones de la salud humana, junto con las dimensiones física, social y mental.

En cuanto a estudios realizados sobre los efectos de las prácticas religiosas y espirituales en la salud mental del personal sanitario e indirectamente en los pacientes que atienden; varios estudios dan cuenta de la influencia que tienen la espiritualidad en el manejo del estrés, la ansiedad y depresión de estos profesionales (Shechter, et al., 2020); así también sus efectos en las prácticas sanitarias con sus pacientes. Por ejemplo, en un estudio se evidenció que los médicos no religiosos tienen tres veces más probabilidades de administrar medicamentos letales con la intención de poner fin a la vida de un paciente (Bilsen et al., 2004). Asimismo, Thoresen (1999) destacó que a la mayoría de los pacientes les parece importante la espiritualidad y que desean que sus terapeutas consideren y aborden sus necesidades espirituales. Sin embargo, Hill et al. (2000) aunque consideran la importante relación entre la espiritualidad y el estado de salud mental, creen que una posible razón para pasar por alto la importancia

de la espiritualidad en la práctica de la salud mental es que un grupo de profesionales de la salud tienden a ser menos espirituales.

En este marco, es importante señalar que si bien los gobiernos se preocupan por la salud mental de la comunidad sana o no sana; es importante que los profesionales de la salud que atienden a estas comunidades gocen de buena salud mental.

La presente investigación tiene como propósito analizar la influencia que tiene la personalidad resistente y la salud espiritual en la salud mental positiva de los profesionales de la salud que laboran en establecimientos de primer nivel de atención en el Perú.

1.2 Justificación de la investigación

La presente investigación se realizó considerando que el trabajo de los profesionales de la salud implica responsabilidad y un desafío mayor al tener que afrontar situaciones y momentos de gran contenido y carga emocional (Lazo-Gonzales et al., 2016). Cada paciente necesita, además de la capacidad técnica, una actitud proactiva y serena de parte del profesional de salud, tomando en cuenta que su servicio se extiende en el contacto con los familiares del paciente. Al respecto, las investigaciones en población sanitaria en su mayoría se han realizado desde una perspectiva patológica y mayormente en aquellos que reciben atención médica y por el contrario menos investigaciones centradas en el bienestar (Lazo-Gonzales et al., 2016)

A nivel teórico, la presente investigación fue importante porque permitió desarrollar y ampliar el constructo de salud mental desde una perspectiva no patológica, es decir positiva, tomando en cuenta que todo profesional de la salud es un portador del bienestar mental y esta cualidad tiene efectos significativos a corto y

mediano plazo para sí mismo y en la relación médico – paciente. Por otro lado, esta investigación buscó analizar el constructo de salud espiritual y su importancia en el desarrollo de una adecuada salud mental. Aunque la variable espiritualidad ha sido bastante observada por la ciencia y en especial la psicología, esta investigación clarifica que la salud espiritual forma parte de unas de las dimensiones del ser humano, además de la mental, física y social.

En relación al constructo de personalidad resistente una propuesta posmoderna desde la perspectiva existencialista permite ampliar el marco teórico y su relación con el bienestar mental.

A nivel metodológico, uno de los mayores aportes en este estudio es la adaptación de los instrumentos de personalidad resistente y salud espiritual en el contexto de profesionales de la salud del Perú. Asimismo, los resultados van a favorecer la validez del constructo de salud espiritual en el mundo científico.

A nivel práctico, la presente investigación contribuye a las exigencias de diseñar planes de prevención y promoción para el cuidado y fortalecimiento de la salud mental positiva y la personalidad resistente en profesionales de la salud. Asimismo, la aceptación de la dimensión espiritual en la vida del ser humano permitirá al profesional de la salud incluirla en su vida personal y empatizar con sus pacientes en el proceso de recuperación.

Finalmente, en la actualidad el mundo está permanentemente expuesto a situaciones de emergencia y desastres donde la participación de los profesionales de la salud es vital para minimizar los daños en la población. Por tanto, en esta investigación se pretendió evidenciar la importancia de contar con profesionales de la salud cuyos recursos personales como una personalidad resistente, una adecuada

salud mental y espiritual se convierten en herramientas básicas para hacer frente a situaciones adversas, así como su desempeño eficaz.

1.3 Delimitación y limitaciones de la investigación

El presente estudio ha sido realizado en profesionales de la salud del sector público del primer nivel de atención, abarcando la ciudad Lima, Trujillo, Cuzco, Arequipa, Cajamarca, Puerto Maldonado y Huaraz. Se realizó entre los meses de mayo del 2019 a enero del 2020 con la autorización y permisos de los entes respectivos.

En cuanto a las limitaciones, por considerarse este estudio innovador, no se encontró estudios nacionales en profesionales de la salud que articuladas las tres variables (personalidad resistente, salud espiritual y salud mental positiva). Asimismo, el acceso a la muestra fue otra limitación, pues tratándose de la naturaleza del trabajo de los profesionales de la salud, tienen una particularidad en sus horarios, rotaciones y sistema de trabajo.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar la influencia de la personalidad resistente y la salud espiritual en la salud mental positiva de profesionales de la salud.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir la personalidad resistente, la salud espiritual y la salud mental positiva en profesionales de la salud.
- Determinar la influencia de la personalidad resistente sobre la salud mental positiva en profesionales de la salud.
- Determinar la influencia de la salud espiritual sobre la salud mental positiva en profesionales de la salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Seguidamente, se presenta el análisis de la revisión teórica de las variables de estudio, teniendo en cuenta los antecedentes, las definiciones, modelos teóricos y las hipótesis del estudio.

2.1 Antecedentes de la investigación

Hosseini et al. (2022) en Irán, investigaron sobre la relación de los componentes de personalidad resistente con la salud general, la salud espiritual y el agotamiento en el personal de la Universidad de Ciencias Médicas de Baqiyatallah, el tipo de estudio fue transversal utilizando un muestreo aleatorio simple. Utilizaron cuatro instrumentos: Salud General, Maslach Burnout; Bienestar Espiritual y Resistencia de Kobasa. Los resultados del análisis de causa – efecto encontraron que la resistencia tiene una relación significativa con la salud general (-0.525 , $P < 0.001$), salud espiritual (0.555 , $P < 0,001$) y burnout ($-0,523$, $P < 0,001$). Se concluye que la salud espiritual aumenta a medida que aumenta la personalidad resistente; por lo tanto, los síntomas de enfermedad y agotamiento disminuyen a medida que aumentan la personalidad resistente.

Bartone, et al. (2022) en Canadá, examinaron como la personalidad resistente y la edad son posibles factores de protección contra los efectos del estrés relacionado con la COVID en la salud mental. El análisis de PROCESO condicional mostró que los factores estresantes de COVID llevaron a aumentos significativos en la ansiedad y la depresión. La Personalidad resistente moderó estas relaciones, y aquellos con alta PR mostraron menos ansiedad y depresión. Los grupos de mayor edad parecen más vulnerables a las crecientes tasas de síntomas de depresión relacionados con el estrés de COVID. Por lo tanto, los médicos y profesionales deben estar especialmente

atentos a los aumentos de depresión relacionados con COVID entre las personas mayores y aquellas con baja resistencia psicológica.

Baldassini et al. (2022) en Italia, investigaron sobre factores promotores y de riesgo de los niveles de resistencia de las enfermeras durante la pandemia de COVID-19; Objetivo: Pocos estudios en la literatura abordan específicamente la resistencia de las enfermeras durante la pandemia de COVID-19. Participaron un total de 1250 enfermeras; y el estudio fue descriptivo y exploratorio. El análisis multivariante mostró que los altos niveles de ansiedad eran factores de riesgo para reducir la resistencia. En cambio, la ansiedad, cuando se asoció a una mayor antigüedad en el servicio, es un factor promotor del aumento de la rusticidad.

Vagni et al. (2022) en Italia, buscaron examinar el estrés y el agotamiento en trabajadores de la salud y personal de respuesta a emergencias durante la tercera ola de COVID, y la personalidad resistente con las estrategias de afrontamiento positivo como factores protectores contra los efectos nocivos del estrés. La muestra estuvo conformada por 220 trabajadores de la salud; 121 trabajadores de respuesta a emergencias (bomberos, protección civil, personal de ambulancias; 328, trabajadores cruzados y un grupo de comparación de 400 de la población en general. Los resultados mostraron que el mayor impacto en el Burnout se observó entre los trabajadores de la salud, especialmente en el Agotamiento Emocional y la Despersonalización. Los resultados de regresión múltiple mostraron que la personalidad resistente opera como un moderador de los efectos del estrés de emergencia en los aspectos de agotamiento emocional y despersonalización. Se sugiere que los trabajadores de la salud se capaciten en temas de resistencia.

Coppola et.al (2021) en Italia, en una muestra de 1250 adultos en el contexto de la pandemia de COVID-19, investigaron sobre el papel de la espiritualidad y la

religiosidad en la reacción psicológica en esta difícil situación. Entre los principales resultados emergió que los participantes percibieron niveles más bajos de bienestar espiritual y salud mental que la situación previa a la pandemia; al mismo tiempo los resultados evidenciaron que la espiritualidad y las prácticas religiosas son un factor protector relacionado con la salud psicológica y mental.

Lucchetti et al. (2020) en Brasil, estudiaron la espiritualidad/religiosidad, aislamiento social por COVID-19 y sus consecuencias en la salud mental. Entre los participantes se incluyeron un total de 485 adultos. Entre los resultados más importantes se resalta que un alto uso de creencias religiosas y espirituales se asocia con mejores resultados de salud mental, es decir se evidencian menores niveles de preocupación con mayor actividad religiosa, asimismo, menores niveles de tristeza con un mayor crecimiento espiritual. Finalmente, la esperanza está asociada con ambas variables espirituales y religiosidad; ambas variables tienen un papel importante en el alivio del sufrimiento, por tanto, se requiere la capacitación de profesionales de la salud para abordar estas dificultades.

Bosco-Ruggiero (2020) estudió la relación entre las creencias y conductas espirituales/religiosas y la salud mental de los estadounidenses. Este estudio utilizó los datos de la encuesta social general (GSS) de 2016. La salud mental se midió con una escala de depresión y escala de felicidad general. Los resultados muestran que una asistencia más frecuente al servicio religioso fue el predictor más consistente de una mejor salud mental y bienestar. Los hallazgos son consistentes con los de estudios previos que utilizan datos GSS, que mostraron asociaciones entre las creencias y conductas religiosas/espirituales de los estadounidenses, especialmente la asistencia al servicio y la salud mental.

Silva-Junior et al. (2020) en Brasil, estudiaron en un grupo de 469 profesionales de la salud, los factores asociados a la personalidad resistente. Se realizó el análisis del modelo múltiple mediante regresión logística múltiple. Entre los resultados más importantes encontramos que los profesionales que estaban laborando, no estaban de licencia y tenían una alta satisfacción con la compasión en el trabajo, poco estrés y bajo agotamiento, tenían más probabilidades de mostrar una gran resistencia. Se concluye que la personalidad resistente, directa e indirectamente, influye en la salud y el bienestar de los profesionales de la salud que atienden a pacientes críticos.

Prazeres et al. (2020) en Portugal, investigaron en el contexto de la pandemia por COVID-19, el papel del afrontamiento espiritual-religioso con respecto al miedo y la ansiedad en 222 trabajadores de la salud. La religiosidad no fue un factor significativo para la ansiedad y el miedo. Se concluye que los participantes con niveles más altos en la dimensión de esperanza/optimismo de la Escala de Espiritualidad mostraron menos ansiedad. Asimismo, los niveles de angustia de los trabajadores sanitarios deben identificarse y reducirse para que su trabajo no se vea afectado.

Suryavanshi et al. (2020) en India investigaron sobre la salud mental (ansiedad y depresión) y calidad de vida en profesionales de la salud en el contexto de pandemia por COVID-2019. Entre los resultados más importantes encontramos que una gran proporción informó síntomas de depresión (47%), y ansiedad (50%). La depresión y la ansiedad de moderadas a graves se asociaron de forma independiente con un mayor riesgo de baja calidad de vida. Se concluye que existe relación entre una alta prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad y una baja calidad de vida entre los profesionales de la salud.

Figuroa et al. (2006) este estudio examinó la espiritualidad en el contexto cultural de los afroamericanos y cómo se relaciona con sus comportamientos de

búsqueda de atención médica. Para tales fines se utilizaron 3 grupos focales para la recolección de datos. La muestra estuvo integrada por hombres afroamericanos (n = 12, 35%) y mujeres (n = 22, 65%). Cada grupo focal estuvo conformado entre 11 y 12 participantes lo que supone un total de 34, a partir de los 10 y hasta los 80 años de edad. Se utilizó una guía de entrevista semi-estructurada diseñada para facilitar las percepciones generales de los sujetos sobre la espiritualidad, la salud y las conductas de búsqueda de atención médica. Los datos de los grupos focales se transcribieron y analizaron mediante la selección de frases que ejemplifican temas comunes. Los hallazgos indicaron que la espiritualidad tuvo una influencia en la salud y en los comportamientos de búsqueda de atención médica en los afroamericanos. Se llegó a la conclusión de que la espiritualidad debería ser un enfoque para los profesionales de la salud al brindar atención integral a los afroamericanos.

2.2 Bases teóricas

La personalidad resistente es un constructo propuesto por la psicología existencial, como una alternativa al enfoque que sostiene que los rasgos de personalidad se mantienen en el tiempo una vez formados. Autores como Selye, (1956); Lazarus (1966); Allport (1955); consideran que el ser humano es único, tiene sus propias particularidades lo que constituye su personalidad y la percepción que éste tiene sobre el estrés cumple una función importante en su salud física y mental. Este modelo propone que el ser humano es el actor principal y cumple un rol activo en el desarrollo de su personalidad, es decir en las manos del ser humano se encuentra la posibilidad de formar y desarrollar su personalidad (Mishel, 1968 citado por Peñacoba y Moreno, 1998). Por otro lado, el enfoque hace referencia a la presencia del estrés en la vida de una persona, y que gracias a su personalidad puede mirar las situaciones de tensión como oportunidades en vez de amenazas para su

vida. La psicología positiva es un enfoque más reciente que apoya y está interesado por seguir explorando acerca de este tipo de personalidad (Arias et al., 2020).

2.2.1 Personalidad resistente

2.2.1.1 Conceptualización de la personalidad resistente

Kobasa (1979) introdujo por primera vez la palabra personalidad resistente (*hardines o hady personality*) a modo de recurso personal frente a los efectos de eventos estresantes en la salud, amortiguando el estrés laboral. Este recurso personal explicaría por qué algunas personas tienen problemas de salud física y emocional en circunstancias de estrés, en tanto que otras se mantienen bien en ese mismo contexto, llegando a la conclusión de que la personalidad constituye un recurso de resistencia y protección de la salud física y mental. Desde entonces el constructo ha tomado mayor relevancia por clarificar su contenido, valoración y posibles efectos (Kobasa et al., 1982).

Por otro lado, Peñacoba y Moreno (1998) citando a Kobasa y Maddi, observaron limitaciones en los estudios que realizaron Holmes y Rade acerca de la relación entre los sucesos vitales, enfermedad con el estrés. Las limitaciones que encontraron fueron que dichos autores no consideraron la capacidad dinámica y activa del individuo para enfrentar circunstancias, lo cual es diferente a la postura de Kobasa y Madi quienes argumentan que el individuo sí ejerce un papel activo para hacer frente a situaciones adversas.

En este trabajo se toma la definición de personalidad resistente como “la actitud de una persona ante su lugar en el mundo que expresa simultáneamente su compromiso, control y disposición a responder ante los retos” (Kobasa, 1979, p. 2; Kobasa et al., 1982, p. 29” en otras palabras y añadiendo al modelo propuesto por Kobasa (1979) y más recientemente por Maddi (2006), se puede considerar a

la personalidad resistente, como un proceso de valoración cognitiva, una visión positiva de la vida y una línea de acción multifacética, entendiendo esta como una forma distinta de entender las relaciones de uno con los demás, con las propias metas y con los problemas (Garrosa et al., 2011)

2.2.1.2 Componentes de la personalidad resistente

Componente compromiso

Es la dedicación que un individuo lleva consigo mismo, con la familia, el trabajo y la comunidad, lo que hace que sus actividades se tornen interesantes (Kobasa y Maddi, citados por Godoy-Izquierdo y Godoy, 2002). Según Maddi (como se citó en Peñacoba y Moreno, 1998) este componente logra modificar las adversidades en propósito personal positivo, este no incluye tan solo tener una capacidad resistente que lo proteja de su alrededor, sino que aún en medio de ella, es capaz de cooperar y servir a otros el cual se convierte en una fuente muy importante.

Componente control

Kobasa y Maddi, como se citó en Godoy-Izquierdo y Godoy (2002) describen a la dimensión control como la actitud de pensar y actuar con confianza y seguridad a pesar de estar en situaciones de estrés, tomando una postura activa basado en sus conocimientos, habilidades y elecciones.

Cabe resaltar que, al hablar de control, este se centra al autocontrol, no al control de las personas de su alrededor o de las cosas de su alrededor (Peñacoba y Moreno, 1998). Esta presenta tres aspectos:

- Control cognitivo el cual está relacionado con minimizar efectos negativos de circunstancias estresantes gracias a que el individuo las procesa, interpreta e incorpora dentro de su plan de vida.

- Control decisional es cual se refiere a la capacidad de decidir con rapidez frente a muchas posibilidades.
- Sentimiento de control se refiere al incremento de la resistencia al estrés en base a las experiencias ya vividas, habiendo ya tomado conciencia de es una consecuencia de las situaciones que se viven a diario. (Kobasa y Maddi, citados por Godoy-Izquierdo y Godoy, 2002).

Componente desafío

Moreno-Jiménez et al. (2000) afirman que la dimensión desafío es la capacidad de respuesta que tiene una persona frente a las amenazas y situaciones de estrés. Es decir, afrontar las situaciones en vez de evadirlas y huir de ellas. Para estos autores, las situaciones que suponen un desafío en la vida son oportunidades para el aprendizaje, el crecimiento, el desarrollo de nuevas habilidades en la persona. Las personas con este rasgo, esperan con actitud positiva las situaciones no solo desafiantes sino amenazantes, preparándose con un plan definido y acciones para enfrentarse con éxito a estas experiencias (Kobasa y Maddi, como se citó en Godoy-Izquierdo y Godoy, 2002). Para poder realizar todo esto, Moreno-Jiménez et al. (2005) al interpretar a Kobasa refieren que el ser "*Flexible cognitivamente*", es lo que ayuda a una persona a responder a situaciones estresantes desde lo positivo.

En cuanto a la formación y desarrollo de la personalidad resistente, para Maddi, como se citó en Peñacoba y Moreno (1998) esta involucra el aprendizaje temprano de actitudes cuyos progenitores serían los que influyen directamente en los hijos. En otras palabras, los padres son modelos de conductas resistentes en los hijos especialmente en la infancia y la niñez. padres. Respaldo esta idea White (1957) y Sadurni et al. (2008) señalan que la labor de los padres debe comenzar en

la infancia con el fin de que pueda transmitir las experiencias y, por ende, las impresiones correctas en su personalidad antes de que el entorno influya. Por ejemplo una forma de desarrollar la actitud de compromiso en la infancia, para Maddi y Kobasa, como se citó en Peñacoba y Moreno (1998) es brindar confianza, seguridad y aprobación cuando los hijos muestren interés en realizar alguna tarea que implique un desafío, al mismo tiempo que se enseña sobre las situaciones externas que pueden surgir en el camino y es necesario enfrentarlos. Todo este proceso es modelado por los padres sin necesidad de recurrir al autoritarismo.

Asimismo, Peñacoba y Moreno (1998), citando a Kobasa y Maddi afirman que, para estimular la actitud de control, es necesario promover en el niño actividades simples y complejas según la edad, de tal forma que permitan al niño tener el control y manejo sobre sus acciones. Cuando las actividades son simples o demasiado fáciles para su edad, los padres actúan sobreprotegiendo, en cambio cuando los padres dan a sus hijos actividades demasiado complejas y difíciles se está desarrollando demasiada competitividad. Ninguna de estas posiciones ayuda a desarrollar el potencial de un niño y no permiten que el niño desarrolle al máximo sus capacidades,

2.2.2 Salud espiritual

Antes de comprender el término salud espiritual, es importante identificar los conceptos asociados como espiritualidad y religiosidad. En este apartado se presentan datos informativos a nivel mundial y de Perú sobre la espiritualidad/religiosidad; seguidamente definimos los términos espiritualidad, religiosidad y salud espiritual. Se revisan dos modelos sobre la salud espiritual y finalmente estudios que indican la relación entre salud espiritual y sus efectos en la salud mental desde una perspectiva positiva.

En la actualidad, entender la complejidad del ser humano por supuesto incluye la dimensión espiritual (Rivera, 2007). Al respecto, es evidente que, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, el 90% de la población mundial participa de alguna forma de práctica religiosa o espiritual; solo en 8 de 238 países hay poblaciones donde más del 25% dice no ser religioso, y esos son países donde el estado ha puesto limitaciones sobre la libertad religiosa, El ateísmo es realmente raro en todo el mundo; solo en 12 de 238 países los ateos representan el 5% o más de la población (Koenig, 2009).

En el Perú, según el último censo poblacional realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2020) afirma que el 95% de peruanos realizan algún tipo de práctica religiosa o espiritual y el 5% refieren no pertenecer ni participar de ninguna religión, lo que no indica que necesariamente sean ateos. Si bien existe un 95% de población religiosa o espiritual no todas necesariamente participan de actividades religiosas, pero si realizan alguna practica que los conecta con un ser superior. Siguiendo esta misma línea de pensamiento, podemos mencionar que el 5% que se dice llamar ateo, también poseen una dimensión espiritual, que no está conectada con la creencia en Dios o ser superior, pero que buscan un sentido de trascendencia y significado para sus vidas, y de esta forma se preocupan por su salud espiritual, con esta postura podemos afirmar que es posible hablar de espiritualidad, aun en aquellos que no creen en Dios (Koenig, 2009; Salgado, 2014; Jiménez, 2005; Beca, 2008).

Turner (2015) recogió la opinión de 60 investigadores y científicos renombrados donde se llegó a la conclusión de que la religión y la espiritualidad compartían un “núcleo sagrado” que significa la búsqueda de un ser divino o realidad ultima, o verdad ultima. Añade Koenig (2005) que ambas comparten sentimientos, pensamientos,

experiencias y comportamientos con el propósito de una búsqueda de lo sagrado. Sin embargo, para Hsiao et al. (2013) aunque ambos términos comparten aspectos similares existen diferencias entre estos dos conceptos.

Al respecto, Sheldrake (2007) profesor de la Universidad de Durham en Inglaterra encontró que las raíces de la palabra espiritualidad proviene y se origina del latín “espiritualis”, que deriva del griego pnemakitos y aparece en las cartas de pablo en el nuevo testamento. Este término se mantuvo en uso constante en occidente hasta el siglo XII. Posteriormente y bajo la influencia de la “nueva teología” influenciada por la filosofía griega se usaba la palabra espiritual para diferenciar a la humanidad inteligente de la creación no racional, sin embargo y desde la perspectiva paulina el sentido espiritual siguió utilizándose en los escritos del siglo XIII de un teólogo Santo Tomás de Aquino asociando el término con mayor énfasis al “clero”. Posteriormente se utilizó el sustantivo vida espiritual en el siglo XVII en Francia, desapareciendo de los círculos teológicos hasta finales del siglo XIX y principios del XX, que volvió a aparecer en francés en referencia a vida espiritual, pasando a las traducciones en inglés donde se sugiere que la espiritualidad, se refiere “a los valores y significados más profundos con los que la gente busca vivir” los cuales le ayudaran a desarrollar su máximo potencial; en otras palabras, tiene que ver con la forma en que nuestros valores, nuestro estilo de vida y las prácticas espirituales, reflejan la comprensión de Dios, la identidad humana, y el mundo material como entes de transformación personal.

Teniendo en cuenta la información hasta aquí presentada, podemos señalar que el termino espiritualidad tiene dos connotaciones: una perspectiva religiosa y una perspectiva secular (Turner, 2015). La primera que es planteada desde una perspectiva religiosa hace énfasis a un conjunto de creencias, ejercicios, ritos y

símbolos que nos acercan a lo sagrado; y la segunda, que se propone desde una perspectiva no religiosa o secular aplica a personas que pueden o no pertenecer a una religión y que integra aspectos como la fuerza interior, búsqueda de sentido de la vida, trascendencia, es decir el deseo del individuo de encontrar significado y valor a la vida (Bregman, 2006; Emblen, 1992; Ferrer, 2001; Gotterer, 2001; Hyman y Handal, 2006; Koenig, 2005; Tanyi, 2002).

En cuanto a incorporación de la dimensión espiritual en el ámbito de la salud, la organización mundial de la salud (OMS, 1984) se refiere a ella a través del concepto de salud espiritual, afirmando que es una de las cuatro dimensiones de la salud humana, junto con las dimensiones física, social y mental (Korniejczuk et al., 2019). Actualmente, existen varias definiciones aceptadas para los componentes físicos, mentales, emocionales y sociales de salud, pero relativamente poco relacionado con la dimensión de salud espiritual (Bensley, 2013). Aun así, Eberst (1984) sugiere que la dimensión espiritual tal vez sea la vía en la que las dimensiones física, mental, emocional y social interactúan entre sí. Esta idea está apoyada por Poehler (1982) al referirse a la dimensión espiritual como un difusor y coordinador de las otras dimensiones de salud.

Es importante señalar que, si bien en la actualidad la definición de salud según la OMS es el estado de bienestar social, mental y físico, y no incluye la dimensión espiritual, su importancia es reconocida por 22 países en el mundo, y aceptada por la OMS mediante una resolución en el año 1984 para ser incluida como una estrategia de salud para todos, como un factor clave en el desarrollo integral de la persona.

En cuanto a los atributos de la salud espiritual, la trascendencia es una característica destacada (Albaugh, 2003; Banks-Wallace y Parks, 2004; Barker y Floersch, 2010). Ellison (1983) consideró la trascendencia como una sensación de

bienestar que una persona experimenta al encontrar significado y propósito en la vida. Wright (2004) resalta el sentido de asombro sobre los misterios de la naturaleza, preguntas sobre el Creador y la posibilidad de la vida después de la muerte. La trascendencia también se refiere a la capacidad de ver más allá de los límites del yo, el entorno y las limitaciones actuales (Weathers et al., 2016). Trascendencia, es conexión con un poder sobrenatural, ha sido formulado como creencia o fe y parece que está íntimamente relacionado con la religión (Vachon et al., 2009). Así también, la trascendencia, más allá del contexto actual, ayuda a las personas a darse cuenta más allá de las preocupaciones personales e ir más allá del ámbito del material (Frankl, 1969; May, 1981; Yalom, 1982). Los seres humanos tienden inherentemente a ir más allá de los intereses personales, y a ser conscientes de la fuente del infinito. (Haase et al., 1992).

Los autores también reconocen la salud espiritual como respuesta a preguntas sobre el significado de la vida o sentido de la vida (Barker y Floersch, 2010; Bensley, 1991 y Benzein et al., 1998; Buck y Meghani, 2012; Rich y Cinamon, 2007; Sessanna et al., 2007; Tanyi, 2002). definieron la salud espiritual como una necesidad personal de encontrar respuestas a preguntas sobre el objetivo final de la vida, la enfermedad y la muerte. La determinación y la significación afectan las actitudes y los comportamientos (Coyle, 2002).

Otro atributo de la salud espiritual y que resulta significativo, es tener comunicación con uno mismo, como parte de la experiencia espiritual que proporciona la sensación de no estar solo (Vachon et al., 2009); Así también, las interconexiones armoniosas que cada día tenemos con los demás que genera un sentido de comunidad, compasión, compartir y ayudar a los demás; Además, una conexión con la naturaleza y el medio ambiente (Chiu et al., 2000; Sherman, 1996; Taylor et al.,

1995); asimismo, y no menos importante, la conexión entre la persona y Dios, el universo, un poder superior, o los valores últimos teniendo una actitud de asombro, santidad y reverencia (Chiu et al., 2004).

La multidimensionalidad es otro atributo de la salud espiritual, es decir los investigadores los plantean como dimensiones horizontales y verticales Ellison (1983), Riley et al. (1998) y Stoll y Stoll (1989); en cuanto a las dimensiones verticales serían la aceptación con la vida en relación con Dios, con uno mismo, la sociedad y el entorno o como dimensiones centradas mayormente en la persona (horizontal) a nivel cognitivo, emocional y conductual Anandarajah y Hight (2001).

En la presente investigación se tomará en cuenta la definición de salud espiritual propuesta por Korniejczuk et al. (2019) quienes refieren que la salud espiritual es un “estado de bienestar del ser humano en armonía con aquello que considere sagrado o superior a él, consigo mismo, con sus semejantes y con la naturaleza” (p.570).

En cuanto a los efectos de espiritualidad en la salud mental Koenig (2012) ha realizado revisiones sistemáticas en el campo de la espiritualidad/religión y salud mental y física, encontrando más de 2100 publicaciones, en donde el 80% incluyo estudios en salud mental.

En efecto, la espiritualidad es uno de los principales factores asociados con los buenos resultados de salud, mejorando los comportamientos saludables (Hsiao et al., 2010). Ayuda a neutralizar las emociones negativas e influye en emociones positivas que forman parte de la salud mental, como el bienestar, la esperanza, el optimismo, mejor autoestima y una sensación de control sobre la vida, altruismo, bondad, compasión, perdón, gratitud (Koenig, 2012); autoestima (Ellison, 1993); así también tiene un efecto positivo en la calidad de vida (Powell et al., 2003; Bonelli et al., 2012;

Stanley et al., 2011; Wiggins et al., 2008). La salud espiritual no solo afecta la calidad de vida de una persona, sino también la capacidad de disfrutar de la vida, incluso cuando se trata de situaciones difíciles, como manejar mejor los síntomas del dolor o la fatiga (Brady et al., 1999). Además, a medida que las actitudes espirituales determinan la forma en que las personas se acercan, ven y comprenden la muerte, la salud espiritual brinda esperanza a aquellos para quienes la muerte es inminente (McClain et al., 2003).

En cuanto al significado y el propósito en la vida fomentan los comportamientos positivos para la salud al creando un estado mental positivo (Coyle, 2002). Park (2007) lo corrobora, al señalar que la espiritualidad podría afectar la salud psicológica, puesto que la espiritualidad constituye una parte central de los sistemas de significado e influye en las creencias, metas de vida y sentido de vida.

Además, la salud espiritual puede ayudarnos a mejorar los comportamientos de diversos problemas como los miedos, la ira y la frustración; la prevención de trastornos mentales (Cohen y Koenig 2004); así como alcanzar un mayor bienestar, fortaleza y esperanza, que brindan mayor satisfacción con la vida, aumentan la autoestima, y mecanismos de acción psicofisiológicos y psiconeuroinmunológicos los cuales favorecen la salud mental (Granjard et al., 2021).

2.2.2.1 Modelos teóricos que explican la salud espiritual

Modelo de salud espiritual según la teoría del apego

Evans y Kaufman (1981) basados en la teoría del apego, proponen a Dios como una figura de apego y viceversa que los seres humanos ven a Dios como un ser que cuida y vela por sus necesidades en la vida cotidiana. Este modelo concluye que a medida que una persona se relaciona con Dios o ser superior, constituye un factor protector en su vida personal al afrontar situaciones estresantes, y en consecuencia

experimentar mayor de alegría, bienestar, relaciones interpersonales adecuadas; así como niveles inferiores de estrés y sentimientos de soledad (Pargament et.al, 2004; Matón, 1989).

Modelo de salud espiritualidad según la Teoría de la Mente

Barrett (2004) refiere desde la perspectiva cognitiva que la creencia en Dios se basa en creencias son reflexivas y obedece a un proceso cognitivo la cual se apoya en la teoría de la mente la cual es una importante herramienta mental; sostiene además que la creencia/fe en Dios funciona de forma automática.

La “teoría-de mente” es utilizada para explicar y comprender como funcionan las creencias, deseos e intenciones de los otros como las de uno mismo (Premack y Woodruff, 1978). Por ejemplo, decir “el perro adivinó tu intención”, “mira esa planta que alegría proyecta”, “es un huracán furioso”; es decir atribuirle a una cosa o animal intención como si tuvieran estados mentales. Estas formas de pensar sin duda se procesan en determinadas zonas cerebrales (Mitchell et al., 2006).

La teoría de mente también explica que las estructuras mentales generan un sesgo y provocan en el ser humano la capacidad de generar inferencias, ya que en circunstancias atribuimos poderes a agentes intencionales invisibles; Por ejemplo, en la noche al escuchar un ruido fuerte lo que primero viene a nuestra mente es saber quién lo provocó. Esto constituye el fundamento de las herramientas mentales donde se forma la idea de dios o dioses, lo que aumenta la posibilidad de que se consoliden las creencias acerca de Dios de una forma estable (Attran, 2006; Barrett, 2004).

2.2.3 Salud mental positiva

2.2.3.1 Conceptualización

El concepto de salud mental desde una visión positiva, lo introduce Johada en una declaración de la Organización Mundial de la Salud en 1947 el cual señala que,

“salud es un estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948, p.1). El contexto que permitió esta mirada positiva surge después de la Segunda Guerra Mundial a razón de la institucionalización del concepto de calidad de vida, el cual llega a constituir una tentativa para los investigadores de ese tiempo de saber si las personas vivían bien.

En el siglo XXI, investigadores como Muñoz et al. (2016) realizaron una revisión sistemática sobre el concepto de salud mental positiva, encontrando 51 estudios sobre el tema, de los cuales el 84% fueron realizados entre los años 2000 y 2014. Entre las principales conclusiones, señalan que la salud mental positiva no debe interpretarse como la contraparte de una enfermedad mental, ausencia de enfermedad o la suma de características positivas; por otro lado, se requiere de modelos de salud mental positiva enfocados en la promoción de la salud.

En cuanto a un planteamiento en la definición de salud mental desde una visión positiva, la Organización Mundial de la Salud (2001, p1) da cuenta que el término salud mental es complejo de definir puesto que cada cultura abarca diversos conceptos, como bienestar subjetivo, autonomía, competencia, autorrealización, capacidades personales, entre otras. Por tanto, desde una perspectiva transcultural es complicado tener una definición profunda de salud mental, sin embargo, comparte una aproximación de la definición desde una mirada positiva como es una posición de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias aptitudes, puedes manejar las presiones y aportar a la sociedad. (OMS, 2001, p1).

En consecuencia, la buena salud mental permite que las personas materialicen todo su potencial, superen las situaciones cotidianas normales de la vida (OMS,2013). Esto resalta la importancia de la toma de consciencia del individuo sobre su responsabilidad en relación a sí misma y su entorno para obtener calidad de vida y

bienestar generando valor más allá de las circunstancias y las personas que le rodean (Sanromà-Ortiz, 2016).

Uno de los más influyentes psicólogos del siglo XIX, Martín Seligman, logra que la comunidad científica reconozca lo que surgiría como "psicología positiva" modelo cuyo principal objetivo es el estudio de las cualidades humanas positivas, comprender cómo alentar a las personas, las familias y las comunidades, no solo a soportar y sobrevivir, sino también a florecer.

En la presente investigación se tomará en cuenta el planteamiento propuesto por Lluch (1999), quien señala que la salud mental positiva es un conjunto de factores psicosociales como la satisfacción personal, actitud pro social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y auto actualización y las habilidades de relación interpersonal, que al interactuar promueve el desarrollo y bienestar humano (Lluch, 1999).

2.2.3.2 Modelos de salud mental positiva

En relación a los modelos o enfoques que explican y profundizan el concepto de salud mental positiva, Muñoz et al. (2016), realizaron un estudio sistemático sobre la construcción del concepto de salud mental positiva basándose en la revisión de más de 50 estudios, dentro de los modelos encontrados se tiene el modelo de salud mental positiva de Jahoda; el modelo de Lluch; el modelo de bienestar subjetivo de Diener; el modelo de bienestar psicológico de Coral Keyes, a esto se suman los estudios de la psicología positiva de Martín Seligman y la propuesta de equilibrio positivo (Sirgy, 2019).

Modelo de la salud mental positiva María Jahoda

La primera propuesta de un modelo de salud mental positiva con el fin de profundizar en la salud mental de una manera integral surge en estados unidos a

pedido de la *Join Commission on Mental Illness and Health* en el año de 1955. Entre los estudios que realizó esta comisión se encuentra en de Jahoda (1958) estudio que publicó en una monografía titulada *Current concepts of positive mental health*.

Actualmente sigue siendo un modelo referente para el estudio y profundización del concepto, el cual contiene directrices para el “diagnóstico” de salud mental positiva, así como para guiar acciones en cuanto a la promoción y prevención de la salud de las personas (Keyes, 2006).

Cuando Jahoda inicio investigó el concepto de salud mental partió de la premisa que se tenía en la época que el término era ambiguo y complejo de definir y por tanto su principal objetivo fue profundizar en el concepto para que tanto las instituciones y los profesionales pudieran basar sus intervenciones y abordaje de forma clara y concreta (Muñoz et al., 2016). El modelo de Jahoda plantea seis factores generales: actitudes hacia ti mismo; crecimiento y auto actualización; integración; autonomía; percepción de la realidad y dominio del entorno. Estos factores se desglosan en 16 dimensiones lo cual pretenden explicar el constructo. Por otro lado, permiten la adaptación de la persona a las condiciones del ambiente, dando prioridad a un componente; asimismo, están interrelacionados y actúan teniendo en cuenta el momento y situación en la que se encuentra la personas (Jahda, 1958).

Modelo salutogénico: enfoque positivo de salud

A partir de la conceptualización propuesta por la OMS en 1948, con la intención de que todos los estados alcancen un desarrollo óptimo de salud, surge el modelo salutogénico de salud entre 1979 – 1987, creado por el médico-sociólogo Antonovsky de nacionalidad israelí quien sirvió en la segunda guerra mundial (Mantas, 2017). Se interesó por saber porque el 29% de mujeres prisioneras que habían vivido experiencias traumáticas en los campos de concentración, presentaban una buena

salud mental. A partir de los resultados de esta investigación en cuando el modelo salutogénico toma fuerza y el objetivo principal de Antonovsky fue redefinir la percepción que se tenía del modelo biomédico centrado en el origen y prevención de la enfermedad, a un concepto de salud orientado a un continuo bienestar y calidad de vida (Antonovsky, 1988; Williamson y Pearse, 1966)

Este modelo se centra en identificar los factores protectores implicados para conseguir una buena salud y los factores personales para completar el conocimiento de la prevención y manejo de la enfermedad (Garrosa et al., 2014).

Modelo multifactorial de salud mental positiva Lluch

Lluch (1999) en su estudio se interesó en una revisión de todos los conceptos propuestos desde esta perspectiva. Asimismo, analiza el modelo de Jahoda y a partir de allí hace una nueva propuesta de estudio y evaluación del bienestar mental.

Tabla 1

Modelo multifactorial de salud mental positiva – Lluch

Factores	Definición de los factores
Satisfacción personal	-Autoconcepto -Satisfacción con la vida personal -Satisfacción con las perspectivas del futuro.
Actitud prosocial.	-Predisposición activa hacia lo social, hacia la sociedad. - Actitud altruista y de apoyo hacia los demás. - Aceptación de los demás - Aceptación de los hechos sociales diferenciales.
Autocontrol.	-Afrontamiento del estrés de situaciones conflictivas. -Equilibrio emocional -Tolerancia a la ansiedad y al estrés.
Autonomía.	-Capacidad para tener criterios propios -Capacidad de autorregulación de la conducta, independencia.

Resolución de problemas y autoactuaización.	de y	<ul style="list-style-type: none"> -Seguridad personal. -Capacidad de análisis -Habilidad para tomar decisiones -Flexibilidad -Capacidad para adaptarse a los cambios Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo
Habilidades de relación interpersonal.		<ul style="list-style-type: none"> -Habilidad para establecer relaciones interpersonales -Capacidad para entender los sentimientos de los demás. -Habilidad para dar apoyo emocional -Habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas.

A diferencia del modelo propuesto por Jahoda, este modelo fue evidenciado empíricamente y en consecuencia Lluch diseñó un instrumento psicométrico para la valoración del nivel de salud mental positiva, en ese sentido el aporte no sólo se limitó a un nivel conceptual sino como constructo (Lluch, 1999).

Modelo de salud mental positiva basado en el bienestar subjetivo

Las civilizaciones antiguas concibieron el bienestar, sinónimo de "buena salud" (Sigerist, 1941). La salud mental desde lo positivo es respaldada por los humanistas quienes apoyaron el estudio del bienestar subjetivo y lo describieron desde lo científico como la capacidad del individuo para tener un ajuste positivo a través del desarrollo de características positivas como la madurez (Keyes, 2006). Gordon Allport (como se citó en Severin, 1965) apoyó esta corriente señalando que no es suficiente con saber cómo reacciona el hombre, debemos saber cómo se siente, como ve su mundo, por que vive, que teme, porque estaría dispuesto a morir; estas deben plantearse al hombre (p..42). Otra concepción la presenta Alarcón (2009), al comparar el bienestar

subjetivo como felicidad, es decir “un estado de satisfacción, más o menos duradera, que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien deseado” (p.137).

Posteriormente, en la década de 1980, dos artículos de revistas fundamentales llevaron el estudio del bienestar subjetivo y sus dos tradiciones a la corriente principal de las ciencias sociales. El primero fue el artículo de revisión de Diener (1984) sobre el estado de la primera generación de investigación y teoría sobre bienestar subjetivo, que se había centrado directamente en el bienestar hedónico, como un estado psicológico que implica una preponderancia de afecto positivo sobre el afecto negativo (es decir, la felicidad, la vida satisfacción o afectar el equilibrio), (Gurin et al., 1960). El segundo artículo fue el de Ryff (1989) que operacionalizó la teoría del bienestar psicológico esbozada en Jahoda (1958) y, que se orienta al desarrollo de habilidades y capacidades para convertirse en una persona y un ciudadano más plenamente funcional. En resumen, se planteaba que el bienestar subjetivo es una evaluación o declaración que los individuos hacen sobre la calidad de sus vidas (Diener, 1984; Keyes, 2002).

Los investigadores de salud mental positiva Joshanloo (2016); Joshanloo et al. (2016); Keyes (1998, 2002); Keyes y Waterman (2003); Robitschek y Keyes (2009) han argumentado que la salud mental positiva tiene que integrar la tradición hedónica con la tradición eudaimónica (Keyes, 2006). Por tanto, en la presente investigación se ha considerado este modelo, puesto que ha tomado relevancia en los últimos años respecto a la perspectiva y la línea de investigación en el campo de la salud mental positiva.

2.2.3.3 *Teoría del equilibrio positivo*

Sirgy (2019), señala que una vida equilibrada contribuye significativamente al bienestar subjetivo. El equilibrio contribuye al bienestar subjetivo debido al límite de

satisfacción que las personas pueden derivar de un solo dominio de la vida. Las personas deben participar en múltiples dominios para satisfacer el espectro completo de necesidades de desarrollo humano. Los diferentes dominios de la vida tienden a centrarse en diferentes necesidades de desarrollo humano. El bienestar subjetivo solo se puede lograr cuando se satisfacen las necesidades tanto de supervivencia como de crecimiento. No se pueden alcanzar altos niveles de bienestar subjetivo con la satisfacción de las necesidades básicas o las necesidades de crecimiento únicamente

Al respecto, la teoría de equilibrio Sirgy (2019), propone que varios conceptos del bienestar están vinculados en una jerarquía de conceptos que capturan la salud mental positiva; es decir, el bienestar se puede interpretar mejor en términos de una jerarquía de conceptos que van desde los más micro (fisiológicos) hasta los más macros (social-ecológicos). Esta definición jerárquica de salud mental positiva está guiada por el concepto de equilibrio positivo (una preponderancia de un estado deseable sobre un estado indeseable especificado en cada nivel de análisis).

2.3 Definición de términos

Personalidad resistente: “conjunto de actitudes personales como compromiso, control y desafío, que al interactuar simultáneamente ayudan a la persona a enfrentar todas las situaciones de vida, sean positivas o negativas (Kobasa, 1979, p. 2; Kobasa et al., 1982, p. 29).

Salud espiritual: Es el “estado de bienestar del ser humano en armonía con aquello que considere sagrado o superior a él, consigo mismo, con sus semejantes y con la naturaleza” (Korniejczuk et al., 2019, p.570).

Salud mental positiva: Conjunto de factores psicosociales como la satisfacción personal, actitud pro social, autocontrol, autonomía, resolución de

problemas y auto actualización y las habilidades de relación interpersonal, que al interactuar promueve el desarrollo y bienestar humano (Lluch, 1999).

2.4 Hipótesis

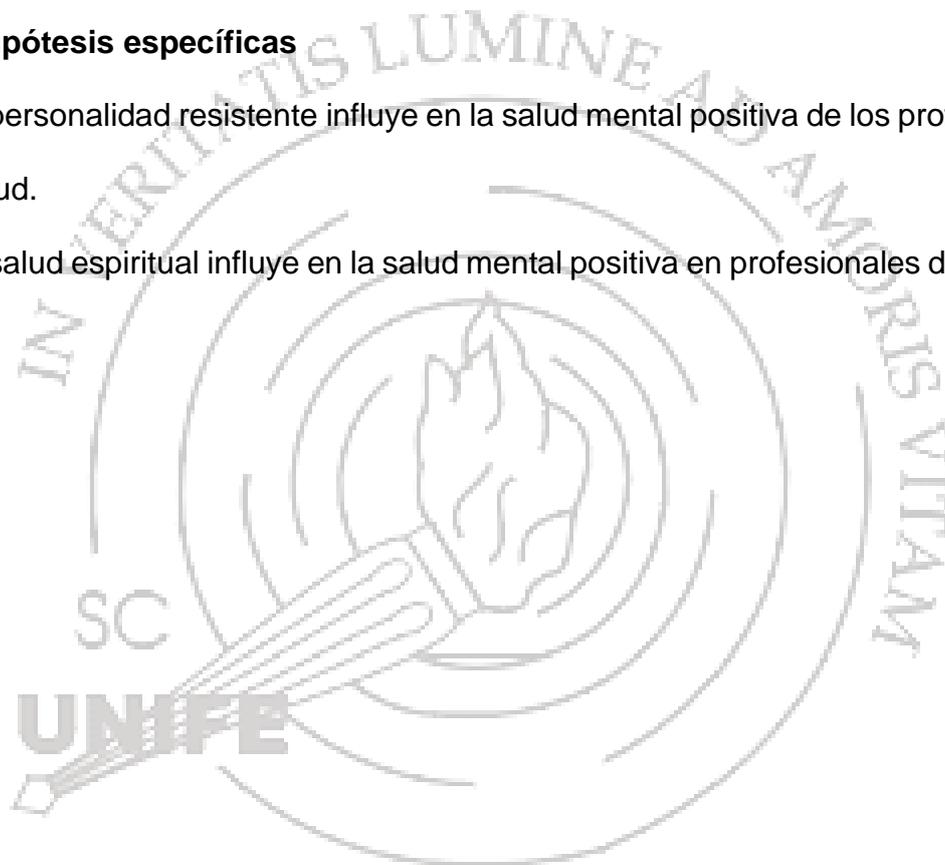
2.4.1 Hipótesis general

La personalidad resistente y la salud espiritual influyen en la salud mental positiva de los profesionales de la salud.

2.4.2 Hipótesis específicas

La personalidad resistente influye en la salud mental positiva de los profesionales de la salud.

La salud espiritual influye en la salud mental positiva en profesionales de la salud.



CAPÍTULO III: MÉTODO

La investigación inicia con el diseño de investigación, la selección y características de la muestra, la operacionalización de las variables, la descripción de los instrumentos, culminando con el análisis estadístico utilizado.

3.1 Tipo y diseño de la investigación

3.1.1 Nivel de la investigación

Tomando en cuenta la naturaleza de la investigación, reúne por su nivel las características de una investigación descriptiva y explicativa, pues se buscó ir más allá de describir o relacionar los conceptos en la población de estudio.

Se buscó responder en qué medida la personalidad resistente y la salud espiritual explican y/o causan la salud mental positiva de los profesionales de la salud (Hernández-Sampieri, 2010).

3.1.2 Tipo de investigación

Esta investigación reúne las condiciones metodológicas del tipo de investigación pura y/o básica, teniendo como finalidad la obtención y recopilación de información para construir una base de conocimiento que se va agregando a la información previa existente (Hernández-Sampieri et al., 2010).

3.1.3 Diseño de la investigación

Es diseño no experimental transeccional, no hubo manipulación directa a las variables, se obtuvo la información y tal como se dio en su contexto natural y posteriormente se analizaron. Asimismo, fue cuantitativo puesto que se usaron magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística (Hernández-Sampieri et al., 2010).

$$M = Y \underbrace{\quad \quad \quad}_{OX_1, OX_2}$$

Donde:

M: Muestra

OX₁; OX₂: Variables que influyen

Y: De la variable influida

3.2 Participantes

3.2.1 Población

Conformada por todos los profesionales de la salud que trabajan en el sector público de los establecimientos del primer nivel de atención.

3.2.2 Muestra

El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional, considerando que los profesionales de la salud son una muestra muy dinámica y los turnos, horarios, desplazamientos son altamente rotativos. Se contó con una muestra inicial de 294 participantes que accedieron voluntariamente a participar de las ciudades de Lima, Trujillo, Chiclayo, Tumbes, Cajamarca, Madre de Dios y Cuzco. Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se alcanzó a 242 participantes entre ellos, médicos, enfermeros (as) obstetras, odontólogos, psicólogos, psiquiatras, técnicos en enfermería, nutricionistas entre otros (Hernández-Sampieri et al., 2010).

3.2.2.1 Criterios de inclusión

- Médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros, técnicos enfermeros (as), obstetras, y otros profesionales de la salud que tengan vínculo directo con pacientes.
- Profesionales de la salud y técnicos de enfermería que trabajen en el sector público.

- Profesionales de la salud y técnicos de enfermería en el primer nivel de atención.
- Rango de edad entre 22 a 70 años.
- Personas religiosas y no religiosas.
- Profesionales de la salud y técnicos de enfermería que accedan voluntariamente y firmen el consentimiento informado.

3.2.2.2 Criterios de exclusión

- Personas con otras profesiones que no sean del área de la salud.
- Personas que no firmen el consentimiento informado y no deseen participar de la investigación.
- Profesionales que no completen el desarrollo de los instrumentos en un 10% del total de ítems.

Tabla 2

Características de la muestra en estudio

	N	%
Sexo		
Masculino	163	67.4%
Femenino	79	32.6%
Edad		
22 a 40 años	122	51.7%
41 a 70 años	114	48.3%
Procedencia		
Costa	100	41.7%
Sierra	123	51.2%
Selva	17	7.1%
Profesa una religión		
Si	206	86.6%
No	32	13.4%
Profesión		
Medicina	27	11.1%
Psiquiatría	3	1.2%
Psicología	17	7%
Obstetricia	33	13.6%
Odontología	12	4.9%
Enfermería	51	21%

Técnico en enfermería	73	30%
Nutrición	2	.8%
Microbiología	2	.8%
Fisioterapia	2	.8%
Químico farmacéutico	14	5.8%
Biólogo	5	2.1%
Otros	2	.8%

Nota: Se trabajó con el porcentaje valido, ya que hubo participantes que no contestaron las preguntas.

En la tabla 2, se observa que el 67.4% de los participantes son de sexo masculino y el 32.6% corresponde al sexo femenino. En relación a la edad, el 51.7% se encuentra en el rango de 22 a 40 años y el 48.3% en el rango de 41 a 70 años. Sobre la procedencia de los participantes se puede observar que el 41.7% pertenecen a la región de la costa y el 51.2% pertenecen a la sierra. En cuanto a la religión el 86% manifiesta profesar algún tipo de relación. Finalmente, el 30% de los participantes fueron enfermeros técnicos, el 21% enfermeros, el 13.6% obstetras, el 11% médicos y el 7% de profesión psicólogos.

3.3 Variables de investigación

A continuación, se presentan las variables de estudio.

3.3.1 Personalidad resistente

a. Definición conceptual

“Actitud de una persona ante su lugar en el mundo que expresa simultáneamente su compromiso, control y disposición a responder ante los retos” (Kobasa, 1979, p. 2; Kobasa et al., 1982, p. 29).

b. Definición operacional

Medida cuantitativa a través del cuestionario de personalidad resistente creado por Kobasa (1982) en Estados Unidos y adaptada en España por Moreno-Jiménez et al. (2014) que incluyen tres dimensiones: control, compromiso y desafío.

Tabla 3*Operacionalización de la variable personalidad resistente*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valoración
Control	Resultados del trabajo	3,6,9,12,15	0= Totalmente en desacuerdo 1= En desacuerdo 2= De acuerdo 3 = Totalmente de acuerdo
	Esfuerzo personal		
	Control de situaciones		
Compromiso	Preparación a consciencia	1,4,7,10,14	0= Totalmente en desacuerdo 1= En desacuerdo 2= De acuerdo 3 = Totalmente de acuerdo
	Trabajo serio		
	Valor del trabajo		
	Identificación con el trabajo		
	Dedicación al trabajo		
Desafío	Ilusión por el trabajo	2,5,8,11,13	0= Totalmente en desacuerdo 1= En desacuerdo 2= De acuerdo 3 = Totalmente de acuerdo
	Implicarse		
	Experiencias nuevas		
	Innovación y novedades		
	Experiencias en el trabajo		
Desafío	Buscar situaciones nuevas	2,5,8,11,13	0= Totalmente en desacuerdo 1= En desacuerdo 2= De acuerdo 3 = Totalmente de acuerdo
	Trabajo y desafío personal		

3.3.2 Salud espiritual

a. Definición conceptual

“Estado de bienestar del ser humano en armonía con aquello que considere sagrado o superior a él, consigo mismo, con sus semejantes y con la naturaleza. Implica experimentar un sentido trascendente de la vida y un propósito último de acuerdo con su propio sistema de creencias” (Korniejczuk et al., 2019, p.570).

b. Definición operacional

Medida cuantitativa a través del cuestionario de salud espiritual de (Korniejczuk et al., 2019, p.570) que consta de tres dimensiones; relación con y

Ser supremo y creencias espirituales; relación consigo mismo; relación con otros y con la naturaleza.

Tabla 4

Operacionalización de la variable salud espiritual

Dimensiones	Ítems	Valoración
Relación con un Ser supremo y creencias espirituales	2, 8,11,36,29,16,1,3,15,33,31,7,10,22 (14 ítems = 0.949)	0= Totalmente en desacuerdo 1= En desacuerdo 2 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3= De acuerdo 4 = Totalmente de acuerdo
Relación consigo mismo	13,30,18,9,37,32,38,23,34,20,26,4 (12 ítems = 0.938)	
Relación con otros y con la naturaleza	12,25,19,27,6,24,28,21,5,39,14,35,17 (13 ítems = 0.921)	

3.3.3 Salud mental positiva

a. Definición conceptual

Conjunto de factores psicosociales como la satisfacción personal, actitud pro social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y auto actualización y las habilidades de relación interpersonal, que al interactuar promueve el desarrollo y bienestar humano (Lluch, 1999).

b. Definición operacional

Medida cuantitativa a través del cuestionario de salud mental positiva de Lluch (1999), que incluye seis dimensiones: satisfacción personal, las actitudes pro sociales, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y habilidades de relaciones.

Tabla 5*Operacionalización de la variable salud mental positiva*

Dimensiones o factores	Indicadores	Ítems	Valoración
Satisfacción personal	Accesibilidad del yo a la conciencia Autoestima Sentido de Identidad	38, 39, 4, 14, 31, 23.	
Actitud pro social	Motivación por la vida Implicación en la vida	7,12,32,16,17 1,3	
Autocontrol	Resistencia al estrés	6,22,5,21,26,2	
Autonomía	Conducta independiente	10, 19,13,34,33	1= Nunca o casi nunca 2= Algunas veces 3= Con bastante frecuencia 4= Siempre o casi siempre
Resolución de problemas y auto actualización	Percepción objetiva Empatía o sensibilidad social: Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre Adecuación en las relaciones	29, 15, 28,27 8,11,24,25,35,37	
Habilidades de relaciones	interpersonales Habilidad para satisfacer las demandas del entorno Resolución de problemas	18, 9, 20, 30, 36	

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Seguidamente, se describen las técnicas utilizadas para el desarrollo científico y metodológico del estudio. Cabe señalar que se utilizó las técnicas indirectas cuyo procedimiento implica la recolección de datos a través del uso de instrumentos. Asimismo, para este estudio se aplicaron tres instrumentos que previamente fueron validados por cinco expertos.

3.4.1 Ficha técnica de instrumentos

Instrumento para medir la personalidad resistente

En instrumento de personalidad resistente Personal o Views Survey (PVS) fue creado por Kobasa en 1982 en Estados Unidos. La Confiabilidad y validez del instrumento original oscilan entre 0.90 y 0.70 para todas las dimensiones (compromiso, control y desafío). Fue adaptado al español por Peñacoba (1996) mostrando índices psicométricos similares. En el presente estudio se utilizó la versión desarrollada por Moreno-Jiménez et al. (2014) en España, con una confiabilidad de 0.85 y 0.86 para la escala global. La confiabilidad del estudio piloto previa a la aplicación se realizó con una muestra de 40 participantes, y los resultados se muestran en la tabla 6. Asimismo, los resultados de la validez de contenido se detallan en la tabla 7. En cuanto a la confiabilidad de la muestra total aplicada se obtuvo resultados adecuados, con un alfa 0.73 para la dimensión control, 0.76 para la dimensión compromiso y 0.85 para la dimensión desafío, evidenciando que los resultados son fiables.

Resumen Ficha Técnica

Nombre	: Cuestionario de personalidad resistente ocupacional
Autores	: Moreno-Jiménez. Rodríguez-Muñoz, Garrosa y Blanco
Año	: 2014
Lugar	: España
Ámbito de aplicación	: Profesionales de la salud - laboral
Tiempo de aplicación	: 20 minutos aprox.
Componentes	: 3 (Control, compromiso y desafío)

Opciones de respuesta : Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo

Confiabilidad : entre 0.85 y 0.86

Validez : Constructo

Validación peruana : Criterio de jueces

En la tabla 6 se aprecia la fiabilidad para la muestra piloto del cuestionario de PR mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, y para la dimensión control presenta un coeficiente alto (.633), que puede ser valorado como indicador de una adecuada fiabilidad. De manera similar ocurre con las dimensiones de compromiso y desafío. Entonces se puede concluir que el cuestionario presenta adecuados niveles de fiabilidad.

En cuanto a la validez de contenido del instrumento, se realizó mediante criterio de jueces, 3 con grado de doctor y 2 con grado de maestría, todos profesionales de psicología. En la tabla 7, se puede observar que teniendo en cuenta el intervalo de confianza al 95%, los resultados de la V de Aiken de los ítems oscilan entre .53 y .83, y se encuentran dentro de índice superior y el índice inferior según parámetro. Cabe señalar que se modificó la redacción del contenido de los ítems que observaron los jueces, y solo después se realizó la aplicación.

Tabla 6

Estimaciones de confiabilidad del cuestionario de personalidad resistente en una muestra piloto.

Dimensiones	Nº de ítems	α
Control	5	.633
Compromiso	5	.708
Desafío	5	.824

Tabla 7

Estimaciones de la validación por criterio de jueces del cuestionario de personalidad resistente

ITEM		J1	J2	J3	J4	J5	V de Aiken	L	U	Decisión
1	CR	3	5	3	5	4	0.67	0.45	0.83	modificar
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
2	CR	3	5	5	4	3	0.67	0.45	0.83	modificar
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
3	CR	1	5	3	5	2	0.53	0.33	0.73	modificar
	RA	4	5	5	5	3	0.73	0.51	0.88	Válido
4	CR	4	5	3	5	5	0.73	0.51	0.88	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
5	CR	2	5	3	5	5	0.67	0.45	0.83	modificar
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
6	CR	4	5	3	5	5	0.73	0.51	0.88	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
7	CR	2	5	5	5	5	0.73	0.51	0.88	Válido
	RA	4	5	5	5	3	0.73	0.51	0.88	Válido
8	CR	4	5	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
9	CR	4	5	3	5	4	0.70	0.48	0.85	modificar
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
10	CR	4	5	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	4	5	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
11	CR	4	5	2	2	5	0.60	0.39	0.78	modificar
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
12	CR	4	5	3	5	5	0.73	0.51	0.88	Válido
	RA	5	3	4	5	5	0.73	0.51	0.88	Válido
13	CR	4	5	3	5	5	0.73	0.51	0.88	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
14	CR	1	5	3	5	5	0.63	0.42	0.81	modificar
	RA	3	4	5	5	5	0.73	0.51	0.88	Válido
15	CR	2	5	3	3	3	0.53	0.33	0.73	modificar
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido

CR = Claridad en la redacción

RA=Representativo al área

Instrumento para medir la Salud Espiritual

El instrumento fue creado en México, por Korniejczuk et al. (2019) consta de 39 ítems y tres factores o dimensiones: relacionado con un Ser Supremo y creencias espirituales, con 14 ítems, el segundo con 12 ítems de relación consigo mismo, y el

tercer con 13 ítems de relación con otros y con la naturaleza, las tres dimensiones poseen una confiabilidad de alfa de Crombach de .949; .938; y .921, respectivamente. Asimismo, el instrumento está validado en una muestra de 3514 sujetos, con edades de 12 a 85 años ($M = 46.0$, $DE = 15.145$).

La confiabilidad del instrumento para el estudio piloto se realizó con una muestra de 40 participantes, y los resultados se muestran en la tabla 7. Asimismo, los resultados de la validez de contenido se detallan en la tabla 8.

Finalmente, la confiabilidad del instrumento en la muestra total aplicada evidencia un alfa de .94 para la dimensión relación con un ser superior, .95 para la dimensión relación consigo mismo y .95 para la dimensión relación con otros y la naturaleza.

Resumen ficha técnica

Nombre de la escala	: Escala de salud espiritual
Autores	: Korniejczuk, Moroni, Quiyono, Rodríguez y Valderrama, 2019
Año	: 2019
Lugar	: México
Ítems	: 39
Ámbito de aplicación	: Adolescentes y adultos entre 12 a 85 años
Tiempo de aplicación	: 20 minutos aprox.
Factores o dimensiones	: 3 (relación con un ser supremo y creencias espirituales, relación consigo mismo, relación con otros y con la naturaleza)
Opciones de respuesta	: En desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo.

Confiabilidad : 0.94, 0.93 y 0.91

Validación peruana : Criterio de jueces

En cuanto a la fiabilidad de la escala para la muestra piloto se valoró utilizando el método de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 8 se aprecia que la relación con un ser superior presenta un coeficiente alto (.923), que puede ser valorado como indicador de una adecuada fiabilidad. De manera similar ocurre con las dimensiones relación con uno mismo y relación con otros. Entonces se puede concluir que la escala presenta adecuados niveles de fiabilidad. En cuanto a la validez de contenido del instrumento, se realizó mediante criterio de jueces, 3 con grado de doctor y 2 con grado de maestría, todos profesionales de psicología. En la tabla 9, se puede observar que teniendo en cuenta el intervalo de confianza al 95%, los resultados de la V de Aiken de los ítems oscilan entre .73 y .87, y se encuentran dentro de índice superior y el índice inferior según parámetro. Cabe señalar que, se modificó la redacción del contenido de los ítems según las observaciones y sugerencias los jueces, y solo después se realizó la aplicación.

Tabla 8

Estimaciones de confiabilidad del cuestionario salud espiritual en una muestra piloto.

Dimensiones	Nº de ítems	α
Relación con un ser superior	14	.923
Relación consigo mismo	12	.907
Relación con otros	13	.884

Tabla 9*Estimaciones de la validación por criterio de jueces de la Escala de Salud Espiritual*

ITEM		CI (95%)					V de Aiken	L	U	Decisión
		J1	J2	J3	J4	J5				
1	CR	4	5	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
2	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
3	CR	4	5	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
4	CR	5	5	4	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	5	5	4	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
5	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
6	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
7	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
8	CR	4	5	3	5	5	0.73	0.51	0.88	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
9	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
10	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
11	CR	6	5	5	5	5	0.87	0.66	0.96	Válido
	RA	6	5	5	5	5	0.87	0.66	0.96	Válido
12	CR	4	5	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
13	CR	5	5	4	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
14	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
15	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
16	CR	4	5	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	4	5	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
17	CR	5	4	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	5	4	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
18	CR	5	5	4	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	5	5	4	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
19	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
20	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
21	CR	4	5	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
22	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido

23	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
24	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
25	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
26	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
27	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
28	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
29	CR	4	5	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
30	CR	5	3	5	5	5	0.77	0.55	0.90	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
31	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
32	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
33	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
34	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
35	CR	5	5	4	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
36	CR	4	5	5	5	5	0.80	0.58	0.92	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
37	CR	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
38	CR	5	5	3	5	5	0.77	0.55	0.90	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido
39	CR	5	5	4	3	5	0.73	0.51	0.88	Válido
	RA	5	5	5	5	5	0.83	0.62	0.94	Válido

Instrumento para medir la Salud mental positiva

El Cuestionario de Salud Mental Positiva, fue diseñado por María Teresa Lluch, en Barcelona en España (1999); basado en la propuesta inicial al constructo de la salud mental positiva por Jahoda en el año 1958. Este instrumento cuenta con 39 ítems, su administración es individual o colectiva, los ítems están distribuidos en seis factores o dimensiones como son: la satisfacción personal con 6 ítem, actitud prosocial con 6 ítem, autocontrol con 6 ítems, autonomía con 5 ítems, resolución de problemas

y auto actualización con 10 ítems y habilidades de relación interpersonal con 5 ítems. El cuestionario cuenta con opciones de respuesta tipo Likert que van desde: nunca o casi nunca; algunas veces; con bastante frecuencia y siempre o casi siempre, tomando en cuenta que existen ítems negativos que van de 1 a 4 puntos y los positivos que van de 4 a 1.

En relación a la confiabilidad el cuestionario de salud mental positiva presenta un alfa de Crombach de 0.80 en la escala total y el coeficiente de Alfa de Crombach para las dimensiones oscila entre 0.58 a 0.77 (Lluch, 1999).

Respecto a la validez del instrumento en Perú, cuenta con validez de contenido, de criterio y de constructo, asimismo se ha realizado el análisis factorial exploratorio con un rango de saturación entre 0.40 a 0.78 (Aguilar, 2016), por lo que o fue necesario someterlo nuevamente. En cuanto a la confiabilidad está se realizó por la misma autora en una muestra de 400 universitarios practicantes pre –profesionales de la carrera de psicología, con una consistencia interna de alfa de Crombach de 0.90; en la tabla 10, se puede visualizar los niveles de confiabilidad en una muestra piloto de 40 profesionales de la salud. Cabe señalar que los niveles de confiabilidad de la presente investigación para la muestra final alfa de Crombach de .64 para la dimensión satisfacción personal, .52 para actitud prosocial, .69 para autocontrol; .68 para autonomía; .79 para resolución de problemas y .58 para la dimensión habilidades interpersonales.

Resumen Ficha Técnica

Nombre de la escala : Escala de medición de la salud mental positiva

Autor : Dr. María Teresa Lluch Canut

Año : 1999

Lugar : Barcelona España

- Ámbito de aplicación : Adolescentes y adultos
- Tiempo de aplicación : 20 minutos aprox.
- Factores : 6 (satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización, habilidades de relaciones interpersonales.
- Opciones de respuesta : Nunca o casi nunca, algunas veces con bastante frecuencia, siempre o casi siempre
- Confiabilidad : 0.90
- Validez : Contenido, criterio y constructo
- Adaptación peruana : Aguilar Armas, Haydee M. (2016)

La fiabilidad de la escala se valoró utilizando el método de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 10 se aprecia que la dimensión satisfacción personal presenta un coeficiente alto (.622), que puede ser valorado como indicador de una adecuada fiabilidad. De manera similar ocurre con las dimensiones autocontrol (.744), autonomía (.606) y resolución de problemas (.763). Sin embargo, las dimensiones actitud pro social (.555) y habilidades interpersonales (.513) presentan un nivel bajo de fiabilidad.

Tabla 10

Estimaciones de confiabilidad de la escala de Salud Mental Positiva en una muestra piloto.

Dimensiones	Nº de ítems	α
Satisfacción personal	8	.622
Actitud pro social	5	.555
Autocontrol	5	.744
Autonomía	5	.606
Resolución de problemas	9	.763
Habilidades interpersonales	7	.513

3.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se aplicaron los tres instrumentos de forma impresa y trasladaron los resultados al Excel 2019.

Los análisis descriptivos se presentaron mediante medidas de tendencia central como la media, dispersión y distribución como asimetría y cursosis, todos ellos procesados por el programa estadístico SPSS en su versión 22. El método de estimación usado para el modelo de ecuaciones estructurales es máxima verosimilitud por presentar normalidad multivariada, robusto para este tipo de distribuciones (Curran et. al, 1996). Para determinar la calidad convergente del modelo predictivo se usaron los índices de ajuste recomendados por Kline, (2015) como CFI y TLI, ambos ajustes con umbrales aceptables de 0,95 o mayor. A su vez los índices absolutos como SRMR y RMSEA con umbrales inferiores a 0,05; siendo valores inferiores a 0,08 como aceptables (Schumacker & Lomax, 2015).

Adicionalmente, para explicar la propuesta de investigación, se ha utilizado el modelo de regresión múltiple, para poder estimar el análisis de causa efecto entre la variable dependiente y las independientes, con el fin de determinar el grado de relación entre las variables.

3.6 Consideraciones éticas

En el desarrollo de la investigación, se ha respetado los principios éticos, y derechos del autor. Igualmente, se han considerado los protocolos y el reglamento de la universidad, que estipula las normas para la obtención del Grado Académico de Doctora en Psicología.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo de las variables

4.1.1 Análisis descriptivo de personalidad resistente

En la tabla 11 que el 31.1% de los participantes presentan un nivel alto de control de la personalidad resistente, es decir este grupo tiene una adecuada capacidad para pensar y actuar con seguridad y confianza frente a las diversas circunstancias de la vida. No obstante, la mayoría de los trabajadores de salud, presentan un nivel moderado en este patrón (50.4%). Además, se aprecia que el 43% de los participantes presentan un nivel alto de compromiso, es decir este grupo logra comprometerse firmemente con sus metas y cree en sus capacidades para tomar decisiones y actuar en función de sus valores personales. También se aprecia que un grupo importante de trabajadores de la salud presentan un nivel bajo este patrón (23.8%). Finalmente se aprecia que el 39.3% de los participantes presentan un nivel alto de desafío como un componente de la personalidad resistente, es decir este grupo tiene la capacidad de percibir el cambio como una oportunidad para mejorar sus propias competencias. Sin embargo, la mayoría de los trabajadores de salud presentan un nivel moderado en este componente (51.2%).

Tabla 11

Nivel de personalidad resistente en profesionales de salud del primer nivel de atención

Dimensiones	Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	N	%	N	%
Control	45	18.4%	123	50.4%	76	31.1%
Compromiso	58	23.8%	81	33.2%	105	43.0%
Desafío	23	9.4%	125	51.2%	96	39.3%

4.1.2 Análisis descriptivo de salud espiritual

Se observa en la tabla 12 que solo el 29.5% de los trabajadores de salud presentan un nivel alto de creencias en relación con un ser superior, mientras que la mayoría de los participantes presentan un nivel moderado (49.2%). De manera similar, se aprecia que el 28.7% de los participantes presentan un nivel moderado de bienestar en relación con uno mismo, es decir, este grupo se siente satisfecho espiritualmente en su vida personal. Finalmente se aprecia que el 51.2% de los trabajadores de salud presentan un nivel moderado de bienestar en su relación con otros y la naturaleza.

Tabla 12

Nivel de salud espiritual en profesionales de salud del primer nivel de atención

Dimensiones	Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	N	%	N	%
Relación con un ser superior	52	21.3%	120	49.2%	72	29.5%
Relación con uno mismo	57	23.4%	117	48%	70	28.7%
Relación con otros y la naturaleza	50	20.5%	125	51.2%	69	28.3%

4.1.3 Análisis descriptivo de salud mental positiva

Se aprecia en la tabla 13 que la mayoría de los participantes presentan un nivel alto de satisfacción personal (99.6%). De manera similar el 97.5% presentan un nivel alto de autonomía, es decir este grupo se caracteriza por tener confianza en sí mismo, independencia y autorregulación de la propia conducta. También se aprecia que la mayoría de los participantes presentan un nivel alto de conducta pro social (72.2%) y habilidades interpersonales (72.1%). Sin embargo, solo el 36.5% de los trabajadores de salud tienen un nivel alto de autocontrol, es decir solo este grupo tiene una adecuada capacidad de afrontamiento al estrés, control emocional y tolerancia ante situaciones de ansiedad y estrés. Finalmente se aprecia que solo el 29.5% de los

participantes tienen un nivel alto de resolución de problemas, mientras que la mayoría presentan un nivel moderado (50.4%).

Tabla 13

Nivel de salud mental positiva en profesionales de salud del primer nivel de atención

Dimensiones	Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	N	%	N	%
Satisfacción personal	0	0%	1	.4%	243	99.6%
Actitud pro social	9	3.7%	49	20.1%	186	76.2%
Autocontrol	30	12.3%	125	51.2%	89	36.5%
Autonomía	1	.4%	5	2%	238	97.5%
Resolución de problemas	49	20.1%	123	50.4%	72	29.5%
Habilidades interpersonales	4	1.6%	64	26.2%	176	72.1%

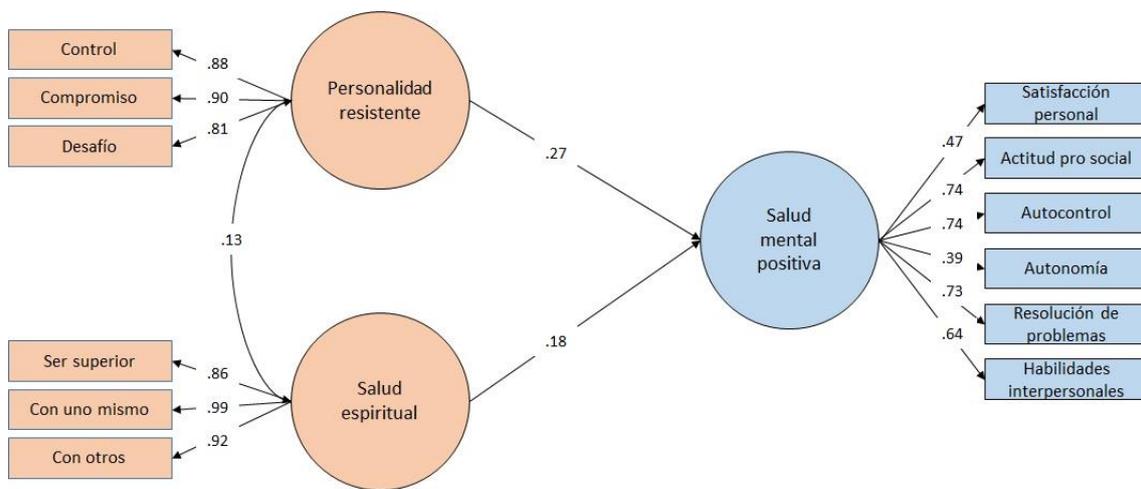
4.2 Modelo explicativo de la salud mental positiva

Se aprecia en la figura 1 que la personalidad resistente influye significativamente sobre el grado de salud mental positiva ($\beta = .27$; $p < .05$) de los trabajadores del área de salud, es decir las actitudes de personalidad resistente logran explicar el 27% del grado de salud mental positiva de los participantes. También se aprecia que la salud espiritual influye significativamente sobre el grado de salud mental positiva ($\beta = .18$; $p < .05$) de los trabajadores, es decir la salud espiritual logran explicar el 18% del grado de salud mental de los participantes.

Respecto a los modelos de medida de las variables latentes, se aprecia en la figura 1 que todos están adecuadamente representados por sus indicadores, ya que presentan un peso factorial entre moderado y alto en su respectiva variable. Finalmente, el modelo planteado evidencia un buen ajuste a los datos (CFI=.95; TLI=.94; IFI=.95 RMSEA=.081 [IC90% .065 - .098]).

Figura 1

Modelo explicativo de la Salud Mental Positiva



Se aprecia en la tabla 14 los valores que estiman la relación de variables y coeficientes de estimación. Los valores indican que existe una relación baja entre las variables con un coeficiente de determinación ajustada ($R^2=0.066$) lo cual indica que el comportamiento de salud mental positiva puede ser explicada por la salud espiritual y la personalidad resistente hasta en un 6.6%.

Tabla 14

Resumen de modelo: Resultados del R2 de la regresión y relación de variables

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,272 ^a	,074	,066	11,91968	1,876

a. Predictores: (Constante), Salud espiritual, Personalidad resistente

b. Variable dependiente: Salud mental positiva

En la tabla 15, se aprecian los coeficientes beta, los cuales indican que personalidad resistente posee una carga predictiva baja, directa pero significativa lo suficiente para ser considerada como causal de salud mental positiva ($\beta=0.135$, $p<0.05$). Por su parte, la salud espiritual mostró un coeficiente beta de intensidad baja,

directa pero estadísticamente significativa ($\beta=0.135$, $p<0.05$). En suma, mientras más intensa sea la manifestación de la personalidad resistente y la salud espiritual, mayor salud mental positiva se verá en el sujeto. Por cuanto el algoritmo de estimación que proporciona el modelo es $Y=100,429 + (Personalidad\ resistente * 0.221) + (Salud\ espiritual * 0.135)$.

Tabla 15

Coefficientes beta y algoritmo de estimación

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	100,429	6,869		14,620	,000		
Personalidad resistente	,426	,120	,221	3,549	,000	,987	1,013
Salud espiritual	,070	,032	,135	2,166	,031	,987	1,013

a. Variable dependiente: Salud mental positiva



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se analiza y explica el significado de lo encontrado tomando en cuenta los objetivos planteados.

Aunque la presente investigación fue realizada algunos meses antes de la emergencia pandémica por COVID-19, los resultados aquí vertidos han puesto en evidencia las investigaciones realizadas anteriormente.

En cuanto al objetivo general, los hallazgos orientan a reconocer que el modelo explicativo propuesto utilizando SEM, así como la regresión lineal múltiple tienen un buen ajuste, dando a entender que tanto la salud espiritual y la personalidad resistente tienen influencia sobre la salud mental positiva de los profesionales de la salud. A pesar de que en la literatura científica no existen investigaciones bajo un planteamiento similar, algunos estudios explicativos que también incluyeron tres variables similares pueden servir de contraste; por ejemplo, en la investigación de Mihaljevic et al. (2013) se analizó la relación entre la espiritualidad, la personalidad y la suicidalidad (alteración en la salud mental) en pacientes con trastornos depresivos, encontrando que la espiritualidad tuvo una asociación significativa con la depresión y el riesgo suicida, además, la dimensión autodirección de la personalidad estuvo asociada con los recursos espirituales de los pacientes. Por otro lado, recientemente otro estudio predictivo liderado por Margetic et al. (2022) examinó la asociación entre espiritualidad, la personalidad y la angustia emocional durante la pandemia COVID-19 en adultos de Croacia, llegando a reportar que el rasgo estabilidad emocional es el predictor más significativo de la salud mental, y los estilos de afrontamiento espiritual fue un predictor negativo. Aunque estos estudios no fueron realizados en profesionales de la salud, las evidencias encontradas dan cuenta de que la interacción

entre variables como la personalidad, la espiritualidad e indicadores de salud mental, genera relaciones funcionales teóricamente aceptables; tal como ya lo mencionaron Unterrainer et al. (2014), quienes refieren que las prácticas y creencias religiosas se relacionan positivamente con una variedad de indicadores de salud mental, incluido el bienestar subjetivo y las dimensiones de la personalidad.

En cuanto al primer objetivo específico, los hallazgos orientan a reconocer que los profesionales de la salud evidencian ser moderadamente espirituales o religiosos; asimismo presentan niveles moderados de control y desafío, y, compromiso a nivel alto, en cuanto a personalidad resistente; en cambio, demostraron altos indicadores de salud mental positiva (satisfacción personal, actitud prosocial, autonomía, habilidades interpersonales). Estos resultados son similares a lo encontrado en otras investigaciones, por ejemplo, en un estudio realizado en el contexto peruano, Lavado (2018) reportó que 76% de médicos se declaró creyente (en su mayoría católicos), dando a entender que la religiosidad influye en las actitudes frente a decisiones terapéuticas y bioéticas. Otro estudio realizado por Pelechova et al. (2012) en profesionales de la salud mental que poseen creencias religiosas o espirituales, señalaron que, si bien existe un conflicto entre la ciencia y la religión, reconocen que sus creencias religiosas influyen positivamente en la elección de su carrera y los hace sentir mejor equipados para desempeñar sus funciones y brindar una atención de buena calidad a sus pacientes. Por otro lado, Lam et al. (2014) en Chimbote, también reportó indicadores altos, sobre todo en relaciones interpersonales, de salud mental positiva, al igual que otros estudios realizados con estudiantes de enfermería en Tacna (Piguaycho, 2021). Este hallazgo aporta a otro estudio realizado por Rodriguez y Reategui-Vargas (2020), con trabajadores del Instituto Nacional de Rehabilitación, donde se halló que la personalidad resistente es una característica esencial de

quienes no llegan a sufrir síndrome de Burnout, siendo en este caso, el control cognitivo, la confianza y seguridad de sí mismo, indicadores sobresalientes.

En cuanto al segundo objetivo específico, se halló un efecto significativo de la variable personalidad resistente sobre la salud mental positiva. Tomando en cuenta que tener personalidad resistente implica tener capacidad para resistir el estrés en situaciones complejas, este hallazgo concuerda con las evidencias reportadas en investigaciones realizadas durante la emergencia sanitaria por el COVID-19; así lo revela Bozdağ y Ergün (2021), quienes estudiaron a personal sanitario de Turquía, encontrando que las personas con capacidad resistente y tolerancia a niveles altos de sobre carga emocional, tienden a mantener un nivel de funcionamiento óptimo, y, aunque también desarrollan síntomas de ansiedad y depresión, estos no llegan a afectar considerablemente su salud mental. Aunado a ello, otros estudios encuentran que aquellos profesionales con capacidad de recuperarse ante las adversidades, pueden manejar mejor el trabajo bajo presión, tolerando el estrés laboral y sus efectos perjudiciales (Chang et al., 2019); no obstante, no quiere decir que no necesiten soporte emocional y experiencias de recuperación positivas, ya que el trabajo de la salud ocupacional es precisamente brindar herramientas para que los trabajadores sanitarios sometidos a trabajos de fuerte presión y sobre carga laboral, no sean afectados en la esfera emocional (Edú-Valsania, 2022). Otro estudio de Moreno-Garrosa et al. (2014) añaden que la personalidad resistente fomenta estrategias de afrontamiento personal haciéndonos más resistentes al estrés y por ende minimizando la posibilidad de aparición de alteraciones mentales. Apoyando esta idea, Ríos et al. (2010) señala que la personalidad resistente constituye un factor protector y predictor en la manifestación de síntomas siquiátricos menores, actuando como modulador cuando se trata de hacer interpretaciones sobre estresores vitales. En resumen, los

hallazgos encontrados dan cuenta que la personalidad resistente no solo minimiza la presencia de problemas o síntomas psíquicos, por el contrario, aporta a la salud mental desde una perspectiva positiva a las personas que lo poseen.

Finalmente, en cuanto al tercer objetivo, se halló que la salud espiritual también tiene efecto significativo sobre la salud mental positiva. Al respecto, estudios importantes como el publicado en *Nature* dan cuenta de la relación funcional altamente significativa que existe entre las prácticas religiosas y la salud mental (Magalhães et al., 2018). Esto también se puede observar en población de profesionales sanitarios, tal como fue reportado por Diego-Cordero et al. (2022), quienes realizaron una revisión integradora, concluyendo que incluir la espiritualidad en la práctica clínica es una buena estrategia de afrontamiento utilizada por profesionales de la salud para promover la salud mental y el bienestar, hecho que también genera indirectamente una mayor satisfacción de las personas. Esto también puede explicarse en función de un estudio que halló que los profesionales de la salud que eran creyentes sentían que su fe los hacía mejores en su trabajo, siendo más tolerantes y mostrando una actitud más de servicio para con sus pacientes; hechos que les generaban una sensación de bienestar general (Pelechova et al., 2012). Otro estudio específico en profesionales de la salud reveló que la práctica eficaz de la salud mental requiere empatía, comprensión y apoyo de los demás; y aunque estas cualidades no son exclusivas de las personas con creencias religiosas o espirituales, éstos profesionales sintieron que estas cualidades fueron fomentadas y nutridas por los sistemas de fe (Pelechova et al., 2012). Sin duda, los efectos de la salud espiritual; las creencias y conductas religioso/espirituales se asocian con mejor salud mental, y no sólo incrementan la satisfacción personal con la vida y el bienestar psicológico del personal sanitario; se extiende a los pacientes que estos atienden proporcionando

atención espiritual (Mathad et al., 2019; Akbarizadeh et al., 2013; Bosco-Ruggiero, 2020). Contrariamente y desde una perspectiva de enfermedad mental, las investigaciones como las de Fabbris et al. (2017). Rahimi et al. (2017) y Le et al. (2019), dan cuenta de correlaciones negativas entre la salud espiritual y ansiedad, es decir, cuando la salud espiritual es baja, incrementa la probabilidad de experimentar ansiedad y estrés moderado; así también la probabilidad de experimentar depresión es alta (Salgado, 2014). Por otro lado, Rajakumar et al. (2008) revelan que la espiritualidad juega un papel importante en la recuperación de la depresión experimentando mayor conexión con la religiosidad o un poder superior, consigo mismo y con los demás y con la naturaleza, encontrando un propósito y significado mayor en sus vidas. La espiritualidad también se investigó en la salud mental de mujeres suicidas, encontrando que los niveles más bajos de desesperanza predicen niveles más altos de bienestar existencial y por el contrario mayor depresión (Arnette et al., 2007). En cuanto a personal sanitario Carneiro et al. (2019) concluyen que los trabajadores más espirituales y religiosos se ven menos afectados por el agotamiento, por ende, gozan de una mejor salud mental.

Finalmente, en tiempos de crisis, como los vividos por la pandemia por COVID 19, los profesionales de la salud deben tener el coraje de profundizar en sí mismos para encontrar su esencia, su núcleo, y sea una oportunidad de desarrollo y crecimiento espiritual que les permita actuar hacia ellos mismos, sus pacientes y los demás.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- En cuanto al objetivo general y de acuerdo al modelo explicativo planteado, la investigación concluye un buen ajuste a los datos, es decir que los valores obtenidos de acuerdo al modelo explicativo propuesto son precisos y confiables para predecir que la personalidad resistente y la salud espiritual influyen significativamente en un 27% y 18% respectivamente, sobre la salud mental positiva de los profesionales de la salud.
- Para completar el modelo explicativo, se realizó la determinación de coeficientes beta, el análisis de regresión, la significación y algoritmo de estimación del modelo, los cuales indican que la personalidad resistente posee una carga predictiva baja, directa pero significativa lo suficiente para ser considerada como causal de salud mental positiva. Por su parte, la salud espiritual mostró un coeficiente beta de intensidad baja, directa pero estadísticamente significativa. En suma, mientras más intensa sea la manifestación de la personalidad resistente y la salud espiritual, mayor salud mental positiva se verá en la persona.
- En cuanto al objetivo específico para personalidad resistente, los profesionales de la salud evaluados evidencian niveles moderados en la dimensión control y desafío; y un nivel de alto en la dimensión compromiso.
- En cuanto al objetivo específico para la salud espiritual, los profesionales de la salud se muestran moderadamente espirituales en las dimensiones, relación con un ser superior, relación con uno mismo y relación con otros y la naturaleza.

- En cuanto al objetivo específico para la salud mental positiva, los profesionales de la salud presentan niveles altos en las dimensiones satisfacción personal, actitud prosocial, autonomía y habilidades interpersonales.
- Igualmente se determinó que las características de la personalidad resistente (control, compromiso y reto) influyen en la salud mental positiva de los profesionales de la salud.
- Además, se encontró que la salud espiritual representada por la creencia en su ser superior, relación consigo mismo, relación con los demás y la naturaleza, tienen influencia en la salud mental positiva de los profesionales de la salud.

6.2 Recomendaciones

- Se sugiere, aumentar la muestra de individuos participantes, a fin de lograr un mejor análisis de los resultados, así como los niveles de fiabilidad y validez.
- Ampliar el modelo para estudiar la salud espiritual como variable moduladora en la influencia que tiene la personalidad resistente sobre la salud mental de los profesionales de la salud.
- Realizar estudios sobre prácticas religiosas en profesionales de la salud y su influencia en la recuperación de pacientes.
- Desarrollar investigaciones con el fin de reducir los instrumentos utilizados a versiones más breves.
- Implementar programas de intervención sobre la personalidad resistente en profesionales de la salud, que permitan fortalecer las dimensiones control, reto y compromiso, entre otros.

REFERENCIAS

- Aguilar, M. (2016). *Propiedades psicométricas del cuestionario de salud mental positiva en practicantes pre-profesionales de psicología, Trujillo* [Tesis de doctorado, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/128>
- Akbarizadeh, F., Jananpour, F. y Hajivandi, A. (2013). The Relationship of General Health, Hardiness and Spiritual Intelligence Relationship in Iranian Nurses [La relación de la salud general, la resistencia y la relación de inteligencia espiritual en las enfermeras iraníes]. *Iranian Journal of Psychiatry*, 8(4), 165-167. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4281650/>
- Alarcón, R. (2009). *Psicología de la felicidad. Introducción a la psicología positiva*. Editorial Universitaria.
- Albaugh J. (2003). Spirituality and life-threatening illness: a phenomenologic study [Espiritualidad y enfermedad que amenaza la vida: un estudio fenomenológico]. *Oncology nursing forum*, 30(4), 593-598. <https://doi.org/10.1188/03>
- Allport, G. (1955). *Becoming: Basic considerations for a psychology of personality* [El devenir: consideraciones básicas para una psicología de la personalidad]. Yale University Press.
- Alves-Nogueira, A. C., Silva, N., McConachie, H. y Carona, C. (2020). A systematic review on quality of life assessment in adults with cerebral palsy: Challenging issues and a call for research [Una revisión sistemática sobre la evaluación de la calidad de vida en adultos con parálisis cerebral: cuestiones desafiantes y un llamado a la investigación]. *Research in developmental disabilities*, 96, 103514. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103514>
- Anandarajah, G. y Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment [Espiritualidad y práctica médica: utilizando las preguntas HOPE como una herramienta práctica para la evaluación espiritual]. *American family physician*, 63(1), 81-89. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11195773/>
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the Mystery of Health: How people manage stress and stay well* [Espiritualidad y práctica médica: utilizando las preguntas HOPE como una herramienta práctica para la evaluación espiritual]. Jossey-Bass.
- Arias, P., García, F., Lobos, K. y Flores, S. (2020). Fortalezas del carácter como predictores de personalidad resistente académica y compromiso académico. *Psychology, Society, & Education*. 12(2), 19-32. <https://10.25115/psy.e.v10i1.2109>
- Arnette, NC., Mascaro, N., Santana, MC., Davis, S. y Kaslow, NJ. (2007). Enhancing spiritual well-being among suicidal African American female survivors of intimate partner violence [Mejorar el bienestar espiritual entre mujeres afroamericanas

- suicidas sobrevivientes de violencia de pareja]. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 909-924. <https://doi.org/10.1002/jclp.20403>
- Attran, S. (2006). The cognitive and evolutionary roots of religion en P. McNamara (Ed.), *Where God and science meet: How brain and evolutionary studies alter our understanding of religion* [Donde Dios y la ciencia se encuentran: Cómo el cerebro y los estudios evolutivos alteran nuestra comprensión de la religión] (1^{ra} ed., Vol. 1). Praeger Publishers.
- Baldassini Rodriguez, S., Bardacci, Y., El Aoufy, K., Bazzini, M., Caruso, C., Giusti, G. D., Mezzetti, A., Bambi, S., Guazzini, A., & Rasero, L. (2022). Promoting and Risk Factors of Nurses' Hardiness Levels during the COVID-19 Pandemic: Results from an Italian Cohort. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1523. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031523>
- Banks-Wallace, J. y Parks, L. (2004). It's all sacred: African American women's perspectives on spirituality [Todo es sagrado: las perspectivas de las mujeres afroamericanas sobre la espiritualidad]. *Issues in mental health nursing*, 25(1), 25-45. <https://doi.org/10.1080/01612840490249028-22>
- Barker, S. y Floersch, J. (2010). Practitioners' understandings of spirituality: Implications for social work education [La comprensión de los profesionales de la espiritualidad: Implicaciones para la educación en trabajo social]. *Journal of Social Work Education*, 46, 357-370. <https://doi.org/10.5175/JSWE.2010.200900033>
- Barrett, J. (2004). *Why would anyone believe in God? Walnut Creek* [¿Por qué alguien creería en Dios? Arroyo de la nuez]. Altamira Press.
- Barría, C. (2020). *Coronavirus en Perú: por un país que tuvo un gran crecimiento económico no invirtió más en su sistema sanitario*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52843655>
- Bartone, P. T., McDonald, K., Hansma, B. J., & Solomon, J. (2022). Hardiness moderates the effects of COVID-19 stress on anxiety and depression. *Journal of affective disorders*, 317, 236–244. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.045>
- Beca, J. (2008). El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los Cuidados*, 1(1). <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6734.php>
- Bensley, R. (1991). Defining spiritual health: A review of the literature [Definición de salud espiritual: una revisión de la literatura]. *Journal of Health Education*, 22, 287-290. <https://doi.org/10.1080/10556699.1991.10614636>
- Bensley, R. (2013). Defining Spiritual Health: A Review of the Literature [Definición de salud espiritual: una revisión de la literatura]. *Journal of health Education*, 5(22), 287-290. <https://doi.org/10.1080/10556699.1991.10614636>
- Benzein, E., Norberg, A. y Saveman, B. (1998). Hope: Future imagined reality. The meaning of hope as described by a group of healthy pentecostalists [Esperanza: Futuro realidad imaginada. El significado de la esperanza descrito por un grupo

- de pentecostales sanos]. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1063-1070. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00820.x>
- Bestard, J. & Larduet, O. (1998). Salud mental y su relación con el estrés en las enfermeras de un hospital psiquiátrico. *MEDISAN*, 2(2): 6-11. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=11728>
- Bilsen, J., Stichele, R. V., Mortier, F., Bernheim, J. y Deliens, L. (2004). The incidence and characteristics of end-of-life decisions by GPs in Belgium [La incidencia y características de las decisiones al final de la vida por parte de los médicos en Bélgica]. *Family practice*, 21(3), 282-289. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh312>
- Bonelli, R., Dew, R. E., Koenig, H. G., Rosmarin, D. H. y Vasegh, S. (2012). Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research [Factores religiosos y espirituales en la depresión: revisión e integración de la investigación]. *Depression research and treatment*, 2012, 962860. <https://doi.org/10.1155/2012/962860>
- Boran, A., Shawaheen, M., Khader, Y., Amarin, Z. y Hill Rice, V. (2012). Work-related stress among health professionals in northern Jordan [Estrés relacionado con el trabajo entre los profesionales de la salud en el norte de Jordania]. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 62(2), 145-147. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr180>
- Bosco-Ruggiero, S. A. (2020). The relationship between Americans' spiritual/religious beliefs and behaviors and mental health: New evidence from the 2016 General Social Survey [La relación entre las creencias y comportamientos espirituales/religiosos de los estadounidenses y la salud mental: nueva evidencia de la Encuesta social general de 2016]. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 22(1), 30-48. <https://doi.org/10.1080/19349637.2018.1515052>
- Bozdağ, F. y Ergün, N. (2021). Psychological Resilience of Healthcare Professionals During COVID-19 Pandemic [Resiliencia psicológica de los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19]. *Psychological reports*, 124(6), 2567-2586. <https://doi.org/10.1177/0033294120965477>
- Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M. y Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology [Un caso para incluir la espiritualidad en la medición de la calidad de vida en oncología]. *Psycho-oncology*, 8(5), 417-428. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(199909/10\)8:5<417::aid-pon398>3.0.co;2-4](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(199909/10)8:5<417::aid-pon398>3.0.co;2-4)
- Bregman, L. (2006). Spirituality: a glowing and useful term search of a meaning [Espiritualidad: un término brillante y útil en busca de un significado]. *Omega*, 53(1), 5-26. <https://doi.org/10.2190/40NU-Q4BX-9E9K-R52>
- Boran, A., Shawaheen, M., Khader, Y., Amarin, Z., & Hill Rice, V. (2012). Work-related stress among health professionals in northern Jordan. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 62(2), 145–147. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr180>

- Buck, H. y Meghani, S. (2012). Spiritual expressions of African Americans and Whites in cancer pain [Expresiones espirituales de afroamericanos y blancos en el dolor del cáncer]. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 30(2), 107-116. <https://doi.org/10.1177/0898010111423420>
- Carneiro, É., Navinchandra, S., Vento, L., Timóteo, R. y de Fátima, M. (2019). Religiousness/Spirituality, Resilience and Burnout in Employees of a Public Hospital in Brazil [Religiosidad/Espiritualidad, Resiliencia y Burnout en Empleados de un Hospital Público en Brasil]. *Journal of religion and health*, 58(2), 677-685. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0691-2>
- Castillo-Martell, H. y Cutipé-Cárdenas, Y. (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental Salud Pública*, 36(2), 326-33. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>
- Chang, S., Picco, L., Abdin, E., Yuan, Q., Chong, S. A. y Subramaniam, M. (2019). Resilience and associative stigma among mental health professionals in a tertiary psychiatric hospital: a cross-sectional study in Singapore [Resiliencia y estigma asociativo entre profesionales de la salud mental en un hospital psiquiátrico terciario: un estudio transversal en Singapur]. *BMJ open*, 9(12), e033762. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033762>
- Chiu, L., Clark, M. B. y Daroszewski, E. B. (2000). Lived experience of spirituality in Taiwanese women with breast cancer [Experiencia vivida de espiritualidad en mujeres taiwanesas con cáncer de mama]. *Western Journal of Nursing Research*, 22(1), 29-53. <https://doi.org/10.1177/019394590002200104>
- Chiu, L., Emblen, J. D., Van Hofwegen, L., Sawatzky, R. y Meyerhoff, H. (2004). An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences [Una revisión integradora del concepto de espiritualidad en las ciencias de la salud]. *Western journal of nursing research*, 26(4), 405–428. <https://doi.org/10.1177/0193945904263411>
- Cohen, A. B. y Koenig, H. G. (2004). Religion and mental health [Religión y salud mental]. In C. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of applied psychology* (Vol. 3, pp. 255-258). Elsevier Academic Press.
- Coppola, I., Rania, N., Parisi, R., & Lagomarsino, F. (2021). Spiritual Well-Being and Mental Health During the COVID-19 Pandemic in Italy. *Frontiers in psychiatry*, 12, 626944. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.626944>
- Coyle, J. (2002). Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health [Espiritualidad y salud: hacia un marco para explorar la relación entre espiritualidad y salud]. *Journal of advanced nursing*, 37(6), 589-597. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02133.x>
- Curran, P. J., West, S. G. y Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis [La robustez de las estadísticas de prueba frente a la no normalidad y el error de

- especificación en el análisis factorial confirmatorio]. *Psychological Methods*, 1(1), 16–29. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.16>
- Danet, A. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clinica*, 156(9), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
- Diego-Cordero de, R., Ávila-Mantilla, A., Vega-Escañó, J., Lucchetti, G. y Badanta, B. (2022). The role of spirituality and religiosity in healthcare during the COVID-19 pandemic: An integrative review of the scientific literature [El papel de la espiritualidad y la religiosidad en la atención de la salud durante la pandemia de COVID-19: una revisión integradora de la literatura científica]. *Journal of Religion and Health*, 61(3), 2168-2197. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01549-x>
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being [Bienestar subjetivo]. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://papers.ssrn.com/abstract=2162125>
- Eberst, R. M. (1984). Defining health: a multidimensional model [Definición de salud: un modelo multidimensional]. *The Journal of school health*, 54(3), 99-104. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1984.tb08780.x>
- Edú-Valsania, S., Laguía, A. y Moriano, J. A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement [Burnout: una revisión de la teoría y la medición]. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
- El Peruano (2020). Decreto supremo que aprueba el reglamento de la Ley N°30947, Ley de salud mental. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/>
- Ellison, C. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement [Bienestar espiritual: conceptualización y medición]. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330-340. <https://doi.org/10.1177/00916471830110040>
- Ellison, C. (1993). Religious involvement and self-perception among Black Americans [Participación religiosa y autopercepción entre los afroamericanos], *Social Forces*, 71(4), 1027-1055. <https://doi.org/10.2307/2580129>
- Ferrer Emblen, J. D. (1992). Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature [Religión y espiritualidad definidas según el uso actual en la literatura de enfermería]. *Journal of professional nursing: official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 8(1), 41-47. [https://doi.org/10.1016/8755-7223\(92\)90116-g](https://doi.org/10.1016/8755-7223(92)90116-g)
- Evans, M. J. y Kaufman, M. H. (1981). Establishment in culture of pluripotential cells from mouse embryos [Establecimiento en cultivo de células pluripotenciales a partir de embriones de ratón]. *Nature*, 292(5819), 154–156. <https://doi.org/10.1038/292154a0>

- Fabbris, J. L., Mesquita, A. C., Caldeira, S., Carvalho, A. y Carvalho, E. C. (2017). Anxiety and Spiritual Well-Being in Nursing Students: A Cross-Sectional Study [Ansiedad y Bienestar Espiritual en Estudiantes de Enfermería: Un Estudio Transversal]. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 35(3), 261–270. <https://doi.org/10.1177/0898010116655004>
- Ferrer, J. N. (2001). Toward a participatory vision of human spirituality [Hacia una visión participativa de la espiritualidad humana]. *Revision*, 24(2), 15-26. <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA83447450&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=02756935&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon~95fabf5a>
- Figuroa, L. R., Davis, B., Baker, S., & Bunch, J. B. (2006). The influence of spirituality on health care-seeking behaviors among African Americans [La influencia de la espiritualidad en los comportamientos de búsqueda de atención médica entre los afroamericanos]. *The ABNF journal: official journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, Inc*, 17(2), 82–88. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18402349/>
- Frankl, V. (1969). *The will to meaning* [La voluntad de sentido]. New American Library.
- Garrosa, E., Blanco-Donoso, L., Moreno-Jiménez, B., González, A., Fraca, M. y Méniz, M. (2014). Evaluación y predicción del work engagement en voluntarios: el papel del sentido de la coherencia y la reevaluación cognitiva. *Anales de Psicología*, 2(30), 530-540. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.148701>
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A. y Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement [Estrés de rol y recursos personales en enfermería: un estudio transversal de burnout y engagement]. *International journal of nursing studies*, 48(4), 479–489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004>
- Godoy-Izquierdo, D. y Godoy, J. (2002). La personalidad resistente: Una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud*, 13(2), 135-162. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618085001> Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618085001.pdf>
- Gotterer, R. (2001). The spiritual dimension in clinical social work practice: A client perspective [La dimensión espiritual en la práctica del trabajo social clínico: una perspectiva del cliente]. *Families in Society*, 82, (2), 187-193. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.209>
- Granjard, A., Mihailovic, M., Amato, C., Kazemitabar, M., Lucchese, F., Jacobsson, C., Kijima, N. y Garcia, D. (2021). Occupation and life satisfaction among individuals with mental illness: the mediation role of self-reported psychophysiological health [Ocupación y satisfacción con la vida entre individuos con enfermedad mental: el papel de mediación de la salud psicofisiológica autoinformada]. *PeerJ*, 9, e10829. <https://doi.org/10.7717/peerj.10829>

- Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). *Americans view their mental health* [Los estadounidenses ven su salud mental]. Basic Books.
- Haase, J., Britt, T., Coward, D., Leidy, N. y Penn, P. (1992). Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance and self-transcendence [Análisis conceptual simultáneo de perspectiva espiritual, esperanza, aceptación y autotranscendencia]. *The journal of nursing scholarship*, 24(2), 141-147. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00239.x>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20a%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Hill, P., Pargament, K., Hood, R., Jr., Muccullough, M., Swyers, J., Larson, D. y Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure [Conceptualización de la religión y la espiritualidad: puntos en común, puntos de partida]. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51–77. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00119>
- Hosseini SM, Hesam S, Hosseini SA (2022) Relationship of Hardiness Components to General Health, Spiritual Health, and Burnout: The Path Analysis. *Iranian Journal of Psychiatry*, 17(2), pp.196-207. <https://doi.org/10.18502/ijps.v17i2.8910>
- Hsiao, Y. C., Chiang, Y. C., Lee, H. C. y Han, C. Y. (2013). Psychometric testing of the properties of the spiritual health scale short form [Prueba psicométrica de las propiedades de la forma abreviada de la escala de salud espiritual]. *Journal of clinical nursing*, 22(21-22), 2981-2990. <https://doi.org/10.1111/jocn.12410>
- Hsiao, Y. C., Chien, L. Y., Wu, L. Y., Chiang, C. M. y Huang, S. Y. (2010). Spiritual health, clinical practice stress, depressive tendency and health-promoting behaviours among nursing students [Salud espiritual, estrés de la práctica clínica, tendencia depresiva y conductas promotoras de salud entre estudiantes de enfermería]. *Journal of advanced nursing*, 66(7), 1612-1622. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05328.x>
- Hyman, C. y Handal, P. (2006). Definitions and evaluation of religion and spirituality items by religious professionals: a pilot study [Definiciones y evaluación de elementos de religión y espiritualidad por parte de profesionales religiosos: un estudio piloto]. *Journal of Religion and Health*, 45(2), 264–282. <https://doi.org/10.1007/s10943-006-9015-z>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020). *Estado de la población peruana 2020* https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est_Lib1743/Libro.pdf
- Jahoda, M. (1958). *Conceptos actuales de salud mental positiva*. Libros Básicos.
- Jian-An, S., Hsu-Huei, W., Hin-Yeung, T. y Jhen-Long, W. (2009). Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff [Salud mental y

- calidad de vida entre médicos, enfermeras y otro personal hospitalario]. *Stress and Health*, 25(5), 423-430. <https://doi.org/10.1002/smi.1261>
- Jiménez, J. (2005). La espiritualidad, dimensión olvidada de la Medicina. *Revista Gaceta Universitaria*, 1, 92-101. <https://doi.org/10.35756/educaumch.201607.2>
- Joshanloo, M. (2016). Revisiting the empirical distinction between hedonic and eudaimonic aspects of well-being using exploratory structural equation modeling [Revisando la distinción empírica entre los aspectos hedónicos y eudaimónicos del bienestar utilizando modelos exploratorios de ecuaciones estructurales]. *Journal of Happiness Studies*, 17, 2023-2036. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9683-z>
- Joshanloo, M., Bobowick, M. y Basabe, N. (2016). Factor structure of mental well-being: Contributions of exploratory structural equation modeling [Estructura factorial del bienestar mental: aportes del modelo exploratorio de ecuaciones estructurales]. *Personality and Individual Differences*, 102, 107-110. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.060>
- Keyes, C. (1998). Social well-being [Bienestar Social]. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life [El continuo de la salud mental: de languidecer a florecer en la vida]. *Journal of health and social behavior*, 43(2), 207-222. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12096700/>
- Keyes, C. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction [Bienestar subjetivo en la investigación sobre salud mental y desarrollo humano en todo el mundo: una introducción]. *Social Indicators Research*, 77(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>
- Keyes, C. y Waterman, M. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood [Dimensiones del bienestar y la salud mental en la edad adulta]. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, y K. A. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 477-497). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Kline, R. (2015). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* [Principios y práctica de modelado de ecuaciones estructurales]. The Guilford Press.
- Kobasa, S. (1979). Personality and resistance to illness [Personalidad y resistencia a la enfermedad.]. *American Journal of Community Psychology*, 7(4), 413-423. <https://doi.org/10.1007/BF00894383>
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., y Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study [Resistencia y salud: un estudio prospectivo]. *Journal of personality and social psychology*, 42(1), 168-177. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>
- Koenig H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review [Investigación sobre religión, espiritualidad y salud mental: una

- revisión]. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 54(5), 283-291. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502>
- Koenig, H. (2005). *Faith and mental health: Religious resources for healing* [Fe y salud mental: recursos religiosos para la curación]. Templeton Foundation Press
- Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications [Religión, espiritualidad y salud: la investigación y las implicaciones clínicas]. *ISRN psychiatry*, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Korniejczuk, V., Moroni, M., Quiyono, E., Rodríguez, J., Valderrama, A., Charles-Marcel, Z., Barriguete, A., & Córdova, J. (2019). La salud espiritual, su evaluación. y su papel en la obesidad, la diabetes. mellitus y otras enfermedades. crónicas no-transmisibles. En J. Charles-Marcel & J. Barriguete (Eds.), *Nutrición, obesidad, DBM, HTA, TCA y salud mental mejores prácticas franco-méxico-colombianas* (pp. 563–584). Producciones sin Sentido Común, S.A. de C.V. https://www.researchgate.net/publication/339925952_2019_Zeno_Cap_52_LA_SALUD_ESPIRITUAL_en_Nutri_y_Ob
- Lam, S., Padilla, L., Cerqueira, C., Castillo, J. y Medina, D. (2014). Salud mental positiva en trabajadores de la salud de un hospital de Chimbote, 2013. *Conocimientos para el Desarrollo*, 5(1). <https://revista.usanpedro.edu.pe/index.php/CPD/article/view/134>
- Lavado, L. (2018). Religiosidad de los médicos peruanos y su influencia en las decisiones bioéticas controversiales. *Horizonte Médico*, 18(3), 57-70. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n3.09>
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process* [El estrés psicológico y el proceso de afrontamiento]. McGraw-Hill.
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J. y Espinosa-Henao, O. (2016). *El sistema de salud en el Perú: situación y desafíos*. <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2018/05/libroSistemaSaludPeru-.pdf>
- Le, Y. K., Piedmont, R. L. y Wilkins, T. A. (2019). Spirituality, religiousness, personality as predictors of stress and resilience among middle-aged Vietnamese-Born American Catholics [Espiritualidad, religiosidad, personalidad como predictores de estrés y resiliencia entre católicos estadounidenses nacidos en Vietnam de mediana edad]. *Mental Health, Religion & Culture*, 22(7), 754–768. <https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1646235>
- Lluch, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* [Tesis de doctorado, Universidad de Barcelona]. <https://www.tdx.cat/handle/10803/2366#page=1>
- Lucchetti, G., Góes, L. G., Amaral, S. G., Ganadjian, G. T., Andrade, I., Almeida, P. O. A., do Carmo, V. M., & Manso, M. E. G. (2020). Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. *The International journal of social psychiatry*, 67(6), 672–679. <https://doi.org/10.1177/0020764020970996>

- Maddi, S. (2006). Hardiness: The Courage to Be Resilient [Robustez: el coraje de ser resistente]. In J. C. Thomas, D. L. Segal, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology, Vol. 1. Personality and Everyday Functioning* (pp. 306-321). John Wiley & Sons Inc.
- Magalhães, L., Lucchetti, G., Camelo, F., Vallada, H. y Prieto, M. (2018). The association between spirituality and religiousness and mental health [La asociación entre espiritualidad y religiosidad y salud mental]. *Scientific reports*, 8(1), 1-9. DOI:10.1038/s41598-018-35380-w
- Makovski, T., Schmitz, S., Zeegers, M., Stranges, S. y Van de Akker, M. (2019). Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis [Multimorbilidad y calidad de vida: revisión sistemática de la literatura y metanálisis]. *Ageing research reviews*, 53, 1-19. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.04.005>
- Mantas, S. (2017). *Sentido de coherencia, resiliencia y salud mental positiva en los profesionales del sistema de emergencias médicas* [Tesis doctoral, Universidad de Girona] <https://tdx.cat/handle/10803/406045#page=1>
- Margetic, B., Peraica, T., Stojanovic, K. y Ivanec, D. (2022). Spirituality, Personality, and Emotional Distress During COVID-19 Pandemic in Croatia [Espiritualidad, personalidad y angustia emocional durante la pandemia de COVID-19 en Croacia]. *Journal of religion and health*, 61(1), 644-656. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01473-6>
- Mathad, M., Rajesh, S. y Pradhan, B. (2019). Spiritual well-being and its relationship with mindfulness, self-compassion and satisfaction with life in baccalaureate nursing students: A correlation study [Bienestar espiritual y su relación con mindfulness, autocompasión y satisfacción con la vida en estudiantes de licenciatura en enfermería: un estudio correlacional]. *Journal of religion and health*, 58(2), 554-565. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0532-8>
- Matón, K. (1989). The stress-buffering role of spiritual support: Cross-sectional and prospective investigations [El papel amortiguador del estrés del apoyo espiritual: investigaciones transversales y prospectivas]. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28(3), 310-323. <https://doi.org/10.2307/1386742>
- May, R. (1981). *Freedom and destiny* [Libertad y destino]. WW Norton & Company. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=JbXdTiHUnzsC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Freedom+and+destiny.+&ots=42D8Pq2hkw&sig=M4I0burQgdqFkbFcY0-HBIARXY#v=onepage&q=Freedom%20and%20destiny.&f=false>
- McClain, C. S., Rosenfeld, B. y Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients [Efecto del bienestar espiritual sobre la desesperación al final de la vida en pacientes con cáncer terminal]. *The Lancet*, 361(9369), 1603-1607. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13310-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13310-7)
- Mihaljevic, S., Margetic, B., Karnicnik, S. y Vuksan, B. (2013). 707-Spirituality and its relationship with personality and suicidality in depressed people-cross sectional study [707-Espiritualidad y su relación con la personalidad y la suicidalidad en

personas deprimidas estudio transversal]. *European Psychiatry* 28(1),1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)75932-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)75932-7)

- Mitchell, J.; Mason, M.; Macrae, N. y Banaji, M. (2006). Thinking about others: The substrates of social cognition [Pensar en los demás: los sustratos de la cognición social]. In J. Caccioppo, P. Visser & C. Pickett (Eds.), *Social neuroscience: People thinking about thinking people* (pp. 63-82). Cambridge, MA: MIT Press. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=tCgTDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA63&dq=Thinking+about+others:+The+substrates+of+social+cognition&ots=QuwsWYHBpy&sig=QmmzcZYhppl4XtOUMyXFNZIcUHW#v=onepage&q=Thinking%20about%20others%3A%20The%20substrates%20of%20social%20cognition&f=false>
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, H. y Gálvez M. (2005). Personalidad positiva y salud. En L. Flores-Alarcón, L., Mercedes, B., Moreno. (Ed.), *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*, (pp. 59-76). ALAPSA. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=567563>
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa-Hernández, E., González-Gutiérrez, J.L. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos De Psicología - Psychological Writings*, 1(4), 64-77. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.vi4.13453>
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa Hernández, E., y Blanco, L. M. (2014). Development and validation of the Occupational Hardiness Questionnaire [Desarrollo y validación del Cuestionario de Resistencia Ocupacional]. *Psicothema*, 26(2), 207–214. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.49>
- Morgan, R., Tan, H. L., Oveisi, N., Memmott, C., Korzuchowski, A., Hawkins, K. y Smith, J. (2022). Women healthcare workers' experiences during COVID-19 and other crises: A scoping review [Experiencias de las trabajadoras de la salud durante la COVID-19 y otras crisis: una revisión de alcance]. *International journal of nursing studies advances*, 4, 100066. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100066>
- Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(3), 166-73. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28310>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Salud mental: un estado de bienestar*. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (1984). *La salud espiritual en la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199569/WHA37_33_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Fortaleciendo la promoción de la Salud Mental*. Ginebra. (Hoja informativa N° 220) https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *No hay salud sin salud mental*. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Osorio-Martínez, M. L., Malca-Casavilca, M., Condor-Rojas, Y., Becerra-Bravo, M. A. y Ruiz Ramírez, E. (2022). Factores asociados al desarrollo de estrés, ansiedad y depresión en trabajadores sanitarios en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Perú. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 25(3), 271-284. <https://doi.org/10.12961/aprl.2022.25.03.04>
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N. y Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study [Métodos de afrontamiento religiosos como predictores de resultados psicológicos, físicos y espirituales entre pacientes ancianos médicamente enfermos: un estudio longitudinal de dos años]. *Journal of health psychology*, 9(6), 713–730. <https://doi.org/10.1177/1359105304045366>
- Park, C. L. (2007). Religiousness/spirituality and health: a meaning systems perspective [Religiosidad/espiritualidad y salud: una perspectiva de sistemas de significado]. *Journal of behavioral medicine*, 30(4), 319-328. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9111-x>
- Prazeres, F., Passos, L., Simões, J. A., Simões, P., Martins, C., & Teixeira, A. (2020). COVID-19-Related Fear and Anxiety: Spiritual-Religious Coping in Healthcare Workers in Portugal. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 220. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010220>
- Pelechova, M., Wiscarson, G. y Tracy, D. K. (2012). Spirituality and the mental health professions [La espiritualidad y las profesiones de la salud mental]. *The Psychiatrist*, 36(7), 249-254. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.111.036954>
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de psicología*, (56), 61-96. https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/el-concepto-de-personalidad_resistente.pdf
- Pighi, P. (2020). *Coronavirus en Perú: 5 factores que explican por qué es el país con la mayor tasa de mortalidad entre los más afectados por la pandemia*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53940042>
- Piguaycho, A. (2021). Salud mental positiva en estudiantes de Enfermería de Tacna frente al COVID-19. *Investigación e Innovación: Revista Científica De Enfermería*, 1(2), 78-89. <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1225>
- Poehler, D. (1982). *Identification and description of human spiritual interaction as a factor in health* [La identificación y descripción de la interacción espiritual humana es un factor en la salud]. Southern Illinois University at Carbondale.

- Powell, L. H., Shahabi, L. y Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health [Religión y espiritualidad. Vínculos con la salud física]. *The American psychologist*, 58(1), 36–52. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.36>
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? [¿Tiene el chimpancé una teoría de la mente?]. *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Rahimi, N., Asadolahi, Z. y Afsharipour. (2017). The relationship between spiritual well-being and anxiety levels in the students of school of nursing and midwifery in Rafsanjan University of Medical Sciences in 2015 [La relación entre el bienestar espiritual y los niveles de ansiedad en los estudiantes de la escuela de enfermería y partería en la Universidad de Ciencias Médicas de Rafsanjan en 2015]. *Iran Journal of Nursing*, 30(106), 70-86. <https://doi.org/10.29252/ijn.30.106.78>
- Rajakumar, S. Jillings, C. Osborne, M. y Tognazzini, P. (2008). Spirituality and depression: the role of spirituality in the process of recovering from depression [Espiritualidad y depresión: el papel de la espiritualidad en el proceso de recuperación de la depresión]. *Spirituality and Health International*, 9(2), 90-101. <https://doi.org/10.1002/shi.333>
- Rich, Y. y Cinamon, R. (2007). Conceptions of spirituality among Israeli Arab and Jewish late ado- lescents [Concepciones de espiritualidad entre los adolescentes tardíos árabes y judíos israelíes]. *Journal of Humanistic Psychology*, 47, 7–29. <https://doi.org/10.1177/0022167806291324>
- Riley, B. B., Perna, R., Tate, D. G., Forchheimer, M., Anderson, C., y Luera, G. (1998). Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life [Tipos de bienestar espiritual entre personas con enfermedades crónicas: su relación con diversas formas de calidad de vida]. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 79(3), 258–264. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(98\)90004-1](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(98)90004-1)
- Ríos, M. Sánchez, J. y Godoy, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22(4), 600-605. <http://www.psicothema.com/pdf/3773.pdf>
- Rivera, A. (2007). Modelo de intervención racional emotivo para la promoción del ajuste psicológico en el adulto mayor en un contexto religioso [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México]. [https://repositorio.unam.mx/contenidos/modelo-de-intervencion-racional-emotivo-para-la-promocion-del-ajuste-psicologico-del-adulto-mayor-en-un-contexto-reli-63467?c=Bo5Gv6&d=false&q=*.*\)&i=1&v=1&t=search_0&as=2](https://repositorio.unam.mx/contenidos/modelo-de-intervencion-racional-emotivo-para-la-promocion-del-ajuste-psicologico-del-adulto-mayor-en-un-contexto-reli-63467?c=Bo5Gv6&d=false&q=*.*)&i=1&v=1&t=search_0&as=2)
- Robitschek, C. y Keyes, C. (2009). Keyes's model of mental Health with personal growth initiative as a parsimonious predictor [El modelo de salud mental de Keyes con iniciativa de crecimiento personal como predictor parsimonioso]. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 321–329. <https://doi.org/10.1037/a0013954>

- Rodríguez, E., Espí, F., Canteras, M. y Gómez, A. (2001). Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria. *Elsevier*, 4(28), 259-262. [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78944-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78944-5)
- Rodríguez, M. y Reátegui-Vargas, P. (2020). Personalidad situacional y síndrome de burnout en trabajadores de una institución especializada en rehabilitación. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(1), 30-36. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n1.05>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being [La felicidad lo es todo, ¿o no? Exploraciones sobre el significado del bienestar psicológico]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sadurni, M., Rostán, C. y Serrat, E. (2008). *El desarrollo de los niños, paso a paso*. Editorial UOC. <https://books.google.com.pe/books?id=o10PlxFGVDIC&pg=PA113&dq=importancia+de+la+formaci%C3%B3n+en+los+primeros+a%C3%B1os+de+vida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjKt-2VoeraAhUQ0FMKHW9ICNYQ6AEILzAC#v=onepage&q=importancia%20de%20la%20formaci%C3%B3n%20en%20los%20primeros%20a%C3%B1os%20de%20vida&f=false>
- Salgado, A. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 121-159. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.55>
- Sanromà-Ortiz, M. (2016). *Evaluación de un programa de Empoderamiento para potenciar y desarrollar conductas promotoras de salud y salud mental positiva en estudiantes de enfermería. Dinamiza la salud: "Cuídate y cuida"* [Tesis de doctorado, Universidad de Barcelona]. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/386481?locale-attribute=es>
- Schumacker, R. y Lomax, R. (2015). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling* [Una guía para principiantes sobre el modelado de ecuaciones estructurales]. Routledge.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2001). "Positive psychology: An introduction": Reply ["Psicología positiva: una introducción": Responder.]. *American Psychologist*, 56(1), 89-90. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.1.89>
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Sessanna, L., Finnell, D. y Jezewski, M. A. (2007). Spirituality in nursing and health-related literature: a concept analysis [Espiritualidad en la literatura relacionada con la enfermería y la salud: un análisis de concepto]. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 25(4), 252–264. <https://doi.org/10.1177/0898010107303890>
- Severin, F. (1965). *Humanistic viewpoints in psychology* [Puntos de vista humanistas en psicología.]. McGraw-Hill.

- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J. L., Brodie, D., Cannone, D. E., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, R. C., Hochman, B., Homma, S., Kronish, I. M., Lee, S., Manzano, W., ... Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic [Angustia psicológica, comportamientos de afrontamiento y preferencias de apoyo entre los trabajadores de la salud de Nueva York durante la pandemia de COVID-19]. *General hospital psychiatry*, 66, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.007>
- Sheldrake, P. (2007). *A Brief History of Spirituality* [Una breve historia de la espiritualidad]. Blackwell. https://www.academia.edu/15829441/A_Brief_History_of_Spirituality
- Sherman, D. W. (1996). Nurses' willingness to care for AIDS patients and spirituality, social support, and death anxiety [Disposición de las enfermeras para cuidar a los pacientes con SIDA y espiritualidad, apoyo social y ansiedad ante la muerte]. *Image--the journal of nursing scholarship*, 28(3), 205–213. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1996.tb00353.x>
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and human welfare* [Medicina y bienestar humano]. Yale University Press.
- Silva-Junior, R. F. D., Alves, E. C. S., Santos, K. O., Santos, S. P. D., Barbosa, H. A., Siqueira, L. D. G., Torres, J. P. R. V., & Silva, C. S. O. E. (2020). Hardy personality and associated factors in health professionals active in services that treat critical patients. Personalidade hardiness e fatores associados em profissionais da saúde atuantes em serviços que atendem pacientes críticos. *Ciencia & saude coletiva*, 25(1), 199–209. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29442019>
- Sirgy, M. J. (2019). Positive balance: a hierarchical perspective of positive mental health [Equilibrio positivo: una perspectiva jerárquica de la salud mental positiva]. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 28(7), 1921–1930. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02145-5>
- Stafford-Brown, J. y Pakenhan, K. (2012). Stress in Clinical Psychology Trainees: Current Research Status and Future Directions [Estrés en estudiantes de psicología clínica: estado actual de la investigación y direcciones futuras]. *Australian Journal Psychologist*, 47(3), 147-155. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2012.00070.x>
- Stanley, M. A., Bush, A. L., Camp, M. E., Jameson, J. P., Phillips, L. L., Barber, C. R., Zeno, D., Lomax, J. W. y Cully, J. A. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression [Preferencias de los adultos mayores por la religión/espiritualidad en el tratamiento de la ansiedad y la depresión]. *Aging & mental health*, 15(3), 334-343. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.519326>

- Stoll, R. y Stoll, I. (1989). *The essence of spirituality in spiritual dimensions of nursing practice* [La esencia de la espiritualidad en las dimensiones espirituales de la práctica de enfermería]. W.B. Saunders.
- Suryavanshi, N., Kadam, A., Dhumal, G., Nimkar, S., Mave, V., Gupta, A., Cox, S. R., & Gupte, N. (2020). Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain and behavior*, 10(11), e01837. <https://doi.org/10.1002/brb3.1837>
- Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality [Hacia la clarificación del sentido de la espiritualidad]. *Journal of advanced nursing*, 39(5), 500-509. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x>
- Taylor, E. J., Amenta, M. y Highfield, M. (1995). Spiritual care practices of oncology nurses [Prácticas de cuidado espiritual de enfermeras oncológicas]. *Oncology nursing forum*, 22(1), 31-39.
- Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and health: is there a relationship? [Espiritualidad y salud: ¿hay una relación?]. *Journal of health psychology*, 4(3), 291–300. <https://doi.org/10.1177/135910539900400314>
- Turner, M. (2015). Can the Effects of Religion and Spirituality on Both Physical and Mental Health be Scientifically Measured? An Overview of the Key Sources, with Particular Reference to the Teachings of Said Nursi [¿Se pueden medir científicamente los efectos de la religión y la espiritualidad en la salud física y mental? Una visión general de las fuentes clave, con referencia particular a las enseñanzas de Said Nursi]. *Journal of religion and health*, 54(6), 2045–2051. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9894-3>
- Unterrainer, H. F., Lewis, A. J. y Fink, A. (2014). Religious/Spiritual Well-being, personality and mental health: a review of results and conceptual issues [Bienestar religioso/espiritual, personalidad y salud mental: revisión de resultados y cuestiones conceptuales]. *Journal of religion and health*, 53(2), 382-392. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9642-5>
- Vachon, M., Fillion, L. y Achille, M. (2009). A conceptual analysis of spirituality at the end of life [Un análisis conceptual de la espiritualidad al final de la vida]. *Journal of palliative medicine*, 12(1), 53-59. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0189>
- Vagni, M., Maiorano, T., Giostra, V., Pajardi, D., & Bartone, P. (2022). Emergency Stress, Hardiness, Coping Strategies and Burnout in Health Care and Emergency Response Workers During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychology*, 13, 918788. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.918788>
- Weathers, E., McCarthy, G. y Coffey, A. (2016). Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach [Análisis conceptual de la espiritualidad: un enfoque evolutivo]. *Nursing forum*, 51(2), 79–96. <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>
- White, E. (1957). *Conducción del niño*. Editorial Asociación Publicadora Interamericana. https://adventistasrd.interamerica.org/uploaded_assets/162885

- Wiggins, M., Uphold, C., Shehan, C. y Reid K. (2008). The longitudinal effects of spirituality on stress, depression, and risk behaviors among men with HIV infection attending three clinics in the southeastern United States [Los efectos longitudinales de la espiritualidad sobre el estrés, la depresión y las conductas de riesgo entre hombres con infección por VIH que asisten a tres clínicas en el sureste de los Estados Unidos]. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 10, 145–168. <https://doi.org/10.1080/19349630802081210>
- Williamson, G. y Perarse, I. (1996). *Science, Synthesis and Sanity: An Inquiry into the Nature of Living* [Ciencia, síntesis y cordura: una investigación sobre la naturaleza de la vida]. Regnery Publishing.
- Wright, M. (2004). Hospice care and models of spirituality [Hospice care and models of spirituality]. *European Journal of Palliative Care*, 11, 75-78.
- Wu, S., Qi, W., Fraser, M., Chapman, M. y Gao, Q. (2018). Welfare participation and depression among youth in the United States: A systematic review [Participación en el bienestar y depresión entre los jóvenes en los Estados Unidos: una revisión sistemática]. *Children and Youth Services Review*, 94, 354-367. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.09.018>
- Yalom, I. (1982). The “terrestrial” meanings of life [Los sentidos “terrestres” de la vida]. *International Forum for Logotherapy*, 5(2), 92-102.



APÉNDICE

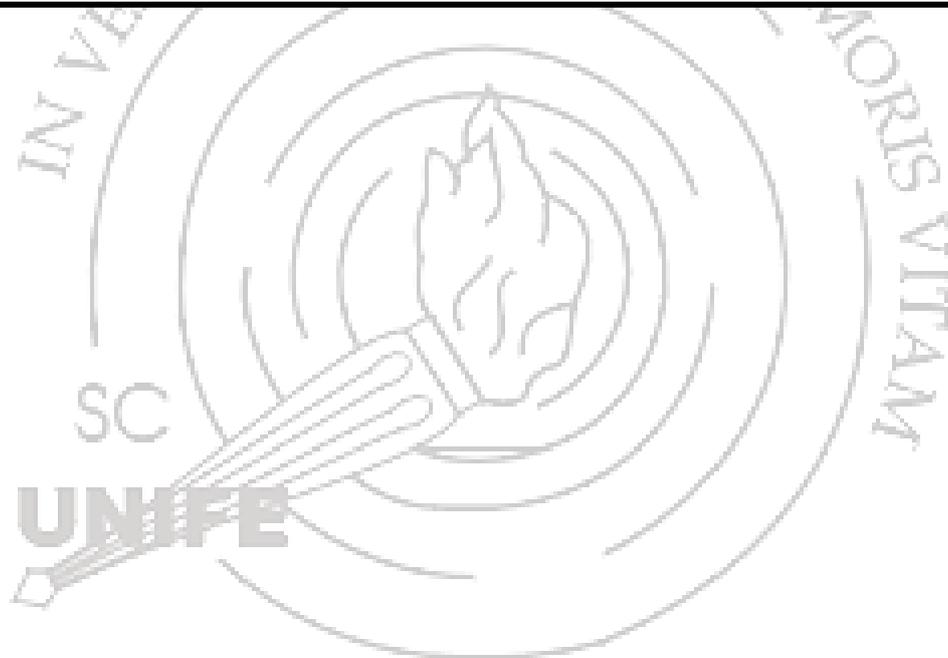
- A: CONSENTIMIENTO DE PARTICIPANTES
- B: FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD RESISTENTE OCUPACIONAL
- C: FIABILIDAD DE LA ESCALA DE SALUD ESPIRITUAL
- D: FIABILIDAD DE LA ESCALA DE SALUD MENTAL POSITIVA
- E: VALIDEZ DE CRITERIO DE JUECES PARA EL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD RESISTENTE Y SALUD ESPIRITUAL
- F: DECLARACIÓN SOBRE AUTORIZACIÓN DE AUTORES



APÉNDICE A

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPANTES

Los materiales aplicados en la presente investigación sobre personalidad resistente, salud espiritual y salud mental positiva en profesionales de la salud, no se resolvieron en instituciones; en cambio se resolvieron en ambientes como congresos, seminarios, reuniones, cursos, capacitaciones y como parte del procedimiento se solicitó a cada participante de forma personal que firmara las pruebas como consentimiento informado.



APÉNDICE B

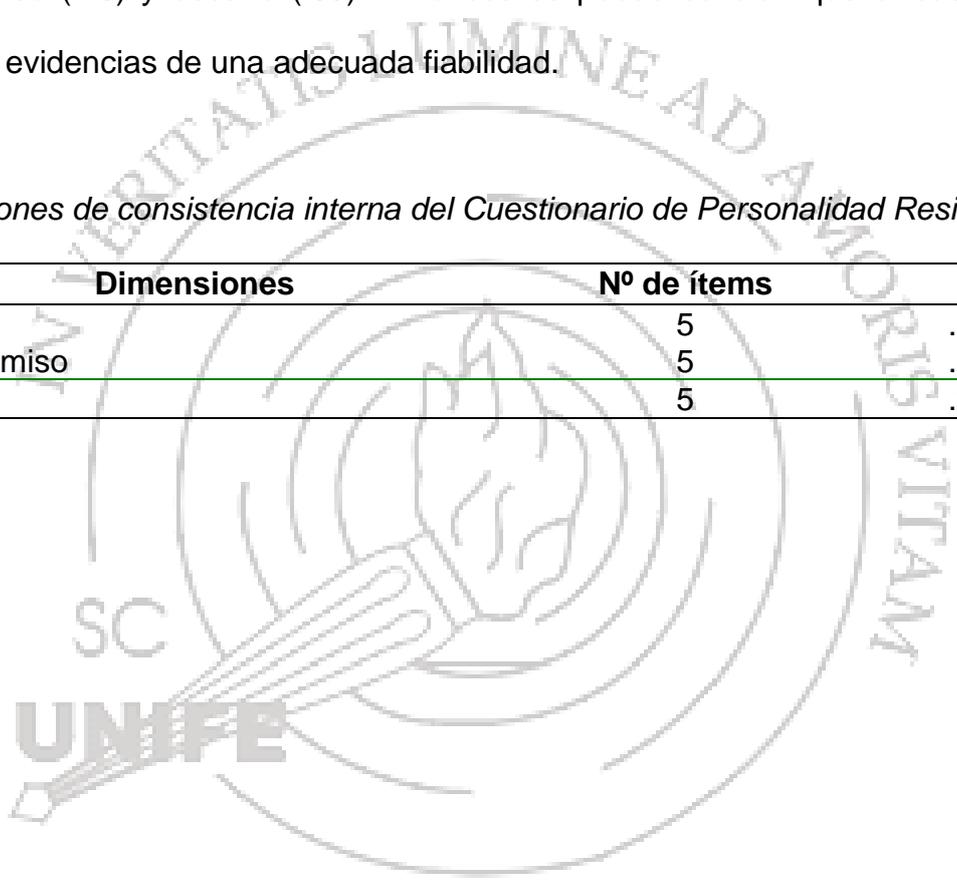
FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO PERSONALIDAD RESISTENTE OCUPACIONAL

La fiabilidad de la escala se valoró utilizando el método de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 1 se aprecia que la dimensión control presenta un coeficiente alto (.76), que puede ser valorado como indicador de una adecuada fiabilidad. De manera similar ocurre con las dimensiones de compromiso (.76) y desafío (.85). Entonces se puede concluir que el cuestionario presenta evidencias de una adecuada fiabilidad.

Tabla 6

Estimaciones de consistencia interna del Cuestionario de Personalidad Resistente

Dimensiones	Nº de ítems	α
Control	5	.76
Compromiso	5	.76
Desafío	5	.85



APÉNDICE C

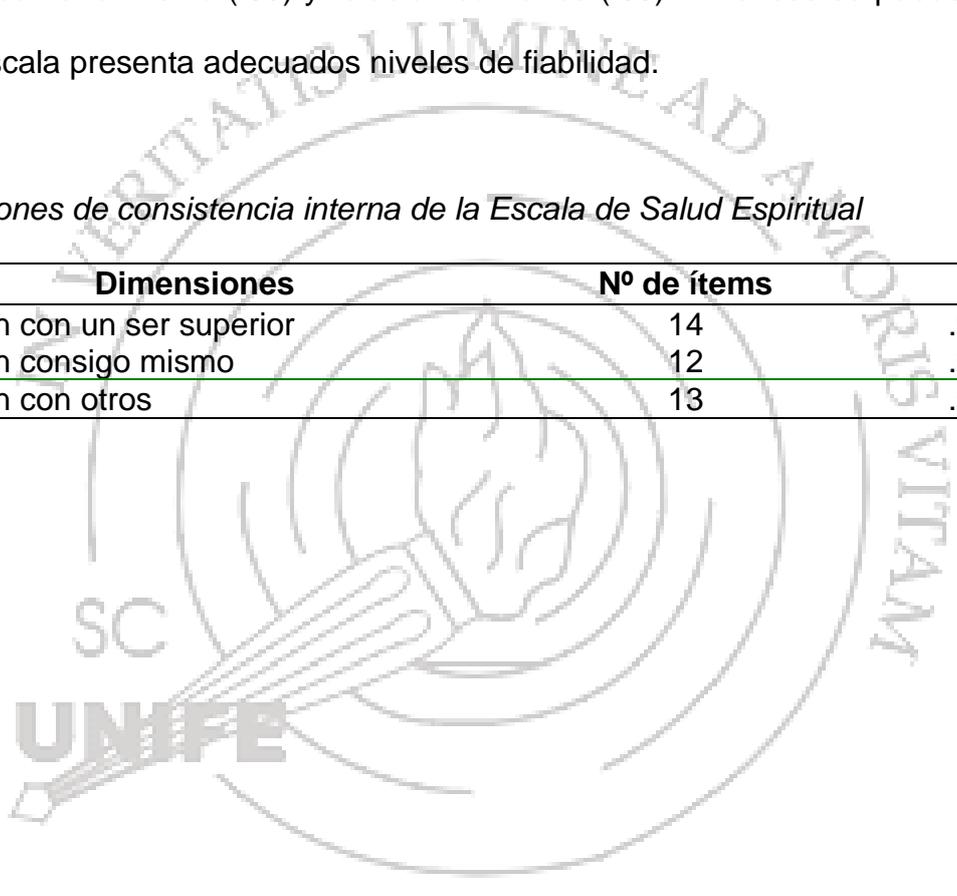
FIABILIDAD DE LA ESCALA DE SALUD ESPIRITUAL

La fiabilidad de la escala se valoró utilizando el método de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 2 se aprecia que la relación con un ser superior presenta un coeficiente alto (.94), que puede ser valorado como indicador de una adecuada fiabilidad. De manera similar ocurre con las dimensiones relación con uno mismo (.95) y relación con otros (.95). Entonces se puede concluir que la escala presenta adecuados niveles de fiabilidad.

Tabla 7

Estimaciones de consistencia interna de la Escala de Salud Espiritual

Dimensiones	Nº de ítems	α
Relación con un ser superior	14	.94
Relación consigo mismo	12	.95
Relación con otros	13	.95



APÉNDICE D

FIABILIDAD DE LA ESCALA DE SALUD MENTAL POSITIVA

La fiabilidad de la escala se valoró utilizando el método de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 3 se aprecia que la dimensión satisfacción personal presenta un coeficiente alto (.64), que puede ser valorado como indicador de una adecuada fiabilidad. De manera similar ocurre con las dimensiones autocontrol (.69), autonomía (.69) y resolución de problemas (.79). Sin embargo, las dimensiones actitud pro social (.52) y habilidades interpersonales (.58) presentan un nivel bajo de fiabilidad.

Tabla 3

Estimaciones de consistencia interna de la Escala de Salud Mental Positiva

Dimensiones	Nº de ítems	α
Satisfacción personal	8	.64
Actitud pro social	5	.52
Autocontrol	5	.69
Autonomía	5	.68
Resolución de problemas	9	.79
Habilidades interpersonales	7	.58



APÉNDICE E

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

RESISTENTE

Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Modifico 8	Modifico 7	Modifico 4	Modifico 3	Modifico 7
ítems	ítems	ítems	ítems	ítems

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DE SALUD

ESPIRITUAL

Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Modifico 0				
ítems	ítems	ítems	ítems	ítems

APÉNDICE F

DECLARACIÓN SOBRE AUTORIZACIÓN DE AUTORES

Yo, Aida Chelita Santillán Mejía, declaro haber solicitado a los autores de los instrumentos utilizados la autorización para su uso. Asimismo, declaro que he recibido la autorización de los autores mediante correo electrónico. A continuación, detallo los instrumentos de evaluación aplicados.

- Cuestionario de personalidad resistente ocupacional, versión española por Bernardo Moreno-Jiménez, Alfredo Rodríguez-Muñoz, Eva Garrosa Hernández y Luis Manuel Blanco, (2014).
- Escala de salud espiritual, versión mexicana creada por Víctor Andrés Korniejczuk, Carlos Marcelo Moroni, Esteban Quiyono Escobar, Jaime Rodríguez Gómez, Alberto Valderrama Rincón, Zeno L. Charles-Marcel, J. Armando Barriguete Meléndez, José Ángel Córdova Villalobos (2019).
- Escala de salud mental positiva versión española creada por Teresa Lluch Canut, (1999).

Los cuales fueron aplicados en la investigación denominada “personalidad resistente, salud espiritual y salud mental positiva en profesionales de la salud”, con el fin de obtener el Grado Académico de Doctor en Psicología.

Atentamente,

SC
UNIFE

Aida Chelita Santillán Mejía