

Resumen

En el área de los accidentes laborales es escaso el conocimiento sobre las diferencias observadas en el curso y evolución de las personas lesionadas, en lo referido particularmente al grado de participación de variables de personalidad en una mayor o menor adherencia al proceso y resultados de la rehabilitación. Este estudio empírico basado en un diseño no experimental de alcance descriptivo tiene por objetivo general evaluar el potencial de salud en lesionados laborales de miembro superior en fase de rehabilitación en un centro privado de la ciudad de Mar del Plata. Se administrarán técnicas para evaluar recursos psicológicos, resiliencia y optimismo disposicional como medidas de potencial de salud, y se incluirá una medida de salud autopercebida como variable control en 80 pacientes lesionados con distinto grado de severidad. Se espera que los resultados aporten evidencia y contribuyan a un mejor y mayor conocimiento de los aspectos salugénicos del funcionamiento personal sobre la calidad de la recuperación en lesionados laborales en proceso de rehabilitación.

Potencial de Salud en Lesionados Laborales de Miembro Superior en Fase de Rehabilitación

Introducción

Los accidentes de trabajo constituyen la principal causa de incapacidad laboral en nuestro país (Superintendencia de Riesgos del Trabajo, 2013). Se consideran acontecimientos traumáticos que irrumpen de forma inesperada en la vida de una persona. Según la Ley Nacional de Riesgos de Trabajo (1995), se denomina accidente laboral a “todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo”. Como consecuencia de ello los trabajadores pueden presentar una incapacidad laboral temporaria o permanente.

Tradicionalmente desde los abordajes psicológicos ha predominado el énfasis sobre los aspectos negativos del trauma y sus consecuencias psicopatológicas (Vera Poseck, Carbelo Baquero y Vecina Jiménez, 2006). Una propuesta alternativa, aunque menos estudiada, se sustenta en la evidencia de que ciertos mecanismos psicológicos funcionan como amortiguadores contra un posible trastorno mental producto del trauma.

Este trabajo se enmarca en los desarrollos del Modelo Salugénico (Antonovsky, 1971, 1979, 1987, 1996), y de la Psicología Positiva (Duckworth, Steen, y Seligman, 2005; Seligman, 2002, 2004; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Vera Poseck, 2006; Vera Poseck, Carbelo Baquero y Vecina Jiménez, 2006); y, si bien se cuenta con importantes desarrollos que definen el trauma como uno de los

acontecimientos con mayor impacto vital que puede modificar en dimensiones considerables la vida de una persona, desde las conceptualizaciones salugénicas y positivas también se plantea como una oportunidad para resignificar la forma de entender el mundo y su sistema de valores, con el fin de lograr un aprendizaje que acompañe el crecimiento personal (Janoff-Bulman, 1992; Vera Poseck et al., 2006).

Desde esta perspectiva, se propone utilizar el concepto de potencial de salud para hacer referencia a los recursos personales que generan y favorecen estados saludables. A los efectos de esta investigación se incluyen en dicha denominación las variables recursos psicológicos, resiliencia y optimismo disposicional, todas ellas asociadas en la literatura al patrón de funcionamiento personal.

Específicamente, se realizó un estudio sobre las diferencias individuales que presentan víctimas de accidentes laborales en fase de rehabilitación por lesión traumática en el potencial de salud y su influencia en los procesos de recuperación.

A continuación se expondrán los fundamentos teóricos y los antecedentes de investigación que dan marco al estudio realizado.

Fundamentos y antecedentes de investigación

Los recursos psicológicos describen los aspectos del funcionamiento personal - disponibles o potenciales- que se activan ante la necesidad de afrontar situaciones vitales y/o mantener o recuperar el equilibrio psico-emocional. Se trata de recursos que pueden enriquecerse y desarrollarse (Rivera Heredia y Pérez Padilla, 2012).

Un ejemplo claro en este sentido lo aportan los accidentes laborales al implicar sucesos que demandan al accidentado y a su entorno la puesta en marcha los recursos necesarios para superar la afectación y sostener la recuperación y/o aceptación de las consecuencias según sea el caso. Según Rebolledo Marchesini (2005), la reacción emocional ante el accidente laboral dependerá de factores psicológicos como la inteligencia, el estilo de personalidad, la formación académica, la cultura, el estilo de afrontamiento, las experiencias previas y los mecanismos defensivos, entre otros; de factores biológicos, como la gravedad de la lesión, y de factores sociales como el apoyo social, necesario para la contención y para reducir los sentimientos de rechazo, aislamiento y depresión.

En México se realizó una investigación centrada en la participación que tienen los factores psicosociales en la recuperación de pacientes hospitalizados por accidente laboral. Se evaluó estrés percibido, ánimo depresivo, apoyo social y satisfacción con la atención médica. Los resultados revelaron que la satisfacción con la atención fue el único factor que influyó de forma significativa en la recuperación de los pacientes; un mayor estrés percibido y más ánimo depresivo se relacionaron con una hospitalización más prolongada, pero sin diferencias en la recuperación. El apoyo social tampoco resultó una variable diferencial, si bien los autores lo reconocieron como un factor importante en este proceso (Díaz Valenzuela y Barra Almagiá, 2007).

La importancia del desarrollo de las fortalezas psicológicas fue estudiada, entre otros, por Remor y Amoros Gómez (2012), que aplicaron un programa para potenciar fortalezas y recursos psicológicos en estudiantes madrileños de la carrera de Psicología.

Las evaluaciones pre-post realizadas mostraron mayor satisfacción con la vida, optimismo disposicional y autoestima como efecto de la intervención, y disminución de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, de disfunción social, depresión, estrés percibido y de quejas en relación a la salud. Estos resultados son consistentes con la literatura existente que da cuenta de la estrecha relación entre recursos psicológicos, optimismo disposicional, nivel de felicidad y satisfacción (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005).

Por su parte, Reyes Fabián y Vargas Sandoval (2012) evaluaron en cuatro pacientes fortalezas y aspectos positivos para hacer frente a la pérdida traumática de una extremidad inferior. Administraron una guía que incluyó información sobre la amputación, el accidente y características resilientes; y otra guía que evaluó espiritualidad. A su vez, se examinó ansiedad, depresión, recursos psicológicos, calidad de red, funcionamiento familiar y afrontamiento. Los resultados indicaron, en todos los pacientes, altos niveles de autocontrol y facilidad para la recuperación del equilibrio perdido, creencias religiosas, habilidades sociales, y una vasta red de apoyo. En aquellos casos en los que el accidente había ocurrido más recientemente sí se hallaron mayores niveles de ansiedad. En relación a lo resiliente, se observó que los entrevistados adjudicaron un significado no amenazante al accidente, informaron un estilo de afrontamiento directo, revalorización positiva del suceso, y una visión a futuro con motivación, sentido del humor, apoyo social y contención.

La resiliencia como constructo en el campo de la psicología remite a la segunda década del siglo XX. Si bien su definición no es unívoca, en términos generales se refiere a “la capacidad que tienen las personas para atravesar situaciones difíciles y condiciones adversas, superarlas y salir fortalecidas de ellas” (GIEPsi, 2012; Richardson, Nigler, Jensen y Kumpfer, 1990; Silber y Madaleno, 2001; Vera Poseck et al., 2006).

Por su parte, Warner y Smith (1992), en uno de los estudios pioneros en el tema, realizaron el seguimiento de 698 niños hawaianos durante 30 años desde su nacimiento en 1955.

Esta investigación concluyó que el 80 por ciento de estos niños expuestos a condiciones de vida desfavorables presentó una evolución positiva durante la vida adulta. A partir de este trabajo, otros investigadores aportaron una considerable evidencia que no avaló la causalidad asumida en relación al desarrollo de trastornos o traumas psíquicos como resultado de situaciones difíciles (Amar Amar, Kotliarenko y Abello Llanos, 2010; Morelato, 2012; Quiceno y Vinaccia, 2011).

Luego de esta primera etapa de investigación que tuvo por objetivo identificar las cualidades asociadas a un mejor afrontamiento de la adversidad, comienza un nuevo período dirigido a determinar y comprender la naturaleza de dichas condiciones y cualidades en las personas. Compatible con esta etapa surge el concepto de resiliencia como un proceso dinámico que resulta de la interacción entre sujeto y ambiente.

Diversos investigadores han demostrado que la resiliencia no depende del nivel socioeconómico, ni de la inteligencia o la clase social del individuo, sino que se trataría

de una característica innata y universal que potencialmente se puede desarrollar a lo largo de la vida como un proceso dinámico (Badilla Alán, 1999; Martorelli y Mustaca, 2004).

En las últimas décadas los estudios han centrado su mirada en la relación resiliencia-enfermedad física, dado el carácter traumático que adquiere en gran parte de los afectados.

En la ciudad de Medellín, Colombia, se realizó un estudio con 40 pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en el que se evaluaban las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Se concluyó que, en la fase aguda de una enfermedad la salud mental se ve alterada por la preocupación sobre las consecuencias físicas, sociales, económicas y emocionales que esto conlleva, y es el control personal que se sostiene en el sistema de valores espirituales y religiosos junto con la capacidad resiliente lo que permite la regulación emocional de los pacientes (Vinaccia y Quiceno, 2011).

Posteriormente, estos investigadores ampliaron el estudio evaluando 121 pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica, artritis reumatoidea y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Nuevamente en este caso se confirma que la calidad de vida relacionada con la salud se encuentra fuertemente influida por la percepción de los pacientes sobre las consecuencias físicas, sociales y económicas de la enfermedad, y por las reacciones emocionales que la condición de enfermedad genera. Sin embargo, poseer características resilientes favorece la exposición y afrontamiento

de situaciones estresantes por ejemplo a través de la búsqueda de apoyo social (Vinaccia, Quiceno y Remor, 2012).

La capacidad resiliente ha sido estudiada en pacientes con dolor crónico. Los datos disponibles indican que en las personas resilientes se ha encontrado un mejor estilo de afrontamiento, menos “catastrofización del dolor”, mayor ajuste en los cuidados médicos y utilización de medicamentos (Károly y Ruehlman, 2006).

En Ciudad de México se investigaron los efectos de la resiliencia en una muestra de 213 enfermos crónicos terminales diagnosticados con diabetes, insuficiencia renal, enfermedad cerebrovascular, neuropatías, cáncer, cardiopatías, enfermedades hepáticas, VIH, entre otras. Se concluyó que los factores protectores individuales, familiares y comunitarios favorecen y activan la capacidad resiliente del paciente, y disminuyen los factores de riesgo y las situaciones estresantes, lo que posibilita una adaptación favorable del paciente a la situación (López de Llergo y Sánchez Araiza, 2009). En enfermos crónicos, recursos psicológicos como el optimismo, favorecen y modulan la resiliencia y sirven como factores de protección hacia la salud, entendiendo la capacidad resiliente como “una variable protectora, moduladora y amortiguadora de la salud física y mental” (Quiceno y Vinaccia, 2011).

En Brasil, se ha estudiado la relación entre resiliencia y adhesión al tratamiento en 40 mujeres con lupus eritematoso sistémico. En este caso, las puntuaciones en resiliencia se asociaron positivamente con la adherencia al tratamiento y con menor interferencia para la autonomía funcional en la vida cotidiana a pesar de las limitaciones que genera (Antunes Pousa Faria, Silva Revoredo, Vilar y Chaves Maia, 2014).

El componente resiliente también ha sido investigado en pacientes amputados. En el Centro Regional de Investigación de Psicología de México se llevó a cabo un estudio con 10 pacientes recientemente amputados. El mismo sugirió la necesidad de un programa de fortalecimiento de resiliencia dado que favorecería el proceso de rehabilitación física y emocional tras la amputación (Vargas-Mendoza y Villavicencio Espinoza, 2011).

Específicamente, son escasos los trabajos que abordan el estudio de la resiliencia en el caso de accidentes laborales. Se ha relevado una investigación hospitalaria realizada en la Universidad de Concepción con trabajadores accidentados. La intervención profesional se basa en un modelo ecológico apoyado en la utilización eficaz de la capacidad de resiliencia y de las redes de apoyo de los pacientes con el fin de favorecer la autogestión de su recuperación. Se constató la importancia del apoyo social en la recuperación física y mental de los pacientes, así como el valor de generar una reacción positiva con familiares y su entorno social (Luengo Rocha, 2008).

Un concepto muy estudiado en las últimas décadas, denominado “personalidad resistente” fue reportado por primera vez por Kobasa, Maddi y Kahn (1982). “El interés de Kobasa y su equipo se centró en determinar las características individuales, en concreto de personalidad, que generan resistencia y protección del individuo al estrés en la interacción individuo-medio” (Godoy-Izquierdo y Godoy, 2002). Consideraban que el conocimiento de estas características permitiría lograr el bienestar del individuo modificando variables personales sin necesidad de intervenir en los eventos vitales impredecibles e incontrolables que generan estrés.

El término personalidad resistente describe las características individuales que protegen de enfermar ante situaciones estresoras. Se caracteriza por un marcado sentido de compromiso, sensación de control sobre los acontecimientos y apertura hacia los cambios (Acero Rodríguez, 2009).

En otra línea de desarrollo, el Dr. Hjemdal, profesor del Departamento de Psicología de la Universidad de Ciencia y Tecnología de Noruega, se ha centrado en estudiar la capacidad resiliente. Junto a otros colegas, investigó y aportó evidencia sobre las relaciones entre la capacidad resiliente y la superación del dolor y el estrés, la protección ante síntomas psiquiátricos como ansiedad, depresión y síntomas obsesivo-compulsivos, y en general, la marcada relación entre resiliencia y salud (Friborg et al., 2006; Hjemdal, Friborg Y Stiles, 2012; Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge y Martinussen, 2006; Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen y Stiles, 2011).

A partir de una serie de estudios que tuvieron por objetivo desarrollar una medida para su evaluación, el autor publicó en el año 2007 la Escala de Resiliencia para Adultos.

La investigación que se presenta sigue la conceptualización propuesta por esta línea de trabajos que además cuenta con la adaptación de dicha escala al contexto local (GIEPsi, 2010).

Una dimensión básica de la personalidad que se ha mostrado relevante en el estudio de recursos psicológicos es conocida como optimismo disposicional, y hace referencia a una disposición o creencia estable y generalizada acerca de la ocurrencia de

hechos satisfactorios, y a las expectativas favorables generalizadas que un sujeto tiene sobre los acontecimientos de su vida (Scheier y Carver, 1987).

En el año 2013, un estudio realizado en China evaluó el efecto de la resiliencia y el optimismo disposicional sobre el bienestar subjetivo en 410 pacientes quemados. Ambas variables se relacionaron de forma positiva con el bienestar subjetivo, es decir, los pacientes que informaron más optimismo y resiliencia fueron más propensos a recuperarse de situaciones estresantes y a lograr mayor bienestar subjetivo (He, Cao, Feng, Guan, Peng, 2013).

En 1988, Peterson, Seligman y Vaillant llevaron a cabo el seguimiento durante 35 años de 99 graduados de la Universidad de Harvard, concretamente desde los 25 a los 60 años. Específicamente, estudiaron el estilo -optimista o pesimista- de explicar los eventos de la propia vida y su relación con la salud. La investigación concluyó que un estilo explicativo pesimista adoptado desde la juventud era predictor de mala salud entre los 45 y los 60 años, a pesar de haber contado buena salud en la juventud.

Se ha observado que personas con serios problemas de salud presentan una percepción optimista de la enfermedad, tienen una vida más prolongada y reportan mejor calidad de vida que aquellos que asumen su condición de manera pesimista (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000).

También se ha evaluado esta característica en relación al bienestar físico y psicológico en 98 estudiantes de psicología de España, en dos momentos diferentes. Los resultados indicaron que el grupo con puntuaciones elevadas en optimismo y bajas en pesimismo presentaron menos síntomas depresivos y físicos que los que poseían elevado

pesimismo y bajo optimismo, tendencia que se mantuvo invariable en el tiempo (Sanjuán y Magallanes, 2006).

En ese mismo país, psicólogos y especialistas en Nefrología investigaron la influencia del optimismo disposicional en 239 pacientes en hemodiálisis. Sus resultados comprobaron que los pacientes pesimistas presentaban mayor riesgo a ser hospitalizados, independientemente de su edad, sexo, tiempo en hemodiálisis y patología asociada, mientras que en pacientes con elevado optimismo se constató mejor calidad de vida relacionada con la salud, excepto en cuanto al estado físico y a los cambios en el estado de salud, lo que para los investigadores indicaría que el optimismo se relaciona en mayor medida con dimensiones psicológicas y sociales del estado de salud percibido (Morales García et al., 2011).

En Colombia, Vinaccia et al. (2006) han estudiado el optimismo disposicional en 32 pacientes con lupus eritematoso sistémico. En este estudio se vuelve a confirmar una asociación positiva entre optimismo disposicional y una mejor función social, es decir una menor interferencia de los problemas de salud en la vida social del sujeto.

En cuanto a la relación del optimismo disposicional y salud psíquica, Monteiro, Tavares y Pereira (2008) encontraron una correlación negativa entre optimismo disposicional y síntomas clínicos, y una asociación positiva y significativa entre el optimismo disposicional y el bienestar. Estos hallazgos aportan evidencia sobre un mejor ajuste psicológico de las personas optimistas, que informan mayor satisfacción con la vida, más emociones positivas y menos negativas (Marrero Quevedo y Carballeira Abella, 2010).

Otras investigaciones han corroborado la relación entre optimismo disposicional y afrontamiento del estrés, mostrando que el optimismo es un indicador de buena recuperación en pacientes coronarios y cancerosos (Davidson y Prkachin, 1997; Johnson, 1996; King, Rowe, Kimble y Zerwic, 1998; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandwik y Karesen, 2004).

En la misma dirección Kivimaki, Elovaino, Singh-Manoux, Batear, Helenius y Pentii (2005) concluyeron que el optimismo disminuye la probabilidad de contraer enfermedades y se asocia a una recuperación más rápida ante eventos críticos; las personas optimistas disponen de un alto grado de espiritualidad, esperanza y actitud positiva para lograr una representación alternativa de las situaciones.

Vilhena et al. (2014) estudiaron factores psicológicos que podían predecir una buena calidad de vida en 774 pacientes con enfermedades crónicas. Evaluaron calidad de vida, bienestar subjetivo, optimismo disposicional, afecto positivo y negativo, espiritualidad, apoyo social y adherencia al tratamiento. Se constató que el optimismo disposicional asociado a un estilo de vida sano, comportamientos adaptativos, mayor flexibilidad cognitiva y capacidad para resolver problemas predijo un efecto positivo sobre la salud mental y física.

Gran cantidad de estudios en Psicología sobre accidentes en el trabajo se han centrado en los factores psicológicos o psicosociales de la seguridad laboral, es decir aquellos aspectos de los trabajadores que pueden influir en la producción de siniestros en el trabajo (Puyal Español, 2001; García-Layunta, Oliver, Tomás, Verdú y Zaragoza, 2002; Islas y Melia, 1991; Guàrdia Olmos et al., 2007). Sin embargo no ha sido

suficientemente atendido el impacto que las consecuencias del accidente y las posibilidades de recuperación tienen en la continuidad vital de los trabajadores. En este sentido, la presente investigación se propone estudiar el potencial de salud medido en recursos psicológicos, resiliencia y optimismo disposicional, en un grupo de trabajadores que han sufrido accidentes en el trabajo, específicamente en lo referido al proceso de rehabilitación, con el fin de identificar si estas características salugénicas contribuyen a superar de forma proactiva el evento traumático.

Metodología

Este trabajo empírico tuvo como objetivo general estudiar el potencial de salud de personas que se encuentran en proceso de rehabilitación por lesiones físicas en el ámbito de trabajo. En lo específico, se propone describir el potencial de salud (recursos psicológicos, resiliencia y optimismo disposicional) en función de la gravedad de la lesión y la autopercepción de salud; establecer si existen diferencias en el potencial de salud según la gravedad del daño y la autopercepción de salud; y explorar las relaciones entre el potencial de salud y la autopercepción de salud en la muestra bajo estudio.

Diseño

En correspondencia con los objetivos y alcances de esta investigación se estableció un diseño no experimental con metodología descriptiva y correlacional.

Participantes

Se evaluaron un total de 80 adultos (76.25% hombres y 23.75% mujeres), con edades comprendidas entre 21 y 60 años ($M= 38$, $DS= 11.9$). Al momento de la participación en el estudio todos los sujetos presentaban lesiones físicas de miembro superior por accidente laboral (42 con lesiones graves y 38 con lesiones moderadas), y se encontraban en fase de rehabilitación asistidos por la Caja Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) en una clínica especializada de la ciudad de Mar del Plata. La composición muestral incluyó un predominio de sujetos con instrucción secundaria (87.50%), y en todos los casos con empleos en relación de dependencia.

En cuanto a las variables clínicas que se describen en el apartado Instrumentos, se distribuyeron de la siguiente manera en la muestra (ver figuras 1-4):

Figura 1. *Gravedad de la lesión (expresado en %)*

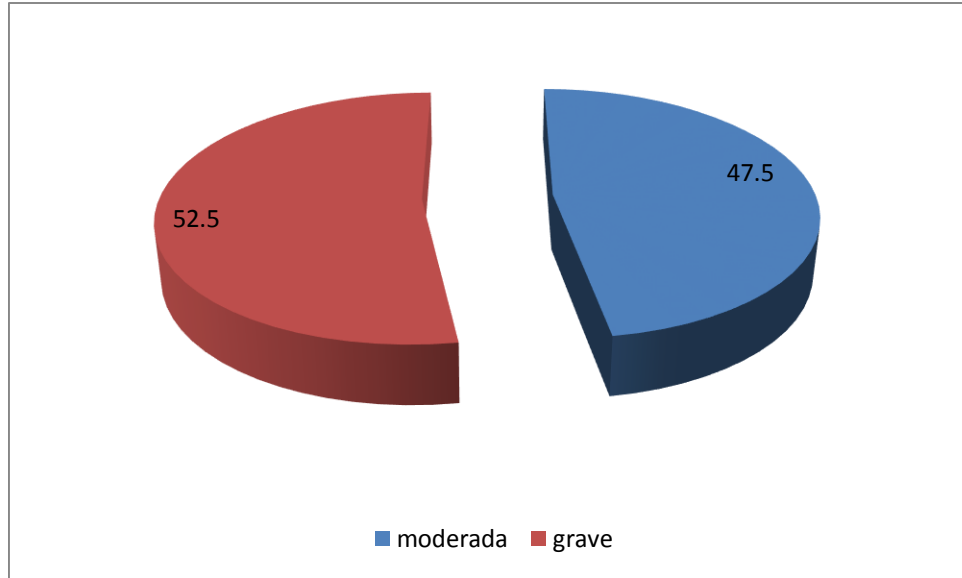


Figura 2. *Fase de rehabilitación según gravedad de la lesión (expresado en %)*

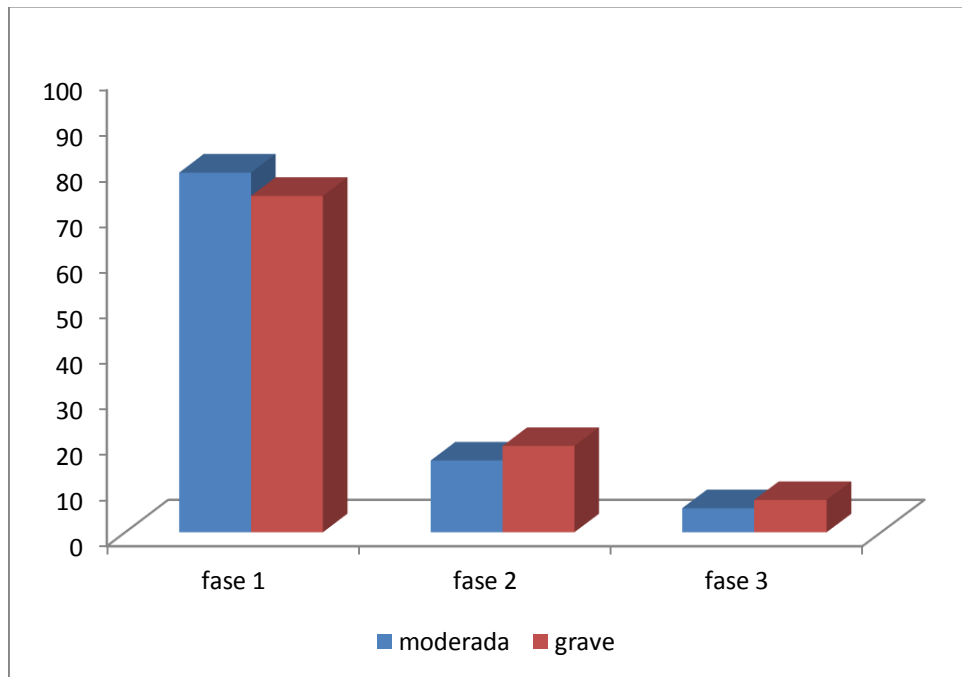


Figura 3. *Mecanismos de lesión según gravedad de la lesión (expresado en %)*

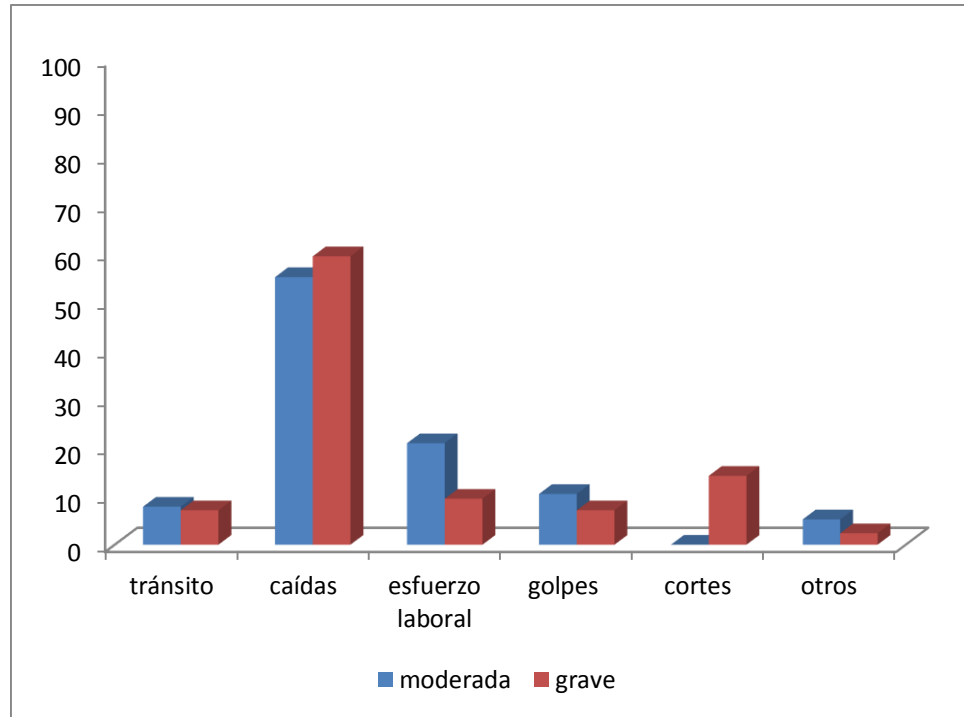
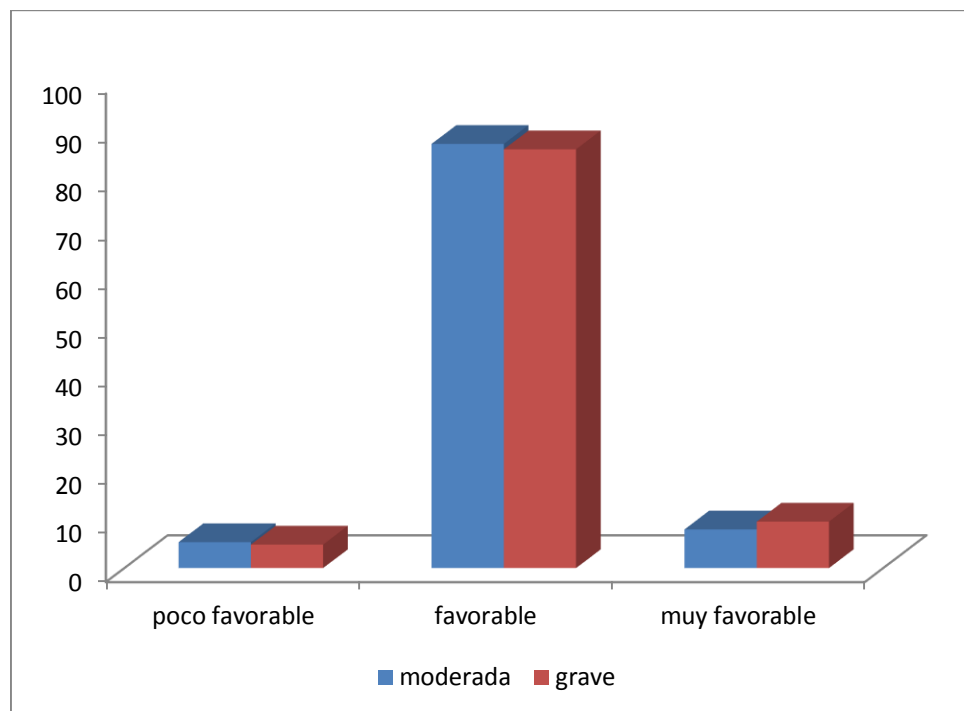


Figura 4. *Indicadores de evolución según gravedad de la lesión (expresado en %)*



Instrumentos

- Registro de datos básicos: Brinda información sociodemográfica (sexo, edad, nivel de instrucción, ocupación/tarea) y clínica de los sujetos que componen la muestra (diagnóstico, tiempo transcurrido desde que se produjo la lesión, gravedad de la lesión, fecha de ingreso a terapia ocupacional, mecanismo de la lesión, fecha del accidente, fase de rehabilitación e indicadores de evolución al momento de la realización del estudio).

Específicamente a los fines del estudio se procesaron los datos clínicos aportados por los registros profesionales sobre las siguientes categorías clínicas:

Gravedad de la lesión. Lesiones moderadas que incluyen esguince simple, tendinitis crepitante, desgarro muscular, fractura sin desplazamiento y axonotmesis. Lesiones graves de naturaleza musculo-esqueléticas como esguince complejo, luxación, ruptura muscular, ruptura tendinosa, fractura con desplazamiento, fractura expuesta, fractura con compromiso neurovascular y neurotmesis.

Fase de rehabilitación.

Fase 1: intervención realizada en primera instancia de tratamiento en terapia ocupacional, fase post quirúrgica o de abordaje en tratamientos conservadores o incruentos. Tiempos variables de acuerdo a evento traumático y/o post quirúrgico, pero aproximadamente 30 días. Durante la misma se realiza control del edema, indicaciones posturales, tratamiento de la cicatriz, técnicas para disminución del dolor, colocación de equipamiento e indicación de uso, y movilidad controlada según objetivos de cada patología.

Fase 2: intervención realizada en segunda instancia de tratamiento en terapia ocupacional. Comienza aproximadamente a los 31 días del evento traumático y/o intervención quirúrgica. Su duración varía entre 15 y 45 días. Sus objetivos son similares a la fase anterior, y se agrega a ello la movilidad funcional.

Fase 3: intervención realizada en tercera instancia de tratamiento en terapia ocupacional. Comienza aproximadamente entre 46 a 75 días de producido el evento traumático y/o quirúrgico y dura entre 15 y 30 días. En este caso se prioriza el fortalecimiento muscular progresivo y la movilidad funcional.

Las fases son relativas a la evolución individual de cada paciente (Brotzman y Wilk, 2005).

Indicador de evolución de la rehabilitación.

Poco Favorable: rangos articulares, funcionalidad y fuerza muscular incompletos; dolor y edema moderados o acentuados; cicatrización moderada a acentuadamente hipertrófica y tiempos inadecuados.

Favorable: rangos articulares, funcionalidad y fuerza muscular levemente incompletos; dolor y edema leve; cicatrización levemente hipertrófica y tiempos levemente inadecuados.

Muy Favorable: rangos articulares completos, funcionalidad completa, fuerza muscular completa, sin dolor, sin edema, cicatrización normal y tiempos adecuados.

- Escala de Resiliencia para Adultos (RSA): La escala original fue creada y publicada por el noruego Odin Hjemdal & Oddgeir Friborgen 2007, mientras que

Castañeiras et al. del Grupo GIEPsi han realizado en el año 2010 la adaptación a nuestro país. Consta de 33 reactivos que evalúan 6 dimensiones de resiliencia mediante una escala basada en diferencial semántico. Admite aplicación individual o colectiva en sujetos mayores de 18 años.

La escala aporta información sobre 6 dimensiones que operacionalizan factores protectores de resiliencia (coeficiente alpha interescala: .86):

Percepción del Self. Incluye ítems que describen la confianza en los propios recursos para hacer frente a situaciones adversas.

Planeamiento del Futuro. Se refiere a la posibilidad de alcanzar metas, objetivos y generar proyectos.

Competencia Social. Describe el grado de flexibilidad y apertura para establecer relaciones sociales.

Recursos sociales. Alude a la percepción de la red social de apoyo con que se cuenta.

Cohesión Familiar. Refiere a la unión, lealtad y valores familiares.

Estilo Estructurado. Indica capacidad de anticipación y planificación para lograr objetivos.

Aporta puntuaciones medias para cada dimensión y complementariamente, a través del análisis de ítems por escala incluye un análisis cualitativo del significado que el sujeto le atribuye a los factores protectores.

- Test de Optimismo Disposicional (LOT-R): El LOT fue desarrollado por Scheier y Carver en 1985. Posteriormente, Scheier, Carver y Bridges en 1994 realizaron una revisión del cuestionario original (LOT-R). Luego, en el año 1998, Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro elaboran la versión española del LOT-R que se utiliza en esta investigación. El instrumento consta de un total de 10 ítems con opciones de respuesta en escala tipo Likert de cinco puntos.

En la versión original los autores obtuvieron una estructura factorial muy similar en hombres y mujeres y una consistencia interna estimada en .78. Las propiedades psicométricas de la versión española resultaron similares a las aportadas para la prueba original (Ferrando, Chico y Tous en 2002).

El test admite dos puntajes: se puede evaluar optimismo y pesimismo de forma independiente, y/o se puede medir el nivel de optimismo total a partir de la inversión de los puntajes obtenidos en los ítems negativos.

- Escala de Recursos de Fortaleza Personal (ER): Fue desarrollada por Castañeiras (2009). Consta de 10 ítems que indagan aspectos que actúan como recursos de fortaleza vinculados al funcionamiento personal en una escala con opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos.

- Cuestionario de Autopercepción de la Salud (CAS): Diseñado especialmente para este estudio. Consta de 4 preguntas y tiene como objetivo indagar la valoración que la persona hace de su estado de salud general actual, el impacto que cree que la lesión

tuvo en su salud y para las distintas áreas de su vida, e indagar las características que la persona considera que le han permitido afrontar el accidente.

Procedimiento y Análisis

La muestra de naturaleza intencional se obtuvo en una clínica privada de rehabilitación -área de miembro superior - de la ciudad de Mar del Plata.

Todos los participantes cumplieron de forma voluntaria, autoadministrada y bajo consentimiento informado el protocolo de evaluación. Se garantizó la confidencialidad del tratamiento de la información y su uso con fines exclusivamente científicos.

Complementariamente se obtuvo información sociodemográfica y clínica de los pacientes, a través del registro de datos básicos. Posteriormente, los datos se ingresaron con asistencia de un software estadístico y se realizaron los análisis correspondientes.

En primer lugar se buscó describir el potencial de salud según la gravedad de la lesión y la autopercepción de salud para lo cual se utilizó estadística descriptiva. Posteriormente, para establecer la presencia de diferencias en el potencial de salud según la gravedad del accidente, se realizó un análisis de diferencia de medias (prueba t); y con el objetivo de determinar diferencias según la autopercepción de salud, se aplicó un ANOVA de un factor.

Finalmente, para explorar posibles relaciones entre el potencial de salud y la autopercepción de la salud se realizó análisis de correlación (r de Pearson), y por último, se aplicó ANOVA de un factor para analizar el efecto diferencial del potencial de salud según el indicador de evolución de la rehabilitación.

Resultados

Atendiendo al primer objetivo, se describió el potencial de salud en función de la gravedad de la lesión y la autopercepción de salud. Para ello se recodificó la variable autopercepción del estado de salud en función de los valores de la escala de respuesta en tres grupos de comparación: Muy Bueno (n=15), Aceptable (n=54) y Malo (n=11). En la tabla 1 se presentan los resultados obtenidos.

Tabla 1. *Potencial de salud según gravedad y autopercepción de salud*

Gravedad de la lesión	Autopercepción del estado de Salud		R. PERC. DEL SELF	R. PLAN. DEL FUT.	R. COMP. SOCIAL	R. COHES. FAMILIAR	R. ESTILO ESTRUCT.	R. RECUR. SOCIALES	OPTIMISM ODISPOS.	RECURSOS
Moderado	Muy Bueno	Media	5.63	5.13	5.52	6.35	5.03	6.55	22.25	42.25
		DS	0.84	1.70	0.77	0.68	1.06	0.39	1.83	3.96
		Mínimo	4.50	1.75	4.67	5.17	3.00	6.14	20.00	36.00
		Máximo	7.00	7.00	7.00	7.00	6.25	7.00	25.00	47.00
	Aceptable	Media	5.45	4.93	5.23	5.33	4.54	5.94	21.22	40.26
		DS	1.28	1.21	1.06	1.32	1.43	0.85	2.68	8.03
		Mínimo	2.83	2.75	3.00	3.00	1.50	3.86	17.00	10.00
		Máximo	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	26.00	49.00
	Malo	Media	5.05	4.36	5.12	5.17	4.54	5.43	22.14	41.29
		DS	0.92	0.84	0.90	0.48	1.55	0.88	3.29	3.15
		Mínimo	3.50	3.25	4.00	4.33	2.25	4.29	17.00	37.00
		Máximo	6.17	6.00	6.00	5.67	6.25	6.29	27.00	45.00
Grave	Muy Bueno	Media	5.52	5.54	4.81	5.00	5.14	5.88	20.14	41.14
		DS	1.37	0.78	1.32	0.97	1.36	0.96	1.46	2.55
		Mínimo	3.17	4.25	3.17	3.50	3.25	4.29	18.00	37.00
		Máximo	7.00	6.50	6.83	6.00	7.00	7.00	23.00	44.00
	Aceptable	Media	5.30	4.45	5.01	5.35	4.88	5.94	21.52	39.42
		DS	0.92	0.99	0.85	0.95	1.30	0.83	2.47	5.27
		Mínimo	3.67	2.50	3.50	3.83	1.75	3.86	18.00	29.00
		Máximo	7.00	6.50	7.00	7.00	7.00	7.00	28.00	50.00
	Malo	Media	5.46	4.38	5.13	5.04	5.75	5.82	21.00	40.50
		DS	0.44	1.20	0.76	1.07	0.74	0.49	0.82	3.42
		Mínimo	4.83	2.75	4.00	3.83	5.00	5.14	20.00	37.00
		Máximo	5.83	5.50	5.67	6.17	6.50	6.29	22.00	45.00

Nota. R.= Resiliencia. PERC.= Percepción. PLAN.= Planeamiento. FUT.= Futuro. COMP.= Competencia. COHES.= Cohesión. ESTRUCT.= Estructurado. RECUR.= Recursos. DISPOS.= Disposicional.

Al analizar los valores medios de lesionados de gravedad moderada se puede observar que una muy buena autopercepción del estado de salud se corresponde con valores de resiliencia más elevados, mientras que en lesionados graves esta correspondencia solo se da en cuanto a la confianza en los recursos personales de afrontamiento (Percepción del Self), la capacidad de generar proyectos (Planeamiento del Futuro) y los recursos de fortaleza personal, dato por cierto interesante que abona la hipótesis de las diferencias individuales en los aspectos evaluados y de la importancia que tiene para la recuperación de los lesionados contar con un adecuado potencial de salud.

Se exponen a continuación las categorías de la variable autopercepción de salud relativas a la afectación de la calidad de vida, limitaciones y afrontamiento de la situación (ver figuras 5-9).

Figura 5. *Afectación de la calidad de vida por gravedad de la lesión (expresado en %)*

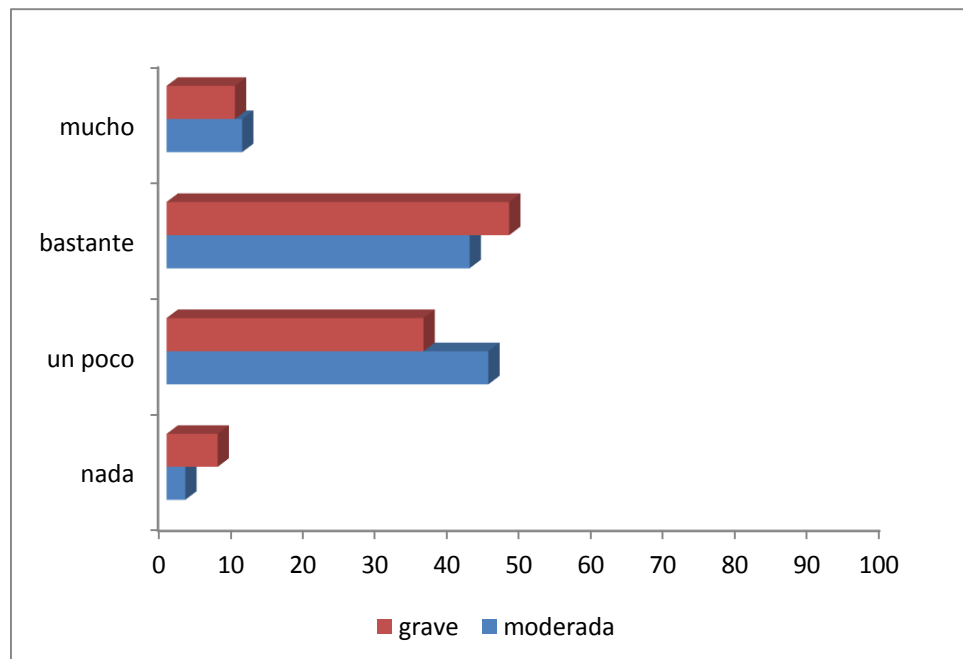
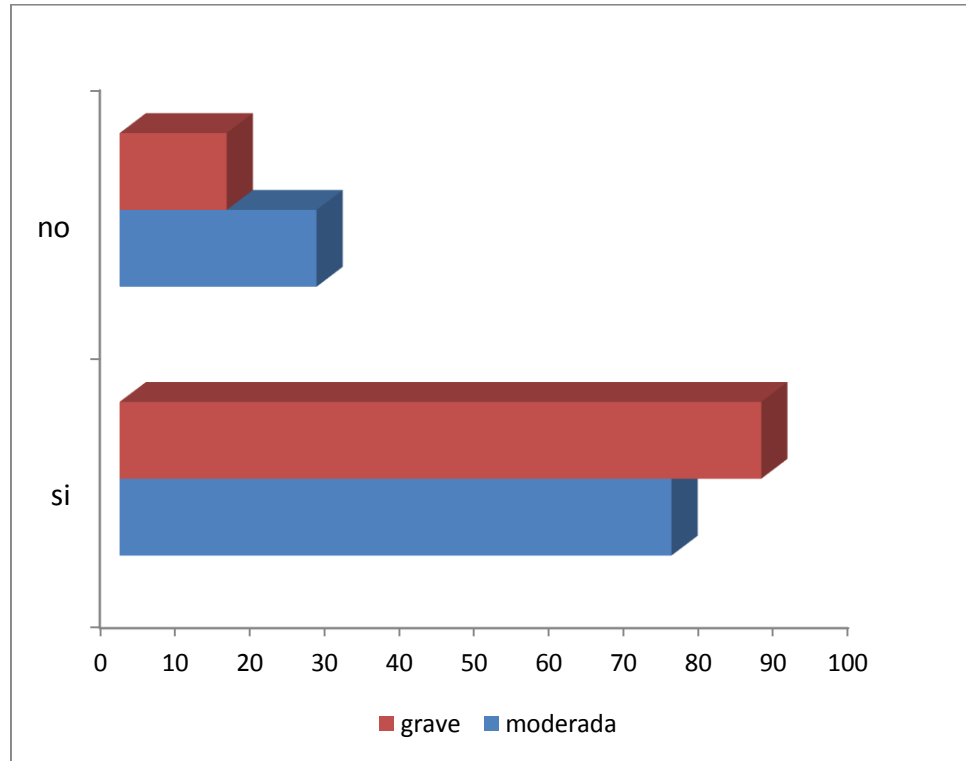


Figura 6. *Limitaciones cotidianas debido a accidente laboral según gravedad de la lesión (expresado en %)*



Las limitaciones informadas por los lesionados incluyeron un rango amplio de afectaciones que incluye tareas simples como higienizarse o vestirse, esfuerzos moderados del tipo limpiar la casa, cocinar o levantar objetos livianos, y esfuerzos intensos como correr, levantar objetos pesados o hacer deportes. En las figuras 7 y 8 se presentan estos resultados.

Figura 7. Tipos de limitación en función de lesión moderada (expresado en %)

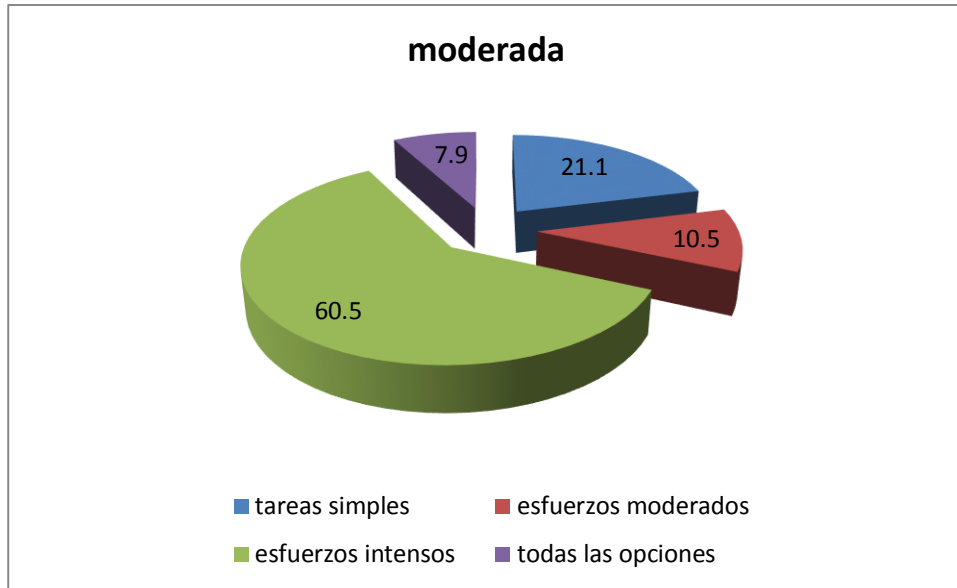


Figura 8. Tipos de limitación en función de lesión grave (expresado en %)

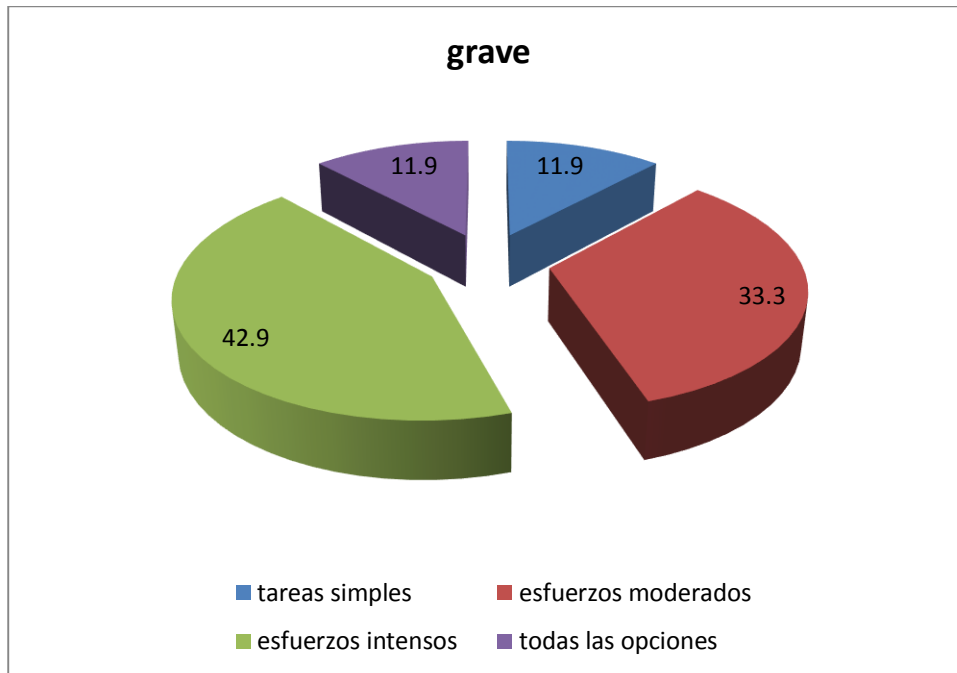
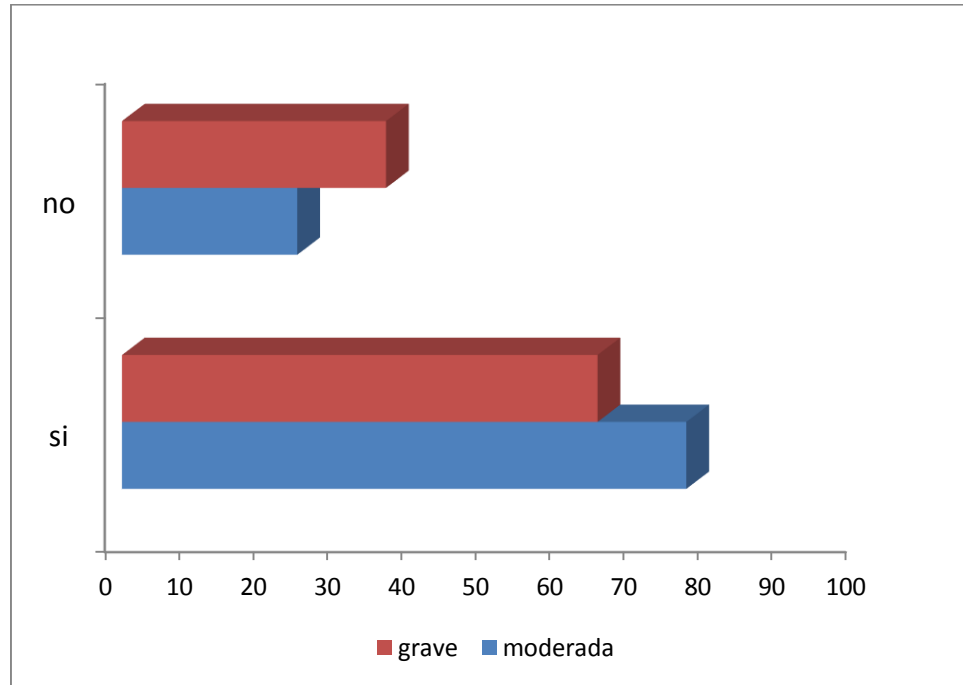
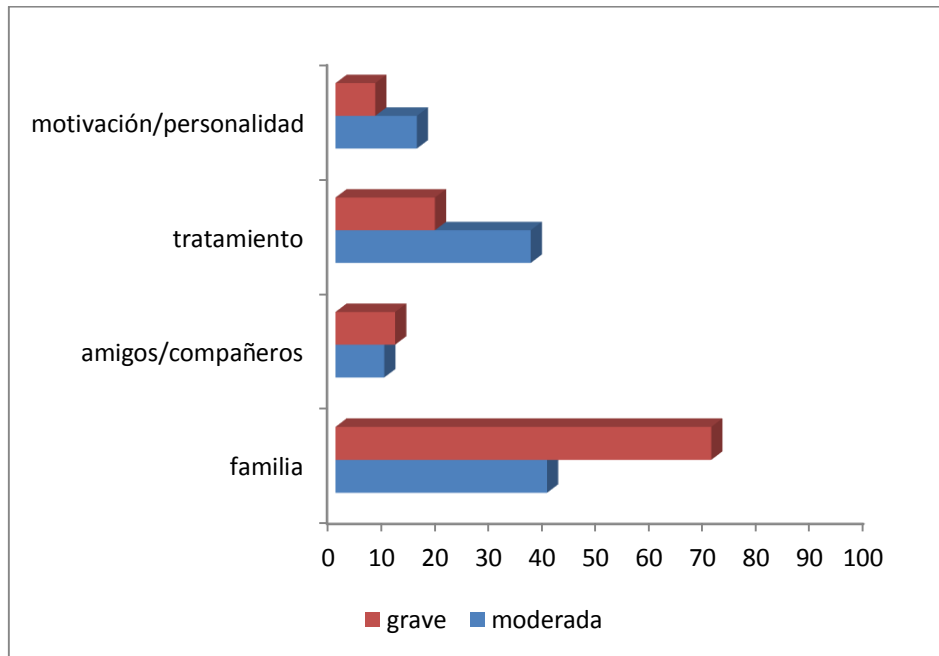


Figura 9. *Afrontamiento de la lesión y consecuencias para la vida según gravedad de la lesión (expresado en %)*



Del 71.1% de respuestas efectivas, el grupo con lesiones moderadas informó que la familia y el tratamiento propiamente dicho fue lo que principalmente les ayudó a afrontar la situación y sus consecuencias. En el caso del grupo con lesiones graves, sobre el 57.1 % de respuestas dadas, también se destacaron el apoyo y contención familiar, y el tratamiento de rehabilitación con mayor frecuencia. En la figura 10 se presentan los porcentajes relativos para cada grupo.

Figura 10. *Ayudas para afrontar la situación y sus consecuencias según gravedad de la lesión (expresado en %)*



Es interesante observar sin embargo, que aunque menor, hay un porcentaje de respuestas que aluden a características de personalidad como un recurso para el afrontamiento. Asimismo, tomadas en su conjunto las respuestas indican que en ambos grupos de lesionados los sujetos refieren a características relacionadas con el potencial de salud como principales aspectos para el afrontamiento de la lesión y de su impacto para la calidad de vida.

En cuanto a los objetivos 2 y 3, se analizaron las posibles diferencias del potencial de salud en función de la gravedad de la lesión y de la autopercepción de salud respectivamente, pero no se hallaron diferencias con significación estadística. Sin embargo, cuando se consideró complementariamente para este análisis el indicador de

evolución de la rehabilitación indicado por los profesionales actuantes (Poco favorable-Favorable-Muy favorable) como criterio de comparación se obtuvieron los siguientes resultados (ver tabla 2).

Tabla 2. *Diferencias en potencial de salud según indicador de evolución*

	Indicador de evolución	Media	Mínimo	Máximo	F ₍₂₎
R. PERCEPCIÓN DEL SELF	Poco favorable	4.17	3.83	4.33	5.43**
	Favorable	5.37	2.83	7.00	
	Muy favorable	6.19	5.00	7.00	
R. PLANEAMIENTO DEL FUTURO	Poco favorable	4.19	3.50	5.25	0.81
	Favorable	4.74	1.75	7.00	
	Muy favorable	5.11	3.25	7.00	
R. COMPETENCIA SOCIAL	Poco favorable	4.63	4.17	5.17	0.92
	Favorable	5.12	3.00	7.00	
	Muy favorable	5.43	4.50	6.50	
R. COHESIÓN FAMILIAR	Poco favorable	4.88	4.50	5.17	0.75
	Favorable	5.38	3.00	7.00	
	Muy favorable	5.69	4.33	7.00	
R. ESTILO ESTRUCTURADO	Poco favorable	3.88	3.50	4.25	1.16
	Favorable	4.87	1.50	7.00	
	Muy favorable	5.04	3.75	7.00	
R. RECURSOS SOCIALES	Poco favorable	5.07	4.86	5.29	4.08*
	Favorable	5.94	3.86	7.00	
	Muy favorable	6.49	5.14	7.00	
OPTIMISMO DISPOSICIONAL	Poco favorable	18.25	18.00	19.00	5.78**
	Favorable	21.42	17.00	27.00	
	Muy favorable	23.14	20.00	28.00	
RECURSOS	Poco favorable	39.00	29.00	50.00	0.93
	Favorable	40.12	10.00	49.00	
	Muy favorable	43.00	39.00	48.00	

Nota. R.= Resiliencia.

*p< .05. **p<.01.

Para todas las medidas evaluadas de potencial de salud se constataron puntuaciones más elevadas en correspondencia con indicadores de evolución más favorable. Solo alcanzaron significación estadística las diferencias intergrupo en las variables optimismo disposicional, y las subescalas de la variable Resiliencia, Percepción del self y Recursos sociales.

Finalmente, se analizaron las relaciones entre las medidas de potencial de salud y la valoración del propio sujeto sobre su estado de salud (objetivo 4, ver tabla 3).

Tabla 3. *Relaciones potencial de salud-valoración estado de salud*

POTENCIAL DE SALUD	VALORACIÓN ESTADO DE SALUD
	<i>(r)</i>
RECURSOS PERSONALES	.143-
OPTIMISMO DISPOSICIONAL	.077
R. PERC. DEL SELF	.130
R. PLAN. DEL FUTURO	.200
R. COMP. SOCIAL	.023
R. COHES. FAMILIAR	.325*
R. ESTILO ESTRUCT.	.020
R. RECUR. SOCIALES	.381**

Nota. R.= Resiliencia

* $p < .05$ ** $p < .01$.

Como puede observarse, las dimensiones de cohesión familiar y recursos sociales de la escala de resiliencia presentaron correlaciones positivas y de valor moderado con la autopercepción del estado de salud. Estas relaciones se encuentran en la línea esperada, es decir, aspectos resilientes como contar con red social de apoyo y un sistema de valores familiares consolidado favorecen una percepción más favorable del propio estado de salud.

A continuación se discutirán los resultados de esta investigación en relación a la literatura en el tema, las limitaciones del estudio y las perspectivas futuras.

Discusión

Este estudio empírico se propuso evaluar en qué medida variables relacionadas con el potencial de salud se corresponden con una mejor rehabilitación en sujetos lesionados por accidentes laborales.

En términos generales se constataron diferencias individuales en la participación del potencial de salud en los procesos de rehabilitación. Por un lado, se observaron correspondencias positivas en valores de resiliencia, confianza en los propios recursos y autopercepción del estado de salud. Asimismo, en la línea de lo aportado por otros autores, para todas las medidas analizadas se halló un mejor potencial de salud asociado a indicadores de evolución más favorable, (Davidson y Prkachin, 1997; Johnson, 1996; King, Rowe, Kimble y Zerwic, 1998; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik y Karesen, 2004; Kivimäki et al., 2005). Este dato destaca la importancia de contar con un adecuado potencial de salud de naturaleza motivacional y de personalidad para la recuperación de los estados que acontecen en la evolución de la lesión. Otro dato de interés resulta del hecho que los resultados permiten presumir que ciertos aspectos del potencial de salud pueden resultar de mayor impacto que la gravedad misma de la lesión para definir la evolución y posibilidades de recuperación.

Esto es compatible con lo planteado por autores como Silber y Maddaleno (2001), Vera Poseck, Carbelo Baquero, y Vecina Jiménez (2006) que afirman que la resiliencia es la capacidad de afrontar una situación adversa o traumática, superarla y salir fortalecido. Mientras que Scheier y Carver (1987) consideran el optimismo disposicional como una creencia estable de que el futuro deparará cosas buenas.

Vinaccia y Quiceno (2011), por su parte concluyen que ante situaciones desfavorables los recursos contribuyen y modulan la resiliencia. De esta manera, el potencial de salud no estaría vinculado básicamente a que el sujeto perciba la situación adversa de modo positivo, sino a la calidad del afrontamiento y una posición optimista hacia el futuro. De hecho, Vinaccia et al. (2006) afirman que los sujetos más optimistas presentan menos interferencia de los problemas de salud en el área social.

Una serie de investigaciones han estudiado el valor e importancia de contar con una red de apoyo, contención y acompañamiento del proceso derivado de la lesión y las distintas fases que conlleva la rehabilitación, como así también de autoconfianza en los propios recursos para afrontar la situación (Aparicio Ágreda y Cuevas Jiménez, 2006; Fragoso Arbelo, Díaz Lorenzo, Pérez Ramos, Milán Pavón y Luaces Fragoso, 2002; La Rosa Matos, Martín Alfonso y Bayarre Vea, 2007; Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993; Tejada Tayabas, Grimaldo Moreno y Maldonado Rodríguez, 2006).

También hay desarrollos que conceptualizan la contribución de la resiliencia en la evolución de los estados de recuperación. He, Cao, Ferg, Guan y Peng (2013) afirman que sujetos con altos niveles de optimismo y resiliencia son más propensos a la recuperación ante la adversidad. Antunes Pousa Faria, Silva Revoredo, Vilar y Chaves Maia (2014) plantean que los sujetos resilientes suelen responder con más adherencia al tratamiento.

Finalmente, la mayoría de los estudios en el área de la Psicología dedicada a accidentes laborales se ha focalizado en aquellos aspectos psicológicos que influyen en la producción de siniestros en el trabajo. Pero son escasas las investigaciones que se

ocupan de identificar y establecer la influencia de características psicosociales de personas lesionadas laborales en proceso de rehabilitación y su influencia en la evolución y tratamiento.

Como toda investigación, este estudio presenta alcances y limitaciones. Si bien es importante destacar el valor de contar con una muestra en contexto natural que reúne características específicas como es el caso de evaluar personas que están atravesando un proceso de rehabilitación por accidente laboral, el tamaño de la muestra y la dificultad para controlar otros factores asociados limita la generalización de los resultados. Por otra parte, prácticamente la totalidad de la muestra eran lesionados que se encontraban en Fase 1 de rehabilitación al momento de la participación del estudio, es decir, se encontraban en terapia ocupacional, post cirugía o abordaje en tratamientos conservadores no invasivos, y esto también puede haber constituido un factor de sesgo muestral, hecho que no permite establecer en qué medida la fase del proceso de rehabilitación podría resultar una variable moduladora del potencial de salud. En cuanto a las medidas propiamente dichas, la literatura es consistente con respecto a la naturaleza de las variables incluidas en este estudio, sin embargo los instrumentos utilizados para su captación delimitan el alcance de la información obtenida al establecer las condiciones de puntuación e interpretación de las dimensiones evaluadas.

De todas maneras, este estudio realiza un aporte relevante y necesario para el campo científico-profesional al considerar el valor y la importancia de identificar la contribución de las características salugénicas en el afrontamiento y superación proactiva el evento traumático.

A futuro sería interesante ampliar y diversificar los segmentos poblacionales sobre los cuales evaluar y analizar el potencial de salud en distintos contextos y condiciones, algo que sin duda impactará no solo en la calidad de los tratamientos y procesos de recuperación, sino también en acciones dirigidas a la prevención y promoción de la salud en ámbitos de trabajo.

Referencias bibliográficas

- Acero Rodríguez, P. D. (2009). Resiliencia y tendencia criminal: factores protectores de comportamiento antisocial. *Revista Criminalidad*, 51(1), 131-145. Recuperado de http://www.policia.gov.co/imagenes_ponal/dijin/revista_criminalidad/vol51_1/05resiliencia.pdf
- Amar Amar, J. J. (2000). Niños invulnerables. Factores cotidianos de protección que favorecen el desarrollo de los niños que viven en contextos de pobreza. *Psicología desde el Caribe*, 5, 96-126. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300505>
- Amar Amar, J. J., Kotliarenko, M. A., & Abello Llanos, R. (2010). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación & Desarrollo*, 11(1), 162-197. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/view/1134>
- Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N., & Wijssenbeek, H. (1971). Twenty-five years later: A limited Study of the sequeale of the concentration camp experience. *Social Psychiatry*, 6(4), 186-193. Abstract recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00578367>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass.

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health Promotion. *Health Promotion Internationals*, 11(1), 11-18. Abstract recuperado de <http://heapro.oxfordjournals.org/content/11/1/11.abstract>
- Antunes Pousa Faria, D., Silva Revoredo, L., Vilar, M. J., & Chaves Maia, E. M. (2014). Resilience and treatment adhesion in patients with Systemic Lupus Erythematosus. *The Open Rheumatology Journal*, 8, 1-8. doi: 10.2174/1874312920140127001
- Aparicio Ágreda, M. L., & Cuevas Jiménez, C. P. (2006). Aspectos biopsicológicos de la infección por virus inmunodeficiencia humana (VIH). *Huarte de San Juan. Psicología y Pedagogía*, 13, 121-133. Recuperado de http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/9462/HSJ_Ps_13_2006_Aspectos.pdf?sequence=1
- Badilla Alán, H. (1999). *Para comprender el concepto de Resiliencia*. Recuperado de Universidad de Costa Rica, Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf>
- Brotzman, S. B., & Wilk, K. E. (2005). *Rehabilitación ortopédica clínica*. España: Elsevier.
- Castañeiras (2009). Escala de Recursos de Fortaleza Personal (ER). Universidad Nacional de Mar del Plata. No publicado
- Castañeiras et al. GIEPsi. Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica (2010). Adaptación argentina de la Escala de Resiliencia para Adultos (RSA). Universidad Nacional de Mar del Plata. De pronta publicación.

Davidson, K., & Prkachin, K. (1997). Optimism and unrealistic optimism have an Interacting Impact on health-promoting behavior and knowledge changes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(6), 617-625.
doi:10.1177/0146167297236005

Díaz Valenzuela, F., & Barra Almagiá, E. (2007). Tiempo de recuperación de un accidente laboral y factores psicosociales al inicio de la hospitalización. *Psicología y Salud*, 17(001), 25-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117103.pdf>

Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651. Abstract recuperado de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>

Ferrando, P., Chico, E. & Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo LifeOrientationTest. *Psicothema*, 14(3), 673-680. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/782.pdf>

Fragoso Arbelo, T., Díaz Lorenzo, T., Pérez Ramos, E., Milán Pavón, R., & Luaces Frago, E. (2002, mayo-junio). Importancia de los aspectos psicosociales en la enfermedad celíaca. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 18(3), 202-206. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252002000300007&script=sci_arttext

- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M., & Flaten, M. A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 213-219. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.12.007
- García-Layunta, M. A., Oliver, A. B., Tomás, J. M. B., Verdú, F. C. & Zaragoza, G. D. (2002). *Factores psicosociales influyentes en la ocurrencia de accidentes laborales*. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 5(1):4-10. Recuperado de http://www.scsmt.cat/pdf/2002_n.1.originales.1.pdf
- GIEPsi (2012). *Escala RSA. Características y aplicabilidad en adultos de Mar del Plata. Ficha de cátedra. Artículo no publicado*, Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica de la Facultad de Psicología de la UNMdP, Mar del Plata, Argentina.
- Godoy-Izquierdo, D., & Godoy, J. F. (2002). La personalidad resistente: Una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud*, 13(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618085001.pdf>
- Guàrdia Olmos, J., Però Cebollero, M., Gordóvil Merino, A., Benítez Borrego, S., Horta Fajardo, E., & Jarne Esparcia, A. (2007). *Perfil psicológico de los sujetos con conducta preventcionista responsable*. Recuperado de MC Salud Laboral: <http://www.mc-mutual.com/contenidos/opencms/webpublica/Publicaciones/McSaludLaboral/resources/5/perfil.pdf>
- He, F., Cao, R., Feng, Z., Guan, H., & Peng, J. (2013). The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective well-being of burn

patients: a structural equation modelling analysis. *Plos One*, 8(12).doi:
10.1371/journal.pone.0082939

Hjemdal, O. (2007). Measuring protective factors: the development of two resilience scales in Norway. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 16(2), 303-321. Abstract recuperado de
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1056499306001210>

Hjemdal, O., Friborg, O., & Stiles, T. C. (2012). Resilience is a good predictor of hopelessness even after accounting for stressful life events, mood and personality (NEO-PI-R). *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(2), 174-180. Abstract recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22092028>

Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(3), 194-201. Abstract recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.488/abstract>

Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 314-321. Abstract recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20806419>

Islas, M. E., & Melia, J. L. (1991). Accidentes de trabajo, intervención y propuestas teóricas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23(3), 323-348. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80523302>

Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma.

doi: 10.1080/00029157.1994.10403078

Johnson, J. E. (1996). Coping with radiation therapy: optimism and the effect of preparatory interventions. *Research in Nursing & Health*, 19(1), 3–12.

doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199602)19:1<3::AID-NUR1>3.0.CO;2-S

Karoly, P., & Ruhlman, L. S. (2006). Psychological “resilience” and its correlates in chronic pain: Findings from a national community sample. *Journal of the International Association for the Study of Pain*, 123(1), 90-97.

doi:10.1016/j.pain.2006.02.014

King, K. B., Rowe, M. A., Kimble, L. P., & Zerwic, J. J. (1998). Optimism, coping, and long-term recovery from coronary artery surgery in women. *Research in Nursing & Health*, 21(1), 15–26. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199802)21:1<15::AID-NUR3>3.0.CO;2-W

Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Helenius, H., Singh-Manoux, A., & Pentti, J. (2005). Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. *Health Psychology*, 24(4), 413-421.

doi:10.1037/0278-6133.24.4.413

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177.

doi:10.1037/0022-3514.42.1.168

La Rosa Matos, Y., Martín Alfonso, L., & BayarreVea, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina*

General Integral, 23(1). Recuperado de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252007000100005&script=sci_arttext&tlng=pt

Ley No. 24.557. Ley nacional de riesgos del trabajo. Publicada en el Boletín Oficial No. 28242, del 4 de octubre de 1995. Argentina.

López de Llergo, I. C. A., & Sánchez Araiza, Y. I. (2009). Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónico terminales hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 24-32. Recuperado de <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic17-2.pdf#page=24>

Luengo Rocha, C. (2008). Redes de apoyo y capacidad de resiliencia: su importancia en la recuperación de pacientes accidentados laborales. *Revista Electrónica de Trabajo Social. Universidad de Concepción*, 7. Recuperado de <http://www.trabajosocialudec.cl/rets/wp-content/uploads/2011/02/Redes-de-apoyo-y-capacidad-de-resiliencia.-Su-importancia-en-la-recuperacion-de-pacientesaccidentados-laboral.pdf>

Marrero Quevedo, R. J., & Carballeira Abella, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33(1). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252010000100005

Martínez González, J. A. (2011). La educación para una sociedad resiliente. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/14/>

- Martorelli, A., & Mustaca, A. E. (2004). Psicología positiva, salud y enfermos renales crónicos. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 24(3), 99-104.
- Recuperado de
[http://www.renal.org.ar/REVISTA/Rev%20Nefrol%20Dial%20Traspl%202004%2024\(3\).pdf#page=5](http://www.renal.org.ar/REVISTA/Rev%20Nefrol%20Dial%20Traspl%202004%2024(3).pdf#page=5)
- Monteiro, S. O. M., Tavares, J. P. C., & Pereira, A. M. S. (2008). Dispositional optimism, psychopathological symptomatology, well-being and academic performance among first year higher education students. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 23-29. doi:10.1590/S1413-294X2008000100003
- Morales García, A. I., Arenas Jiménez, M. D., Reig-Ferrer, A., Álvarez-Ude, F., Malek, T., Moledous, A., Gil, M. T., & Cotilla, E. M. (2011). Optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su influencia en el curso de la enfermedad. *Revista Nefrología*, 31(2), 199-205. Recuperado de
<http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v31n2/original6.pdf>
- Morelato, G. (2012). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 83-96. Recuperado de
<http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologi co/article/view/158/470>
- Otero, J.M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J.A. & Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona, España: Ariel Practicum.

- Pereira, R. (2007, feb). *Resiliencia individual, familiar y social*. Comunicación presentada en 8º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/4231>
- Peterson, C., Seligman, M. E., & Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 23-27. Recuperado de http://www.massgeneral.org/psychiatry/assets/published_papers/peterson-1988.pdf
- Prieto Fernández, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120. Recuperado de <http://www.kimerius.es/app/download/5788987416/Psicolog%C3%ADa%20oncol%C3%B3gica.pdf>
- Puyal Español, E. (2001). *La conducta humana frente a los riesgos laborales. Determinantes individuales y grupales*. Recuperado de Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias sociales y del trabajo: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=206420>
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82. Recuperado de <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/157/467>

Rebolledo Marchesini, P. (2005). Accidentes ocupacionales: aspectos psicosociales.

Ciencia & Trabajo, 7(16), 61-66. Recuperado de

<http://www.redproteger.com.ar/biblioteca/accidente/11.pdf>

Remor, E., & Amoros Gómez, M. (2012). Efecto de un programa de intervención para la potenciación de las fortalezas y los recursos psicológicos sobre el estado de ánimo, optimismo, quejas de salud subjetivas y la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 75-86.

Recuperado

de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-

[91552012000200008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552012000200008&lng=en&tlng=es)

Reyes Fabián, M. E., & Vargas Sandoval, M. M., (2012). *Espiritualidad y resiliencia en personas con pérdida traumática de extremidad inferior*. Recuperado de

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Biblioteca Virtual:

<http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/6606/1/E>

[SPIRITUALIDAD%20Y%20RESILIENCIA%20EN%20PERSONAS%20CON%20P%C3%89RDIDA%20TRAUM%C3%81TICA%20DE%20EXTREMIDAD%20INFERIOR.pdf](http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/6606/1/E-SPIRITUALIDAD%20Y%20RESILIENCIA%20EN%20PERSONAS%20CON%20P%C3%89RDIDA%20TRAUM%C3%81TICA%20DE%20EXTREMIDAD%20INFERIOR.pdf)

Richardson, G. E., Niger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990).

Theresiliencemodel. doi: 10.1080/00970050.1990.10614589

Rivera Heredia, M. E., & Pérez Padilla, M. L., (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha Revista de Psicología*, 9(19), 1-19. Recuperado de

http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_0919_001-019.pdf

- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. A. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372. Recuperado de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7199/7063>
- Sanjuán, P., & Magallanes, A. (2006). Estudio del efecto del optimismo disposicional en el bienestar físico y psicológico desde una perspectiva longitudinal. *Acción Psicológica*, 4(1), 47-55. Recuperado de <http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:AccionPsicologica2006-numero1-0005&dsID=Pdf>
- Scheier, M. F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implication of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247. Abstract recuperado de <http://psycnet.apa.org/journals/hea/4/3/219/>
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55(2), 169–210. doi:10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x
- Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery and self esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1.063-1.078. Abstract recuperado de <http://psycnet.apa.org/journals/psp/67/6/1063/>
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C.M., Sandvik, L., & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13(5), 309–320. doi:10.1002/pon.747

- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. *Handbook of Positive Psychology*, 2, 3-12. Recuperado de <http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/Class/Psy418/Josephs/Wynne%20Folder/1-Positive%20Psychology.pdf>
- Seligman, M. E. P. (2004). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. P. , Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. doi: org/10.1037/0003-066X.60.5.410
- Silber, T., & Maddaleno, M. (2001). La resiliencia, la promoción de la salud y el desarrollo humano. *Adolescentes Latinoamericanos*, 2(3). Recuperado de http://raladolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141471302001000300002&lng=es&nrm=iso
- Superintendencia de Riesgos del Trabajo. (2013). Informe anual de Accidentabilidad laboral 2013. Resumen ejecutivo. Recuperado de <http://www.srt.gob.ar/estadisticas/anuario/2013resumen.pdf>
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist* 55(1), 99-109. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.99
- Tejada Tayabas, L. M., Grimaldo Moreno, B. E. y Maldonado Rodríguez, O. (2006). Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el

- padecimiento. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 7(1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2006/spn061f.pdf>
- Vargas-Mendoza, J. E., & Villavicencio Espinoza, J. M. (2011). Niveles de resiliencia en pacientes recientemente amputados: Consejos para fortalecerla. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 5(1), 13-20. Recuperado de http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/57_resiliencia_amputados.pdf
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827102>
- Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B., & Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimientos postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf>
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Martins-da-Silva, A., & Mendonça, D. (2014). Optimism on quality of life in Portuguese chronic patients: moderator/mediator?. *Associação Médica Brasileira*, 60(4), 373-80. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.21/3824>
- Vinaccia S. & Quiceno, J. M. (2011) Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC. *Terapia Psicológica*, 29(1), 65-75. doi: 10.4067/S0718-48082011000100007

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28(2), 366-377. doi:10.6018/analesps.28.2.148821

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Zapata, C., Abad, L., Pineda, R., & Anaya, J. M. (2006). Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 57-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401507>

Werner, E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. New York, United States: Cornell University Press.