



## ORIGINAL

# Recursos personales relevantes para el bienestar psicológico en el personal de enfermería



O. Arrogante<sup>a,\*</sup>, A.M. Pérez-García<sup>b</sup> y E.G. Aparicio-Zaldívar<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

<sup>b</sup> Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

Recibido el 11 de febrero de 2015; aceptado el 10 de julio de 2015

Disponible en Internet el 3 de septiembre de 2015

### PALABRAS CLAVE

Apoyo social;  
Adaptación  
psicológica;  
Estrés psicológico;  
Resiliencia  
psicológica;  
Felicidad;  
Enfermería

### Resumen

**Objetivos:** Determinar las diferencias en apoyo social, resiliencia, afrontamiento y bienestar psicológico (BP) entre los profesionales de enfermería de intensivos y de otros servicios hospitalarios; y establecer un modelo estructural en el que se incluyan los recursos personales relevantes para el BP de dichos profesionales.

**Método:** Estudio correlacional de tipo transversal. Participó una muestra de 208 profesionales de enfermería del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), formada por enfermeros/as ( $n = 133$ ), auxiliares ( $n = 61$ ) y matronas ( $n = 14$ ), de los cuales 44 pertenecían a intensivos, 50 a otros servicios especiales y 114 a servicios de hospitalización. Instrumentos: Subescala de Apoyo Social, 10-Item CD-RISC (resiliencia), Brief-Cope (afrontamiento), Scales of Psychological Well-being (BP) y variables sociodemográficas.

**Resultados:** No se encontraron diferencias en ninguna de las variables psicológicas evaluadas en función del servicio hospitalario. El modelo estructural encontrado mostró que el apoyo social, la resiliencia y el afrontamiento determinaron el BP en el personal de enfermería. El recurso personal más importante fueron las estrategias de afrontamiento que determinó directamente ( $\beta = 0,68$ ) el BP. El apoyo social influyó directa ( $\beta = 0,33$ ) e indirectamente ( $\beta = 0,32$ ) en el BP, mientras que la resiliencia influyó indirectamente ( $\beta = 0,57$ ).

**Conclusiones:** Las diferencias en BP, afrontamiento, apoyo social y resiliencia no están determinadas por el servicio hospitalario. Las estrategias de afrontamiento de compromiso (o adaptativo), el apoyo social y la resiliencia constituyen tres recursos personales relevantes que determinan el BP del personal de enfermería y que se pueden desarrollar y mejorar mediante programas específicos. Las dimensiones del BP más importantes son autoaceptación y dominio del entorno.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [oscar.arrogante@salud.madrid.org](mailto:oscar.arrogante@salud.madrid.org) (O. Arrogante).

**KEYWORDS**

Social support;  
 Psychological  
 adaptation;  
 Psychological stress;  
 Psychological  
 resilience;  
 Happiness;  
 Nursing

**Personal resources relevant to psychological well-being in nursing****Abstract**

*Aims:* To determine differences in social support, resilience, coping, and psychological well-being (PWB) among intensive care nursing and nursing staff of other hospital services, as well as to establish a structural model in these professionals where relevant personal resources to PWB were included.

*Method:* Correlational and cross-sectional study. A sample of 208 nursing professionals from University Hospital of Fuenlabrada (Madrid) took part in the study. This sample consisted of nurses (n = 133), nursing assistants (n = 61), and midwives (n = 14), of whom 44 worked in intensive care unit, 50 in other special units, and 114 in wards. Instruments: Social Support Subscale, 10-Item CD-RISC (resilience), Brief-Cope (coping), Scales of PWB, and sociodemographic variables.

*Results:* No differences were found in any assessed psychological variables as regards hospital service worked in. A structural model was found and showed that social support, resilience, and coping determined PWB of nursing professionals. The most important personal resource was coping strategies, which determined PWB directly ( $\beta = 0.68$ ). Social support influenced PWB directly ( $\beta = 0.33$ ), and indirectly ( $\beta = 0.32$ ), whereas resilience influenced it indirectly ( $\beta = 0.57$ ).

*Conclusions:* Differences in PWB, coping, social support and resilience are not determined by hospital service. Coping strategies focused on engagement (or adaptive), social support, and resilience, constitute three relevant personal resources that determine the PWB of nursing staff, which can be developed and improved by specific programs. The most important PWB dimensions are self-acceptance and environment mastery.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. and SEEIUC. All rights reserved.

**¿Qué se conoce/qué aporta?**

Para que el personal de enfermería desarrolle una práctica clínica enfermera y unos cuidados enfermeros adecuados es imprescindible el bienestar psicológico de dichos profesionales. Entre los factores psicológicos y/o psicosociales que contribuyen al bienestar psicológico se encuentran el apoyo social, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento adaptativas ante situaciones estresantes en el ámbito laboral.

El estudio demuestra que las estrategias de afrontamiento adaptativas al estrés laboral, el apoyo social y la resiliencia constituyen tres recursos personales relevantes para el bienestar psicológico de los profesionales enfermeros, desarrollando y mejorando su práctica clínica enfermera diaria.

**¿Implicaciones del estudio?**

Las implicaciones clínicas de la importancia de las estrategias de afrontamiento adaptativas al estrés laboral, el apoyo social y la resiliencia para la práctica clínica enfermera hace necesaria la instauración de programas de entrenamiento y desarrollo de dichos recursos personales relevantes para el bienestar psicológico en el personal de enfermería. Estos programas deberían ser promocionados desde las universidades hasta las propias instituciones sanitarias.

**Introducción**

Resulta indudable pensar que el propio bienestar y salud de los profesionales de enfermería son imprescindibles para un adecuado desarrollo de su práctica clínica. Los factores laborales más investigados en este ámbito en las Unidades de Cuidados Intensivos han sido el síndrome de burnout<sup>1-3</sup>, el grado de satisfacción laboral<sup>4,5</sup> y la turnicidad<sup>6</sup>. Estos mismos factores han sido investigados en otras unidades de atención especializada<sup>7,8</sup> y en atención primaria<sup>9,10</sup>. A pesar de ello, Bright<sup>11</sup> señala que los profesionales de enfermería en muchas ocasiones anteponen el bienestar del paciente al suyo propio.

El bienestar psicológico (BP) hunde sus raíces en la tradición filosófica eudaimónica de Aristóteles<sup>12</sup>, centrando su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo. Según el modelo de Ryff<sup>12</sup>, los seis indicadores del BP son: la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito de la vida y el crecimiento personal.

Por otro lado, existen determinadas características de la personalidad que contribuyen a un mayor BP, asociándose con una mejor salud y, en caso de enfermedad, a una más rápida recuperación y vuelta a la actividad normal<sup>13</sup>. Entre estas características se encuentran el apoyo social, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento puestas en marcha ante situaciones estresantes.

El apoyo social hace referencia a los procesos psicosociales e interpersonales que mantienen y promueven la salud y el bienestar, constituyéndose como un factor psicosocial

que modula dicha percepción por parte de las personas. Las fuentes de apoyo social habitualmente están presentes en el círculo más íntimo de la red social del individuo que, comúnmente, está compuesta por los amigos más cercanos y los miembros familiares. Asimismo, los tipos de apoyo social que pueden dar estos incluyen la ayuda, la compañía, el consejo, el consuelo y el apoyo emocional<sup>14</sup>. En el personal de enfermería, el apoyo social es una de las variables que modulan el estrés laboral a diferentes niveles<sup>15</sup>. Uno de los programas de entrenamiento del apoyo social más difundidos internacionalmente es el elaborado por Fordyce<sup>16</sup>. Este autor recomienda: a) dedicar más tiempo a la vida social (tanto formal como informal) promoviendo la participación en actividades sociales; b) desarrollar una personalidad socialmente atractiva y extravertida; y c) mejorar las relaciones íntimas promoviendo el desarrollo de vínculos sociales.

La resiliencia, aunque puede resultar un concepto «novedoso», está incluido en algunos diagnósticos enfermeros de la taxonomía NANDA internacional<sup>17</sup>: deterioro de la resiliencia personal (00210), disposición para mejorar la resiliencia (00212) y riesgo de compromiso de la resiliencia (00211). La incorporación de la resiliencia dentro de las competencias enfermeras exige que los profesionales comprendan qué implica el concepto de resiliencia antes de poder establecer los anteriores diagnósticos<sup>18</sup>. A grandes rasgos, la resiliencia se puede definir como la capacidad de adaptarse positivamente al estrés<sup>19</sup> e implica resistir el estrés, tolerar la presión ante situaciones adversas y reaccionar desplegando estrategias para superar las experiencias negativas o traumáticas<sup>18</sup>. Aunque la resiliencia ha sido investigada en todos los profesionales de la salud, algunos autores la han considerado como una característica esencial e inherente a la enfermería para el desarrollo de su asistencia sanitaria diaria<sup>20,21</sup> y también se ha relacionado positivamente con el bienestar percibido<sup>13,21-23</sup>. Otros autores han focalizado sus investigaciones en el desarrollo de diferentes programas de entrenamiento de la resiliencia dirigidos a la población general<sup>24</sup>, al personal de enfermería<sup>25</sup> y a pacientes<sup>26</sup>, con puntos específicos en los que se ha descrito cómo fortalecer la resiliencia en un paciente crítico.

Las estrategias de afrontamiento al estrés laboral se definen como las acciones que se ponen en marcha para hacer frente a una situación estresante que el sujeto ha valorado previamente como amenazante<sup>15</sup> y se han agrupado en tres categorías: afrontamiento de compromiso, afrontamiento de apoyo y afrontamiento de falta de compromiso<sup>27</sup>. La evidencia científica ha demostrado que el afrontamiento de compromiso se relaciona positivamente con el bienestar percibido, mientras que el afrontamiento de falta de compromiso se relaciona negativamente con el mismo<sup>28</sup>. Por otro lado, se han desarrollado programas de entrenamiento de estrategias de afrontamiento adaptativas entre el personal de enfermería, basados en técnicas de *roleplaying* que, en la actualidad, se emplean en la simulación clínica de las situaciones estresantes más comunes que se pueden dar en la práctica clínica enfermera<sup>29,30</sup>.

A pesar de las evidencias existentes sobre el apoyo social, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento que determinan el bienestar percibido en la práctica clínica enfermera, no existe ninguna evidencia empírica de un modelo estructural del BP donde se integren todos estos

factores. De ahí que nos planteáramos este estudio con los siguientes objetivos: 1) analizar si existen diferencias en apoyo social, resiliencia, afrontamiento y BP entre el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos y de otros servicios hospitalarios; 2) determinar las relaciones entre apoyo social, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento con las dimensiones del BP en una muestra de profesionales de enfermería y 3) establecer un modelo estructural del BP en el personal de enfermería participante en el que se incluyan el apoyo social, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento.

## Material y método

### Diseño

El diseño que se empleó se trató de un estudio observacional, correlacional y transversal.

### Ámbito

El estudio se llevó a cabo en las diferentes unidades del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) (Madrid) de abril a junio del 2012.

### Tipo de muestreo

El muestreo que se empleó fue no probabilístico de conveniencia.

### Sujetos

Participaron los profesionales de enfermería (enfermeras, auxiliares de enfermería y matronas) de las unidades de hospitalización del HUF que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión del estudio. El HUF cuenta con 16 servicios hospitalarios y cuya plantilla estimada es de 350 enfermeros/as, 220 auxiliares de enfermería y 25 matronas. Se incluyó a todos los profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y matronas que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Quedaron excluidos los profesionales que en el momento de la recogida de datos estaban con una baja laboral o en periodo vacacional.

### Variables e instrumentos de medida

Las variables analizadas en el estudio fueron el BP, el apoyo social, la resiliencia, las estrategias de afrontamiento y 5 variables sociodemográficas (sexo, edad, categoría profesional, servicio hospitalario y número de años de experiencia).

A cada participante se le suministró un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) en el que estaban incluidos los siguientes cuestionarios:

- Psychological Well-Being Scales<sup>31</sup>: se trata del cuestionario más empleado internacionalmente para evaluar las 6 dimensiones del BP. Consta de 29 ítems (4-6 por cada dimensión) que se puntúan en una escala tipo Likert de 6 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 6 = totalmente de

acuerdo). Los coeficientes de fiabilidad de las 6 dimensiones en la versión original<sup>31</sup> y en la validada al castellano<sup>32</sup> estuvieron comprendidos entre 0,70 y 0,84.

- **Subescala de Apoyo Social<sup>33</sup>**: se trata de una subescala genuinamente española incluida en el Cuestionario de Calidad de Vida de Ruiz y Baca<sup>33</sup>. Evalúa el tipo de relaciones establecidas con la familia y los amigos, así como el nivel de satisfacción con el apoyo recibido. Está compuesta por 8 ítems que se puntúan en un escala tipo Likert de 5 puntos (1 = nada; 5 = mucho). Los coeficientes de fiabilidad de la subescala oscilan entre 0,89 y 0,95<sup>33</sup>.
- **10-Item CD-RISC<sup>34</sup>**: evalúa el nivel de resiliencia. Consta de 10 ítems a los que los participantes deben de contestar en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = nunca; 4 = siempre) y que tiene una única dimensión. La fiabilidad del instrumento original<sup>34</sup> fue de 0,85, valor muy similar al obtenido por la versión adaptada y validada al castellano<sup>18,35</sup>.
- **Brief-Cope<sup>36</sup>**: evalúa hasta 14 estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes en el entorno laboral. Está compuesto por 28 ítems (2 por cada estrategia) que se puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos (0 = no, en absoluto; 3 = totalmente). Tanto en el instrumento original<sup>36</sup> como en la adaptación validada al castellano<sup>37</sup>, las fiabilidades de las diferentes estrategias oscilaron entre 0,50 y 0,90.

Se considera que el sujeto posee un adecuado ajuste psicológico en cada una de las anteriores variables psicológicas, si las puntuaciones obtenidas en los respectivos

cuestionarios se sitúan por encima de la media (ver rangos posibles de cada escala en la [tabla 1](#)).

## Recogida de datos

El estudio fue aprobado por el Comité de Gestión del Conocimiento del HUF. Primeramente, se mantuvo una entrevista con las supervisoras de enfermería y los jefes de servicio de los 16 servicios participantes con el fin de solicitar su permiso y colaboración para la distribución de los cuestionarios. Posteriormente, se instalaron de forma escalonada en cada control de enfermería, unos buzones para que los profesionales de enfermería depositaran los CRD ya cumplimentados. Simultáneamente se colocaron carteles en los tableros informativos de dichos servicios, en los que se informaba sobre la realización de la investigación. Los CRD se distribuyeron escalonadamente por los servicios participantes durante los meses de abril a junio de 2012. Los mismos se colocaron al lado de uno de los buzones en el control de enfermería de cada uno de los servicios participantes. Todos los CRD comenzaban con unas breves recomendaciones iniciales, posteriormente una hoja donde se recogían las variables sociodemográficas y, por último, las pruebas psicológicas anteriormente descritas. Separadamente se incluyó un consentimiento informado. Pasadas tres semanas de la distribución de los CRD en cada servicio, se retiraron los buzones. Se recogieron 237 cuestionarios de los cuales 29 fueron rechazados por estar incompletos y/o mal contestados.

**Tabla 1** Estadísticos descriptivos y coeficientes alfa de Cronbach de las variables psicológicas analizadas en el personal de enfermería (n = 208)

Variables	Ítems	$\alpha$	Media (DT)	Rangoreal	Rango posible
Apoyo social	8	0,85	36,53 (3,63)	22-40	8-40
Resiliencia	10	0,86	31,57 (3,95)	21-40	0-40
Afrontamiento compromiso	5	0,71	19,71 (3,18)	9-24	0-30
Afrontamiento apoyo	8	0,85	8,81 (2,10)	3-12	0-48
Afrontamiento falta compromiso	10	0,87	6,73 (3,16)	0-18	0-40
Autoaceptación	4	0,78	20,74 (2,71)	10-24	4-24
Relaciones positivas	5	0,75	26,29 (3,74)	10-30	5-30
Autonomía	6	0,61	28,27 (4,47)	17-36	6-36
Dominio del entorno	5	0,67	25,18 (3,68)	9-30	5-30
Propósito en la vida	5	0,80	26,06 (3,54)	14-30	5-30
Crecimiento personal	4	0,72	21,81 (2,35)	13-24	4-24

## Análisis de los datos

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico IBM® SPSS® v.21. Se determinaron los estadísticos descriptivos para analizar las variables evaluadas. La fiabilidad de las escalas empleadas se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para evaluar las diferencias entre las variables sociodemográficas y las psicológicas se empleó el análisis de varianza (ANOVA) y el Chi-Cuadrado. El coeficiente de correlación de Pearson se utilizó para determinar las relaciones entre las variables psicológicas. Al no existir ningún modelo estructural previo que diera cuenta del BP de los profesionales de enfermería y que pudiera utilizarse como análisis factorial exploratorio, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio mediante el programa AMOS® v.21 (integrado en el SPSS®), empleándose como método de estimación el de máxima verosimilitud por ser el método estándar. El análisis factorial confirmatorio está encuadrado dentro de los modelos de ecuaciones estructurales (*Structural Equation Models -SEM-*), una técnica que combina tanto la regresión múltiple como el análisis factorial. Para la elaboración de dicho modelo estructural se establecieron las relaciones entre las escalas empleadas en el estudio basándose en la teoría previa (expuesta en el apartado introductorio) y en los resultados obtenidos los análisis preliminares y correlacionales.

## Resultados

La participación global fue del 35%. Se incluyeron 208 profesionales de enfermería, 133 (38% de participación) enfermeros/as, 61 (27,7% de participación) auxiliares de enfermería y 14 (56% de participación) matronas. Un 45,2% (94) de los profesionales pertenecían a servicios especiales (44 [21,2%] a Cuidados Intensivos y 50 [24%] a otros servicios especiales como Quirófano, Reanimación, Neonatología, Urgencias y Partorio) y el 54,8% restante (114) pertenecían a servicios de hospitalización (Cardiología, Oncología, Ginecología, Pediatría, Traumatología, Cirugía General Digestiva, Urología, Medicina Interna, Otorrinolaringología y Psiquiatría).

La edad media de los participantes fue de 34,44 años (DE=8,20), 158 (74%) eran mujeres y 50 (26%) hombres. La media de años de experiencia laboral de los participantes fue de 12,21 años (DE=7,76).

## Análisis preliminares

Primeramente se analizaron las diferencias entre los distintos grupos profesionales en función del sexo, en la edad ( $F_{(1,207)} = 7,04$ ;  $p = 0,007$ ) y en la categoría profesional ( $\chi^2 = 1,73$ ;  $p = 0,629$ ), no hallándose diferencias significativas en ninguna de ellas.

En la [tabla 1](#) se muestran los estadísticos descriptivos y la influencia de las variables psicológicas medidas en el estudio.

En el análisis de la influencia de las variables sociodemográficas sobre las variables psicológicas, los resultados mostraron diferencias significativas en el análisis de la influencia de la edad y del número de años de experiencia. Sin embargo, aunque los resultados mostraron que el sexo tenía efectos principales sobre la resiliencia ( $F_{(1,207)} = 9,14$ ;

$p < 0,01$ ;  $\eta = 0,208$ ), el tamaño del efecto fue pequeño, por lo que no se incluyó esta variable en los análisis posteriores.

En el análisis de las diferencias entre las variables psicológicas y los servicios hospitalarios no se encontraron diferencias significativas ([tabla 2](#)).

## Análisis correlacional

En la [tabla 3](#) se muestran las correlaciones encontradas entre las variables psicológicas evaluadas en el estudio. El apoyo social, la resiliencia, el afrontamiento de compromiso y el de apoyo correlacionaron positivamente entre ellas y, a su vez, todas ellas con las seis dimensiones del BP. Sin embargo, el afrontamiento de falta de compromiso correlacionó negativamente con el apoyo social, la resiliencia, el afrontamiento de compromiso y el de apoyo y, además, con los seis dimensiones del BP. Las únicas que no correlacionaron entre sí fueron el afrontamiento de apoyo y la autonomía.

## Análisis estructural

Previamente se comprobó el cumplimiento de los requisitos de los modelos SEM (normalidad de los datos, curtosis y asimetría).

Para la elaboración del modelo estructural se construyeron dos constructos o variables latentes: el afrontamiento (constituido por las tres categorías de compromiso, de apoyo y de falta de compromiso) y el BP (compuesto por las seis dimensiones del modelo). En primer lugar se obtuvo un modelo (Modelo 1) que no se ajustó a los datos obtenidos en la muestra ([tabla 4](#)) y en el que no todos los pesos de regresión estandarizados fueron significativos. Por lo tanto, se decidió rechazar el Modelo 1.

Se procedió a la elaboración de un segundo modelo (Modelo 2) eliminando del anterior modelo aquellas relaciones o parámetros que no alcanzaron la significación estadística (cumpliendo así uno de los requisitos de los SEM). Se decidió aceptar el Modelo 2, ya que los datos de la muestra se ajustaron al mismo ([tabla 4](#)) y, además, todos los pesos de regresión estandarizados fueron significativos.

En la [figura 1](#) se muestra el diagrama *path* (o de vectores) resultante del modelo aceptado. El afrontamiento predijo directamente el BP del enfermería. Por otro lado, el apoyo social predijo no solo directamente el BP, sino también indirectamente al predecir el afrontamiento. Asimismo, la resiliencia predijo indirectamente el BP al predecir al afrontamiento. Los coeficientes estandarizados de regresión más elevados fueron los obtenidos por las dimensiones del BP de autoaceptación y de dominio del entorno.

## Discusión

Los resultados del estudio muestran que el personal de enfermería que trabaja en Cuidados Intensivos y en otras unidades especiales no manifiesta un mayor BP ni mayores niveles de apoyo social, resiliencia o estrategias de afrontamiento más o menos adaptativas, en comparación con el personal de enfermería que trabaja en unidades de hospitalización. Además, los resultados obtenidos de las relaciones entre las variables psicológicas evaluadas, son coherentes



**Tabla 2** ANOVA para comparar al personal sanitario en todas las variables psicológicas analizadas en función del servicio hospitalario

Variables	UCI (n = 44)	Otros (n = 50)	F <sub>(1,93)</sub>	Sig.	Espec. (n = 94)	Hospit. (n = 114)	F <sub>(1,207)</sub>	Sig.
Apoyo social	36,68 (3,92)	36,08 (3,14)	2,53	0,14	35,83 (3,55)	36,73 (3,62)	3,14	0,07
Resiliencia	30,49 (4,08)	31,20 (3,52)	2,39	0,11	30,85 (3,86)	32,17 (3,94)	2,99	0,09
Afrontamiento compromiso	19,20 (2,88)	20,12 (3,11)	2,51	0,12	19,66 (3,03)	19,75 (3,30)	0,04	0,85
Afrontamiento apoyo	8,54 (1,98)	8,76 (2,15)	0,31	0,58	8,65 (2,07)	8,94 (2,12)	0,98	0,32
Afrontamiento falta compromiso	7,01 (2,77)	6,04 (2,29)	2,86	0,08	6,52 (2,57)	6,90 (3,58)	0,75	0,39
Autoaceptación	20,42 (2,92)	21,06 (2,31)	1,56	0,22	20,74 (2,62)	20,73 (2,80)	0,01	0,96
Relaciones positivas	25,72 (3,85)	27,32 (2,91)	2,99	0,07	26,52 (3,47)	26,10 (3,96)	0,66	0,42
Autonomía	27,94 (4,69)	28,26 (4,69)	0,17	0,69	28,10 (4,16)	28,4 (4,72)	0,27	0,60
Dominio del entorno	25,06 (3,86)	26,28 (2,43)	2,93	0,08	25,67 (3,23)	24,78 (3,98)	3,04	0,08
Propósito en la vida	25,68 (3,26)	26,84 (3,05)	2,67	0,10	26,26 (3,20)	25,90 (3,81)	0,51	0,48
Crecimiento personal	21,88 (2,39)	21,80 (1,95)	0,37	0,85	21,84 (2,16)	21,79 (2,50)	0,02	0,88

Espec.: Servicios Especiales (UCI y otros Servicios Especiales); Hospit.: Servicios de hospitalización (Cardiología, Oncología, Ginecología, Pediatría, Traumatología, Cirugía General Digestiva, Urología, Medicina Interna, Otorrinolaringología y Psiquiatría); Otros: otros Servicios Especiales (Quirófano, Reanimación, Neonatología y Urgencias); UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

**Tabla 3** Correlaciones encontradas entre el apoyo social, la resiliencia y el afrontamiento con las seis dimensiones del BP (n = 208)

Variables	Apoyo social	Resiliencia	Afrontamiento compromiso	Afrontamiento apoyo	Afrontamiento falta compromiso
Apoyo social					
Resiliencia	0,31 <sup>a</sup>				
Afrontamiento compromiso	0,32 <sup>a</sup>	0,56 <sup>a</sup>			
Afrontamiento apoyo	0,33 <sup>a</sup>	0,25 <sup>a</sup>	0,38 <sup>a</sup>		
Afrontamiento falta compromiso	-0,25 <sup>a</sup>	-0,29 <sup>a</sup>	-0,31 <sup>a</sup>	-0,61 <sup>a</sup>	
Autoaceptación	0,49 <sup>a</sup>	0,50 <sup>a</sup>	0,52 <sup>a</sup>	0,28 <sup>a</sup>	-0,42 <sup>a</sup>
Relaciones positivas	0,72 <sup>a</sup>	0,32 <sup>a</sup>	0,36 <sup>a</sup>	0,26 <sup>a</sup>	-0,34 <sup>a</sup>
Autonomía	0,33 <sup>a</sup>	0,48 <sup>a</sup>	0,39 <sup>a</sup>	0,01	-0,39 <sup>a</sup>
Dominio del entorno	0,46 <sup>a</sup>	0,49 <sup>a</sup>	0,46 <sup>a</sup>	0,28 <sup>a</sup>	-0,46 <sup>a</sup>
Propósito en la vida	0,42 <sup>a</sup>	0,37 <sup>a</sup>	0,44 <sup>a</sup>	0,26 <sup>a</sup>	-0,40 <sup>a</sup>
Crecimiento personal	0,36 <sup>a</sup>	0,51 <sup>a</sup>	0,52 <sup>a</sup>	0,30 <sup>a</sup>	-0,24 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Tabla 4** Comparación de los dos modelos estructurales evaluados mediante sus respectivos índices de ajuste (n = 208)

	$\chi^2$	g.l. <sup>a</sup>	$\chi^2/g.l.$ <sup>b</sup>	RMSEA <sup>c</sup> (I.C. 90%)	SRMR <sup>d</sup>	CFI <sup>e</sup>
Modelo 1	163,41	39	4,19	0,136 (0,118)	0,132	0,783
Modelo 2	148,78	43	3,46	0,075 (0,067)	0,069	0,907

<sup>a</sup> g.l.: Grados de libertad.

<sup>b</sup>  $\chi^2/g.l.$ : Razón de Chi-cuadrado sobre los grados de libertad.

<sup>c</sup> RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*): Raíz cuadrada media de error de aproximación.

<sup>d</sup> SRMR (*Standardized Root Mean square Residual*): Raíz cuadrada media residual estandarizada.

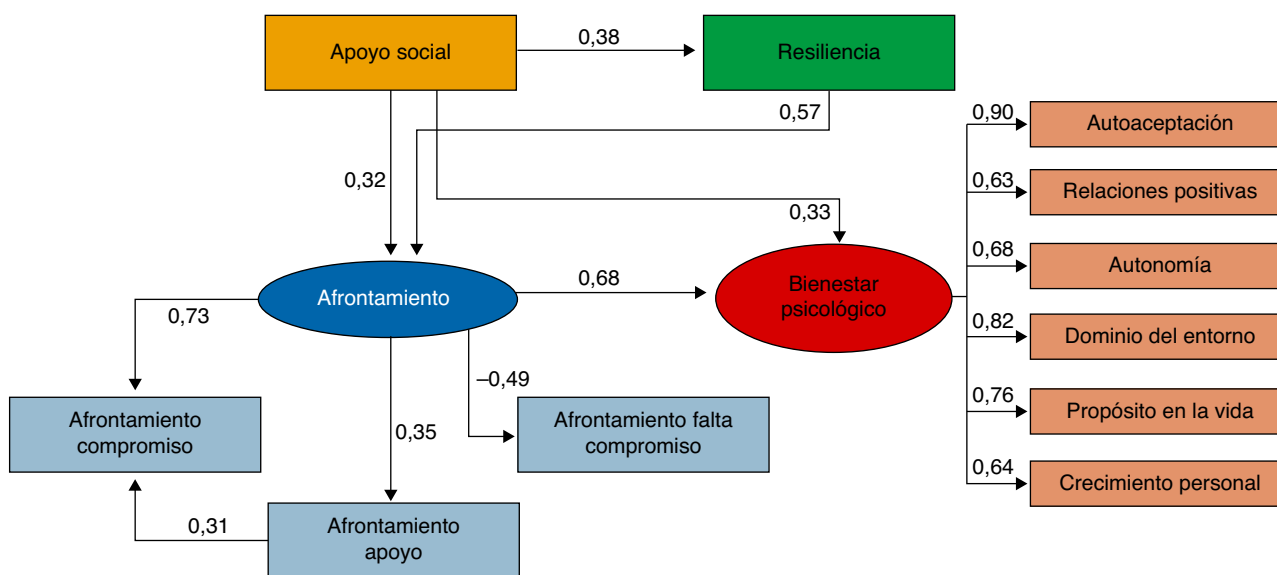
<sup>e</sup> CFI (*Comparative Fit Index*): Índice de ajuste comparativo.

con los alcanzados por otros autores y han señalado que el apoyo social<sup>14-16</sup>, la resiliencia<sup>13,21-23</sup> y las estrategias de afrontamiento adaptativas<sup>27,28</sup> (afrontamiento de compromiso y de apoyo) se asocian positivamente y tienen efectos positivos sobre el BP. Sin embargo, el resultado más relevante del estudio fue la obtención del modelo estructural del BP en el personal de enfermería donde se incluyeron el apoyo social, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento.

En general, el modelo obtenido apoya las aplicaciones prácticas del *Modelo de felicidad sostenible* de Lyubomirsky et al.<sup>38</sup>. Estos autores señalan que la genética con la que nacemos y el azar de las circunstancias ambientales a las que estamos expuestos continuamente son importantes, pero no determinantes, concluyendo que el BP (o felicidad) depende de nosotros mismos mediante la realización de determinadas acciones para que la persona alcance el determinado rango personal de felicidad<sup>38</sup>. Por lo tanto, concluyen que no todo está en los genes al existir un amplio margen (en torno al 40%) para desarrollar y mejorar nuestros niveles de BP<sup>38</sup>, ya que este está influido por determinados factores psicológicos y psicosociales que pueden ser modificados por la propia persona para sentirse bien y ser feliz.

El afrontamiento fue el recurso personal que más peso tuvo a la hora de predecir el BP del personal de enfermería, dejando patente la importancia del entorno laboral a la hora de determinar el BP de dichos profesionales. Concretamente, los profesionales de enfermería que emplean estrategias de afrontamiento relacionadas en mayor medida con el afrontamiento de compromiso y el afrontamiento de apoyo (más adaptativos), y en menor medida con el afrontamiento de falta de compromiso (menos adaptativo), son los que mejor se sienten consigo mismos y los que más felices se perciben. Estos resultados van en la línea de encontrados en la extensa revisión de Carver y Connor-Smith<sup>28</sup>. Asimismo, otros autores<sup>39,40</sup> han señalado que las estrategias de afrontamiento más adaptativas al estrés laboral constituyen un recurso personal que disminuye las consecuencias negativas del estrés laboral en las enfermeras aumentando su bienestar.

El siguiente factor psicosocial más importante para el BP en el personal de enfermería fue el apoyo social. Su influencia sobre el BP en dicho personal fue directa, ya que los profesionales de enfermería que perciben tener mayores relaciones y vínculos sociales son los que mejor se sienten consigo mismos y más felices son. Este resultado es coherente con el obtenido en la revisión de Fernández-Abascal<sup>14</sup>,



**Figura 1** Modelo estructural del bienestar psicológico en el personal de enfermería. Los coeficientes de regresión son estandarizados.

que lo señala como un factor condicionante del bienestar y felicidad de forma rotunda, y en la extensa revisión de Fordyce<sup>16</sup>, en la que concluyó que los vínculos sociales tienen una importancia primordial en la felicidad de las personas. Asimismo, la influencia del apoyo social sobre el BP en la enfermería fue indirecta al contribuir positivamente tanto a la resiliencia, como al afrontamiento. Respecto a las relaciones entre el apoyo social y la resiliencia, los resultados obtenidos van en la línea de los obtenidos por otros autores (ver revisión de Cyrulnik<sup>41</sup>) que han señalado que tener relaciones satisfactorias y estables es un factor general de resiliencia para afrontar las situaciones vitales, por lo que el apoyo social parece constituir un factor necesario y anterior al desarrollo de la resiliencia. En cuanto a las relaciones entre apoyo social y afrontamiento, en este caso el apoyo social actuaría como una variable moduladora del estrés laboral determinando las estrategias de afrontamiento que pondrá en marcha el sujeto ante la situación estresante<sup>15</sup>.

Por último, la resiliencia es el siguiente factor psicosocial en orden de importancia a la hora de predecir el BP en el personal de enfermería. En modelo estructural obtenido en el presente estudio, la resiliencia no influye directamente en el BP sino indirectamente en el mismo al predecir el afrontamiento (que sí influye directamente en el BP). Este resultado no solo se considera coherente con la propia definición de la resiliencia que la define como la adaptación positiva a la adversidad<sup>19</sup>, sino que va en la misma línea con la consideración de la resiliencia como factor precursor del afrontamiento<sup>19</sup>. De esta manera, y en consonancia con otros autores<sup>21,23,42</sup>, los profesionales de enfermería más resilientes son los que perciben mayor BP, ya que la resiliencia les ayudaría a desarrollar unas estrategias de afrontamiento más eficaces y adaptativas ante las situaciones estresantes que caracterizan al entorno sanitario.

Por lo que respecta a las dimensiones del BP que tuvieron más peso en el modelo estructural del mismo en el personal de enfermería, estas fueron la autoaceptación y el dominio del entorno, siendo un resultado consistente con otros estudios<sup>43,44</sup>. A tenor de este hallazgo, los profesionales de enfermería lo que buscan conseguir ante todo para sentirse bien consigo mismos y ser felices es tener una actitud positiva hacia sí mismos para poseer una elevada autoestima (la cual deben mantener en su lugar de trabajo) y poseer una mayor sensación de control sobre el mundo que les rodea (incluyendo su entorno laboral) con el objetivo de mantener un alto nivel de autoeficacia.

Este estudio tuvo algunas limitaciones, siendo la más importante la generalización de los resultados obtenidos (validez externa) al tratarse de un estudio unicéntrico, haciendo necesaria la realización de estudios multicéntricos futuros. Para conseguir dicha generalización sería recomendable realizar estudios con muestras menos homogéneas que la empleada. En cuanto a la validez interna, el tamaño de la muestra fue menor de lo esperado, por lo que sería recomendable mejorarla en investigaciones futuras. Las posibles causas de la escasa participación son el elevado número de ítems a cumplimentar por los participantes y el tratamiento en el estudio de «temas sensibles» para el sujeto al preguntarle por su propio bienestar. Por último, y a pesar del tipo de muestreo empleado se utilizaron instrumentos cuya validez y fiabilidad están ampliamente documentadas.

## Conclusiones

Las estrategias de afrontamiento adaptativas al estrés laboral, el apoyo social y la resiliencia podrían constituir recursos personales relevantes para el bienestar percibido en el personal de enfermería, independientemente del ámbito de trabajo.

Por lo tanto, desde las propias universidades (en alumnos de pre- y posgrado) hasta las propias instituciones sanitarias (en el personal de enfermería que se encuentra trabajando), se deberían promocionar programas para el desarrollo y entrenamiento de estos recursos personales que mejoren el BP percibido por los profesionales de enfermería con el objetivo de mejorar la práctica clínica enfermera. Respecto al afrontamiento, dichos programas no solo se deberían centrar en la maximización del empleo de estrategias de afrontamiento de compromiso y de apoyo (mediante un afrontamiento activo, planificando, reevaluando positivamente, aceptando la situación o pidiendo ayuda a los demás), sino también en la evitación o minimización del empleo de estrategias de afrontamiento de falta de compromiso con la situación estresante (mediante la autodistracción, la autculpa o la negación y el abandono de dicha situación). En cuanto al apoyo social y la resiliencia, dichos programas deberían promocionar las relaciones sociales dentro de los centros sanitarios y aumentar los niveles de resiliencia entre el personal de enfermería. Además, el aumento y mejora del BP percibido por las profesionales no solo llegaría a predecir un aumento de porcentaje de éxito en su ámbito laboral, sino también (y en los mejores casos) en otros ámbitos de sus vidas como el físico, el social, el familiar o el personal. Finalmente, el efecto de la instauración de los mencionados programas de entrenamiento debería ser analizado en futuras investigaciones y, asimismo, dichos estudios deberían confirmar el modelo estructural del BP en el personal de enfermería obtenido en el estudio y valorar la inclusión de otros factores psicológicos y/o psicosociales en el mismo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Muñoz Camargo JC. Síndrome de burnout en unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007;18:1-2.
2. Ríos Rísquez MI, Peñalver Hernández F, Godoy Fernández C. Burnout y salud percibida en profesionales de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2008;19:169-78.
3. Solano Ruíz MC, Hernández Vidal P, Vizcaya Moreno ME, Reig Ferrer A. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva*. 2002;13:9-16.
4. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gómez-García T, González-María E, en nombre del consorcio RN4CAST-España. Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. *Proyecto RN4CAST-España*. *Enferm Intensiva*. 2013;24:104-12.
5. Gutiérrez AC, Gómez de Enterría Pérez C. Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2005;16:3-14.



6. Moreno Arroyo MC, Jérez González JA, Cabrera Jaime S, Estrada Masllorens JM, López Martín A. Turnos de 7 horas versus 12 horas en enfermería intensiva: vivir a contratiempo. *Enferm Intensiva*. 2013;24:98-103.
7. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González-María E, en nombre del consorcio RN4CAST-España. Percepción del hospital del sistema nacional de las enfermeras españolas. *Enferm Clin*. 2012;22:261-8.
8. Molina JM, Avalos F, Giménez I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enferm Clin*. 2005;15:275-82.
9. Tomás-Sábado J, Maynague-Santaulària M, Pérez-Bartolomé M, Alsina-Rodríguez M, Quinta-Barbero R, Granell-Navas S. Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enferm Clin*. 2010;20:173-8.
10. Soto R, Santamaría MI. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enferm Clin*. 2005;15:123-30.
11. Bright J. *Turning the tide*. London: Demos Publishers; 1997.
12. Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57:1069-81.
13. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18:76-82.
14. Fernández-Abascal EG. Emociones positivas, psicología positiva y bienestar. En: Fernández-Abascal EG, coordinador. *Emociones positivas*. Madrid: Pirámide; 2009. p. 27-46.
15. Pérez-García AM. Personalidad y enfermedad. En: Bermúdez J, Pérez-García AM, Ruiz JA, Sanjuán P, Rueda B, editores. *Psicología de la educación*. Madrid: UNED; 2011. p. 635-700.
16. Fordyce MW. Éducation au bonheur. *Revue québécoise de psychologie*. 1997;18:239-52.
17. NANDA International Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
18. Serrano-Parra MD, Garrido-Abejar M, Notario-Pacheco B, Bartolomé-Gutiérrez R, Solera-Martinez M, Martínez-Vizcaino V. Validez de la escala de resiliencia Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Enferm Clin*. 2013;23:14-21.
19. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: a review and critique of definitions, concepts, and theory. *Eur Psychol*. 2013;18:12-23.
20. McCann CM, Beddoe E, McCormick K, Huggard P, Kedge S, Adamson C, et al. Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*. 2013;3:60-81.
21. Arrogante O, Pérez-García AM. El bienestar subjetivo percibido por los profesionales de enfermería no sanitarios y su diferencia con el de enfermería de enfermos? Relación con personalidad y resiliencia. *Enferm Intensiva*. 2013;24:143-54.
22. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev*. 2010;30:479-95.
23. Arrogante O. Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en enfermería. *Enferm Clin*. 2014;24:283-9.
24. Brooks R, Goldstein S. El poder de la resiliencia. *Cómo lograr el equilibrio, la seguridad y la fuerza interior necesarios para vivir en paz*. Barcelona: Paidós; 2004.
25. Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *J Adv Nurs*. 2007;60:1-9.
26. Munist M, Suárez Ojeda EN, Galli A, Álvarez R, Cárcamo S. Módulo de enseñanza de resiliencia en enfermería. En: Melillo A, Suárez Ojeda EN, Rodríguez D, compiladores. *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2004. p. 325-41.
27. Connor-Smith JK, Flachsbart C. Relations between personality and coping: A meta-analysis. *J Pers Soc Psychol*. 2007;93:1080-107.
28. Connor-Smith J. Personality and coping. *Annu Rev Psychol*. 2010;61:679-704.
29. Vázquez Guillamet B, Guillamet Lloveras A, Martínez Estalella G, Pérez Ramírez F. Innovaciones en los métodos de formación continuada/permanente de las enfermeras de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2014;25:65-71.
30. López-Messa JB, Martín-Hernández H, Pérez-Vela JL, Molina-Latorre R, Herrero-Ansola P. Novedades en métodos formativos de resucitación. *Med Intensiva*. 2011;35:433-41.
31. Van Dierendonck D. The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Pers Indiv Dif*. 2004;36:629-44.
32. Pérez, Rodríguez-Carvajal R, Gallardo A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006;18:572-7.
33. Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the Quality of Life Questionnaire: A generic health-related quality of life instrument. *Eur J Psychol Assess*. 1993;9:19-32.
34. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *J Traum Stress*. 2007;20:1019-28.
35. Notario-Pacheco B, Solera-Martinez M, Serrano-Parra MD, Bartolomé-Gutiérrez R, García-Campayo J, Martínez-Vizcaino V. Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:63.
36. Carver CS. You want to measure coping but your protocol is too long: Consider the Brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4:92-100.
37. Pérez-García AM. Versión española de la escala Brief-COPE de Carver (1997). Documento del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Madrid: UNED; 2008.
38. Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Rev Gen Psychol*. 2005;9:111-31.
39. Galbraith ND, Brown KE. Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: quantitative systematic review. *J Adv Nurs*. 2011;67:709-21.
40. Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jiménez B, Monteiro MJ. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *Inter J Nurs Stud*. 2010;47:205-15.
41. Cyrulnik B. *Los patitos feos*. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa; 2002.
42. Ríos-Risquez MI, Carrillo-García C, Ángeles Sabuco-Tebar. Resiliencia, síndrome de quemarse por el trabajo y malestar psicológico en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y estrés*. 2014;20(2-3):115-26.
43. Linley PA, Maltby J, Wood AM, Osborne G, Hurling R. Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Pers Indiv Dif*. 2009;47:878-84.
44. Keyes C, Ryff C, Shmotkin D. Optimizing well-being: The empirical counter of two traditions. *J Pers Soc Psychol*. 2002;82:1007-22.