

## Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias

María Isabel Ríos Rísquez, Julio Sánchez Meca\* y Carmen Godoy Fernández\*  
Hospital Morales Meseguer y \* Universidad de Murcia

En este estudio se analiza la capacidad predictiva de la personalidad resistente y la autoeficacia generalizada sobre la percepción del estado general de salud en una muestra de profesionales de enfermería de Urgencias y Cuidados Intensivos. Se utilizó un diseño retrospectivo de corte transversal, empleando como instrumentos de medida un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales, el cuestionario de salud GHQ-28 de Goldberg, la escala de autoeficacia generalizada de Baessler y Schwarzer, y la subescala de personalidad resistente del cuestionario de desgaste profesional en enfermería (CDPE) de Moreno. Los resultados ponen de manifiesto que las variables individuales de autoeficacia generalizada y personalidad resistente están estadísticamente relacionadas y en sentido positivo. El análisis de correlación canónica realizado sobre los síntomas de malestar psíquico tomando como predictores la autoeficacia y la personalidad resistente permite destacar la relevancia del constructo de personalidad resistente global como predictor y, por tanto, como factor protector frente a la aparición de malestar psíquico en la muestra de profesionales estudiados. Finalmente, se discuten las implicaciones clínicas de los resultados.

*Hardy personality, self-efficacy, and general health in nursing professionals of Intensive and Emergency Services.* In this study, the predictive power of hardy personality and generalized self-efficacy on general health perception was investigated in a sample of nursing personnel working in emergency and intensive care services. A cross-sectional retrospective design was used, and the following measurement instruments were applied: a sociodemographic and work questionnaire, Goldberg's GHQ-28 Health Questionnaire, the Baessler and Schwarzer General Self-efficacy Questionnaire, and the Hardy Personality Subscale of Moreno's Nursing Burnout Questionnaire (CDPE). The results revealed a positive and statistically significant relationship between the individual variables of generalized self-efficacy and hardy personality. A canonical correlation analysis carried out on the psychological distress symptoms with self-efficacy and hardy personality as predictor variables, led us to emphasize the relevance of the construct total hardy personality as a predictor and, consequently, as a protective factor against the onset of psychological distress symptoms in the sample of professionals studied. Lastly, the implications of the results for clinical practice are discussed.

El estudio del síndrome de estrés crónico asistencial, también denominado síndrome de burnout, ha sido muy frecuente en el contexto de las organizaciones de la salud. Las consecuencias que este síndrome puede tener sobre la salud o bienestar de los profesionales han sido analizadas en numerosos estudios (e.g., Boada i Grau, De Diego, Agulló y Mañas, 2004; Escribá, Mas, Cárdenas, Burguete y Fernández, 2000; Gil-Monte, 1996; Ríos y Godoy, 2007, 2008). En la mayoría de los estudios se ha insistido sobre la relevancia de los factores organizacionales y la aparición del síndrome de burnout como variables predictoras del estado general de salud observado en los profesionales. Sin embargo, son

escasas las investigaciones que tratan de analizar la relación entre variables de personalidad y la percepción que tienen los profesionales de su estado general de salud, al margen de la posible influencia que puedan tener las variables organizacionales o estresores laborales. Se pretende resaltar así que la manera en que las personas perciben, sienten y actúan (su personalidad) puede ejercer un efecto mediador o modulador en la salud psíquica de los profesionales.

La autoeficacia generalizada, como variable positiva del «self», y el constructo de personalidad resistente, se sitúan entre las estructuras de la personalidad que pueden ejercer un efecto protector frente a la aparición de enfermedades o trastornos en la salud. El concepto de autoeficacia fue propuesto por Bandura (1992, 1997), que lo define como el sentimiento de confianza en las propias capacidades para poder manejar de forma adecuada los distintos estresores vitales. Resulta razonable pensar que unas altas expectativas de autoeficacia nos llevarán a afrontar de forma más eficaz los posibles estresores y nos permitirán, a su vez, percibir un mejor

estado de salud, o incluso llevar a cabo conductas más saludables que nos protejan frente a la enfermedad.

Por otro lado, el constructo de personalidad resistente ha estado ligado al campo de la salud desde que fuera propuesto por Kobasa (1979). Se ha planteado esta estructura de la personalidad como protectora de la salud física y psicológica y del bienestar personal. Son numerosos los estudios que avalan esta afirmación desde las primeras investigaciones realizadas por Kobasa y su equipo (Kobasa, 1979, 1982; Kobasa y Maddi, 1982; Kobasa, Maddi y Zola, 1983). En algunos de los estudios realizados se ha enfatizado la relación de la personalidad resistente con la salud o bienestar psíquico. Entre ellos, destacan aquellos que la vinculan con el síndrome de burnout en el colectivo de enfermería (e.g. Garrosa, Moreno, Liang y González, 2008; Harrison, Loisel, Duquette y Semenic, 2002; Judkins, Massey y Huff, 2006; Lambert, Lambert, Petrini, Li y Zhang, 2007; Topf, 1989). No obstante, son escasos los estudios nacionales que analizan la relación entre esta estructura de la personalidad y la aparición de sintomatología psíquica. La mayor parte de los estudios nacionales encontrados centran su atención en el efecto predictor y modulador que este constructo de personalidad ejerce sobre el síndrome de quemarse por el trabajo en diferentes colectivos profesionales (Garrosa et al., 2008; Garrosa, Moreno, Rodríguez y Morante, 2005; Moreno et al., 2003; Moreno, Arcenillas, Morante y Garrosa, 2005; Moreno, Moret, Rodríguez y Morante, 2006).

Partiendo del marco teórico y empírico de referencia, diferente en su origen pero con la característica en común de tratarse de variables positivas de la estructura de la personalidad con potenciales efectos beneficiosos o protectores en el contexto de la psicología social de la salud, el objetivo de este estudio fue analizar en qué medida la autoeficacia generalizada y la personalidad resistente contribuyen a explicar la ausencia de síntomas de malestar psíquico en los profesionales de enfermería de cuidados críticos y urgencias. Partiendo de los hallazgos encontrados en estudios previos, planteamos dos hipótesis: (1) se esperaban encontrar relaciones positivas entre la autoeficacia generalizada y los factores que constituyen la personalidad resistente, y (2) la autoeficacia generalizada y los factores de personalidad resistente serán predictoras de bienestar psíquico en la población estudiada. Además, también estábamos interesados en examinar la posible relación entre variables sociodemográficas y laborales de estos profesionales y los síntomas de malestar psicológico.

## Método

### *Diseño y participantes*

Se diseñó un estudio retrospectivo de corte transversal. La población objeto de la investigación eran profesionales de enfermería de los servicios de Cuidados Intensivos y Urgencias. Para obtener una muestra representativa de dicha población se accedió a los 125 profesionales pertenecientes a los servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos de un hospital de la región de Murcia. De esta población finalmente se registró una participación voluntaria del 77,6% de los profesionales ( $N=97$ ). La muestra, que registró un amplio rango de edades (24 a 59 años), presentó una edad media de 36,1 años, con predominio del género femenino (74,2%). El 58,8% de la muestra no tenía hijos. En cuanto al estado civil, predominaban las personas casadas o emparejadas (53,6%), frente a las solteras (39,2%), si bien también se registró un 5,2% de se-

parados y un 2,1% de viudos. En cuanto al perfil de características laborales, la antigüedad laboral media de los profesionales en su actual unidad de trabajo era de 44,8 meses ( $DT=37,7$ ), mientras que según la experiencia profesional sanitaria, un 14,4% de profesionales tenía menos de 5 años de experiencia, un 74,2% la tenían entre 6 y 15 años, y tan solo un 11,3% tenían una experiencia laboral mayor de 15 años. Por unidades laborales, un 43,3% de los profesionales pertenecían al servicio de Intensivos y un 56,7% al de Urgencias. Predominaban los enfermeros (74,2%) sobre los auxiliares de enfermería (25,8%), y según la variable tipo de contrato, un 46,4% eran interinos, un 28,9% personal contratado y un 24,7% tenían la plaza en propiedad. La mayor parte de los profesionales (79,4%) manifestaban seguir un turno rodado con noches, frente a una minoría (18,6%) que trabajaba en un turno fijo.

### *Instrumentos*

Se aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales y tres instrumentos previamente validados:

*Escala de Autoeficacia Generalizada (EAG)*. Se utilizó la adaptación española de Baessler y Schwarzer (1996), que se compone de 10 ítems tipo Likert de 4 puntos. Mide el nivel de autoeficacia general, entendida ésta como un constructo global que hace referencia a la creencia estable de las personas sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana (Bandura, 1992). La adaptación para la población española realizada por Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000) mostró una consistencia interna ( $\alpha$ ) de 0,87 y una correlación dos mitades de 0,88.

*Escala de Personalidad Resistente (CPR)* del Cuestionario de Desgaste profesional de enfermería (CDPE), validado por Moreno, Garrosa y González (2000a). El objeto de esta escala es medir la personalidad resistente (hardiness) como variable personal que modula la relación entre el estrés y sus consecuencias. La personalidad resistente queda operativizada en tres dimensiones: compromiso, reto y control, que se miden a través de 21 ítems cuya puntuación sigue una escala tipo Likert de 1 a 4 puntos. Además, también es posible obtener una medida o índice global de personalidad resistente a partir de la media de las tres dimensiones que componen el constructo. La escala mostró una adecuada consistencia interna ( $\alpha=0,86$ ) para la puntuación global de personalidad resistente según el estudio de validación realizado por Moreno et al. (2000a). Los coeficientes para cada uno de los tres factores fueron de 0,81 para los factores de compromiso y reto, y de 0,75 para el factor de control.

*Cuestionario General de Salud (GHQ-28)*. Hemos empleado la versión española de 28 ítems, adaptada y validada por Lobo et al. (1986). Este cuestionario consta de 28 ítems, agrupados en cuatro escalas: escalas A (síntomas psicósomáticos), B (síntomas de ansiedad e insomnio), C (síntomas de malestar cotidiano) y D (síntomas depresivos). Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas (puntuación de 0 a 3, de menor a mayor frecuencia de sintomatología). Entre los numerosos estudios de validación de este cuestionario, el trabajo de Godoy, Godoy, López y Sánchez (2002), que trabajó con una muestra de universitarios españoles, obtuvo valores óptimos de consistencia interna (entre 0,91 y 0,97) para cada una de las subescalas de síntomas, y un coeficiente  $\alpha$  de 0,97 para la escala total.

### Procedimiento

Tras obtener el permiso de la supervisión de ambas unidades asistenciales, se repartieron los instrumentos de evaluación a los profesionales junto con una carta de presentación que exponía el objeto del estudio. Se entregaron los cuestionarios a todos los profesionales que figuraban en la plantilla estable de ambas unidades asistenciales (se excluyó a los «equipos volantes»). Los profesionales participaron de forma voluntaria y en todo momento se aseguró el anonimato y confidencialidad de los datos recogidos.

### Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos fue realizado mediante el paquete estadístico SPSS 15.0. Se analizó la asociación entre variables cuantitativas mediante una matriz de correlaciones de Pearson y se aplicó un análisis de correlación canónica tomando como variables dependientes las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas que constituyen el cuestionario de salud GHQ-28, y como variables predictoras la autoeficacia generalizada y cada uno de los factores de la personalidad resistente, así como su puntuación global. El análisis de correlación canónica es una técnica estadística muy eficiente cuando se pretende comprobar la magnitud y el sentido de la relación entre un conjunto de variables predictoras y un conjunto de variables dependientes, que era justo el objetivo fundamental de nuestra investigación.

### Resultados

Los estadísticos descriptivos de las variables continuas se presentan en la tabla 1. El análisis de las variables sociodemográficas y laborales de la muestra reveló relaciones significativas de las variables edad e hijos respecto al estado de salud percibido por los profesionales. En concreto, los profesionales con hijos presentaban una menor frecuencia de síntomas de malestar cotidiano que los profesionales sin hijos ( $t = -2,11$ ;  $p < 0,05$ ), y, a medida que se incrementa la edad, los profesionales expresan una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad ( $r = 0,218$ ;  $p < 0,05$ ) y de depresión ( $r = 0,231$ ;  $p < 0,05$ ).

Tabla 1  
Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas

Variable	Mínimo	Máximo	Media	DT
Edad	24	59	36,13	7,98
Antigüedad laboral (meses)	2	135	44,82	37,69
Autoeficacia	16	40	30,77	4,86
CPR-Total	1,83	3,42	2,76	0,33
CPR-Compromiso	1,87	3,87	2,84	0,39
CPR-Reto	1,86	4	3,12	0,49
CPR-Control	1,17	3,14	2,31	0,51
GHQ-Total	4	61	22,45	11,04
GHQ-A	0	18	7,06	4,23
GHQ-B	0	19	6,45	4,39
GHQ-C	2	18	7,36	2,41
GHQ-D	0	16	1,60	2,89

DT: desviación típica. CPR-Total: personalidad resistente global; GHQ-Total: puntuación global estado de salud general. GHQ-A: síntomas psicósomáticos. GHQ-B: síntomas de ansiedad-insomnio. GHQ-C: síntomas de disfunción social. GHQ-D: síntomas depresivos

La tabla 2 presenta las correlaciones obtenidas entre las variables autoeficacia generalizada, personalidad resistente y sus factores componentes y las escalas de síntomas del cuestionario de salud GHQ-28. Además, se incluyeron la edad y la antigüedad laboral en el servicio. Según los resultados de esta matriz de correlaciones, la autoeficacia se relacionó de forma significativa y positiva con el constructo de personalidad resistente, y de forma negativa con la presencia de sintomatología psíquica. Por otro lado, también destacan las relaciones significativas y negativas que se dieron entre la personalidad resistente y la frecuencia de síntomas de malestar psíquico, destacando la asociación obtenida entre el constructo global de personalidad resistente y la frecuencia total de síntomas registrada ( $r = -0,435$ ;  $p < 0,001$ ).

Para examinar la capacidad predictiva de la autoeficacia y la personalidad resistente sobre los síntomas de malestar psíquico, aplicamos un análisis de correlación canónica, en el que el conjunto de variables dependientes estuvo formado por las cinco variables del cuestionario GHQ-28: su puntuación total y las puntuaciones en las escalas A, B, C y D. El conjunto de predictores estuvo formado por otras cinco variables: las puntuaciones en autoeficacia y en personalidad resistente (Total, Compromiso, Reto y Control). Los resultados se presentan en la tabla 3. El análisis produjo cinco funciones canónicas con porcentajes de varianza explicada del 30,25%, 16,40%, 8,06%, 2,8% y 0,08%. De forma global, el conjunto de las cinco funciones canónicas resultó ser estadísticamente significativo, según el criterio Lambda de Wilks = 0,521 [ $F(25, 324,69) = 2,494$ ,  $p < 0,001$ ], con un 47,9% de varianza compartida por los dos conjuntos de variables.

El análisis de la reducción de la dimensionalidad reveló que solo el modelo completo, como acabamos de ver, y el análisis de las funciones 2 a 5 resultaron estadísticamente significativos [Lambda de Wilks = 0,747;  $F(16, 269,48) = 1,691$ ,  $p = 0,048$ ]. Esto, unido a que solo las dos primeras funciones canónicas alcanzaron porcentajes de varianza compartida superiores al 10% (30,25% y 16,40%, respectivamente), nos llevó a centrar nuestra atención en estas dos.

Para cada una de las dos funciones canónicas, la tabla 3 presenta los coeficientes canónicos estandarizados, así como los coeficientes de estructura ( $r_i$ ) y el cuadrado de éstos que, en términos porcentuales, representan el porcentaje de varianza que cada variable observada comparte con su función canónica. Como criterio para facilitar su interpretación, en la tabla 3 figuran subrayados los coeficientes de estructura iguales o superiores a 0,45, en valor absoluto, los cuales pueden considerarse como los que representan a las variables observadas más fuertemente relacionadas con la variable canónica (cf. e.g., Sherry y Henson, 2005).

En la primera función canónica se observa que todas las variables del conjunto de variables dependientes presentaron coeficientes de estructura negativos y superiores a 0,45, destacando la frecuencia de síntomas depresivos, con un 91,39% de varianza compartida con la variable canónica, y la puntuación global del GHQ-28, con un 67,08% de varianza compartida. En el conjunto de predictores todas las variables, excepto la escala de Compromiso del CPR, obtuvieron también coeficientes de estructura relevantes, destacando la escala de Control (37,21% de varianza compartida) y la puntuación total del CPR (36,12%). El signo positivo de los coeficientes de estructura del conjunto de predictores, en contraposición con el signo negativo de los del conjunto de variables dependientes, indica la existencia de una relación inversa entre las dos variables canónicas de la primera función. Este resultado va

en la línea de la hipótesis planteada acerca de la relación inversa o negativa entre las variables autoeficacia y personalidad resistente y los síntomas de malestar psíquico.

En la segunda función canónica todas las variables dependientes, excepto la escala D de síntomas depresivos, obtuvieron coeficientes de estructura superiores a 0,451, destacando la escala C de síntomas de disfunción social (37,09% de varianza compartida con la variable canónica). En el conjunto de predictores las cuatro variables de personalidad resistente obtuvieron coeficientes de estructura relevantes, mientras que la Autoeficacia no. Destacó en este caso la puntuación total de personalidad resistente, con un 55,5% de varianza compartida con la variable canónica. Nuevamente, el signo invertido entre los coeficientes de estructura de los dos conjuntos de variables observadas reveló una relación negativa o inversa entre ambos, tal y como planteaba nuestra hipótesis.

observadas alcanzaron un porcentaje de varianza compartida con las dos variables canónicas relevantes: la puntuación total de personalidad resistente (91,62% de varianza compartida con las dos variables canónicas), la escala de Control del CPR (61,71%) y la escala de Reto (48,52%). La Autoeficacia (28,79%) y la escala de Compromiso del CPR (34,61%) presentaron contribuciones poco relevantes a la solución canónica.

Discusión y conclusiones

El propósito de esta investigación fue indagar en las relaciones entre las variables de personalidad autoeficacia y personalidad resistente y la frecuencia de síntomas de malestar psíquico en personal de enfermería. Los resultados obtenidos corroboraron parcialmente nuestras hipótesis.

Tabla 2  
Matriz de coeficientes de correlación de Pearson (N= 97)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Edad	1										
2. Autoeficacia	0,04	1									
3. CPR-Global	-0,23*	0,31**	1								
4. CPR-Compromiso	-0,15	0,23*	0,72**	1							
5. CPR-Control	-0,12	0,16	0,70**	0,25*	1						
6. CPR-Reto	-0,24*	0,30**	0,75**	0,42**	0,21*	1					
7. GHQ-Total	0,19	-0,28**	-0,43**	-0,28**	-0,34**	-0,34**	1				
8. GHQ-A	0,08	-0,21*	-0,36**	-0,28**	-0,18	-0,33**	0,85**	1			
9. GHQ-B	0,22*	-0,28**	-0,39**	-0,26**	-0,33**	-0,25*	0,88**	0,67**	1		
10. GHQ-C	0,07	-0,16	-0,37**	-0,17	-0,33**	-0,28**	0,69**	0,46**	0,47**	1	
11. GHQ-D	0,23**	-0,21*	-0,24*	-0,12	-0,25*	-0,19	0,67**	0,36**	0,45**	0,40**	1

\*\* p (bilateral) <0,01. \* p(bilateral) <0,05. GHQ-total: puntuación global estado de salud general. GHQ-A: síntomas psicósomáticos. GHQ-B: síntomas de ansiedad-insomnio. GHQ-C: disfunción social. GHQ-D: síntomas depresivos

El perfil de coeficientes de estructura de las dos funciones canónicas indicó que, dentro del conjunto de variables dependientes, la primera función representó especialmente síntomas depresivos, mientras que la segunda función canónica reflejó básicamente síntomas de disfunción social. En el conjunto de predictores, las dos variables canónicas estuvieron dominadas por la puntuación total en personalidad resistente del CPR, si bien en la primera función canónica también ejerció un peso destacable la escala de Control del CPR.

Finalmente, la tabla 3 recoge las comunalidades (h<sup>2</sup>), en términos porcentuales, exhibidas por cada variable observada. Para cada variable observada, el coeficiente de comunalidad es la suma de las proporciones de varianza compartida entre dicha variable observada y cada variable canónica y, en consecuencia, representa la contribución global de la variable observada a las dos funciones canónicas. En la tabla 3 se han subrayado aquellas comunalidades iguales o superiores al 45% para indicar su relevancia práctica (Sherry y Henson, 2005). Así, en el conjunto de variables dependientes todas ellas ofrecieron una contribución relevante a la solución de las dos primeras variables canónicas, si bien destacan la escala D de síntomas depresivos, con un 98,15% de varianza compartida con las dos variables canónicas, y la puntuación total del GHQ-28, con un 93,7%. En el conjunto de predictores, solo tres variables

Tabla 3  
Resultados del análisis de correlación canónica

Variable	Función canónica 1			Función canónica 2			h <sup>2</sup> (%)
	Coef.	r <sub>s</sub>	r <sub>s</sub> <sup>2</sup> (%)	Coef.	r <sub>s</sub>	r <sub>s</sub> <sup>2</sup> (%)	
<i>Variables dependientes:</i>							
GHQ-Total	-1,902	<u>-0,819</u>	67,08	2,981	<u>0,516</u>	26,62	<u>93,70</u>
GHQ-A	0,820	<u>-0,469</u>	22,00	-0,849	<u>0,582</u>	33,87	<u>55,87</u>
GHQ-B	0,449	<u>-0,669</u>	44,76	-0,717	<u>0,570</u>	32,49	<u>77,25</u>
GHQ-C	0,279	<u>-0,559</u>	31,25	-0,078	<u>0,609</u>	37,09	<u>68,34</u>
GHQ-D	-0,296	<u>-0,956</u>	91,39	-1,590	-0,260	6,76	<u>98,15</u>
<i>Variables predictoras:</i>							
Autoeficacia	0,253	<u>0,462</u>	21,34	-0,114	-0,273	7,45	28,79
CPR-Total	-12,984	<u>0,601</u>	36,12	-13,682	<u>-0,745</u>	55,50	<u>91,62</u>
CPR-Compromiso	5,054	0,310	9,61	5,057	<u>-0,500</u>	25,00	34,61
CPR-Reto	6,497	<u>0,430</u>	18,49	6,257	<u>-0,548</u>	30,03	<u>48,52</u>
CPR-Control	7,100	<u>0,610</u>	37,21	6,594	<u>-0,495</u>	24,50	<u>61,71</u>

Coef.: coeficientes de la función canónica estandarizados. r<sub>s</sub>: coeficientes de estructura, representan la correlación de cada variable observada y la variable canónica (subrayados figuran los valores r<sub>s</sub>≥0,45). r<sub>s</sub><sup>2</sup>: coeficientes de estructura al cuadrado (en porcentaje), representan el porcentaje de varianza compartida por la variable observada con la variable canónica. h<sup>2</sup>: comunalidades, representan el porcentaje total de varianza compartida por cada variable observada con las dos variables canónicas (subrayados figuran los valores h<sup>2</sup>≥0,45).

Nuestra primera hipótesis, relativa a la existencia de una relación positiva entre autoeficacia generalizada y personalidad resistente, quedó confirmada globalmente por nuestros resultados. Estudios previos, como el de adaptación de la escala de autoeficacia generalizada (Sanjuán et al., 2000), obtuvieron resultados similares. No obstante, es de destacar la ausencia de significación estadística en la asociación entre autoeficacia generalizada y el factor de control de la personalidad resistente. Sobre una base teórica era esperable que ambas se relacionaran de forma significativa, ya que el concepto de control (convicción de poder intervenir en el curso de los acontecimientos) se halla estrechamente relacionado con la definición que Bandura (1992, 1997) propuso de la autoeficacia.

La segunda hipótesis planteaba la autoeficacia generalizada y la personalidad resistente como predictores de la presencia de síntomas de malestar psíquico. Los resultados obtenidos con el análisis de correlación canónica nos permiten confirmar parcialmente la hipótesis, pues si bien hemos encontrado una asociación de tipo inverso entre ambos tipos de variables, la personalidad resistente resulta relevante como predictora de la vulnerabilidad psíquica, mientras que la autoeficacia no parece ofrecer una contribución importante. Concretamente, la variable de personalidad resistente global resulta un predictor significativo del malestar psíquico en general y de los diferentes síntomas psíquicos que constituyen las escalas del cuestionario de salud GHQ-28. El análisis de correlación canónica también revela que los síntomas depresivos parecen ser el componente más relevante del conjunto de síntomas de malestar psíquico cuando se plantea un modelo predictivo de éstos a partir de la autoeficacia y la personalidad resistente, y que del conjunto de predictores, es la puntuación total de personalidad resistente la que mayor potencia predictiva presenta, seguida de la escala de Control del CPR. Este hallazgo pone de manifiesto la importancia que tiene la percepción del sujeto de poder intervenir activamente en el curso de los acontecimientos para no experimentar síntomas de depresión. A pesar de lo limitado de esta afirmación, debido a la escasa frecuencia de síntomas depresivos en nuestra muestra, este resultado podría considerarse desde el ámbito de la gestión y supervisión de recursos humanos, ya que el fomento de la comunicación y participación de los profesionales en las decisiones de la organización que les competen puede contribuir a prevenir la existencia de síntomas depresivos.

Los resultados de esta investigación reflejan de forma relevante la importante relación entre la personalidad resistente y bienestar psíquico. Esta variable positiva de la personalidad modula la manera en que las personas percibimos y afrontamos los distintos estresores vitales, convirtiéndose en un importante protector frente

a la aparición de trastornos en la salud, tal y como otros estudios anteriores han puesto de manifiesto (e.g., Garrosa et al., 2008; Harrison et al., 2002; Judkins et al., 2006; Kenney y Bhattacharjee, 2000; Kobasa 1979, 1982; Kobasa y Maddi, 1982; Lambert et al., 2007; Topf, 1989). No obstante, es preciso matizar la capacidad de generalización de nuestros resultados, ya que nuestra muestra de participantes estuvo formada por un colectivo muy específico de profesionales de enfermería, concretamente por personal de Cuidados Especiales. Nuestros resultados deben, pues, limitarse a esta población de profesionales, así como sería conveniente realizar estudios similares con otros colectivos de profesionales de la salud, con el fin de contrastar los resultados obtenidos.

Derivado del beneficio que esta estructura de la personalidad puede ejercer sobre el bienestar o salud de los profesionales, comienzan a surgir otra serie de investigaciones que tratan de instaurar programas de intervención, con el objeto de fomentar o desarrollar esta estructura de personalidad. Estas investigaciones se han centrado especialmente en la intervención con los gestores y supervisores de personal, con el objeto de poder prevenir las consecuencias negativas que el estrés laboral crónico puede tener sobre la organización y la salud de los profesionales. Dichos estudios afirman que la personalidad resistente puede ser aprendida, concluyendo que los supervisores con niveles más altos en personalidad resistente son profesionales más comprometidos y con tendencia a crear un ambiente laboral más positivo y creativo, lo que tiene su repercusión sobre la satisfacción laboral y el bienestar de los profesionales a su cargo (Judkins y Furlow 2003; Judkins e Ingram, 2002; Judkins, Reid y Furlow, 2006; Lambert, Lambert e Ito, 2004). Se ha de comentar a este respecto que en España, si bien existen estudios que se centran en la relación entre personalidad resistente y los síntomas derivados del estrés crónico laboral (e.g., Garrosa et al., 2005, 2008; Moreno et al., 2000b, 2003, 2005, 2006), resultan escasos los estudios que impliquen programas de intervención y sería interesante fomentar el desarrollo futuro de este tipo de investigaciones en el contexto de la prevención e intervención, especialmente de los trastornos ocasionados por el estrés crónico asistencial en las organizaciones de la salud. Dichos programas de intervención podrían contribuir a incrementar el bienestar de los profesionales y mejorar el ambiente laboral, así como la calidad del servicio ofrecido al usuario.

#### Agradecimientos

Trabajo financiado por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la región de Murcia y Caja Murcia. N° de proyecto: FFIS-CM 12/07.

#### Referencias

- Baessler, J., y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. En R. Schwarzer (Ed.): *Self-efficacy: Though control of action*. Berlin: Taylor & Francis.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Boada i Grau, J., De Diego, R., Agulló, E., y Mañas, M.A. (2005). El absentismo laboral como consecuencia de variables organizacionales. *Psicothema*, 17, 212-218.
- Escribá, V., Mas, R., Cárdenas, M., Burguete, D., y Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico, impacto en la enfermería hospitalaria. *Revista Rol de Enfermería*, 23, 26-31.
- Garrosa, E., Moreno, B., Liang, Y., y González, J.L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 418-427.
- Garrosa, E., Moreno, B., Rodríguez, R., y Morante M.E. (2005). Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos

- emocionales de resistencia. *Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 199(1), 5-13.
- Gil Monte, P.R. (1996 a). La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis*, 16, 37-42.
- Goldberg, D.P., y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg D., y Williams P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Harrison, M., Loiselle, C.G., Duquette, A., y Semenic, S.E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 584-591.
- Judkins, S.K., y Furlow, L. (2003). Creating a hardy work environment: Can organizational policies help? *Texas Journal of Rural Health*, 21, 11-17.
- Judkins, S.K., e Ingram, M. (2002). Decreasing stress among nurse managers: A long-term solution. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 33, 259-264.
- Judkins, S., Massey, C., y Huff, B. (2006). Hardiness, stress and use of ill-time among nurse managers: Is there a connection? *Nursing economics*, 24, 187-192.
- Judkins, S., Reid, B., y Furlow, L. (2006). Hardiness training among nurse managers: Building a healthy workplace. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37, 202-207.
- Kenney, J.W., y Bhattacharjee, A. (2000). Interactive model of women's stressors personality traits and health problems. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 249-258.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into Hardiness. *Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Suls (Eds.): *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kobasa, S., y Maddi, S.R. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., y Zola, M.A. (1983). Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 41-51.
- Lambert, V.A., Lambert, C.L., e Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 85-97.
- Lambert, V.A., Lambert, C.E., Petrini, M., Li, X.M., y Zhang, Y.J. (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 120-126.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Moreno, B., Arcenillas, M.V., Morante, M.E., y Garrosa, E. (2005). Burnout en profesores de Primaria: personalidad y sintomatología. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 71-88.
- Moreno, B., Garrosa, E., y González, J.L. (2000a). Escala de personalidad resistente (CPR). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos Prevención de Riesgos Laborales*, 3(1), 18-28.
- Moreno, B., Garrosa, E., y González, J.L. (2000b). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- Moreno, R., González, J.L., Peñacoba, C., Alcocer, N., Alonso, L., Del Barco, P., y García, M. (2003). La personalidad resistente como variable protectora ante el burnout en terapeutas ocupacionales. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 8-13.
- Moreno, B., Morett, N.I., Rodríguez, A., y Morante, M.E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18, 413-418.
- Ríos, M.I., y Godoy, C. (2007). Burnout y salud percibidos en una muestra de enfermería de Urgencias. *Ciber Revista On line enfermeriadeurgencias.com*, 16, Noviembre. Disponible en: <http://www.ciberrevista-enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2007/noviembre/burnout>.
- Ríos, M.I., Peñalver, F., y Godoy, C. (2008). Burnout y salud percibidos en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Revista Enfermería Intensiva*, 19, 169-178.
- Sanjuán, P., Pérez, A.M., y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509-513.
- Sherry, A., y Henson, R.K. (2005). Conducting and interpreting canonical correlation analysis in personality research: A user-friendly primer. *Journal of Personality Assessment*, 84, 37-48.
- Topf, M. (1989). Personality hardiness, occupational stress and burnout in critical care nurses. *Research in Nursing and Health*, 12, 174-186.