



ORIGINAL

El bienestar subjetivo percibido por los profesionales no sanitarios ¿es diferente al de enfermería de intensivos? Relación con personalidad y resiliencia

O. Arrogante^{a,*} y A.M. Pérez-García^b

^a Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

^b Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

Recibido el 8 de octubre de 2012; aceptado el 19 de julio de 2013

Disponible en Internet el 17 de octubre de 2013

PALABRAS CLAVE

Resiliencia
psicológica;
Personalidad;
Bienestar;
Estrés psicológico;
Enfermería;
Cuidados intensivos

Resumen El bienestar subjetivo (BS), denominado comúnmente «felicidad», se ve afectado directamente por factores psicológicos. Entre ellos se incluyen la personalidad y la resiliencia (capacidad de sobreponerse a la adversidad). La evidencia empírica ha demostrado que la resiliencia es una característica esencial e inherente al personal de enfermería. Este estudio está dirigido a analizar los factores de personalidad (incluyendo la resiliencia) que se relacionan con el BS (satisfacción con la vida, afecto positivo y negativo) en una muestra de personal de enfermería ($n = 59$) de intensivos y cardiología, y otra de personal no sanitario ($n = 50$) formada por funcionarios y profesores principalmente. Los análisis de regresión múltiple mostraron que el BS estaba asociado con una mayor resiliencia y un menor neuroticismo en el personal de enfermería. La extraversión y el tesón (relacionados positivamente) y el neuroticismo (negativamente relacionado) fueron los predictores significativos del BS en el personal no sanitario. Finalmente, los análisis mediacionales revelaron que la resiliencia medió las relaciones entre la extraversión (mediación total) y el neuroticismo (mediación parcial) con el BS en los profesionales de enfermería, pero no en el personal no sanitario. Los resultados ponen de manifiesto la importancia de la resiliencia en el personal de enfermería de intensivos, expuestos constantemente al sufrimiento humano y a un continuo entorno laboral adverso. Asimismo se subraya que la resiliencia es un medio para que la enfermería afronte el estrés asociado con su trabajo y que las enfermeras resilientes son un elemento crucial en nuestro sistema sanitario.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SEIUC. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

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

KEYWORDS

Psychological
resilience;
Personality;
Well-being;
Psychological stress;
Nursing;
Intensive care

Is subjective well-being perceived by non-health care workers different from that perceived by nurses? Relation with personality and resilience

Abstract Subjective well-being (SWB), usually called 'happiness', is influenced directly by psychological factors. Personality and resilience (capacity of recover from adversity) are included among these factors. Empirical evidence has demonstrated that resilience is an essential and inherent characteristic for the nursery staff. This study has aimed to analyze personality factors (including resilience) related with SWB (satisfaction with life, positive and negative affect) in a nursery staff sample (n=59) of intensive care and cardiological units, and a non-health care workers sample (n=50) mainly made up of government employees and teachers. Multiple regression analyses showed that SWB was associated with more resilience and less neuroticism in the nursery staff. Extraversion and conscientiousness (positively related), and neuroticism (negatively related) were the significant predictors of SWB in the non-health care workers group. Finally, mediational analyses revealed that resilience measured the relationships between extraversion (total mediation) and neuroticism (partial mediation) with SWB in the nursery staff group, but not in the group of non-health care workers. The results show the importance of resilience for nursery staff of intensive care units, since they are constantly exposed to human suffering and to a continually adverse occupational environment. Likewise, the discussion stresses that resilience is a means for nursing staff to cope with the occupational stress and that resilient nurses are a crucial element in our health care system.

© 2012 Elsevier España, S.L. and SEEIUC. All rights reserved.

Introducción

El personal de enfermería que desempeña su labor en las unidades de cuidados intensivos (UCI) se ve sometido en su trabajo a diversos estresores laborales que provocan una serie de consecuencias negativas en su salud y bienestar, llegando a desembocar en el conocido síndrome de *burnout*¹⁻³. Estos mismos resultados se han encontrado en investigaciones llevadas a cabo en las unidades de cardiología⁴. No es de extrañar que muchas enfermeras de intensivos y de cardiología no encuentren motivación en su trabajo, olvidándose de que el cometido de toda práctica enfermera debe ser siempre la máxima «curar a veces, aliviar frecuentemente y consolar siempre»⁵. Sin duda, el afrontamiento continuo de tales situaciones estresantes en un entorno laboral adverso afecta al bienestar subjetivo (BS) percibido por el personal de enfermería que trabaja en dichas unidades, alterando no solo su satisfacción con su trabajo⁶, sino también su satisfacción personal y con sus vidas.

A grandes rasgos, el BS nos da una medida de lo bien que nos sentimos con nosotros mismos y de lo felices que nos encontramos. A pesar de que estamos ante un concepto difícilmente abarcable, la mayor parte de los autores coinciden en la consideración de 3 componentes del mismo: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. Así, Diener⁷ señala que este campo de investigación tiene 3 elementos característicos, a saber: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, pues incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de su vida; y la necesaria inclusión de medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos. Por lo tanto, cabe considerar 2 grandes dimensiones: una cognitiva y otra emocional o afectiva. Diener et al.⁸ consideran que el BS se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos

alcanzan cuando evalúan su existencia, por lo que lo más importante es la propia evaluación que la persona hace de su vida⁹. Comúnmente, y en la vida cotidiana, se denomina «felicidad» al bienestar experimentado cuando se sienten más emociones agradables y pocas desagradables, cuando se está comprometido en actividades interesantes y satisfecho con su vida. De esta forma, se considera que un sujeto posee un alto BS si expresa satisfacción con su vida y frecuentes emociones positivas, y solo infrecuentemente emociones negativas. Si por el contrario el individuo expresa insatisfacción con su vida y experimenta pocas emociones positivas y frecuentes negativas, su BS se considera bajo.

Por otra parte, la investigación en este campo ha demostrado ampliamente que existen factores psicológicos que contribuyen a un mayor bienestar. Entre ellos se encuentran determinadas características de la personalidad que se asocian con un mayor bienestar físico y psicológico, es decir, una mejor salud y, en caso de enfermedad, una más rápida recuperación y vuelta a la actividad normal¹⁰. Entre estas características se encuentran las dimensiones de la personalidad y la resiliencia (que favorece el ajuste saludable de las personas al estrés).

Por lo que respecta a la personalidad, en los últimos años se ha alcanzado un significativo consenso en torno al empleo del Modelo de los Cinco Factores¹¹ como marco de referencia para la investigación sobre las relaciones entre personalidad, salud y bienestar. Brevemente, este modelo recoge las siguientes dimensiones básicas de la personalidad¹²:

- **Neuroticismo:** las personas con puntuaciones altas se sienten preocupadas, nerviosas e inseguras y suelen ser emotivas e hipocondríacas.
- **Extraversión:** los individuos con puntuaciones altas en esta dimensión son sociables, activos, habladores, optimistas y amantes de las diversiones.

- **Tesón:** la persona que alcanza altas puntuaciones es organizada, digna de confianza, trabajadora, puntual, autodisciplinada, escrupulosa, limpia, ordenada, ambiciosa y perseverante.
- **Apertura mental:** los individuos que obtienen altas puntuaciones son curiosos, con muchos intereses, creativos, originales, imaginativos y no tradicionales.
- **Afabilidad:** las personas con altas puntuaciones destacan por ser generosas, confiadas, serviciales, indulgentes y sinceras.

La evidencia empírica hallada en este campo consistentemente señala a la extraversión y al tesón como las dimensiones relacionadas positivamente con el BS percibido por las personas. Sin embargo, el neuroticismo está relacionado negativamente con él¹³⁻¹⁶. Por lo tanto, las personas más sociables y más organizadas en su vida parece que se sienten mejor consigo mismas y más felices, al contrario que las personas con un peor ajuste emocional. Sin embargo, los resultados son más inconsistentes con las dimensiones de afabilidad y apertura mental¹⁶.

Entre las características de la personalidad que promueven el BS se encuentra la resiliencia, que se refiere a la habilidad o capacidad individual de crecer a pesar de la adversidad y sobreponerse a ella. La resiliencia también se refiere a la adaptación positiva al enfrentarse al estrés y a los sucesos traumáticos¹⁷. El interés por este concepto es especialmente relevante en los últimos años, y actualmente su uso en la psicología científica y divulgativa está muy extendido. Recientemente, la Real Academia Española muestra en su página web (www.rae.es) un avance de la vigésima tercera edición del *Diccionario de la Lengua Española* en el que ya se incluye la palabra resiliencia, incorporándola a nuestro léxico. Ofrece 2 significados, estando uno ligado a la psicología y definiéndola como la «capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas».

La literatura científica ha evidenciado que la resiliencia se relaciona positivamente con el afecto positivo y con el BS y negativamente con el afecto negativo^{18,19}. Es decir, las personas que se adaptan mejor a las situaciones estresantes y más fácilmente a la adversidad son las que mejor se sienten consigo mismas y son más felices, al contrario que las personas no resilientes.

Específicamente en el personal de enfermería, el estudio de la resiliencia tiene una enorme utilidad, ya que se ha demostrado que los individuos resilientes son los que obtienen mejores resultados positivos al hacer frente a la adversidad^{20,21}. Por otro lado, las numerosas investigaciones llevadas a cabo en el mundo sanitario hacen que el concepto de resiliencia esté cada vez más documentado en la literatura sanitaria, sobre todo en la referente a la enfermería²². De esta manera, ha sido estudiado ampliamente en la práctica enfermera y en una gran variedad de poblaciones de pacientes, desde niños²³ a mayores²⁴. Asimismo, en enfermería se ha examinado el concepto de resiliencia como algo aplicable a poblaciones especialmente vulnerables, tales como mujeres maltratadas²⁵ y personas con trastornos psiquiátricos y discapacidades mentales²⁶.

Sin embargo, la resiliencia no solo ha sido investigada en pacientes, sino también en el propio personal de

enfermería. Estas investigaciones se han visto apoyadas por el hecho de que los/as enfermeros/as somos testigos directos del sufrimiento humano y que hacemos frente, por lo tanto, a un entorno laboral adverso y estresante. Los factores que fomentan este entorno han sido ampliamente investigados²⁷⁻³⁰, generando un ambiente laboral que puede ser considerado como hostil, abusivo y poco gratificante. Como consecuencia, algunos profesionales abandonan el sistema sanitario, y de aquellos que permanecen, muchos manifiestan consecuencias aún más graves relacionadas con el estrés, tales como el síndrome de *burnout*²⁹⁻³². Teniendo en cuenta la constante exposición a un continuo entorno laboral adverso, la resiliencia se puede considerar como una característica esencial e inherente a la enfermería para el desarrollo de la asistencia sanitaria diaria²². Concretamente, Hodges et al.³³ consideran que los/as enfermeros/as resilientes son un elemento crucial en un siempre cambiante sistema sanitario. Por ello, recomiendan a los profesores de las escuelas de enfermería prepararlos mejor para mantener una resiliencia profesional y personal adecuadas. Por otro lado, Bright³⁴ y Giordano³⁵ sugieren que el desarrollo de la resiliencia personal es un medio para que la enfermería afronte el estrés asociado con su trabajo, abogando por la promoción del autodesarrollo de la resiliencia personal³⁴. McGee³⁶ va más allá y sugiere que son las habilidades de los/as enfermeros/as resilientes las que hacen que se mantengan en su trabajo y en un clima laboral difícil y adverso. En resumen, casi todos los estudios parecen coincidir en que la resiliencia es una característica que posee el personal de enfermería y que es inherente al mismo, para que los/as enfermeros/as puedan afrontar y adaptarse a un entorno laboral de por sí estresante, caracterizado por situaciones difíciles ante el continuo contacto con personas enfermas y por condiciones laborales no del todo idóneas.

A pesar de la abundante investigación existente sobre las relaciones entre la personalidad y la resiliencia con el BS en la población general, no existe evidencia empírica de tales relaciones en el personal de enfermería. A su vez, y aunque la resiliencia ha sido ampliamente estudiada entre las enfermeras, en la actualidad no hay estudios que la relacionen específicamente con el BS percibido por las mismas. No obstante, todas las anteriores investigaciones han dejado de lado el posible papel mediacional que podría ejercer la resiliencia en las relaciones existentes entre la personalidad y el BS.

Teniendo en cuenta todo el anterior marco teórico expuesto, los objetivos principales de la presente investigación son los siguientes:

1. Analizar si existen diferencias en función de las variables psicológicas y sociodemográficas evaluadas en el estudio entre la muestra de personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos (UCI) y de cardiología, y la muestra de personal no sanitario.
2. Determinar si existen características de personalidad (los 5 rasgos y la resiliencia) que predigan el BS percibido en cada una de las 2 muestras analizadas en el estudio.
3. Analizar el papel mediacional de la resiliencia en las relaciones entre las dimensiones más estables de la personalidad y el BS percibido por las 2 muestras.

Material y método

El diseño que se empleó para llevar a cabo la presente investigación se trata de un estudio correlacional de tipo transversal y donde el muestreo es probabilístico.

Participantes

En la presente investigación participaron un total de 109 sujetos, de los cuales 86 eran mujeres (78,9%) y 23 hombres (21,1%), de edades comprendidas entre 18 y 59 años ($\bar{X} = 36,24$ y $DT = 8,7$). Del total de sujetos participantes, 59 pertenecían a la muestra de personal de enfermería (54,1%) y 50 a la de personal no sanitario (45,9%).

La muestra de personal de enfermería fue extraída del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), estando constituida por 49 mujeres (83,1%) y 10 hombres (16,9%), de edades comprendidas entre 23 y 53 años ($\bar{X} = 35,69$ y $DT = 6,81$). De la muestra de personal sanitario, 44 eran diplomados/as universitarios/as en enfermería (74,6%) y 15 eran auxiliares de enfermería (25,4%). De los/as enfermeros/as, 30 pertenecían a la UCI y 14 a cardiología, mientras que de las auxiliares, 10 trabajaban en intensivos y 5 en cardiología.

Por lo que respecta a la muestra de personal no sanitario, esta fue extraída del centro asociado «Jacinto Verdaguer» de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), situado en Madrid. Se seleccionaron exclusivamente los estudiantes que también trabajaban. Dicha muestra estuvo constituida por 37 mujeres (74%) y 13 hombres (16%), de edades comprendidas entre 18 y 59 años ($\bar{X} = 36,88$ y $DT = 10,54$). Las ocupaciones de los integrantes de esta muestra fueron muy variadas, siendo principalmente funcionarios (32%) y profesores (14%); las restantes profesiones estaban relacionadas con el comercio, la hostelería, la inmobiliaria y la asesoría.

Instrumentos de medida y variables analizadas

A cada participante se le suministró un cuadernillo en el que estaban incluidos los siguientes cuestionarios:

- *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*³⁷. La SWLS consta solamente de 5 ítems en los que se pide al participante que valore, en una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos, en qué medida cada una de las afirmaciones describe adecuadamente distintos aspectos de su vida. Dicha escala de respuesta va de 1 (no me describe en absoluto) a 7 (me describe totalmente). Por lo tanto, el intervalo posible de puntuaciones en el cuestionario va desde 5 (baja satisfacción) hasta 35 (alta satisfacción). La consistencia interna hallada en estudios llevados a cabo en nuestro país por Atienza et al.³⁸ alcanzó un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84, mientras que en el de Cabañero et al.³⁹ fue de 0,82. Estos valores son muy similares a los alcanzados por los autores de la versión original³⁷, que fue de 0,87.
- *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*⁴⁰. El PANAS consta de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan el afecto positivo (AP) y 10 afecto negativo (AN). Los ítems consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y

emociones que califica la persona, según el grado en que las experimenta, en una escala Likert de 5 puntos, en donde 1 significa «nada o casi nunca» y 5, «muchísimo». La evaluación de los sentimientos y emociones de los participantes se realiza preguntando cómo se sienten generalmente. Según los datos aportados por los propios autores de la versión original, las escalas muestran tener una alta consistencia interna (los coeficientes alfa de Cronbach fueron aceptablemente altos, desde 0,86 a 0,90 para AP y desde 0,84 a 0,87 para AN). En nuestro país, Sandín y Chorot⁴¹ alcanzaron resultados muy similares, indicando la existencia de una estructura bidimensional robusta y estable (AP y AN), proporcionando un fuerte apoyo a la validez de constructo y fiabilidad (consistencia interna) de la versión española del PANAS.

- *Big Five Inventory (BFI)*⁴². El BFI consta de 44 ítems en los que se pide al participante que valore, en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, en qué medida cada una de las afirmaciones le describe adecuadamente. Dicha escala de respuesta va desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Hay que señalar que algunos ítems están revertidos en su formulación, por lo que a la hora de proceder a su corrección hay que invertir los valores de la escala de respuesta para tales ítems. Así, mediante este instrumento se miden las 5 dimensiones de la personalidad contempladas dentro del Modelo de los Cinco Factores. En general, los índices de consistencia interna del BFI son adecuados según sus propios autores (la media de los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach para las diferentes subescalas fue de 0,77), por lo que se puede afirmar que la versión española del BFI es un instrumento de medida fiable.
- *Ego-Resiliency Scale (ER89)*⁴³. La escala ER89 consta de 14 ítems en los que se pide al participante que valore, en una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta, su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir ante los enunciados presentados en cada uno de los ítems. Dicha escala de respuesta va desde el 1 (no me describe en absoluto) al 4 (me describe totalmente). Los resultados alcanzados mediante la versión original mostraron una consistencia interna aceptable, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,76, siendo muy similar al alcanzado por otros autores^{19,44}. La versión en castellano fue tomada de Pérez-García⁴⁵.

Por último, se creyó conveniente recoger un total de 5 variables sociodemográficas (además de la ocupación): sexo, edad, convivencia con otras personas, número de hijos y nivel máximo de estudios alcanzado.

Procedimiento

La presente investigación tuvo 2 fases diferenciadas: una para recolectar la muestra de personal de enfermería y otra para la de personal no sanitario. En este último caso se comenzó obteniendo la aprobación del Comité responsable del centro asociado «Jacinto Verdaguer» de la UNED en Madrid, para después contactar por correo electrónico con los tutores de las asignaturas de los primeros cursos de Psicología que impartían sus clases en este centro, explicándoles los objetivos de la investigación. Posteriormente

se mantuvo una reunión con los tutores, que mostraron su interés pidiéndoles que distribuyeran los cuadernillos de cuestionarios entre sus alumnos. Dichos cuadernillos comenzaban con unas breves recomendaciones iniciales, posteriormente una hoja donde se recogían las variables sociodemográficas y, finalmente, las pruebas psicológicas anteriormente descritas. Separadamente se incluyó un consentimiento informado. Los cuadernillos, una vez cumplimentados, se depositaban en una urna disponible en la secretaría del centro. Además, se colocaron carteles informativos de la realización del estudio en diferentes zonas del centro educativo. En total se distribuyeron 200 cuadernillos de cuestionarios. Tres semanas después de su distribución se retiró la urna, llegándose a recoger un total de 107 cuadernillos, de los cuales se tuvieron que rechazar 45 por corresponder a estudiantes que no trabajaban, otros 7 por corresponder a estudiantes que eran personal sanitario (evitando así un posible solapamiento en los resultados) y, por último, otros 5 por estar incompletos y/o mal contestados.

Por lo que respecta a la recolección de la muestra del personal de enfermería, previamente esta fase comenzó con la elaboración de un proyecto de investigación que recibió la aprobación del correspondiente Comité del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Una vez aprobado el proyecto, se mantuvo una entrevista con las supervisoras de enfermería de la UCI y de cardiología, con el fin de solicitar su permiso y colaboración para la distribución de los cuestionarios. Después, en cada control de enfermería de los 2 servicios participantes del hospital se instalaron unos buzones donde los profesionales sanitarios depositaran los cuestionarios ya cumplimentados. Se distribuyeron al lado de los buzones un total de 100 cuadernillos de cuestionarios cuya estructura era igual a la de los distribuidos en el centro asociado de la UNED (incluido el consentimiento informado). Asimismo, en los tableros informativos de los 2 servicios participantes se colocaron carteles en los que se informaba sobre la realización de la investigación. Tres semanas después de la entrega de los cuadernillos se retiraron los buzones instalados, llegándose a recoger un total de 63 cuestionarios, de los cuales se tuvieron que rechazar 4 por estar incompletos y/o mal contestados.

Resultados

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 19.0 para Windows desarrollada por IBM. Previamente se llevaron a cabo una serie de análisis preliminares. En primer lugar se llevó a cabo el análisis de las variables sociodemográficas consideradas en el estudio y diferencias en función de las mismas. Después se analizaron los estadísticos descriptivos y la fiabilidad de las escalas empleadas en el estudio. A continuación se procedió al análisis de las diferencias en función del sexo y de la ocupación en las variables psicológicas consideradas en la presente investigación. Posteriormente se realizó un análisis correlacional para determinar las relaciones existentes entre las variables consideradas en el estudio para cada una de las 2 muestras. Basándose en las interrelaciones encontradas se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple. Dicho análisis permitió establecer las características de

personalidad que predecían el BS percibido por las 2 muestras analizadas (personal sanitario y no sanitario). Finalmente, se procedió al análisis mediacional de la relación existente entre las dimensiones de personalidad y el BS percibido por ambas muestras, considerando la resiliencia como posible variable mediadora de dicha relación.

Análisis preliminares

Se estudió la homogeneidad de los grupos (profesionales de enfermería y profesionales no sanitarios) con respecto a las variables sociodemográficas (tabla 1). Los resultados revelaron que no había diferencias significativas entre estos grupos en ninguna de estas variables: edad ($F_{(1,108)} = 0,50$; $p = 0,423$), convivencia con otras personas ($\chi^2 = 0,45$; $p = 0,503$), nivel de estudios alcanzado ($\chi^2 = 0,66$; $p = 0,813$) y el hecho de tener o no hijos ($\chi^2 = 0,06$; $p = 0,417$). Por este motivo, las anteriores variables no se incluyeron en los análisis posteriores.

En la tabla 2 se muestran los estadísticos descriptivos y la fiabilidad de las variables psicológicas medidas en la presente investigación. Hay que señalar que en el presente estudio se siguió el procedimiento empleado por otros autores^{46,47} y se consideró como índice del BS la consideración conjunta de la satisfacción con la vida más el balance afectivo (AP menos AN). Todas los cuestionarios empleados presentaron un adecuado nivel de fiabilidad (coeficientes alfa de Cronbach entre 0,73 y 0,90). La única excepción fue la afabilidad, con un coeficiente de 0,61, que puede ser considerado moderadamente aceptable (al ser $> 0,50$)⁴⁸.

Para determinar las posibles diferencias en las variables psicológicas analizadas entre el personal de enfermería y el personal no sanitario, se llevó a cabo un análisis multivariante de la varianza (MANOVA), tomando el género como covariante. Los resultados de dicho análisis (tabla 3) mostraron que las variables psicológicas combinadas estuvieron significativamente afectadas por la ocupación (estadístico lambda de Wilk = 0,86; $F_{(7,100)} = 2,36$; $p < 0,03$; $\eta^2 = 0,142$) y por el género (estadístico lambda de Wilk = 0,86; $F_{(7,100)} = 2,297$; $p < 0,03$; $\eta^2 = 0,139$). Las pruebas univariadas posteriores mostraron que la ocupación tenía efectos principales sobre la apertura mental ($F_{(2,108)} = 8,35$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,136$), puntuando más alto en esta dimensión el personal no sanitario que el personal de enfermería. Por otro lado, dichas pruebas también mostraron que el género tenía efectos principales sobre el neuroticismo ($F_{(2,108)} = 5,63$; $p < 0,005$; $\eta^2 = 0,096$). Concretamente, las mujeres presentaron puntuaciones más altas en esta dimensión ($\bar{X} = 21,13$; $DT = 5,35$) que los hombres ($\bar{X} = 16,96$; $DT = 4,98$).

Análisis de regresión múltiple

Previamente se llevó a cabo un análisis correlacional para determinar las relaciones existentes entre las variables consideradas en el estudio (tabla 4). Las correlaciones entre las dimensiones de personalidad y el BS fueron muy similares en ambas muestras. Sin embargo, hubo importantes diferencias en resiliencia, ya que solamente en el personal no sanitario se encontraron correlaciones positivas con la misma en apertura mental y afabilidad. Otro resultado relevante que se

Tabla 1 Variables sociodemográficas para el total de la muestra, para el personal de enfermería y para el personal no sanitario

Variables sociodemográficas	Total de la muestra (n = 109)	Personal de enfermería (n = 59)	Personal no sanitario (n = 50)
<i>Edad [media (DT)]</i>	36,24 (8,70)	35,69 (6,81)	36,88 (10,54)
<i>Convivencia con otras personas [n (%)]</i>			
Solo/a	14 (12,8)	8 (13,6)	6 (12)
Acompañado/a	95 (87,2)	51 (86,4)	44 (88)
<i>Nivel de estudios [n (%)]</i>			
Secundarios	35 (32,1)	15 (25,4)	20 (40)
Universitarios	74 (67,9)	44 (74,6)	30 (60)
<i>Hijos [n (%)]</i>			
No	64 (58,7)	33 (55,9)	31 (62)
Sí	45 (41,3)	26 (44,1)	19 (38)

Tabla 2 Estadísticos descriptivos y coeficientes alfa de Cronbach de las variables psicológicas analizadas

Variables	Ítems	α	Media (DT)	Rango real	Rango posible
Extraversión	8	0,83	27,93 (5,52)	11-40	0-40
Neuroticismo	8	0,81	20,25 (5,52)	8-36	0-40
Tesón	9	0,76	33,97 (5,04)	14-44	0-45
Apertura mental	10	0,84	36,75 (6,32)	23-50	0-50
Afabilidad	8	0,61	35,18 (4,16)	16-45	0-45
Resiliencia	14	0,73	43,07 (4,74)	32-53	0-56
Satisfacción con la vida (SV)	5	0,87	25,17 (5,13)	8-35	0-35
Afecto positivo (AP)	10	0,85	35,70 (5,81)	19-49	0-50
Afecto negativo (AN)	10	0,90	17,51 (5,79)	10-38	0-50
Bienestar subjetivo [SV + (AP-AN)]	25	0,74	43,36 (11,48)	13-72	(-50)-85

muestra en la [tabla 4](#) es que la resiliencia solo correlacionó significativamente con el BS en el personal de enfermería.

Posteriormente se realizaron 2 análisis de regresión múltiple, uno en cada muestra, con el fin de determinar las características de personalidad que predecían el BS ([tabla 5](#)). En dichos análisis se consideró también al género como variable predictora, ya que se habían encontrado diferencias en función del mismo en el MANOVA previo. En la muestra de personal de enfermería se obtuvo un modelo predictivo significativo que explicaba el 29% de la varianza del BS, formado por una alta resiliencia y una baja presencia de neuroticismo. Por el contrario, en el personal no sanitario se obtuvo un modelo predictivo significativo que explicaba

el 52% de la varianza del BS, revelando que las puntuaciones altas en extraversión y tesón y bajas en neuroticismo eran los predictores significativos de un alto BS en dicha muestra.

Análisis mediacional

Siguiendo el procedimiento propuesto por Baron y Kenny⁴⁹, se procedió al análisis del posible papel mediacional de la resiliencia en las relaciones entre las dimensiones de la personalidad y el BS percibido por las 2 muestras. En la presente investigación se encontraron relaciones significativas entre predictor, mediador y criterio en el personal de enfermería

Tabla 3 MANOVA para comparar al personal de enfermería y al no sanitario en todas las variables psicológicas analizadas, tomando al género como covariante

	Personal de enfermería	Personal no sanitario	F _(2,108)
Extraversión	27,73 (5,68)	28,16 (5,37)	0,18
Neuroticismo	20,36 (5,29)	20,12 (5,84)	0,02
Tesón	34,41 (5,12)	33,46 (4,96)	1,12
Apertura mental	34,90 (6,26)	38,94 (5,71)	8,35***
Afabilidad	34,85 (4,22)	35,58 (4,09)	0,80
Resiliencia	42,97 (4,77)	43,20 (4,76)	0,05
Bienestar subjetivo	43,25 (11,73)	43,48 (11,3)	0,00

*** p < 0,001.

Tabla 4 Correlaciones entre las características de la personalidad (incluida la resiliencia) y el bienestar subjetivo (BS) en el personal de enfermería y no sanitario

	Personal de enfermería		Personal no sanitario	
	Resiliencia	BS	Resiliencia	BS
Extraversión	0,43***	0,36**	0,41**	0,34**
Neuroticismo	-0,31*	-0,44***	-0,28*	-0,59***
Tesón	0,03	0,28*	0,04	0,37**
Apertura mental	0,25#	0,28*	0,68***	0,33*
Afabilidad	0,15	0,20	0,44***	0,19
Resiliencia-BS	0,43**	0,27		

$p < 0,06$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.**Tabla 5** Análisis de regresión múltiple para el personal de enfermería y el no sanitario, tomando al bienestar subjetivo como variable dependiente

Personal de enfermería	B	SEB	β
Extraversión	0,29	0,27	0,14
Neuroticismo	-0,80	0,32	-0,36**
Tesón	0,59	0,34	0,26
Apertura mental	0,12	0,25	0,07
Afabilidad	-0,59	0,43	-0,21
Resiliencia	0,71	0,32	0,29*
Género	3,54	4,01	0,11

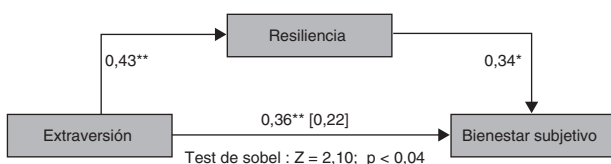
Modelo: R^2 ajustada = 0,29; $F_{(7,42)} = 4,35^{***}$

Personal no sanitario	B	SEB	β
Extraversión	0,87	0,24	0,41***
Neuroticismo	-1,23	0,22	-0,64***
Tesón	0,67	0,24	0,29**
Apertura mental	0,08	0,28	0,04
Afabilidad	-0,00	0,31	0,00
Resiliencia	-0,34	0,37	-0,14
Género	5,14	2,73	0,20

Modelo: R^2 ajustada = 0,52; $F_{(7,42)} = 8,69^{***}$ * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

(tabla 4) para la extraversión y el neuroticismo, por lo que solamente se comprobó su efecto en esta muestra y en estas variables.

Se obtuvo un modelo de mediación en el que la beta de la extraversión pasó de 0,36 ($p < 0,001$) a 0,22 (no significativo), mientras que el mediador continuó siendo significativo ($\beta = 0,34$; $p < 0,01$). En la figura 1 se muestra como el análisis mediacional confirmó (mediante el test de Sobel) que

**Figura 1** Análisis de la resiliencia como variable mediadora en la relación entre extraversión y bienestar subjetivo en el personal de enfermería. $p < 0,01$; ** $p < 0,001$.

la relación entre la extraversión y el BS fue totalmente mediada por la resiliencia ($Z = 2,10$; $p < 0,04$).

Por último, se obtuvo otro modelo de mediación en el que la beta del neuroticismo pasó de -0,44 ($p < 0,001$) a -0,34 ($p < 0,001$), al mismo tiempo que el mediador era significativo ($\beta = 0,33$; $p < 0,001$). El análisis mediacional confirmó que la contribución de la resiliencia a la relación entre el neuroticismo y el BS podría ser, en cualquier caso, parcial, porque el neuroticismo continuó siendo significativo después de la inclusión del BS en el modelo, aunque la Z obtenida con el test de Sobel no alcanzó la significación estadística ($Z = 1,82$; $p < 0,07$). Esta mediación parcial se muestra en la figura 2.

Discusión

La presente investigación, tras analizar los resultados obtenidos en la misma, ve cumplidos los objetivos que se había marcado. Respecto a las diferencias encontradas en

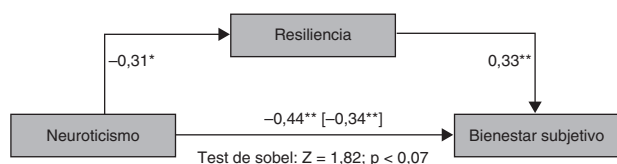


Figura 2 Análisis de la resiliencia como variable mediadora en la relación entre neuroticismo y bienestar subjetivo en el personal de enfermería.
 $p < 0,01$; ** $p < 0,001$.

las variables psicológicas analizadas en función del sexo y de la ocupación, la mayor puntuación en apertura del personal no sanitario puede ser debida al carácter cuidador de la labor enfermera. Los resultados muestran que el personal de enfermería se muestra menos receptivo a experiencias nuevas y más tendente a respetar las normas establecidas que el personal no sanitario. Habría que investigar con más profundidad este hecho, pero quizás habría que considerar que estas diferencias puedan ser debidas al rol tradicionalmente cuidador de la mujer dentro de la sociedad⁵⁰, ya que la muestra de enfermería era principalmente femenina. Este rol podría hacer que las mujeres se sientan aún más responsables por los cuidados que prestan, haciéndolas mantener una actitud menos flexible que el personal no sanitario, ajustándose más a las normas que son inherentes al ejercicio de la enfermería. En cuanto a las diferencias en función del sexo, las mujeres presentaron un mayor nivel de neuroticismo que los hombres. Este resultado es consistente con la amplia mayoría de los datos alcanzados en este campo. Por ejemplo, Eysenck et al.⁵¹ concluyen que en términos de las dimensiones fundamentales de la personalidad, las mujeres siempre han obtenido mayores puntuaciones que los hombres en neuroticismo. Igualmente, Costa et al.⁵² llegaron al mismo resultado, concluyendo que dicha diferencia es generalmente consistente con el estereotipo sexual existente al respecto. Sin embargo, Barret et al.⁵³ señalan que cuando se hacen registros emocionales diarios estas diferencias desaparecen, quizá porque en ambos sexos pesen menos los estereotipos sexuales facilitando unos autoinformes más fieles y ajustados a sus experiencias recientes.

El resultado más relevante del estudio, teniendo en cuenta los análisis de regresión múltiple y los mediacionales, es la importancia que tiene la resiliencia en el personal de enfermería. Por un lado esta, junto con el neuroticismo, eran los factores de personalidad que predecían el BS percibido por la enfermería, es decir, el personal de enfermería que se sentía más feliz y mejor consigo mismo era el más resiliente y el que mejor ajuste emocional mantenía. Sin embargo, en el personal no sanitario la resiliencia pierde su papel tan destacado, y es ahora cuando las dimensiones más estables de personalidad cobran mayor importancia y tienen más peso a la hora de predecir el BS en dicha muestra. Así, la extraversión, el neuroticismo y el tesón lo predicen. Estas mismas dimensiones son las que más consistentemente se relacionan con el BS según la literatura existente^{13,16,54,55}. Por otro lado, solamente en el personal de enfermería la resiliencia medió las relaciones entre 2 dimensiones de personalidad (extraversión y neuroticismo) y el BS. La mediación fue total en el caso de la relación entre la

extraversión y el BS, por lo que el personal de enfermería más sociable y más resiliente es el que mejor y más feliz se sentía. Este resultado es coherente con los anteriormente comentados, ya que la extraversión predecía la resiliencia en el personal de enfermería, y esta, el BS percibido por el mismo. Sin embargo, la resiliencia medió parcialmente las relaciones entre neuroticismo y BS en dicha muestra, lo que sugiere que existen otras vías, además de la resiliencia, por las que el neuroticismo pueda influir en el BS de la enfermería⁵⁶. Estas vías deberán ser estudiadas con más profundidad en el futuro. Por otro lado, el hecho de que la mediación no fuera significativa según el test de Sobel se interpreta como que los efectos principales ejercidos por el factor estable y de primer nivel, en este caso el neuroticismo, tienen más peso sobre el BS que los ejercidos sobre el mismo por el factor menos estable y de segundo nivel analizado, es decir, la resiliencia.

La resiliencia, a tenor de estos resultados, se constituye como una característica fundamental del personal de enfermería de intensivos. Las implicaciones clínicas de este resultado son diversas. Por un lado, y dado lo relevante que resulta ser resiliente para la enfermería, tal y como han indicado diferentes autores^{22,33-36}, la resiliencia se podría entrenar y desarrollar en aquellos profesionales que muestren bajos niveles de la misma. No solo se podría promover y promocionar su desarrollo en las escuelas de enfermería por los profesores, sino también en la práctica enfermera habitual. Además, Bright³⁴ promueve el autodesarrollo de la resiliencia de los/as enfermeros/as ya que, aunque estos pasen la mayor parte del tiempo cuidando a otros, no parece que se cuiden a sí mismos/as. A este respecto, Munist et al.⁵⁷ han desarrollado un módulo de enseñanza de resiliencia en enfermería de 10h de trabajo y dividido en 3 sesiones (introducción, promoción y construcción de la resiliencia). Dicho módulo también promueve el desarrollo de la resiliencia en personas enfermas, y concretamente consta de un anexo donde se describe un caso en cuidados intensivos. Esto podría ayudarnos al personal de enfermería de la UCI a comprender a nuestros pacientes críticos y ayudarles a superar una situación límite como la de estar ingresados en nuestras unidades. A un nivel más general y no asociado exclusivamente a la enfermería, Brooks y Goldstein⁵⁸ proponen una guía para una vida resiliente, en la que incluyen 10 claves para llevarla a cabo y donde se analizan con detalle diferentes aspectos para alcanzarla.

Por otro lado, y como algunas autoras^{34,35} han sugerido, no cabe duda que la resiliencia nos podría ayudar a afrontar el estrés al que estamos expuestos en el manejo del paciente crítico. No solo nos ayudaría a amortiguar las consecuencias negativas del estrés laboral (cuyo resultado más adverso sería el desarrollo del síndrome de *burnout*), sino también a desarrollar estrategias de afrontamiento más eficaces y adaptativas a la hora de hacer frente a esas situaciones críticas que se dan habitualmente en la UCI. Como sugiere McGee³⁶, el desarrollo de estas estrategias por parte de los/as enfermeros/as resilientes podría ser el causante, en consecuencia, de que sigamos trabajando en intensivos y en un clima laboral difícil y adverso.

Por último, no es arriesgado afirmar que los/as enfermeros/as resilientes son un elemento crucial, no solo en intensivos, sino también en un sistema sanitario en continuo proceso de cambio³³. En la actualidad no solo nos enfrentamos

a un entorno laboral adverso caracterizado por situaciones estresantes en las UCI, sino que estamos asistiendo a profundos cambios en nuestras condiciones laborales propiciados por la situación de crisis económica por la que atravesamos. Este hecho hace que el papel de la resiliencia sea aún más relevante para la enfermería intensiva y, en general, para la hospitalaria. Por lo tanto, y siguiendo a Tusaie y Dyer²², la resiliencia se puede considerar como una característica esencial e inherente a la enfermería para el desarrollo de la asistencia sanitaria diaria en intensivos. Teniendo en cuenta los resultados del estudio, la resiliencia es una capacidad que solemos tener desarrollada la enfermería que trabaja en intensivos, y su promoción entre la enfermería no resiliente se hace aún más necesaria para adaptarse a la UCI.

Por lo que respecta a las limitaciones del estudio, quizás la más importante sea el pequeño número de participantes en cada una de las muestras a la hora de poder generalizar los resultados obtenidos en la misma. En futuros estudios multicéntricos esto se podría subsanar. Además, la amplia mayoría de mujeres dentro de las mismas también hace que los resultados alcanzados sean difícilmente generalizables al sexo masculino. Este hecho se explica por la mayor presencia de la mujer dentro de la enfermería y de los estudiantes de psicología. Hay que señalar que aunque los instrumentos de medida empleados en el estudio no dejan de ser pruebas autoinformadas (con el posible sesgo que estas suponen), se eligieron aquellos cuya validez y fiabilidad están ampliamente documentadas en la literatura existente.

Finalmente, las futuras investigaciones en este campo deberán confirmar el papel tan importante que parece jugar la resiliencia en el BS percibido por el personal de enfermería de intensivos (tanto a la hora de predecirlo, como de mediar en él) y concretar las diferencias existentes entre la enfermería y el personal no sanitario en las características de la personalidad y el BS.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Muñoz Camargo JC. Síndrome de burnout en unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007;18:1-2.
- Ríos Risquez MI, Peñalver Hernández F, Godoy Fernández C. Burnout y salud percibida en profesionales de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2008;19:169-78.
- 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.
- Del Río Moro O, Perezagua García MC, Vidal Gómez B. El síndrome de burnout en los enfermeros/as del hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Rev Enferm Cardiol*. 2003;28:24-9.
- Ramos F. El Síndrome de Burnout. Madrid: UNED-Klinik; 1999.
- Simón García MJ, Blesa Malpica AL, Bermejo Pablos C, Calvo Gutierrez MA, De Enterría CG. Estrés laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enferm Intensiva*. 2005;16:3-14.
- Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull*. 1984;95:542-75.
- Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychol Bull*. 1999;125:276-302.
- Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal of a national index. *Am Psychol*. 2000;55:24-43.
- Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18:76-82.
- Costa Jr PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, Philadelphia: Psychological Assessment Resources; 1992.
- Sanjuán P. Estructura psicológica de la personalidad II: El modelo de los cinco factores. En: Bermúdez J, Pérez-García AM, Sanjuán P, editores. *Psicología de la Personalidad: Teoría e Investigación*. Volumen I. Madrid: UNED; 2003. p. 195-236.
- Costa Jr PT, McCrae RR. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol*. 1980;38:668-78.
- Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The relationship between the Five-Factor Model of Personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *J Psychopathol Behav Assess*. 2005;27:101-14.
- McCrae RR, Costa Jr PT. Adding Liebe und Arbeit: The full Five-Factor Model and well-being. *Pers Soc Psychol Bull*. 1991;17:227-32.
- Steel P, Schmidt J, Schultz J. Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychol Bull*. 2008;134:138-61.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000;71:543-62.
- Smith BW, Tooley EM, Christopher PJ, Kay VS. Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected personal resource. *J Posit Psychol*. 2010;5:166-76.
- Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *J Pers Soc Psychol*. 2004;86:320-33.
- Rew L, Horner SD. Youth resilience framework for reducing health-risk behaviours in adolescents. *J Pediatr Nurs*. 2003;18:379-88.
- Ahern NR, Kiehl EM, Sole ML, Byers J. A review of instruments measuring resilience. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2006;29:103-25.
- Tusaie K, Dyer J. Resilience. A historical review of the construct. *Holist Nurs Pract*. 2004;18:3-8.
- Childs J, Sepples S, Moody K. Mentoring youth: A service-learning course within a college of nursing. *J Nurs Educ*. 2003;42:182-6.
- Racher F. Synergism of frail rural elderly couples: Influencing independent interdependence. *J Gerontol Nurs*. 2002;28:32-9.
- Humphreys J. Resilience in sheltered battered women. *Issues Ment Health Nurs*. 2003;24:127-52.
- Kuling J. Community to care: A philosophical perspective of nursing. En: Basford L, Slevin O, editores. *Theory and Practice of Nursing: An Integrated Approach to Patient Care*. Gloucestershire, United Kingdom: Stanley Thornes; 2000. p. 2-20.
- 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.
- Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace: A factor in recruitment and retention. *Nurs Manage*. 2002;10:13-20.
- Strachota E, Normandin P, O'Brien N, Clary M, Krukow B. Reasons registered nurses leave or change employment status. *J Nurs Adm*. 2003;33:111-7.
- Cline D, Reilly C, Moore J. What's behind RN turnover? Uncover the real reasons nurses leave. *Nurs Manage*. 2003;34:50-3.
- Jackson D, Mannix J, Daly J. Retaining a viable workplace: A critical challenge for nursing. *Contemp Nurse*. 2001;11:163-72.
- McVicar A. Workplace stress in nursing: A literature review. *J Adv Nurs*. 2003;44:633-42.

33. Hodges HF, Keeley AC, Grier EC. Professional resilience, practice longevity, and Parse's theory for baccalaureate education. *J Nurs Educ.* 2005;44:548-54.
34. Bright J. *Turning the Tide*. London: Demos Publishers; 1997.
35. Giordano B. Resilience: A survival tool for the nineties. *AORN J.* 1997;65:1032-6.
36. McGee EM. The healing circle: Resiliency in nurses. *Issues Ment Health Nurs.* 2006;27:43-57.
37. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess.* 1985;49:71-5.
38. Atienza FL, Pons D, Balaguer I, García Merita M. Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema.* 2000;12:314-9.
39. Cabañero MJ, Richart M, Cabrero J, Orts MI, Reig A, Tosal B. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púperas. *Psicothema.* 2004;16:448-55.
40. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54:1063-70.
41. Sandín B, Chorot P. Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F, editores. *Manual de psicopatología. Volumen II*. Madrid: McGraw Hill; 1995. p. 53-80.
42. Benet-Martínez V, John OP. Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait Multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *J Pers Soc Psychol.* 1998;75:729-50.
43. Block J, Kremen AM. IQ and Ego-Resiliency. Conceptual and empirical connections and separateness. *J Pers Soc Psychol.* 1996;70:349-61.
44. Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84:365-76.
45. Pérez-García AM. Versión española de la Ego-Resilience Scale (ER89) de Block y Kremen. Documento del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Madrid: UNED; 2008.
46. Brunstein JC. Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *J Pers Soc Psychol.* 1993;65:1061-70.
47. Sheldon KM, Elliot AJ. Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being: The Self-Concordance Model. *J Pers Soc Psychol.* 1999;76:482-97.
48. Nunnally JC. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill; 1978.
49. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51:1173-82.
50. Evans J. Men nurses: A historical and feminist perspective. *J Adv Nurs.* 2004;47:321-8.
51. Eysenck HJ, Eysenck SBG, Barrett P. Personality differences according to gender. *Psychol Rep.* 1995;76:711-6.
52. Costa Jr PT, Terracciano A, McCrae RR. Gender differences in personality traits across cultures. Robust and surprising findings. *J Pers Soc Psychol.* 2001;81:322-31.
53. Barret LF, Robin L, Pietromonaco PR, Eysell KM. Are women the more emotional sex? Evidence from emotional experiences in social context. *Cogn Emot.* 1998;12:555-78.
54. Carver CS, Scheier MF, Miller CJ, Fulford D. Optimism. En: Snyder CR, Lopez SJ, editores. *Oxford Handbook of Positive Psychology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2009. p. 303-11.
55. Trapmann S, Hell B, Hirn JW, Schuler H. Meta-analysis of the relationship between the Big Five and academic success at university. *J Psychol.* 2007;215:132-51.
56. Shrout PE, Bolger N. Mediation in experimental and non experimental studies: New procedures and recommendations. *Psychol Methods.* 2002;7:422-45.
57. 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, editores. *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós; 2004. p. 325-41.
58. 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.