



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

ESTUDIO DE LOS PREDICTORES DEL BIENESTAR
PSICOLÓGICO SEGÚN EL MODELO DE RYFF EN EL PERSONAL
DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD.

Disertación de Grado previo a la obtención del título de Psicóloga

Clínica

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

DANIELA CAROLINA ARBOLEDA JÁCOME

Director:

PS. CARLOS RODRIGO MORETA HERRERA, MS.

Ambato - Ecuador

Abril 2015

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

ESTUDIO DE LOS PREDICTORES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN
EL MODELO DE RYFF EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD.

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

DANIELA CAROLINA ARBOLEDA JÁCOME

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps. MS.

f. _____

CALIFICADOR

Lucía Almeida Márquez, Dra.

f. _____

CALIFICADORA

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Ps. MS.

f. _____

CALIFICADORA

Betsy Natalia Ilaja Verdezoto, Lcda. Mg.

f. _____

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f. _____

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Abril 2015

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Daniela Carolina Arboleda Jácome, portadora de la cédula de ciudadanía 180414657-7 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Daniela Carolina Arboleda Jácome

CI 180414657-7

AGRADECIMIENTO

El finalizar este trabajo de investigación mueve en mí un sin número de emociones, ya que se culmina una etapa de mi vida, una meta más cumplida y empieza una nueva, mi vida profesional la cual estoy segura que será llena de experiencias maravillosas.

En primer lugar agradezco a Dios por ser el que siempre guía mi camino y me llena de bendiciones día tras día. A mis padres por ser los maestros y la fortaleza en mi vida, por su apoyo, comprensión, paciencia y sobre todo amor. A mis hermanos por ser una motivación constante en mi vida, por demostrarme que puedo contar con ellos incondicionalmente, por ser quienes me escuchan, me consienten en todo momento.

A todos mis maestros que han compartido todos sus conocimientos, por ser grandes profesionales como seres humanos, ya que a más de ser profesores son amigos, a quienes les debo todo mi conocimiento, puesto que no solo he crecido como profesional sino también como persona, en especial agradezco a mi director de tesis porque sin su ayuda, paciencia, apoyo, enseñanza no lo hubiera logrado. Agradezco a SOLCA Tungurahua por brindarme las facilidades para realizar mi trabajo de investigación.

Finalmente a mis amigos que siempre han estado conmigo, me han acompañado durante toda mi carrera hasta la finalización de la misma y me han demostrado su amistad incondicional. A mis demás familiares por demostrarme su cariño y formar parte de mi vida.

DEDICTORIA

Este trabajo de investigación les dedico a mis padres por su ayuda, apoyo y amor incondicional hacia mí en todo momento de mi vida, ya que ellos han sido los primeros maestros que he tenido y por ellos soy la persona que soy; a mis hermanos por no dejarme sola, siempre apoyarme en las decisiones que tomo en mi vida. A mis abuelitas por estar pendiente de mí y brindarme su sabiduría. En especial quiero dedicar a mi sobrino Nico quien me acompañó en la realización de la disertación, él mismo que tiene un lugar muy importante en mi vida.

RESUMEN

El objetivo principal de la investigación es identificar los predictores del Bienestar Psicológico según el modelo de Ryff en el personal de Enfermería y auxiliares de enfermería del Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes, por lo que se realizó un estudio descriptivo, exploratorio de corte transversal y se trabajó con el personal de enfermería que consta de 15 personas y auxiliares de enfermería que son 25 personas, a las cuales se les aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, una ficha sociodemográfica y una encuesta acerca de la percepción y satisfacción laboral con el fin de relacionar los resultados obtenidos y cumplir con los objetivos propuestos. Un alto porcentaje del personal de enfermería y auxiliares de enfermería del Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes presentaron niveles adecuados de Bienestar Psicológico, los predictores del Bienestar Psicológico son las dimensiones: propósito de vida, dominio del entorno, crecimiento personal; al relacionar con la ficha sociodemográfica se obtuvo que la variable tiempo predice el Bienestar Psicológico y al relacionarlo con la encuesta acerca de la percepción y satisfacción laboral los resultados mostraron que la percepción de presión es otra variable que predice el Bienestar Psicológico.

Palabras clave: Bienestar Psicológico, propósito de vida, predictores, dominio del entorno, tiempo de trabajo.

ABSTRACT

The main objective of this research is to identify the predictors of psychological well-being according to the model of Ryff in the nursing staff and assistants of the Oncological Hospital Dr. Julio Enrique Paredes. A descriptive, exploratory cross-sectional study was developed, working with 15 nurses and 25 nursing auxiliaries, which were assessed with the Ryff psychological well-being scale, a sociodemographic form and a survey about perception and job satisfaction, in order to link the obtained results and accomplish the objectives that were proposed. A high percentage of nurses and nursing assistants of the Oncological Hospital Dr. Julio Enrique Paredes presented appropriate levels of psychological well-being and the predictors of psychological well-being with life purpose, environmental dominance, personal growth dimensions. By linking a sociodemographic record, it was discovered that the variable of time predicts the psychological well-being and by associating it to the survey about perception and job satisfaction, the results showed that the perception of pressure is another variable that predicts the psychological well-being.

Key words: Psychological well-being, life purpose, predictors, environmental mastery, working time.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

DECLARACIÓN DE AUTENTIDAD Y RESPONSABILIDAD.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICTORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS.....	xiii
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
1. SITUACIÓN PROBLÉMICA Y CONTEXTUALIZACIÓN.....	1
CAPÍTULO II.....	6
EL MARCO TEÓRICO.....	6
2. EL CUIDADO PALIATIVO.....	6
2.1. INTRODUCCIÓN	6
2.2. DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS CUIDADOS PALIATIVOS Y ENFERMEDAD CRÓNICA	7
2.3. FUNCIÓN DEL CUIDADO PALIATIVO Y PRINCIPIOS FUNDAMENTALES.....	8
2.4. COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS	11
2.4.1. Función del personal de enfermería general	11

2.4.4. Funciones del campo de la enfermería en los cuidados paliativos.....	14
2.4.5. Funciones del personal de enfermería en los cuidados paliativos.....	15
2.5. FUNCIONES DEL CUIDADOR PALIATIVO PROFESIONAL EN EL CONTEXTO DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	16
2.6. FUNCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA.....	17
3. RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL CAMPO DE LA ENFERMERÍA.....	19
3.1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	19
3.2. DEFINICIÓN DEL TÉRMINO FACTOR Y RIESGO PSICOSOCIAL	19
3.3. CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES.....	21
3.3.1. Estrés	21
3.3.2. Violencia	22
3.3.3. Acoso laboral	24
3.4. EFECTOS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES	25
4. LA PSICOLOGÍA POSITIVA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO	28
4.1. INTRODUCCIÓN.....	28
4.2. FUNDAMENTOS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA.....	29
5. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO	32
5.1. DEFINICIÓN DE BIENESTAR	32
5.2. CLASIFICACIÓN DE BIENESTAR	33
5.3. MODELOS TEÓRICOS DEL BIENESTAR	35
5.4. BIENESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN EL MODELO DE RYFF	36
5.5. ESCALA DE MEDICIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF	37
CAPITULO III.....	40

METODOLOGÍA	40
3.1. ANTECEDENTES	40
3.2. SIGNIFICADO DEL PROBLEMA	40
3.3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	41
3.4. PLANTEAMIENTO DEL TEMA	42
3.5. DELIMITACIÓN DEL TEMA	42
3.5.1. CONTENIDO:	42
3.5.2. Delimitación Espacial:	42
3.5.3. Delimitación Temporal:	43
3.5.4. Unidad de Observación:	43
3.5.5. Sujetos de Observación:	43
3.6. HIPÓTESIS	43
3.7. VARIABLES E INDICADORES	43
3.7.1. Variable	43
3.8. OBJETIVOS	44
3.8.1. Objetivo General	44
3.9. METODOLOGÍA	45
3.9.1. Tipo y Diseño de la investigación	45
3.9.2. Participantes	46
3.9.3. Procedimiento	46
3.9.4. Técnicas	47
3.9.5. Instrumentos	48
CAPITULO IV	51
ANÁLISIS DE RESULTADOS	51

4.1. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA	51
4.1.1. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LA MUESTRA	57
4.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EVALUACIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO	68
4.2.1. ANÁLISIS COMPARADO DE LA EVALUACIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA	71
4.2.2. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE LAS SUB-DIMENSIONES INTERNAS DEL BP ..	74
4.2.3. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE TRABAJO Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	78
4.3. VARIABLES DE SATISFACCIÓN, INVOLUCRAMIENTO, MALESTAR LABORAL Y RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA.....	80
4.4. CORRELACIONES Y MODELOS DE PREDICCIÓN DEL BP.....	82
CAPITULO V	86
DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS.....	86
5.1 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	86
5.1.1. Introducción	86
5.1.2. HIPÓTESIS	86
5.1.3. Variables para comprobar la hipótesis	87
5.1.4. Técnicas utilizadas para la comprobación de hipótesis	87
5.1. 5. Resultados	87
5.1.6. Conclusión	90
CAPITULO VI.....	91
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	91
5.1. CONCLUSIONES	91
5.2. RECOMENDACIONES	94

REFERENCIAS	95
APÉNDICE	104
REFERENCIAS	114
ANEXOS	115
ANEXO 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	116
ANEXO 2: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA	117
ANEXO 3: ESCALAS DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE CAROL RYFF (VERSIÓN DE D. VAN DIERENDONCK).....	121
ANEXO 4: SATISFACCIÓN Y PERCEPCIÓN LABORAL	124
ANEXO 5: MATRIZ Y OPERACIONALIZACIÓN PARA EL CUESTIONARIO ESTRUCTURADO QUE DETERMINA LA PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL.....	125

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos

Gráfico 4.01: Distribución por sexo de los grupos de enfermeras y de auxiliares de enfermería.	54
Gráfico 4.02: Distribución áreas de trabajo de los grupos de enfermeras y auxiliares de enfermería	54
Gráfico 4.03: Distribución estado civil de los grupos de enfermeras y auxiliares de enfermería.	56
Gráfico 4.04: Análisis de las actividades laborales de la muestra.	59
Gráfico 4.05: Actividades que realizan con mayor frecuencia los grupos estudiados.	61
Gráfico 4.06: Actividades que realizan con menor frecuencia los grupos estudiados	63
Gráfico 4.07: Actividades que sienten que se desenvuelven de mejor manera.	65
Gráfico 4.08: Actividades que sienten que se desenvuelven de peor manera.....	67
Gráfico 4.09: Representación gráfica comparada con el punto de corte (3,5 puntos), de las medias obtenidas en las sub-dimensiones de la escala de Bienestar Psicológico.	69
Gráfico 4.10: Representación gráfica de las medias obtenidas en las sub-dimensiones de la escala de Bienestar Psicológico junto con el punto de corte (3,5 puntos).....	73
Gráfico 4.11: Modelo de predicción del Bienestar Psicológico a partir de los componentes internos de la misma.	77
Gráfico 4.12: Modelo de predicción del Bienestar Psicológico a partir de los componentes internos de la misma.	83
Gráfico 4.13: Modelo de predicción del Bienestar Psicológico a partir de los componentes internos de la misma.	85

Cuadros

Cuadro 1.01: Principios de los Cuidados Paliativo.....	10
Cuadro 1.02: Categorización de los riesgos psicosociales.....	25
Cuadro 1.03: Abordaje Clásico Versus Abordaje de la Psicología Positiva.....	29
Cuadro 1.04: Componentes del Bienestar Subjetivo.	34
Cuadro 1.05: Modelos Teóricos del Bienestar.....	35
Cuadro 1.06: Auto-aceptación	37
Cuadro 1.07: Relaciones positivas con otros	38
Cuadro 1.08: Autonomía.....	38
Cuadro 1.09: Dominio del ambiente	39
Cuadro 1.10: Propósito en la vida.....	39
Cuadro 1.11: Crecimiento personal	39
Cuadro 3.01: Sub-escalas de Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión de D. Van Dierendonck) y su consistencia interna.....	49
Cuadro 4.01: Análisis descriptivos de las características sociodemográficas.....	52
Cuadro 4.02: Análisis de las características laborales de la muestra	58
Cuadro 4.03: Análisis de las actividades que se realizan con mayor frecuencia	60
Cuadro 4.04: Análisis de las actividades que se realizan con menor frecuencia	62
Cuadro 4.05: Análisis de las actividades que sienten que se desenvuelven de mejor manera.....	64
Cuadro 4.06: Análisis de las actividades que sienten que se desenvuelven de peor manera.....	66
Cuadro 4.07: Análisis descriptivos de la evaluación del Bienestar Psicológico.....	68
Cuadro 4.08: Análisis comparado por cargo de la evaluación del Bienestar Psicológico	71

Cuadro 4.09: Inter-correlaciones entre las sub-dimensiones del Bienestar Psicológico	75
Cuadro 4.10: Correlación entre las subdimensiones del BP	76
Cuadro 4.11: Modelo de variables predictoras entre las sub-dimensiones del bienestar psicológico	76
Cuadro 4.12: Correlaciones bivariadas entre variables sociodemográficas, de trabajo y el bienestar psicológico	79
Cuadro 4.13: Correlaciones bivariadas entre satisfacción, involucramiento y malestar laboral.....	81
Cuadro 4.14: Correlaciones entre las variables predictoras del BP.	82
Cuadro 4.15: Modelo de variables predictoras entre los componentes del bienestar psicológico	83
Cuadro 4.16: Modelo de variables predictoras entre los componentes del bienestar psicológico	84
Cuadro 5.01: Análisis descriptivos de la evaluación del Bienestar Psicológico.....	88
Cuadro 5.02: Análisis comparado por cargo de la evaluación del Bienestar Psicológico	89

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. Situación problemática y contextualización

Junto con la tendencia a enfrentar la muerte honesta y abiertamente, han surgido movimientos para humanizar el proceso de morir, estos incluyen: cuidado de hospicio, cuidados paliativos, terapia del dolor, grupos de apoyo para pacientes terminales y sus familias. Estos movimientos se han creado para trabajar con los pacientes terminales y sus familias, brindándoles una atención cálida enfocada al alivio del dolor, el control de síntomas y la calidad de vida. La filosofía de hospicio se resume en palabras de su fundadora Saunders (2007) “Tú importas hasta el último momento de tu vida, y nosotros haremos todo lo que podamos, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino para que vivas hasta que mueras” (p.p. 481-482). Por lo que tanto médicos, como enfermeras, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, sacerdotes, trabajan juntos para mantener al paciente en las mejores condiciones que sea posible, para que tenga una buena calidad de vida; muestran bondad e interés con el paciente y su familia, ayudando a éstas a lidiar con la enfermedad y después con el duelo.

La función que realizan los cuidadores de pacientes terminales es una tarea de carga física, emocional, llena de presiones, en el caso del personal de enfermería, éstas son impuestas por el personal médico, el paciente y su familia, sin dejar de lado su propia familia. Lo que puede dar como resultado el agotamiento del cuidador, que es una

postración física mental y emocional que afecta a los adultos que porporcionan cuidado continuo a personas enfermas o ancianas (Barnhart, 2010). Así como este desgaste también pueden presentar el desgaste por carga laboral, es importante que el cuidador no se descuide de sí mismo, necesitan dedicar tiempo a su propia vida, a parte de atender la enfermedad de los pacientes, teniendo en cuenta que el cáncer es una enfermedad muy delicada que requiere cuidados en cada una de las etapas que presenta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 50 millones de personas mueren por año, a causa de enfermedades fatales. Así como cada año fallecen 6 millones de personas víctimas del cáncer y hay más de 10 millones de casos nuevos. Se estima que hasta 2020 existirán 15 millones de nuevos casos al año. Frente a esta realidad, los cuidados paliativos y los hospicios se presentan como una forma reformadora de cuidado en el área de la salud (Pessini & Bertachini, 2006). De la misma se estima que el cáncer es un problema que afecta a nivel mundial, en su mayoría a los países desarrollados los cuales cuentan con el 5% de los recursos mundiales que se dedican a esta enfermedad.

En el Ecuador se evidencia cifras en mayor porcentaje en comparación a la población total, según Yépez “El cáncer en Ecuador es desde hace algunos años un problema importante de Salud Pública. Como por ejemplo, en el país, en 1980, seis de cada 100 defunciones eran provocadas por cáncer. En 2010, ese porcentaje subió a 16” (párr. 15), también agrega “se estima que en nuestro territorio cada año se diagnostican 20.000 casos nuevos de cáncer. De estos la mayor parte se los hace en Quito y

Guayaquil” (citado en La Hora Nacional, 2013, párr. 17). El cáncer es una enfermedad que siempre va a existir y con el transcurso de los años aumentan los casos.

En Ambato la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua se encuentra en servicio por 22 años. Bajo la iniciativa del Colegio de Médicos de Tungurahua el 24 de enero de 1990, por invitación de su presidente Dr. Ignacio Bonilla, las instituciones de la provincia se reúnen en el salón Auditorium del Honorable Consejo Provincial de Tungurahua para conformar la primera directiva. El Consejo Directivo de SOLCA Núcleo de Quito presidido por el señor Ing. GRAB. Solón Espinosa Ayala, en resolución No. 690 del 31 de octubre del mismo año crea el *Comité Amigos de SOLCA Ambato* (SOLCA, Tungurahua).

SOLCA Ambato comienza atender a pacientes oncológicos con un dispensario que funciona en el edificio Sindicato de Choferes de Tunguragua el 16 de octubre de 1992. En julio de 1997 se traslada a la Cdla. Ingahurco, edificio donado por el Sr. César Augusto Salazar Chávez. El 24 de agosto de 2001 SOLCA Núcleo de Quito adquiere el terreno al Banco Central del Ecuador, en el cual se construirá el Hospital SOLCA Ambato. El 15 de julio de 2004 el Ministerio de Salud Pública, mediante acuerdo Ministerial No, 0000833, aprueba las reformas a los Estatutos de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, para el cambio de nombre de Comité de Amigos de SOLCA por Unidades Oncológicas Provinciales.

El 21 de diciembre de 2005 luego de los trámites de ley se firma el contrato y se coloca la primera piedra, dando inicio a la construcción del Hospital SOLCA Ambato. El 06 de marzo de 2009 es inaugurado el Hospital Oncológico *Dr. Julio Enrique Paredes*

C., con la presencia de la señora Ministra de Salud y autoridades provinciales (Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua).

En la investigación realizada por López (2009) a un grupo de 457 enfermeras entre los 22 y 63 años de la Comunidad Autónoma de Murcia, acerca de las consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería, los resultados mostraron que existe un mejor bienestar psicológico en hombres que en mujeres, relacionándolo sobre todo con la variable género, con una edad entre 22 y 25 años y de 15 a 25 años de antigüedad en el puesto de trabajo y de 1 a 5 años de antigüedad en la empresa, en horario de trabajo nocturno, en jornada no continuada. De la misma manera existió un bajo nivel de bienestar psicológico en aquellos que realizaron horarios nocturnos de jornada continua, realizando guardias y además no recibieron formación continuada.

Por otra parte en un estudio realizado con 205 enfermeras hospitalarias (Torres, 2007) acerca del burnout y del bienestar psicológico, se presentó como resultados que los beneficios sociales y el adecuado y gratificante desempeño de tareas para el trabajador favorecieron el bienestar y la satisfacción laboral. A su vez, las condiciones físicas y tipo de políticas administrativas en la gestión de los recursos humanos, si no son las adecuadas, producen bajos rendimientos, absentismo e incapacidad laboral.

Por último en la investigación realizada por Aliaga (2012), acerca de Burnout y Bienestar Psicológico en técnicas de enfermería de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, con 82 técnicas de enfermería de 23 a 67 años, se halló que las dimensiones de dominio del ambiente y autonomía se elevan de acuerdo a la edad, específicamente de la adultez joven a la adultez media; mientras que el crecimiento

personal y propósito con la vida disminuyen con edad. Las relaciones positivas con otros presentó resultados inconsistentes con esta variable y la autoaceptación no se relacionó con la edad. En relación al sexo, muchos estudios no han encontrado relaciones importantes entre hombres y mujeres, con excepción de la dimensión de relaciones positivas con otros, donde las mujeres puntuaron más alto que los hombres (Cubas, 2003). Además, con respecto a las variables laborales se ha encontrado una relación negativa significativa entre autoaceptación y las horas que residentes permanecen en el hospital a la semana (Peredes, 2008).

Los estudios mencionados muestran la necesidad de trabajar el bienestar psicológico en el ámbito hospitalario, ya que comprende una línea de interés en psicología y además comprende un estudio pionero en el contexto nacional.

CAPITULO II

EL MARCO TEÓRICO

2. EL CUIDADO PALIATIVO

2.1. Introducción

Los cuidados paliativos (CP) se realizan en el momento en que los médicos consideran que ya no se puede realizar algún tratamiento para curar la enfermedad, por lo que se brinda este servicio para mejorar, conservar el bienestar y calidad de vida del paciente. Es importante definir el término *paliativo* que deriva de *pallium*, palabra latina que significa *capa*, capote. Etimológicamente, significa facilitar una capa para calentar a *los que pasan frío*, y que ya no pueden ser ayudados más por la medicina curativa (Pessini & Bertachini, 2006). Teniendo en cuenta que los pacientes en su mayoría son diagnosticados en fase avanzada por lo que es necesario el uso de los CP.

Es importante que las Instituciones de salud y sus profesionales brinden este servicio de una manera integral, es decir, tomando todos los aspectos de la persona, físicos, psicológicos, espirituales y sociales, de la misma manera se debe realizar en el lugar idóneo, sin descuidar a la familia de los pacientes para acompañarlos en el proceso de duelo en el momento oportuno (Asociación Española Contra el Cáncer, 2014) . Teniendo en cuenta que el objetivo fundamental de los cuidados paliativos es aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los CP abarcan un tratamiento interdisciplinario es decir: médico, farmacológico, psicológico, trabajo social, terapia ocupacional y pastorales. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte integral para el paciente y su familia (Palma & Del Río, 2007). Los CP se realizan tanto en el hospital como en la casa ya que es importante la participación de los familiares del paciente para el control de la enfermedad.

2.2. Definición de los términos cuidados paliativos y enfermedad crónica

Los cuidados paliativos (CP) es un término que parte de las necesidades, relaciones, cultura de cada persona más no de la patología en sí. En 1990 la Organización Mundial de Salud (OMS) definió a los cuidados paliativos como: “El cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento” (p.11). Los CP tienen como prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual.

Los CP se realizan tanto en un institución de salud como en la casa del paciente ya que “el objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares” (Citado en Pessini & Bertachini, 2006, p.p. 231-246). Con esta definición se explica que los cuidados paliativos se centran en el paciente, tomando en cuenta su naturaleza e identificando la calidad de vida como uno de sus objetivos principales para que de esta manera las personas no fallezcan en situaciones lamentables ni con dolor, si no que sean atendidas de la manera en que una enfermedad con tanta gravedad requiere.

Por otra parte sobre el mismo tema, autores como Saunders (2004) señalan que:

Los cuidados paliativos se han centrado en las necesidades de los pacientes y sus familias al final de vida, entendiéndole a la persona como un ser único y original. Por lo que incluye que el cuidado del personal de salud debe adaptarse de una manera que permite una respuesta rápida a dichas necesidades, garantizando un buen control de los síntomas y el dolor, brindando una información clara, con una comunicación sensible, para de esta manera las personas tengan la posibilidad de vivir de buena manera (p. 9).

Los cuidados paliativos se realizan de acuerdo a la individualidad de cada persona favoreciendo su bienestar y calidad de vida.

Las enfermedades crónicas son enfermedad de larga duración y progresión lenta, para ser consideradas así debe presentar una duración mayor a seis meses. Entre las principales causas de mortalidad en el mundo encontramos a las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, siendo estas responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (Organización Mundial de la Salud, 2010). Una enfermedad que no sea tratada a tiempo o sea diagnosticada inadecuadamente es considerada como enfermedad mortal.

2.3. Función del cuidado paliativo y principios fundamentales

Los cuidados paliativos (CP) son las atenciones que los equipos de salud brindan a las personas que presentan enfermedades catastróficas, avanzadas o progresivas como: el cáncer, las patologías neurodegenerativas, la insuficiencia renal, entre otras. También tratan los síntomas, los efectos secundarios de los tratamientos, los problemas psicológicos, sociales y espirituales que conllevan las mismas y están destinados a garantizar el alivio del dolor y del sufrimiento y una digna calidad de vida y buscando el bienestar no sólo de los pacientes, sino también de sus familiares y cuidadores (Gómez, 2010). El personal de salud trabaja conjuntamente con los familiares del paciente para de esta manera garantizar el bienestar y calidad de vida de la persona en todo ámbito.

Los CP suponen la atención integral de las personas en su realidad total: biológica, psicológica, social y espiritual alrededor de todas las fases de la enfermedad oncológica: desde la prevención y el diagnóstico hasta el tratamiento de los síntomas, comprendiendo también los cuidados del final de la vida. En dichas fases los cuidados paliativos ayudan a aliviar el dolor, a enfrentar problemas respiratorios, agotamiento, falta de apetito, dificultades para dormir, depresión, así como también a recibir apoyo y acompañamiento para garantizar el mayor bienestar y autonomía en las decisiones acerca de la salud y de la vida. Por lo que se requiere la conformación de equipos multidisciplinarios integrados por: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, pastorales, cuya labor esté basada en la garantía de derechos humanos esenciales: el alivio del dolor y del sufrimiento y la dignidad de las personas (ibid).

Para de esta manera garantizar un adecuado bienestar del paciente y su familia durante las diferentes etapas de la enfermedad.

Las personas que practican los CP se basan en sus principios fundamentales para de esta manera brindar mejor atención a las personas afectadas por enfermedades crónicas, a sus familiares en toda su integridad (ver cuadro 1.01).

Cuadro 1.01: Principios de los Cuidados Paliativo.

-
- Respetar la dignidad del enfermo y de los proveedores de cuidados.
 - Ser receptivos y respetuosos con los deseos del paciente y la familia.
 - Utilizar las medidas más adecuadas compatibles con la elección del paciente.
 - Cubrir el alivio del dolor y de otros síntomas físicos.
 - Valorar y tratar sus problemas psicológicos, sociales y espirituales/religiosos.
 - Ofrecer continuidad en el cuidado a lo largo de la enfermedad hasta su muerte.
 - Proporcionar acceso a cualquier tratamiento que de forma realista se espere que mejore la calidad de vida del paciente, incluidos los tratamientos alternativos o no tradicionales (8-9).
 - Respetar el derecho a negarse a recibir tratamiento.
 - Respetar la responsabilidad profesional del médico para interrumpir algunos tratamientos cuando proceda, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y de la familia.
 - Apoyar a la familia durante la enfermedad como en el proceso de duelo.
 - Promover la investigación clínica sobre la mejor provisión de cuidados al final de la vida.
-

Fuente: (Astudillo, Díaz-Albo, & Mendinueta, 2005).

Los cuidados paliativos son importantes de realizarlos ya que se los practica durante todo el transcurso de la enfermedad, partiendo en la prevención hasta la fase terminal por lo que es necesario que el personal de enfermería cumpla con ciertas competencias para brindar una mejor atención.

2.4. Competencias del personal de Enfermería en Cuidados Paliativos

2.4.1. Función del personal de enfermería general

El personal de enfermería realiza funciones tanto propias como delegadas por otros profesionales ya sea por otro compañero a manera de supervisión o por un médico como prescripción. Así como es el encargado de los cuidados de todo tipo de paciente realiza funciones combinando diversas actividades. Autores como Pacheco (1995), cita al menos cuatro tipos de funciones, entre ellas las siguientes:

- a. *Función Asistencial:* se encarga de apoyar a las personas en la conservación, incrementación y recuperación de la salud en los procesos patológicos.
- b. *Función de Docencia:* la enfermería consta con una serie de conocimientos por lo que cumple con la función de compartir los mismos a personas, familias, núcleos sociales y comunidad, de la misma manera impartir los conocimientos al equipo sanitario mediante charlas, cursos, talleres, para que de esta manera cumplan con las actividades de su competencia y así elevar el nivel de conocimiento del personal y se vean obligados a continuar auto-educándose.
- c. *Función Administrativa:* Por definición administrar es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con el propósito de alcanzar determinados resultados. La finalidad de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea realizado con el menor gasto

posible de tiempo, energía y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada.

d. Función Investigadora: Se trata en que el personal de enfermería fomente actividades con las cuales se pueda avanzar en investigación, estableciendo junto a otros equipos de salud los campos en que se considera que enfermería desee trabajar en colaboración con los otros equipos de salud, dando como resultado el aprender nuevos aspectos de la profesión y mejorar la práctica.

2.4.2. Importancia de la labor de enfermería

El trabajo de enfermería es arduo ya que son quienes conviven y mantiene contacto directo diariamente con los pacientes y familiares. Para lo cual es necesario que cuenten con algunas características como el altruismo, empatía, flexibilidad, tengan mucha preparación y experiencia (Biblioteca en Línea Watchtower, 2000). Ya que el personal de enfermería es quien comparte con el paciente cada fase que va atravesando el mismo, necesitan tener paciencia, y cada vez irse preparando más, adquiriendo nuevo conocimiento.

El personal de enfermería realiza una función de cuidadores, por lo que se interesan en el bienestar de los pacientes; en un estudio realizado a 1.200 enfermeras diplomadas se planteó la siguiente interrogante: ¿Qué considera usted más importante en su labor de enfermera? El 98% respondió que lo principal era dispensar cuidados de calidad (ibid). El personal de enfermería se encarga de los cuidados del paciente.

El personal de enfermería se encarga principalmente del cuidado de los pacientes, labor que es necesario un valor personal y profesional direccionado a la conservación, autocuidado de la vida. Además son capaces de realizar labores en distintos campos: trabajan en prevención, concientización, promoción acerca de evitar alteraciones en la salud, en atención de salud mantienen contacto directo con los usuarios (Duarte, 2010). Las enfermeras a más de ejercer la función de cuidado de los pacientes, también se encarga de compartir conocimiento tanto con usuarios como con sus compañeros de trabajo.

Por tal motivo es importante y necesario que el personal de enfermería cuente con conocimientos teóricos y prácticos, así como tener la capacidad para desempeñarse en diferentes áreas, teniendo como objetivo mantener una buena salud tanto de los empleados como de los pacientes y familias dando como resultados la productividad de la empresa.

2.4.3. Funciones del Auxiliar de Enfermería

El auxiliar de enfermería es el profesional sanitario que se encarga de las condiciones de higiene y confort del entorno del paciente, bajo la supervisión del personal de enfermería o el personal médico (SOLCA Tungurahua).

Los auxiliares de enfermería se encargan de realizar las camas de los pacientes, así como de su aseo y limpieza. Son quienes reciben los carros de comida, la distribuyen y les dan de comer a los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos. También realizan la limpieza de los carros de cura y de su material, como de clasificar y ordenar

las lencerías de planta a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavadero y planta, presenciando la clasificación y recuento de las mismas, que se realizarán por el personal del lavadero.

Por indicación del personal sanitario titulado, el auxiliar de enfermería, colabora en la administración de medicamentos por vía oral y rectal, con exclusión de la vía parenteral. Igualmente el auxiliar de enfermería podrá aplicar enemas de limpieza, salvo en casos de enfermos graves. Además recoge los datos termométricos. Así mismo recogen los signos que hayan llamado su atención, que transmitirán a dicho personal, en unión de las espontáneas manifestaciones de los enfermos sobre sus propios síntomas.

En general, se encargan de todas aquellas actividades que, vienen a facilitar las funciones del médico y del personal de enfermería, como por ejemplo trasladar, las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores. Deben mantener en orden la estación de enfermería y todo lo que ello incluye.

2.4.4. Funciones del campo de la enfermería en los cuidados paliativos

La enfermería en los cuidados paliativos desarrolla sus actividades en el contexto encuadrado por el cuidado de los pacientes y sus familias, en los cuales la enfermedad progresa inexorablemente hacia la muerte. Junto con el resto del equipo de profesionales debe esforzarse en responder a las necesidades y problemas, facilitar los procesos de adaptación a la situación de la fase terminal, contribuir a la comunicación

paciente-familia-equipo y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados (Junin, 2010). El trabajo del personal de enfermería en los cuidados paliativos es arduo ya que no solo lo hace con pacientes y familiares, sino colabora con sus compañeros de trabajo.

El personal de enfermería debe contar además de su formación general con una formación específica en cuidados paliativos, teniendo en cuenta que es otro tipo de problemática ya que no todos los pacientes tienen cura y pueden morir en un corto plazo, dando como consecuencia un cambio de actitud del personal de curativa a paliativa. Otros aspectos importantes tanto para el personal de enfermería como los otros miembros del equipo son: la madurez profesional y personal, la habilidad en detectar y atender los detalles, junto con la capacidad de obtener una visión global de la situación (Aibar, y otros, 2002). El trabajo de cuidados paliativos es más delicado ya que se trabaja con pacientes y familiares que se encuentran en la última etapa de la enfermedad, por lo que es necesario adquirir una preparación para realizar este trabajo.

2.4.5. Funciones del personal de enfermería en los cuidados paliativos

A continuación se hablará acerca de las funciones que debe cumplir el personal de enfermería en el desarrollo de los cuidados paliativos, las mismas que se subdividen en tres: a) la función asistencial, b) función de docencia y c) función de investigación (Junin, 2010).

- a. *Función asistencial:* Identifican los problemas y necesidades actuales y potenciales del paciente y la familia, ayudando a satisfacer las necesidades de

salud del paciente en el ámbito donde se encuentre: hospital o domicilio.

Proveen medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente.

- b. Preservan la dignidad de la persona frente al sufrimiento y la inminencia de la muerte. Permaneciendo al lado del paciente estableciendo una relación de ayuda a través del acompañamiento y creando un ambiente de confianza, fortaleciendo la relación enfermera-paciente y por último alientan al máximo la participación del enfermo en el proceso de atención, fomentando el autocuidado y la autoestima.
- c. *Función de Docencia.* Brindan explicaciones al paciente y su familia en respuesta a las necesidades que esté presente, trabajan con la familia entrenándoles y supervisándoles en técnicas de cuidados y administración del tratamiento, por último capacitan a miembros del equipo en el tema de cuidados paliativos.
- d. *Función de Investigación.* Intervienen en la elaboración y aplicación de protocolos clínicos y trabajos de investigación científica y difunden los resultados en eventos y publicaciones relacionadas con Cuidados Paliativos.

2.5. Funciones del cuidador paliativo profesional en el contexto de la enfermedad oncológica

Algunos autores como Fuste (2013) habla acerca de las funciones que cumple el cuidador paliativo con pacientes oncológicos:

Los cuidadores paliativos se encargan de aplicar el PAE, es decir, la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación del paciente. Proporcionan atención integral tanto al paciente como a su familia, respondiendo a sus necesidades de salud individuales, estableciendo una relación terapéutica y de apoyo hacia los mismos. Por otro lado con el paciente trabajan en propiciar los máximos niveles de recuperación de su autonomía alentándole a participar activamente en el proceso, a pesar de los límites impuestos por su enfermedad, para promover de esta manera el desarrollo de la persona, impulsando la capacidad de adaptación y crecimiento del mismo, desde el momento del diagnóstico y hasta la situación terminal.

Por otra parte elaboran protocolos de actuación propios para el manejo de problemas más frecuentes. De esta manera contribuyen a una atención especializada, mediante el seguimiento clínico, la prevención, detección y control de síntomas, el uso de la tecnología propia y la administración segura y correcta de tratamientos complejos, actualizando su práctica clínica mediante el contacto con otros profesionales.

También promueven actividades de búsqueda e investigación, destinadas a mejorar los fundamentos de los cuidados basados en la evidencia. Se mantienen e implementan los conocimientos clínicos y las habilidades técnicas y de comunicación mediante el estudio y la formación continuada.

2.6. Función del personal de enfermería oncológica

El trabajo que realiza la enfermera oncológica es significativo por lo que ha ido evolucionando en el tiempo. Es importante que las enfermeras oncológicas crean en

su conocimiento, estén preparadas para planificar, prevenir y adelantarse a las complicaciones que puede haber, de igual manera es relevante que mantenga buena relación con sus compañeros de trabajo y exista apoyo y buena comunicación entre ellos (Nieto, 2010). Las enfermeras de la misma manera son las que mantienen contacto directo con los pacientes y familiares de los mismos por lo que debe potenciar su intervención con los mismos.

Según la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) se define los cuidados en oncología como:

La prestación de servicios enfermeros profesionales y competentes al individuo, familia o comunidad en todo el contenido salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal. Para ello, la enfermería oncológica desarrolla sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que le permite identificar y tratar respuestas humanas y determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual del cliente (Nieto, 2010, p.p. 20-22).

Los cuidados que realizan el personal de enfermería son tanto para los pacientes como para sus familias, desde la fase diagnóstico de la enfermedad hasta la fase terminal, tratándole al paciente en todo su ser: psicológico, biológico, social y espiritual. Realizan funciones tanto de asistencia, docencia como de investigación.

3. RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL CAMPO DE LA ENFERMERÍA

3.1. Introducción y antecedentes históricos

Se estima que desde la década 1970 empieza la preocupación por los factores psicosociales en relación a la salud laboral, desde esta fecha ha ido incrementándose la importancia del tema, así como ha ganado amplitud, diversificación y complejidad, pero también ambigüedad e imprecisión (Báez, Factores y Riesgos Psicosociales, 2010). El estudio de los factores psicosociales es un tema que al pasar del tiempo ha ido aumentando su importancia.

Un documento histórico relacionado con el tema es la obra Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud, editado por la OMS y coordinado por Kalimo, El-Batawi y Cooper (1988). Se muestra en el mismo que este tipo de factores provienen de la percepción y la experiencia de los trabajadores y que está influenciado por los innumerables factores que afectan al trabajador. Así el trabajador se encuentra rodeado de números tipos de riesgos psicosociales los cuales afectan tanto al trabajador como al desempeño del mismo, afectando a la empresa.

3.2. Definición del término factor y riesgo psicosocial

Para poder explicar de mejor manera que son los riesgos psicosociales y su influencia en el trabajador y empresa, es importante mencionar el concepto de factores

psicosociales el cual debe ser una definición amplia para poder abarcar toda la problemática que conlleva el mismo, por lo que se puede decir que:

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo (Organización Internacional del Trabajo, 1986, p. 3).

Esta definición abarca la realidad del trabajador tanto dentro de la institución como fuera, es decir, las necesidades del trabajador como profesional y ser humano.

Por otra parte al hablar de riesgos psicosociales se puede mencionar que son las consecuencias de la organización del trabajo, que se pueden presentar en un hecho, acontecimiento, situación o estado, pueden afectar la salud del trabajador teniendo repercusiones relevantes. Para poder entender de mejor manera es necesario señalar una diferencia entre los riesgos psicosociales con los factores psicosociales, los riesgos no son condiciones organizacionales sino hechos, situaciones o estados del organismo y sus repercusiones son en la parte humana y profesional de la persona (Báez & Moreno, 2010). Así los riesgos psicosociales son las repercusiones laborales que afectan el bienestar personal de los trabajadores.

Así se puede señalar que los riesgos psicosociales son contextos laborales que normalmente perjudican la salud de los trabajadores, teniendo en cuenta que los efectos pueden variar entre un trabajador y otro. Un ejemplo de los riesgos psicosociales son la violencia en el trabajo o el acoso laboral. Las consecuencias de los riesgos psicosociales tienen mayor probabilidad de aparecer y mayor probabilidad de ser más graves (ibid).

3.3. Clasificación de los riesgos psicosociales

No existe una clasificación propia, específica y única de los riesgos psicosociales, pero se puede mencionar los más relevantes como es el estrés (Seyley, 1956), la violencia (Chapell & Di Martino, 2006) y el acoso (Salin, 2003). Estos riesgos son los que con más frecuencia se presentan en las organizaciones.

3.3.1. Estrés

El riesgo psicosocial más relevante sin duda es el estrés ya que generalmente actúa como respuesta ante un estímulo demandante y en este caso ante los factores psicosociales de riesgo. La Comisión Europea define el estrés laboral como:

Un patrón de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento ante ciertos aspectos nocivos del contenido, organización y el medio ambiente de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de respuesta y la frecuente sensación de no poder afrontarlos (p.p. 22-23).

De esta manera se puede mencionar que el estrés como riesgo psicosocial consiste en un estado de agotamiento del organismo que dificulta de manera relevante las respuestas funcionales y adaptativas del organismo y la persona.

El estrés laboral presenta una clasificación por lo que Shirom (2003) diferencia dos tipos de estrés laboral: 1) cuando las demandas laborales superan los recursos del trabajador, 2) cuando el trabajador se ve expuesto a eventos críticos. En el primer caso se produce un efecto de desajuste, en el segundo un efecto de descompensación, especialmente si la exposición es a estresores intensos. Dando como resultados un bajo rendimiento de la persona lo que provoca un deterioro de la organización.

3.3.2. Violencia

La violencia es un tema que se está desarrollando con mayor frecuencia en la actualidad, probablemente un rasgo de las nuevas formas y estilos de vida, que está optando la sociedad. La violencia es un incidente en el cual una persona es abusada, amenazada o agredida en situaciones relacionadas con el trabajo (Chapell & Di Martino, 2006). La violencia es un tema que se está dando en la actualidad, en todo ámbito sea laboral, familiar, escolar.

Una definición de violencia realiza La OMS (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002) que indica que es el uso intencional del poder, amenaza o efectivo, contra otra persona o un grupo, en circunstancias relacionadas con el trabajo. Sus consecuencias se encuentran direccionadas hacia la calidad de vida laboral y hacia la salud del

trabajador tanto en los aspectos físicos como los mentales. Es también un riesgo laboral que ha ido teniendo cada vez mayor atención legal.

Por otro lado, California Occupational Safety and Health Administration (1995) realiza la clasificación de los contextos en los que puede aparecer la violencia. Esta clasificación divide los tipos de violencia en tres tipos fundamentales:

- Violencia de tipo (a) son los actos violentos procedentes de personas que no están relacionadas con el propio trabajo, por ejemplo: robos, asaltos y atracos en el lugar de trabajo. El objetivo de este tipo es la obtención de bienes valiosos para los asaltantes.
- Violencia de tipo (b) son los actos violentos provenientes de los clientes a quienes se presta atención, por ejemplo: la reclamación o exigencia de supuestos derechos. El objetivo del mismo es obtener un servicio que no se estaba recibiendo.
- Violencia de tipo (c) son los actos violentos que provienen de compañeros o superiores del mismo lugar de trabajo. Por ejemplo los conflictos laborales de tipo organizacional o personal. El objetivo del mismo es obtener unos beneficios que no estaban obteniendo o estaban siendo reclamados por otros grupos.

En este sentido, la violencia impuesta por el cliente es la que en mayor porcentaje se puede observar en los lugares de trabajo, principalmente en instituciones de salud, debido a que se trabaja con la salud de las personas, enfermedades crónicas, muertes las mismas que por ser una pérdida las personas no reaccionan adecuadamente frente

a ello y culpabilizan al personal de salud, atacándoles, agrediendoles tanto física como psicológicamente y actualmente por las nuevas leyes impuestas hasta demandándoles.

3.3.3. Acoso laboral

Otro tema que actualmente se está estudiando con gran importancia es el acoso laboral que es una manera de violencia en el trabajo, pero posee características propias y sus efectos en la salud de los trabajadores son de clara importancia. El acoso laboral es conocido también como *mobbing* y es considerado actualmente uno de los riesgos laborales más importantes en la vida laboral. El número creciente de casos aparecidos en la prensa ha aumentado el interés social hacia el problema y la preocupación legal por el tema.

La violencia psicológica es difícil de identificar en el trabajo ya que las consecuencias se pueden deformar o a la vez pueden ser negadas. Por lo tanto, en las organizaciones el *mobbing* se manifiesta como un abuso del poder para someter la voluntad de otra persona mediante el uso del maltrato psicológico o de las amenazas de tipo económico o político (Peralta, 2014). Al hablar del poder en la empresa se puede basar de acuerdo a las jerarquías según el organigrama de la empresa por lo que el abuso de poder puede llevar a la utilización de agresiones físicas y psicológicas hacia las personas que ocupen los puestos inferiores de la jerarquía o a su vez hacia las personas que les consideren diferentes.

El ambiente del trabajo inadecuado es considerado como una forma de *mobbing*, cuando existen conflictos en las relaciones interpersonales, un trabajo muy monótono, poco interesante, con poca motivación.

3.4. Efectos de los riesgos psicosociales

Las consecuencias de los riesgos psicosociales son perjudiciales en el bienestar personal del trabajador las más frecuentes son: el estrés, la insatisfacción laboral, problemas de relación, desmotivación laboral, entre otros.

Teniendo en cuenta que no todos los trabajadores presentan la misma reacción ante una determinada condición psicosocial adversa. Algunas características propias de cada trabajador como: su personalidad, las necesidades, sus expectativas, su vulnerabilidad, la capacidad de adaptación, determinarán la magnitud y la naturaleza tanto de sus reacciones como de las consecuencias que sufrirá. Así, estas características personales también tienen un papel importante en la generación de problemas de esta naturaleza (Daza & Pérez, 2002). Desde este planteamiento, los riesgos psicosociales se pueden categorizar en dos bloques (Ver cuadro 1.02).

Cuadro 1.02: Categorización de los riesgos psicosociales.

-
- a. Estresores o demandas laborales, entendidas como aspectos físicos, sociales y organizacionales que requieren esfuerzo sostenido, y están asociados a ciertos costes fisiológicos y psicológicos.
 - b. La falta de recursos personales y laborales. Los recursos personales hacen referencia a las características de las personas tales como autoeficacia profesional. Por otra parte, los recursos laborales, son entre otros, el nivel de autonomía en el trabajo, el feedback o retroalimentación sobre las tareas realizadas, y la formación que oferta la organización.
-

Fuente: Schaufell y Salanova (2002).

El trabajo que realiza el personal de salud es arduo por lo que están rodeados de riesgos psicosociales debido a que ellos laboran la mayor parte de tiempo a un ritmo rápido, por la gran demanda de pacientes que existe y a su vez por las exigencias dispuestas por la ley, dando como resultado que el personal posponga su trabajo y no lo realice al día, acumulándose cada vez más de trabajo, provocando frustración, apatía, irritabilidad en el personal.

Por otra parte Aguilar (2002) señala que el trabajo hospitalario conlleva un servicio permanente, durante las 24 horas del día y los 365 días del año, con la obvia existencia de trabajo, realizando turnos tanto la mañana como la noche. Este tipo de trabajo puede acarrear repercusiones sobre la salud de las personas que merecen ser atendidas.

Dichas consecuencias se refieren principalmente a tres tipos de factores:

- *Modificación de los ritmos circadianos:* La actividad fisiológica del organismo está sometida a una serie de ciclos establecidos. Los ritmos circadianos cumplen ciclos de alrededor de 24 horas, que siguen unos ciclos de activación y desactivación que se corresponden con los estados naturales de vigilia y sueño. El trabajo a turnos comporta una contradicción entre los diversos sincronizadores

sociales y el organismo, lo que da lugar a la llamada “patología de la turnicidad”, que se caracteriza por astenia, nerviosismo y dispepsia.

- *Alteraciones del sueño:* En los trabajadores nocturnos la última fase del sueño se ve alterada, o no se puede llegar a conseguir, por lo que no se logra la recuperación de la fatiga que es uno de los objetivos del sueño. Por otra parte hay que considerar que las condiciones ambientales que se dan durante el día: luz, ruido, entre otras, dificultan más la posibilidad de un sueño reparador. Dichas alteraciones del sueño tienen consecuencias directas sobre la salud, dando lugar a situaciones de estrés y fatiga crónica, que se traducen normalmente en alteraciones del sistema nervioso y digestivo.
- *Repercusiones sobre la vida familiar y social:* En la sociedad que vivimos está organizada para un horario “normal” de trabajo. El trabajo a turnos dificulta las relaciones tanto a nivel familiar como social, por una falta de sincronización con los demás y por las dificultades de organización debido a los continuos cambios que produce la alternancia de horarios creando problemas de índole psicosocial.

4. LA PSICOLOGÍA POSITIVA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

4.1. Introducción

La Psicología Positiva (PP) se la puede entender como el estudio del funcionamiento psíquico óptimo tanto de personas, como de grupos o instituciones, lo que podría corregir el desequilibrio entre la investigación psicológica y la práctica centrada exclusivamente en variables psicopatológicas. Además la PP intenta entender las condiciones, procesos y mecanismos que llevan aquellos estados subjetivos, sociales y culturales que caracterizan a una vida plena, haciendo hincapié en la rigurosidad del método científico (Linley, Joseph, Harrington, & Wood, 2006). Hacer PP no es excluir que las personas se pueden enfermar y sufrir, por el contrario es dejar de igualar salud mental con ausencia de enfermedad, es decir, es encargarse de potenciar aquello que funciona bien, en otras palabras es enfocarse en las potencialidades de las personas.

La PP corrigió el desequilibrio que sufrió la Psicología en los últimos 60 años al dar mayor importancia a los aspectos patológicos de las personas, por lo que la PP reconoce el sufrimiento y los aspectos negativos de las personas, trabajando en la complementariedad de enfoques. Por lo que se puede señalar que una intervención ideal sería la consideración de ambos enfoques de forma conjunta. Históricamente los psicólogos les han dedicado mucho más esfuerzo a los abordajes centrados en las situaciones problemas o conflictos que a los aspectos salugénicos (Ver cuadro 1.03).

Cuadro 1.03: Abordaje Clásico Versus Abordaje de la Psicología Positiva.

Áreas de la Psicología	Abordaje Clásico en Psicología	Abordaje Propuesto por PP
Evaluación y Diagnóstico	Se evalúan los trastornos psicológicos, los rasgos de la personalidad patológicos, las áreas problemas a trabajar, los conflictos, los síntomas.	Se evalúan los aspectos adaptativos, el potencial de las personas, las fortalezas, el bienestar psicológico, los recursos, la creatividad.
Área Clínica	Se trata de aliviar o mejorar los síntomas, esclarecer los conflictos. Se aconseja sobre situaciones problema. Se elimina lo "negativo".	Se trabaja sobre los rasgos positivos y el cultivo sobre las fortalezas. El cambio positivo se logra aumentando las capacidades resilientes del paciente, la frecuencia de emociones positivas, el significado del sentido de la vida, la realización de actividades intencionales para aumentar el bienestar.
Área Laboral	Se identifican problemas y se ponen en marcha estrategias dirigidas a la mejora del déficit: la insatisfacción laboral, el bajo rendimiento, la baja motivación, el poco compromiso, el estrés laboral, el ausentismo.	Se trabaja sobre la potenciación de las virtudes organizacionales, el incremento del bienestar laboral por sobre el dinero o la productividad, el capital psicológico de los miembros de la organización.
Área Educativa	Se identifican factores que obstaculizan o inhiben el proceso de aprendizaje. Se realizan intervenciones psicopedagógicas para rehabilitar el déficit. Se orienta a los padres sobre aspectos conflictivos de los niños y adolescentes. Se realizan tareas de orientación vocacional.	Se trabaja sobre las fortalezas personales y como se aplican a diferentes contextos para fortalecer los estados de <i>flow</i> (estados plenos de felicidad). Se entrenan las capacidades meta-cognitivas, la motivación, la inteligencia emocional y la práctica.

Fuente: (Castro, 2010)

4.2. Fundamentos de la Psicología Positiva

Para entender de mejor manera a la PP Seligman (2002) señala la existencia de tres vías de acceso para una vida plena que son las siguientes:

- a) La primera vía es a través de las emociones positivas o vida placentera (pleasant life). Esta vía es tal vez la más conocida y responde a la noción de felicidad. La

cual consiste en incrementar la mayor parte del tiempo, la cantidad de emociones positivas para ser feliz. La propuesta hedonista considera que la felicidad consiste en tener la mayor cantidad de momentos felices a lo largo de nuestras vidas. Estos momentos pueden alcanzarse en el presente a través del *savoring*¹ y del *mindfulness*². Ambos consisten en rescatar el momento presente de la forma más genuina posible. El *savoring*, o saborear el momento presente, consiste en deleitar nuestros sentidos de la forma más auténtica posible. Por otro lado el *mindfulness* es un estado mental que se alcanza a través de un entrenamiento caracterizado por la atención plena a los propios pensamientos, acciones o sensaciones.

- b) Las emociones positivas también pueden alcanzarse focalizándoles en el pasado, al cultivar la gratitud y el perdón, o en el futuro, a través de la esperanza y el optimismo. Este acceso a la felicidad (vida placentera) tiene dos límites importantes: 1) el nivel de emocionalidad positiva que está ligado a la personalidad y a los componentes genéticos heredables (entre un 40% a 50%). Esto significa que el nivel de emocionalidad positiva que tienen las personas es más o menos fijo, con poca probabilidad de cambio (Lyubomirsky, 2008). 2) adaptación edónica o habituación. Las personas se habitúa rápidamente a las emociones positivas y resulta necesario incrementarlas de forma permanente.
- c) La tercera vía de acceso o vida con significado *meaningful life*, está vinculada con la búsqueda de sentido lo que puede entenderse en un contexto global más amplio.

¹ Es la capacidad para poder apreciar, atender y mejorar las experiencias positivas de la vida. Es un proceso activo para obtener placer y satisfacción mediante experiencias positivas.

² El comportamiento autorregulado es la clave del bienestar. La ansiedad y el estrés provienen de un comportamiento automático (desatenciones) en el cual el individuo actúa de modo compulsivo con patrones repetitivos. Mediante la atención plena al estado presente se rompen los automatismos.

Esta tercera vía es la aplicación de las fortalezas personales para el desarrollo de algo más importante y amplio que uno mismo: es aplicar la fortaleza para ayudar a los demás y hacer que estos puedan desarrollar sus potenciales. Generalmente este proceso se da a través de las instituciones: la familia, el trabajo, la escuela, la comunidad. En suma, exponer nuestras capacidades al servicio de los demás para obtener significado vital como un resultado de este proceso.

Las tres rutas mencionadas son complementarias. Las personas pueden alcanzar la vida plena a través de cualquiera de ellas, quienes emplean conjuntamente las tres rutas registran mayor satisfacción (Peterson, 2006). En término de la PP, la vida placentera da lugar al estudio de las emociones positivas; la vida comprometida está relacionada con el estudio de la fortaleza, las virtudes personales y los estados *flow* (estados plenos de felicidad), y la vida con significado está en relación con las instituciones positivas; este último tópico es el que está conceptualmente menos desarrollado.

5. EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

5.1. Definición de Bienestar

La tradición hedónica concibió originalmente el bienestar como un indicador de la calidad de vida basado en la relación entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción experimentado por las personas (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976). El Bienestar es una correcta adaptación del individuo en el entorno.

Varios autores pasaron posteriormente a definirlo en términos de satisfacción con la vida: juicio global que las personas hacen de su vida (Veenhoven, 1994; Atienza, Pons, Balaguer, & García, 2000), o en términos de felicidad: balance global de los afectos positivos y los afectos negativos que han marcado nuestra vida, tal y como lo concibió Bradburn (1969) primero, y después Argyle (1992). El bienestar se entiende desde varios aspectos como son: la felicidad, el desarrollar las capacidades, la satisfacción con la vida.

Los conceptos del bienestar se les puede agrupar en tres categorías como son: la primera categoría se relaciona con la satisfacción de la vida, con la valoración que realiza el sujeto de su vida de manera positiva. La segunda categoría corresponde a la preponderancia de los afectos positivos sobre los negativos. Y por último, la tercera categoría habla acerca de la felicidad como una virtud y como el único valor final y suficiente en sí mismo. Esta categoría señala que todo lo demás solo es un medio para alcanzarla y una vez lograda es suficiente ya que nada más es deseado (Diener, 1995). Se puede entender al bienestar como la manera en la que una persona se siente bien.

5.2. Clasificación de bienestar

Últimamente se han realizado varios estudios acerca del bienestar lo que ha logrado ampliar el concepto de lo mencionado. El bienestar ha sido clasificado en dos grandes tradiciones según Ryan y Deci (2001) que son: una relacionada fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico) y otra ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico). Algunos autores (Keyes, Ryff, & Shmotkin, 2002) han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo Bienestar Subjetivo (BS), en inglés *Subjective Wellbeing* (SWB) como principal representante de la tradición hedónica y el constructo Bienestar Psicológico (BP) o *Psychological Wellbeing* (PWB) como representante de la tradición eudaimónica. El bienestar se puede entender de mejor manera al explicar las dos tradiciones en las que se clasifica.

La tradición hedónica concibe el bienestar subjetivo como: “Una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida” (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999, p.p. 276-302). El bienestar es el conjunto de aquellas cosas que se necesitan para vivir bien.

Se señala que existe dos elementos primordiales en el BS que son: a) el estado emocional, es decir, los afectos y b) la satisfacción por la vida (ver cuadro 1.04). Por lo que Veenhoven (1994) define al BS como: “El grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva” (p. 57). El BS es el grado en que la persona se siente satisfecho con su vida.

Cuadro 1.04: Componentes del Bienestar Subjetivo.

Afecto Positivo	Afecto Negativo	Satisfacción con la vida	Dominios de Satisfacción
Alegría	Culpa y vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Enfado	Satisfacción con el futuro	Saludo
Cariño	Estrés	Satisfacción con cómo otros ven nuestra vida	Ingresos
Felicidad	Depresión	-	Con uno mismo
Éxtasis	Envidia	-	Con los demás

Fuente: (Castro, 2010)

Por otro lado la tradición eudaimónica señala que el BP ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades, la consecución de metas y objetivos y el crecimiento personal, es decir, la autorrealización, los mismos que influyen en el funcionamiento positivo. Sus primeras concepciones se articularon en torno a conceptos como: la auto-actualización (Maslow, 1968), el funcionamiento pleno (Rogers, 1961) o la madurez (Allport, 1961). Para la tradición eudaimónica el bienestar es desarrollar las capacidades, potencialidades, autorrealizarse para de esta manera presentar un funcionamiento óptimo.

El bienestar también se clasifica en el Bienestar Social (BSO) que se define como: “la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (Keyes, 1998, p.p. 121-140), y se compone de cinco dimensiones: La *integración social*, que tienen la peculiaridad de colocar al sujeto en el centro de una red de relaciones sociales y se interesan por la medida en que su necesidad de pertenencia está convenientemente satisfecha. La *aceptación social*, por saber si confía

y se siente cómodo en compañía de los otros. La *contribución social*, es decir, si siente que aporta algo a la sociedad o comunidad en la que vive, y, al tiempo, si es tomado en cuenta. La *actualización social*, si existe confianza en la sociedad y cree que dicha sociedad sabe dónde va. Y finalmente la *coherencia social*, es decir, si tiene interés y curiosidad por saber que ocurre en el mundo.

5.3. Modelos Teóricos del Bienestar

A continuación se explicarán cinco modelos teóricos del Bienestar.

Cuadro 1.05: Modelos Teóricos del Bienestar.

Teorías Universalistas o télicas	El bienestar se alcanza cuando se logran los objetivos vitales.
Teorías Situacionales	Las personas con más bienestar son aquellas que viven experiencias vitales positivas con mayor frecuencia.
Teorías Personológicas	El bienestar está anclado en las variables de la personalidad. Las personas con alta extraversión y bajo neuroticismo son las más felices.
Teorías de la Adaptación	El bienestar es relativamente estable. Los eventos vitales tienen poco impacto sobre el nivel de bienestar en el largo plazo. Importancia del punto de anclaje.
Teorías de las Discrepancias	Las personas más felices son aquellas en las que existe una relación adecuada entre aspiraciones y logros.

Fuente: (Castro, 2010).

El Bienestar Psicológico es un estado equilibrado frente a las diversas situaciones que se presentan en el transcurso de la vida, es decir, adaptarse a situaciones incluso negativas de una manera adecuada.

5.4. Bienestar Psicológico según el modelo de Ryff

Un modelo explicativo consiste en la comprobación de la manera en la que se conectan las variables para buscar algún tipo de explicación del fenómeno estudiado, y de este modo verificar las hipótesis (Hernández I. , 2011). El modelo explicativo se utiliza para la comprobación de hipótesis a través de la conexión de las variables.

Se puede entender al Bienestar Psicológico (BP) como el resultado que el sujeto realiza una auto-evaluación acerca de cómo ha vivido. Ryff (1989) relaciona las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital para una mejor comprensión. A través del análisis factorial en una población norteamericana, se pudo determinar a las siguientes dimensiones (Ryff y Keyes, 1995).

- a. Apreciación positiva de sí mismo.
- b. Capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida.
- c. Alta calidad de los vínculos personales.
- d. Creencia de que la vida tiene propósito y significado.
- e. Sentimiento de que se va creciendo y desarrollando a lo largo de la vida.
- f. Sentido de autodeterminación.

Se puede expresar que el BP se presenta como un concepto multidimensional (Ryff y Keyes, 1995). Es un concepto complejo que ha sido empleado de un modo impreciso en relación con otros como *satisfacción vital* y *calidad de vida*, como lo hemos señalado anteriormente. Ryff y Keyes (1995) diferencian al bienestar psicológico, definiéndolo como percepción subjetiva, estado o sentimiento; la satisfacción es

entendida como la gratificación proporcionada por los proyectos personales; mientras que la calidad de vida es el grado en que la vida es percibida favorablemente. Consideran que se lo puede medir a través de algunos de sus componentes, afectos y cognición, los cuales tienen que ser examinados en diferentes contextos tales como familia y trabajo.

5.5. Escala de medición del Bienestar Psicológico de Ryff

Esta escala evalúa el bienestar a través de seis dimensiones las cuales se detallan según sus puntuaciones a continuación:

La primera dimensión es la auto-aceptación que significa que las personas se aceptan con sus virtudes y defectos (Ver cuadro 1.06).

Cuadro 1.06: Auto-aceptación

Alta Puntuación	La persona posee una actitud positiva hacia sí mismo; reconoce y acepta lo positivo y negativo y presenta sentimientos positivos hacia lo ya vivido.
Baja Puntuación	La persona presenta sentimientos de insatisfacción consigo mismo; decepcionado con lo ocurrido en su vida; desea ser diferente a lo que es.

La segunda dimensión que evalúa la escala son las relaciones positivas, la manera en la que las personas interactúan con su entorno, cuantas relaciones de calidad tienen; se explica las características de las personas que presenten una alta y baja puntuación a continuación (Ver cuadro 1.07).

Cuadro 1.07: Relaciones positivas con otros

Alta Puntuación	Mantiene relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias, de mutua confianza; preocupado por el bienestar de otros; capaz de gran empatía, afecto e intimidad; comprende el dar y tomar de las relaciones humanas.
Baja Puntuación	Tiene pocas relaciones estrechas con otros; dificultad para ser cálido, abierto y para preocuparse por los demás; aislado y frustrado en las relaciones interpersonales; no se esfuerza por mantener compromisos duraderos.

Otras de las dimensiones estudiadas es la autonomía, es decir, tener la sensación de poder tomar decisiones por uno mismo, aun sabiendo que en ocasiones se puede ir en contra de lo que piensen otras personas (Ver cuadro 1.08).

Cuadro 1.08: Autonomía

Alta puntuación	Es independiente y autodeterminado; capaz de resistir presiones sociales para pensar y actuar de ciertos modos; regula la conducta internamente; autoevaluación desde estándares personales.
Baja puntuación	Preocupado por las expectativas y evaluaciones de los demás; confía en los juicios de los otros para tomar importancia decisiones; se conforme a las presiones para pensar y actuar de determinada manera.

La dimensión dominio del entorno se refiere a que las personas son capaces de desenvolverse en cualquier tipo de entorno, se adaptan a las circunstancias, se explica las características cuando presentan alta y baja puntuación (Ver cuadro 1.09).

Cuadro 1.09: Dominio del ambiente

Alta puntuación	Sentido de dominio y competencia manejando el ambiente; controla múltiples conjuntos de actividades externas; hace uso efectivo de las oportunidades del contexto; capaz de elegir o crear contextos adaptados a las necesidades y valores personales.
Baja puntuación	Dificultad para el manejo de los asuntos diarios; se siente incapaz de cambiar o mejorar el contexto cercano; no consciente de oportunidades; falta de sentido de control sobre el mundo externo.

Al hablar de propósito en la vida se puede decir que las personas se marcan metas a alcanzar, le encuentran sentido a su vida tienen un propósito (Ver cuadro 1.10).

Cuadro 1.10: Propósito en la vida

Altas puntuación	Tiene metas en la vida y sentido de dirección; sentimiento de significado en el presente y en el pasado; mantiene creencias que proporcionan significado a la vida.
Bajas puntuación	Falta de sentido, de significado vital; pocas metas u objetivos; falta un sentido de dirección; no se ve propósito en lo ya vivido; no tiene una filosofía unificadora de la vida.

Finalmente la dimensión crecimiento personal consiste en potenciar las fortalezas de cada uno, aprovechas las habilidades para de esta manera ir creciendo como persona (Ver cuadro 1.11).

Cuadro 1.11: Crecimiento personal

Altas puntuación	Sentimiento de desarrollo continuado y de mejora a través del tiempo; ve el yo en expansión y crecimiento; abierto a nuevas experiencias; sentido de desarrollo del propio potencial; cambia en modo que reflejan más autoconocimiento y efectividad.
Baja puntuación	Sentido de estacionamiento personal; falta de sentido de mejora o expansión a lo largo del tiempo; se siente incapaz de desarrollar nuevas actitudes o conductas; aburrimiento y desinterés vital.

Fuente: (Ryff, 1989)

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Antecedentes

El Bienestar Psicológico es un concepto amplio que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, así como comportamientos relacionados con la salud en general que llevan a las personas a funcionar de un modo positivo (Ryff, 1989). Está relacionado con cómo la gente lucha en su día a día afrontando los retos que se van encontrando en sus vidas, ideando modos de manejarlos, aprendiendo de ellos y profundizando su sensación de sentido de la vida.

Según el modelo de Ryff (1989), las dimensiones que incluyen el bienestar psicológico y que se estudiarán son: el auto-concepto, la autonomía, el crecimiento personal, las relaciones positivas, el dominio del entorno y el propósito en la vida. Estas dimensiones hacen alusión a características centrales de la salud mental, la madurez, la realización personal y reflejan un funcionamiento psicológico positivo.

3.2. Significado del problema

En el Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes, se visualizó la presencia de un porcentaje de pacientes que acuden a consulta y crean una demanda hacia el personal

médico y de enfermería, lo que lleva al enfrentamiento del estrés diario, sobre todo en la necesidad de paliar los problemas físicos y psicosociales del paciente y su entorno.

Al pasar el personal de salud, la mayor parte de tiempo en el trabajo, se podría ocasionar un exceso en la realización de actividades laborales y un esfuerzo en la recuperación natural del trabajo, lo que puede ocasionar un decremento en la salud, en el rendimiento laboral y en el bienestar psicológico.

Por lo tanto es importante analizar el nivel de bienestar psicológico existente en el personal así como los predictores del mismo y observar que sub- dimensión tiene mayor y menor predominancia.

3.3. Definición del Problema

- ¿Cuáles son los factores predictores del Bienestar Psicológico según el modelo de Ryff que presenta el personal de Enfermería y auxiliares de Enfermería del Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes?

- ¿Cuáles son los niveles de Bienestar Psicológico que presenta el personal de Enfermería y auxiliares de Enfermería del Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes?

- ¿Qué origina un bajo o alto nivel de Bienestar Psicológico en el personal de Enfermería y Auxiliares del Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes?

- ¿Cuál es la influencia del Bienestar psicológico que presenta el personal de enfermería del Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes?
- ¿Qué alternativa de solución existe frente al bajo nivel de Bienestar Psicológico que presenta el personal de Enfermería y auxiliares de Enfermería del Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes?

3.4. Planteamiento del tema

“Estudio de los predictores del Bienestar Psicológico según el modelo de Ryff en el personal de enfermería de una Institución de Salud”.

3.5. Delimitación del Tema

3.5.1. Contenido:

Campo: Salud

Área: Psicología Social

Aspecto: Bienestar

3.5.2. Delimitación Espacial:

Provincia: Tungurahua

Cantón: Ambato

Institución: Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes

3.5.3. Delimitación Temporal:

Octubre 2014 - Marzo 2015

3.5.4. Unidad de Observación:

Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes

3.5.5. Sujetos de Observación:

Personal de Enfermería (15 personas) y Auxiliares de Enfermería (25 personas).

3.6. Hipótesis

En el personal de enfermería existe un bajo nivel de bienestar psicológico.

3.7. Variables e Indicadores

3.7.1. Variable: Bienestar Psicológico

3.7.1.1. Indicadores:

- a) Auto-concepto
- b) Autonomía
- c) Crecimiento Personal
- d) Relaciones Positivas
- e) Dominio del Entorno
- f) Propósito en la vida

3.8. Objetivos

3.8.1. Objetivo General

Identificar los predictores del Bienestar Psicológico según el modelo de Ryff en el personal de enfermería de una Institución de Salud.

3.8.1.1. Objetivos Específicos

- a) Evaluar el nivel de Bienestar Psicológico.

- b) Determinar los indicadores de mayor y menos predominancia del bienestar psicológico.
- c) Relacionar los aspectos sociodemográficos con los resultados obtenidos del bienestar psicológico.
- d) Elaborar un artículo de divulgación con los resultados obtenidos.

3.9. Metodología

La metodología que se utilizará será de tipo descriptiva y comprenderá un estudio exploratorio de corte transversal.

3.9.1. Tipo y Diseño de la investigación

El método utilizado correspondió al hipotético-deductivo o científico, en el que se identificó el problema, se formuló la hipótesis de trabajo (en el personal de enfermería existe un bajo nivel de bienestar psicológico.), se realizó la investigación de campo, se verificó la hipótesis y se dedujeron las conclusiones.

Esta investigación se realizó con el paradigma descriptivo debido a que se busca conocer una realidad y situación a través de la descripción exacta de los procesos, actividades, personas, con la finalidad de explicar y comprender el porqué del mismo. En este caso el nivel de Bienestar Psicológico, sus predictores y componentes de mayor

y menor predominancia. El paradigma tiene como meta el predecir las relaciones existentes entre dos o más variables (Morales, 2010).

El diseño o estudio de investigación es exploratorio de corte transversal. Es exploratorio ya que nos permitió conocer las dimensiones del Bienestar Psicológico del personal de enfermería, variable que no ha sido estudiada en una investigación, realizando un estudio de campo; de corte transversal debido a que nos permitió señalar la magnitud y distribución del fenómeno estudiado en un momento dado (Hernández, 2007).

3.9.2. Participantes

La población con la que se trabajó consta de 40 personas, de las cuales se encuentran distribuidas, 15 enfermeras y 25 auxiliares de enfermería, los mismos están distribuidos entre hombres y mujeres en el caso de los auxiliares de enfermería, ya que en el personal de enfermería solo existen mujeres, las edades oscilan entre los 34 a 36 años. Con respecto al lugar de trabajo, el personal se encuentra repartido en 10 áreas existentes en el hospital.

3.9.3. Procedimiento

Para la presente investigación en primera instancia se recolectó información bibliográfica referente al tema, la misma fue sintetizada. Posterior a ellos se determinaron los instrumentos a ser aplicados para el análisis respectivo, entre los cuales despunta la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Se continuó con la aplicación de los instrumentos a los participantes que constan de 40 personas, 15 enfermeras y 25 auxiliares de enfermería. Los instrumentos se aplicaron de manera individual a cada enfermera y auxiliar. Estos instrumentos permitieron evaluar las sub-dimensiones del Bienestar Psicológico. Por respeto a la confidencialidad de cada persona previamente cada uno firmó una carta de consentimiento informado.

Para la tabulación de datos se utilizó el programa SPSS, el mismo que permitió el análisis estadístico inferencial para la interpretación de los resultados y comprobar la hipótesis. Finalmente se realizó las conclusiones y recomendaciones con los resultados obtenidos, y se elaboró el artículo de divulgación como propuesta de la investigación.

3.9.4. Técnicas

La investigación se basó en la técnica psicométrica, la cual permitió establecer las dimensiones del bienestar psicológico con pruebas debidamente estandarizadas, garantizando el procedimiento científico de la investigación en curso.

También se utilizó la técnica de encuesta Ad Hoc con la utilización de un cuestionario estructurado, con el fin de evaluar la percepción y satisfacción laboral del personal de enfermería.

3.9.5. Instrumentos

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión de D. Van Dierendonck). Adaptación española de 29 ítems traducida por Daría Díaz, Raquel Rodríguez-Carvajal, Amalio Blanco, Bernardo Moreno-Jiménez, Ismael Gallardo, Carmen Valle y Dirik van Dierendonck, 2006. En la versión utilizada se conservan las seis sub-escalas originales del test. Estas sub-escalas son: a) Autoaceptación, 4 ítems; b) Relaciones Positivas, 5 ítems; c) Autonomía, 6 ítems; d) Dominio del entorno, 5 ítems; e) Propósito en la vida, 5 ítems; f) Crecimiento Personal, 4 ítems.

El total de ítems de la Escala es 29, su formato de respuesta está compuesto por puntuaciones que van de 1 a 6, donde 1=Totalmente en Desacuerdo y 6=Totalmente de Acuerdo. La consistencia interna se explica con la utilización del Alfa de Cronbach dando como resultados una consistencia interna buena, con valores comprendidos entre 0,70 y 0,84 (Ver Cuadro 3.01).

Cuadro 3.01: Sub-escalas de Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión de D. Van Dierendonck) y su consistencia interna.

Subdimensiones	Características	α de Cronbach
Auto-aceptación	Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.	0,84
Relaciones positivas	La gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar.	0,78
Autonomía	Mantener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal.	0,70
Dominio del entorno	Es la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, es tener control sobre el mundo y sentirse capaz de influir sobre el contexto que les rodea.	0,82
Propósito en la vida	Es marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido.	0,70
Crecimiento personal	Es querer desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades.	0,71

Fuente: (Díaz, y otros, 2006).

Nota: Auto-aceptación= ,84; Relaciones positivas= 0,78; Autonomía= 0,70; Dominio del entorno 0,82; Propósito de vida= 0,70 y Crecimiento personal= 0,71 es cuestionable toma de decisiones sobre individuos, si es posible la descripción de grupos, si es posible la investigación teórica, en general.

Se utilizó una Ficha Ad Hoc para recopilación de información sociodemográfica, la cual por asuntos de confidencialidad consto con un código reemplazando el nombre de la población estudiada, la ficha constó de 12 preguntas, las cuales fueron: edad, sexo, cargo, número de veladas, años de trabajo, actividades que desempeñan con mayor y menor frecuencia, actividades con las que sienten que se desenvuelven de mejor y peor manera, y actividades que realizan para recuperarse del estrés dentro y fuera del trabajo. Los resultados obtenidos fueron analizados a través de la Media aritmética y la Frecuencia y con los mismos se observó que indicadores influyen en el

nivel de bienestar psicológico que presentó el personal de enfermería y auxiliares de enfermería.

Otro instrumento que se utilizó fue una encuesta Ad Hoc acerca de la satisfacción y percepción laboral, en la cual las preguntas realizadas fueron acerca de la percepción que tienen de la institución donde laboran, así como la percepción de preocupación de la institución, también se evaluó el grado de involucramiento y presión que presentan con el trabajo y por último el grado de malestar general que le ocasiona el trabajo; los resultados se relacionaran con los otros instrumentos aplicados para observar la correlación que existe entre ellos. Para su interpretación se utilizó la escala de Likert en donde 1 significaba muy poco y 6 bastante, de acuerdo a cada ítem.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis de las características sociodemográficas de la muestra

Las variables sociodemográficas son aquellas que se utilizan para explicar de mejor manera la consistencia de la investigación con respecto a las características de los participantes observados. Las variables que se consideraron para esta investigación fueron: edad, tiempo de trabajo, número de veladas, sexo, área de trabajo y estado civil. Dichas variables se consideraron necesarias para cumplir con los fines perseguidos en la investigación.

Para las variables cuantitativas: edad, tiempo, número de veladas se representaron los resultados a través del uso de la media aritmética (M) y la desviación estándar (Ds); como estadístico de contraste para encontrar la existencia de significancia estadística entre los grupos enfermeras ($n= 15$) y auxiliares ($n= 25$) se utilizó la Prueba t de student (t). Por otra parte, para las variables cualitativas: sexo, área de trabajo y estado civil se muestran los datos mediante las frecuencias (f) y la representación porcentual (%); para la prueba de hipótesis nula se utilizó la prueba Ji^2 -Cuadrado (X^2) (ver cuadro 4.01).

Cuadro 4.01: Análisis descriptivos de las características sociodemográficas

Variables	Enfermeras n= 15		Auxiliares n= 25		Contraste t(38)
	Media	Desviación	Media	Desviación	
Edad	35,3	4,15	34,4	6,08	,487
Tiempo	7,3	3,66	6,3	4,52	,735
Nº Veladas	1,2	1,01	,7	,98	1,481
	F	%	F	%	X²
Sexo					
Masculino	0	0,0%	6	24,0%	,4235*
Femenino	15	100,0%	19	76,0%	
Área de trabajo					
Hospitalización	6	40,0%	5	20,0%	8,630
UCI	4	26,7%	4	16,0%	
Consulta/Externa	1	6,7%	7	28,0%	
Quirófano	1	6,7%	3	12,0%	
Endoscopia	1	6,7%	1	4,0%	
Quimioterapia	1	6,7%	0	0,0%	
Esterilización	0	0,0%	2	8,0%	
Citología	0	0,0%	1	4,0%	
Emergencia	1	6,7%	1	4,0%	
Imagenología	0	0,0%	1	4,0%	
Estado civil					
Soltero/a	3	20,0%	4	16,0%	4,165
Casado/a	9	60,0%	17	68,0%	
Divorciado/a	1	6,7%	4	16,0%	
Unión libre	2	13,3%	0	0,0%	

Nota: * p< 0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Con respecto a la variable edad, por parte del personal de enfermería se encontró una media de $M= 35,3$ años con una desviación de $Ds= 4,15$, mientras que por el lado de los auxiliares de enfermería mostraron una media de $M= 34,4$ años con una desviación de $Ds= 6,08$. No se encontraron diferencias significativas $t= ,487$ por lo que se asume que ambos grupos son iguales.

En lo concerniente a la variable tiempo de trabajo, se observa en el personal de enfermería una media de $M= 7,3$ años con una desviación de $Ds= 3,66$. Mientras que

en los auxiliares de enfermería una media de $M= 6,3$ años con una desviación de $Ds= 4,52$. Lo que revela que no existe una significación estadística $t= ,735$.

En lo referente al número de veladas el personal de enfermería mostró una media de $M= 1,2$ veces a la semana con una desviación de $Ds= 1,01$, mientras que los auxiliares de enfermería se encontró una media de $M= ,7$ veces a la semana con una desviación de $Ds= ,98$. En consecuencia no se encontraron diferencias significativas $t= 1,481$ por lo que se asume que ambos grupos son iguales.

En cuanto a la variable 'sexo', las observaciones presentaron que existe una prevalencia menor del sexo masculino en los auxiliares de enfermería (24%) que del femenino (76%). Mientras que el sexo femenino el personal de enfermería presentó el 100%. La prueba Ji-Cuadrado (X^2) evidenció que existe significancia estadística entre ambos grupos $X^2= ,4235$; $p < 0,05$ y por lo tanto se concluye que existe diferencias en la distribución por sexo en los grupos observados (Ver gráfico 4.01).

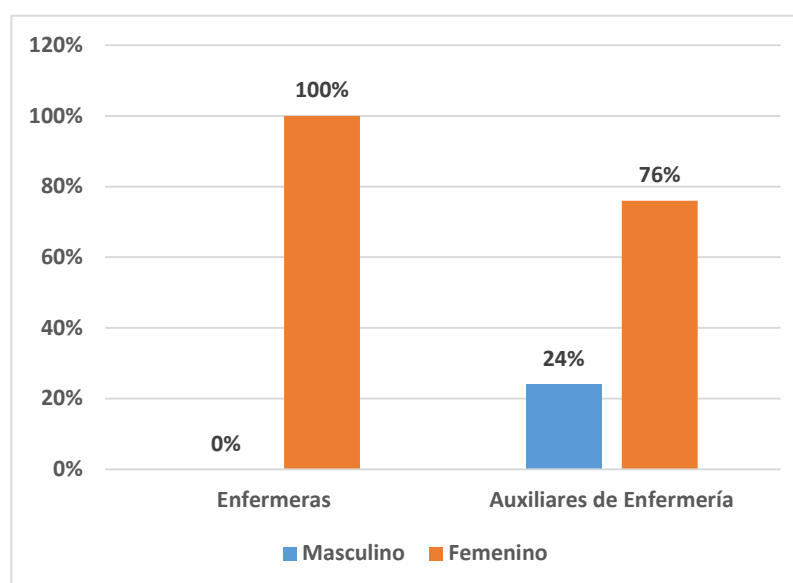


Gráfico 4.01: Distribución por sexo de los grupos de enfermeras y de auxiliares de enfermería.

Con respecto al sexo, el femenino resulta ser el de mayor proporcionalidad tanto en el personal de enfermería como en los auxiliares de enfermería. El sexo masculino tiene una pequeña representación en el grupo de auxiliares de enfermería. Lo que indicó que el sexo femenino según la percepción de la institución es más apto para el cuidado de pacientes. Según Guilligan (2007) al hablar acerca de la moralidad señala que la mujer piensa más acerca de proporcionar cuidado y de sus responsabilidades hacia personas específicas.

En lo referente a la variable área de trabajo, los resultados mostraron que el personal de enfermería se encuentra mayormente en el área de hospitalización (40%), seguido por el área de UCI con 26,7%, tanto en el área de consulta externa, endoscopía, quirófano, quimioterapia, emergencia se encuentra un 6,7%, mientras que en las áreas de Esterilización, Citología e imagenología no existen enfermeras en dichas áreas. Por

otra parte en los auxiliares de enfermería los resultados mostraron que su mayoría se encuentra en el área de consulta externa con 28%, seguido por el área de hospitalización 20%, en el área de UCI 16%, un 12% en quirófano, 8% en esterilización, tanto en las áreas de: endoscopía, citología, emergencia e imagenología existe un 4% y en el área de quimioterapia no existen auxiliares de enfermería (Ver gráfico 4.02).

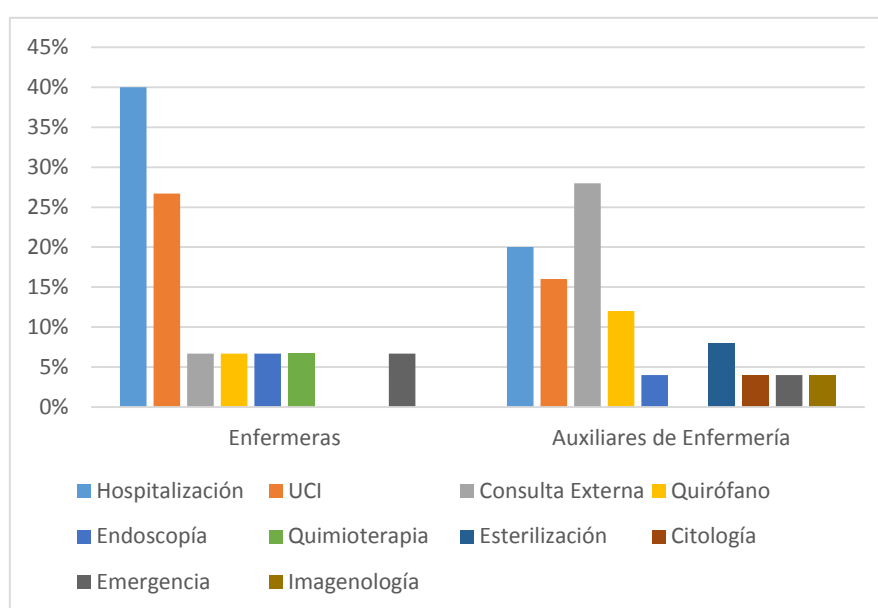


Gráfico 4.02: Distribución áreas de trabajo de los grupos de enfermeras y auxiliares de enfermería

Se pudo observar que en el área de mayor distribución del personal de enfermería corresponde a hospitalización ya que hay mayor demanda de trabajo a diario, de las cuales en su gran parte se hace cargo el personal de enfermería. En segundo lugar se encuentra el área de cuidados intensivos (UCI), esta área trabaja conjuntamente con hospitalización. Por parte de los auxiliares de enfermería los resultados mostraron que existen más en el área de consulta externa, en esta área los auxiliares trabajan conjuntamente con el personal médico y son los encargados de asistir a los doctores.

Finalmente la variable estado civil los resultados mostraron que en el personal de enfermería existe en su mayoría personas casadas (60%), seguido por solteros con 20%, unión libre con 13, 3% y divorciadas el 6,7%. Por el lado de los auxiliares de enfermería presentaron de igual manera en su mayoría son casados (68%), soltero/as y divorciado/a el 16% y no existen personas en unión libre 0%. Concluyendo que no existen diferencias significativas (Ver gráfico 4.03).

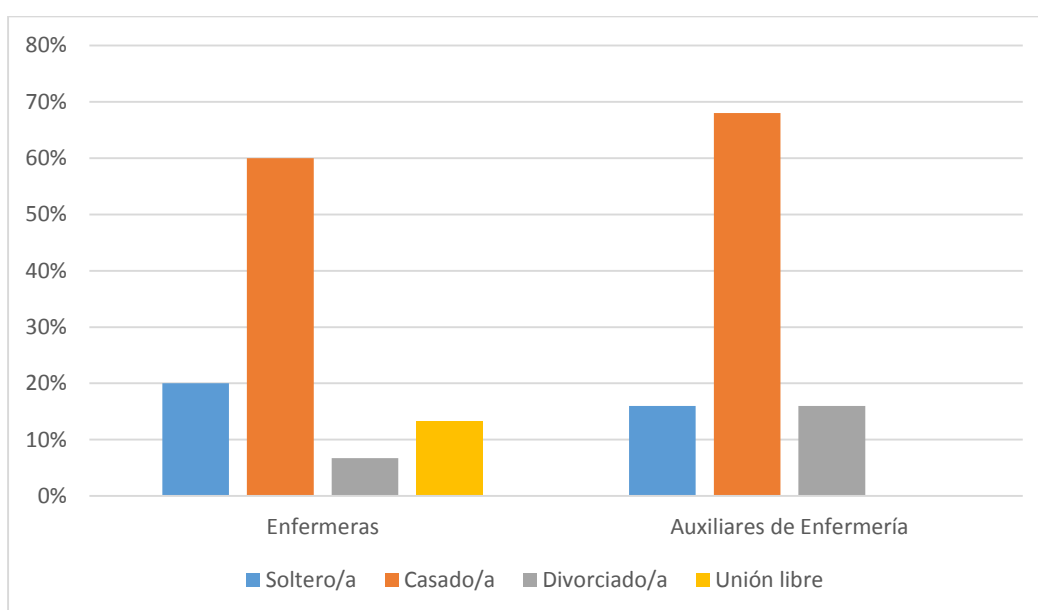


Gráfico 4.03: Distribución estado civil de los grupos de enfermeras y auxiliares de enfermería.

En lo referente a la variable estado civil se obtuvo que en su mayoría tanto el personal de enfermería como auxiliares de enfermería se encuentran casados, esto se relaciona con la variable edad ya los participantes observados tienen edades con medias de 35 años (enfermería) y 34 años (auxiliares), de acuerdo a las etapas de desarrollo se encuentran en la adultez joven, por lo que es una edad propicia para centrar elementos

prioritarios como el trabajo, la creatividad y el matrimonio (Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2007).

4.1.1. Análisis de las características laborales de la muestra

En esta sección se pretende realizar un análisis sobre las características laborales que presentaron los individuos evaluados. Las características comprenden dos dimensiones de evaluación. La primera tiene que ver con la cantidad de actividades que realizan que incluyen las de mayor y menor frecuencia y la segunda, las actividades con las que se sienten que se desenvuelven de mejor y peor manera.

Los resultados de cada componente se mostraran clasificados entre el grupo de enfermeras y auxiliares representados por la media (M) y la desviación típica (Ds). Además se utilizará como estadístico para la comprobación de hipótesis nula (H_0) a la prueba t^3 (*t de student*).

La hipótesis nula para todos los casos es que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de enfermeras y el de auxiliares (Ver cuadro 4.02).

³ Se basan en contrastar si las medias de cada grupo son similares (Barón & Téllez, 2004).

Cuadro 4.02: Análisis de las características laborales de la muestra

Número de actividades que realizan	Enfermeras n= 15		Auxiliares n= 25		Contraste t(38)
	Media	Desviación	Media	Desviación	
Con mayor frecuencia	5,87	3,11	5,64	2,56	,250
Con menor frecuencia	3,2	1,47	3,6	1,58	-,794
De mejor desenvolvimiento.	5,5	2,8	4,88	2,35	,711
De peor desenvolvimiento	1,8	1,82	2,48	2,57	-,897

Nota: * p< 0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Con respecto a las actividades que realizan con mayor frecuencia, las enfermeras mostraron una media de $M= 5,87$ actividades con una desviación de $Ds= 3,11$. Por el lado de los auxiliares de enfermería se encontró una media de $M= 5,64$ actividades con una desviación de $Ds= 2,56$. No se encontraron diferencias significativas $t= ,250$ por lo que se asume que ambos grupos son iguales (No se rechazó hipótesis nula).

En la pregunta que actividades realizan con menor frecuencia, el personal de enfermería presento una media de $M= 3,2$ actividades con una desviación de $Ds= 1,47$, mientras que los auxiliares de enfermería presentaron una media de $M= 3,6$ actividades con una desviación de $Ds= 1,58$. Los resultados revelan que no existe una significación estadística (No se rechazó hipótesis nula).

En las actividades con las que sienten que se desempeñan de mejor manera se encontró en las enfermeras una media de $M= 5,5$ actividades con una desviación de $Ds= 2,8$. En los auxiliares de enfermería se encontró una media de $M= 4,88$ actividades con una desviación de $Ds= 2,35$. En consecuencia no se encontraron diferencias significativas (No se rechazó hipótesis nula).

Finalmente en las actividades con las que sienten que se desenvuelven de peor manera los resultaron mostraron en las enfermeras una media de $M=1,8$ actividades con una desviación de $Ds= 1,82$. Por el lado de los auxiliares se encontró una media de $M= 2,48$ actividades con una desviación de $Ds= 2,57$. No se encontraron diferencias significativas $t= -,897$ por lo que se asume que ambos grupos son iguales (No se rechazó hipótesis nula) (Ver gráfico 4.04).

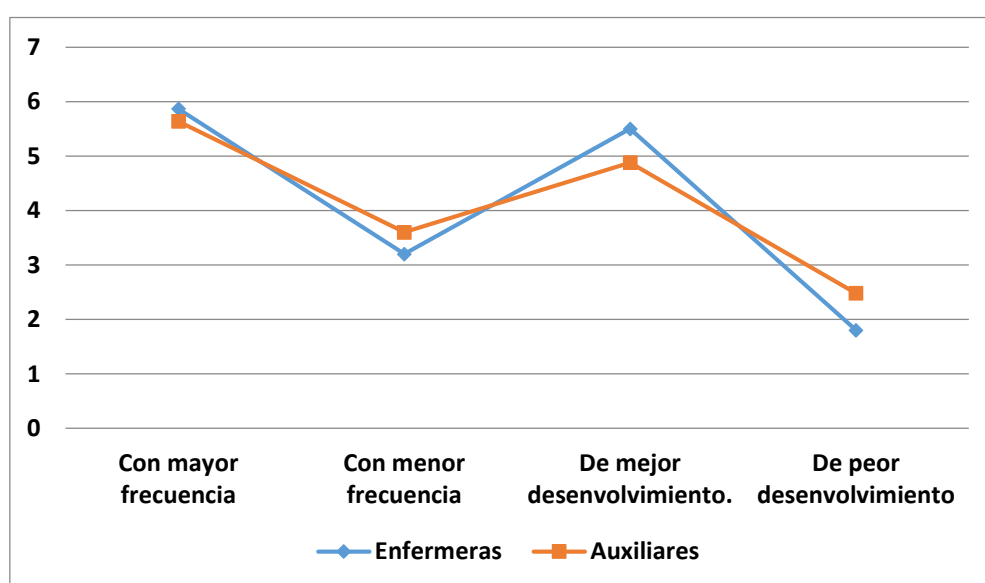


Gráfico 4.04: Análisis de las actividades laborales de la muestra.

Con respecto a las actividades que realizan la población estudiada se puede decir que el personal de enfermería realiza más actividades con mayor frecuencia que los auxiliares, aunque no se encontraron diferencias significativas. Por otro lado los auxiliares realizan actividades con menor frecuencia, es decir, existe menor variedad entre las actividades de su trabajo. Las enfermeras sienten que se desenvuelven de mejor manera en aproximadamente 6 de las 13 actividades que generalmente realizan, mientras que los auxiliares tienen esa percepción en 5 de las 13 actividades como media. Con respecto a las actividades que sienten que se desenvuelven de peor manera

se halló que las enfermeras realizan alrededor de 2 de las 13 actividades, de la misma forma los auxiliares sienten que se desenvuelven de peor manera en 2 de las 13 actividades, no se encontró significancia estadística.

Se analizaron cuáles son las actividades que con mayor frecuencia realizan tanto el personal de enfermería como los auxiliares de enfermería, se destacaron las tres actividades más frecuentes (ver Cuadro 4.03).

Cuadro 4.03: Análisis de las actividades que se realizan con mayor frecuencia

Actividades que se realizan en las funciones generales del personal de enfermería	Enfermeras n= 15		Auxiliares n= 25	
	F	%	F	%
Hidrataciones del paciente	14	93,3%	5	20%
Procederes EV	12	80%	6	24%
Procederes IM o SC	8	53,3%	4	16%
Procederes vía oral	7	46,7%	7	28%
Control de signos vitales	8	53,3%	22	88%
Vigilancia de monitores	7	46,7%	9	36%
Vigilancia y contabilidad de drenajes	4	26,7%	14	56%
Vigilancia del balance hidromineral	7	46,7%	3	12%
Cura de lesiones	1	6,7%	3	12%
Aseo de cama	0	0%	18	72%
Condición de ventilación mecánica	5	33,3%	4	16%
Recibir y distribuir comida	0	0%	6	24%
Traslado de pacientes	6	40%	18	72%
Instrumentar en el quirófano	1	6,7%	9	36%
Cuidado del pcte en su aseo personal	2	13,3%	14	56%
Administración EV de medicamentos de quimioterapia	6	40%	0	0%

n= 40 observaciones.

En relación a las actividades de forma global que realizan el personal de enfermería los resultados mostraron entre las actividades más importantes: hidratación del

paciente (93,3%), procedimientos EV del paciente (80%), procedimientos IM o SB del paciente y control de signos vitales (53,3%). Mientras que por el lado de los auxiliares de enfermería las actividades más importantes fueron: Control de signos vitales (88%), aseo de cama y traslado de pacientes (72%) (Ver gráfico 4.05).

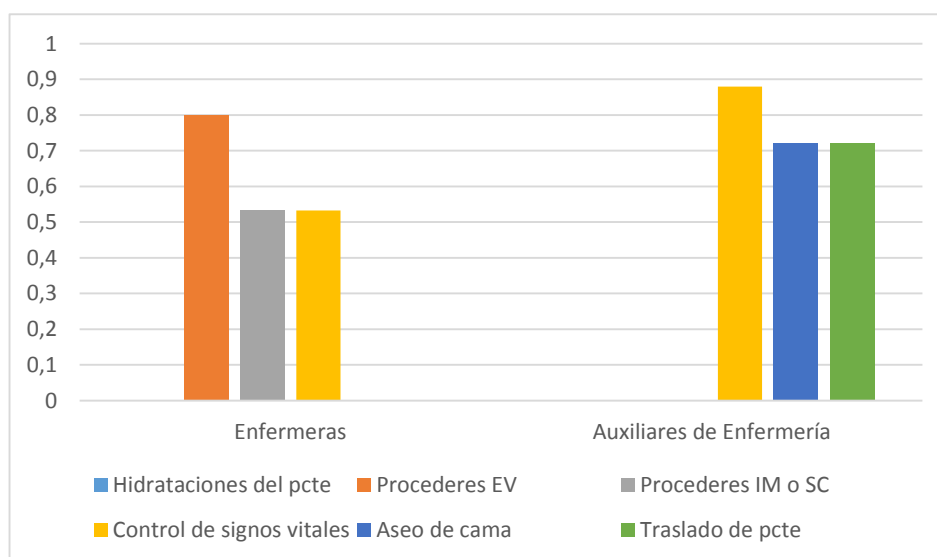


Gráfico 4.05: Actividades que realizan con mayor frecuencia los grupos estudiados.

En este gráfico se puede observar que el personal de enfermería realiza con mayor frecuencia los procedimientos EV del paciente, por el lado de los auxiliares lo que más realizan es el control de signos vitales funciones que son propias de cada cargo.

A continuación se analizaron los tipos de actividades que se realizan con menor frecuencia tanto en el personal de enfermería como los auxiliares de enfermería, se destacaron las actividades que presentaron mayor frecuencia para el presente caso (ver Cuadro 4.04).

Cuadro 4.04: Análisis de las actividades que se realizan con menor frecuencia

Actividades que se realizan en las funciones generales del personal de enfermería	Enfermeras n= 15		Auxiliares n= 25	
	F	%	F	%
Hidrataciones del paciente	1	6,7%	8	32,0%
Procederes EV	2	13,3%	5	20,0%
Procederes IM o SC	3	20,0%	6	24,0%
Procederes vía oral	4	26,7%	6	24,0%
Control de signos vitales	0	0,0%	7	28,0%
Vigilancia de monitores	0	0,0%	7	28,0%
Vigilancia y contabilidad de drenajes	0	0,0%	4	16,0%
Vigilancia del balance hidromineral	0	0,0%	4	16,0%
Cura de lesiones	7	46,7%	12	48,0%
Aseo de cama	7	46,7%	5	20,0%
Condición de ventilación mecánica	3	20,0%	6	24,0%
Recibir y distribuir comida	5	33,3%	7	28,0%
Traslado de pacientes	5	33,3%	5	20,0%
Instrumentar en el quirófano	4	26,7%	6	24,0%
Cuidado del pcte en su aseo personal	3	20,0%	1	4,0%
Administración EV de medicamentos de quimioterapia	4	26,7%	1	4,0%

n= 40 observaciones.

Con respecto a las actividades con menor frecuencia que realizan el personal de enfermería los resultados mostraron entre las actividades más importantes: cura de lesiones y aseo de cama (46,7%), recibir y distribuir la comida a los pacientes junto al traslado de pacientes mostraron el 33,3%. Mientras que por el lado de los auxiliares de enfermería las actividades más importantes fueron: cura de lesiones (48%), hidrataciones del paciente con 32% y control de signos vitales y vigilancia de monitores con 28% (Ver gráfico 4.06).

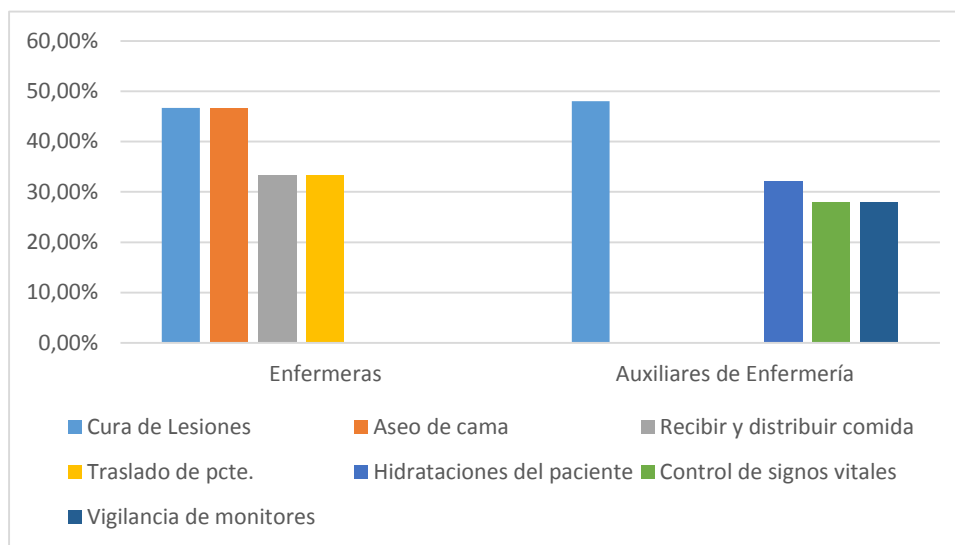


Gráfico 4.06: Actividades que realizan con menor frecuencia los grupos estudiados

Las actividades que realizan con menor frecuencia tanto el personal de enfermería como los auxiliares es la cura de lesiones, es una función que le pertenece al personal de enfermería, así como las hidrataciones del paciente sin embargo lo realizan los auxiliares; la función aseo de camas es propia de los auxiliares de enfermería no obstante lo realizan las enfermeras. Por lo que se puede concluir que en las unidades muestrales estudiadas, realizan actividades tanto del personal de enfermería como de los auxiliares.

Se explica también, cuáles son las actividades con las que sienten que se desenvuelven de mejor manera tanto el personal de enfermería como los auxiliares de enfermería (ver Cuadro 4.05).

Cuadro 4.05: Análisis de las actividades que sienten que se desenvuelven de mejor manera

Actividades que se realizan en las funciones generales del personal de enfermería	Enfermeras n= 15		Auxiliares n= 25	
	F	%	F	%
Hidrataciones del paciente	11	73,3%	5	20,0%
Procederes EV	12	80,0%	5	20,0%
Procederes IM o SC	7	46,7%	4	16,0%
Procederes vía oral	5	33,3%	5	20,0%
Control de signos vitales	11	73,3%	20	80,0%
Vigilancia de monitores	6	40,0%	6	24,0%
Vigilancia y contabilidad de drenajes	3	20,0%	14	56,0%
Vigilancia del balance hidromineral	4	26,7%	2	8,0%
Cura de lesiones	2	13,3%	2	8,0%
Aseo de cama	1	6,7%	16	64,0%
Condición de ventilación mecánica	8	53,3%	2	8,0%
Recibir y distribuir comida	0	0,0%	2	8,0%
Traslado de pacientes	2	13,3%	15	60,0%
Instrumentar en el quirófano	2	13,3%	12	48,0%
Cuidado del pcte en su aseo personal	1	6,7%	12	48,0%
Administración EV de medicamentos de quimioterapia	7	46,7%	0	0,0%

n= 40 observaciones.

Los resultados revelaron que las actividades con las que se sienten que se desenvuelven de mejor manera el personal de enfermería fueron: procederes EV del paciente con un 80%, seguido por hidrataciones del paciente y control de signos vitales con 73,3%. En cambio en los auxiliares de enfermería las actividades fueron: control de signos vitales con 80%, seguido por aseo de cama con 64% y traslado de pacientes con 60%. Fueron las actividades de mayor predominancia a nivel global con las que el personal siente que se desenvuelve de mejor manera (Ver gráfico 4.07).

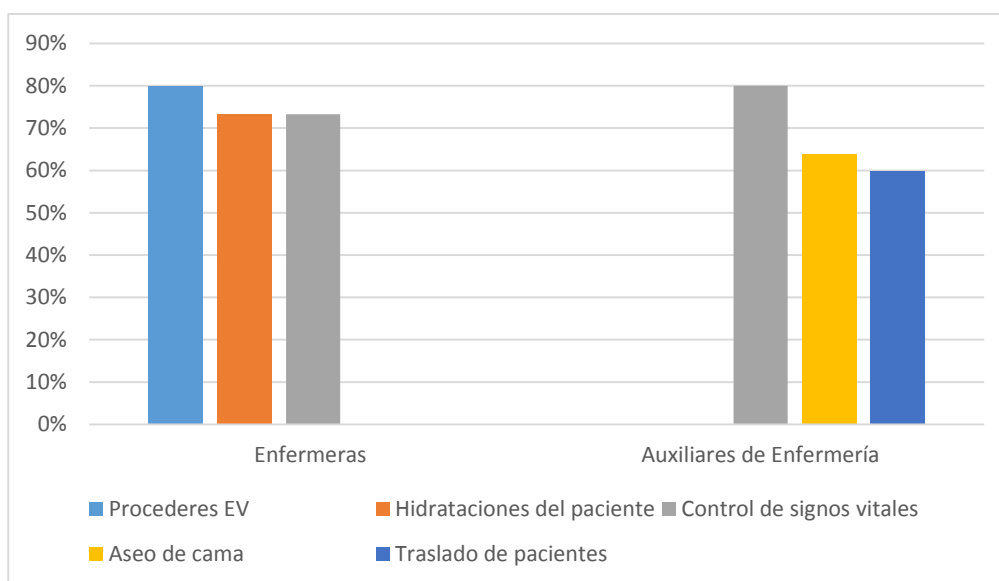


Gráfico 4.07: Actividades que sienten que se desenvuelven de mejor manera.

En lo referente a las actividades que perciben que se desenvuelven de mejor manera los resultados mostraron en las enfermeras la actividad procederes EV del paciente, función propia de este cargo; por el lado de los auxiliares de enfermería sobresale el control de signos vitales. Se pudo observar que las actividades con las que sienten que se desenvuelven de mejor manera es la misma que realizan con mayor frecuencia en ambos casos tanto en el personal de enfermería como en los auxiliares de enfermería.

Finalmente se explica sobre las actividades que perciben tanto el personal de enfermería como los auxiliares de enfermería que realizan de peor manera (ver cuadro 4.06).

Cuadro 4.06: Análisis de las actividades que sienten que se desenvuelven de peor manera

Actividades que se realizan en las funciones generales del personal de enfermería	Enfermeras n= 15		Auxiliares n= 25	
	F	%	F	%
Hidrataciones del paciente	1	6,7%	6	24,0%
Procederes EV	0	0,0%	4	16,0%
Procederes IM o SC	0	0,0%	6	24,0%
Procederes vía oral	1	6,7%	4	16,0%
Control de signos vitales	0	0,0%	3	12,0%
Vigilancia de monitores	0	0,0%	7	28,0%
Vigilancia y contabilidad de drenajes	0	0,0%	1	4,0%
Vigilancia del balance hidromineral	0	0,0%	4	16,0%
Cura de lesiones	3	20,0%	5	20,0%
Aseo de cama	3	20,0%	0	0,0%
Condición de ventilación mecánica	2	13,3%	5	20,0%
Recibir y distribuir comida	3	20,0%	2	8,0%
Traslado de pacientes	5	33,3%	4	16,0%
Instrumentar en el quirófano	5	33,3%	2	8,0%
Cuidado del pcte en su aseo personal	2	13,3%	1	4,0%
Administración EV de medicamentos de quimioterapia	2	13,3%	8	32,0%

n= 40 observaciones.

Los resultados mostraron que en cuanto a las actividades con las que perciben que se desenvuelven de peor manera el personal de enfermería se destacan: el traslado de pacientes junto al instrumentar en el quirófano con 33%, seguido de realizar cura de lesiones, con el aseo de cama y el recibir y distribuir la comida con 20%. Por el lado de los auxiliares de enfermería se observó que las actividades con menor desempeño según su percepción fueron: administración EV de medicamentos de quimioterapia con 32%, seguida de hidrataciones de paciente y procederes IM o SB del paciente con 24% (Ver gráfico 4.08).

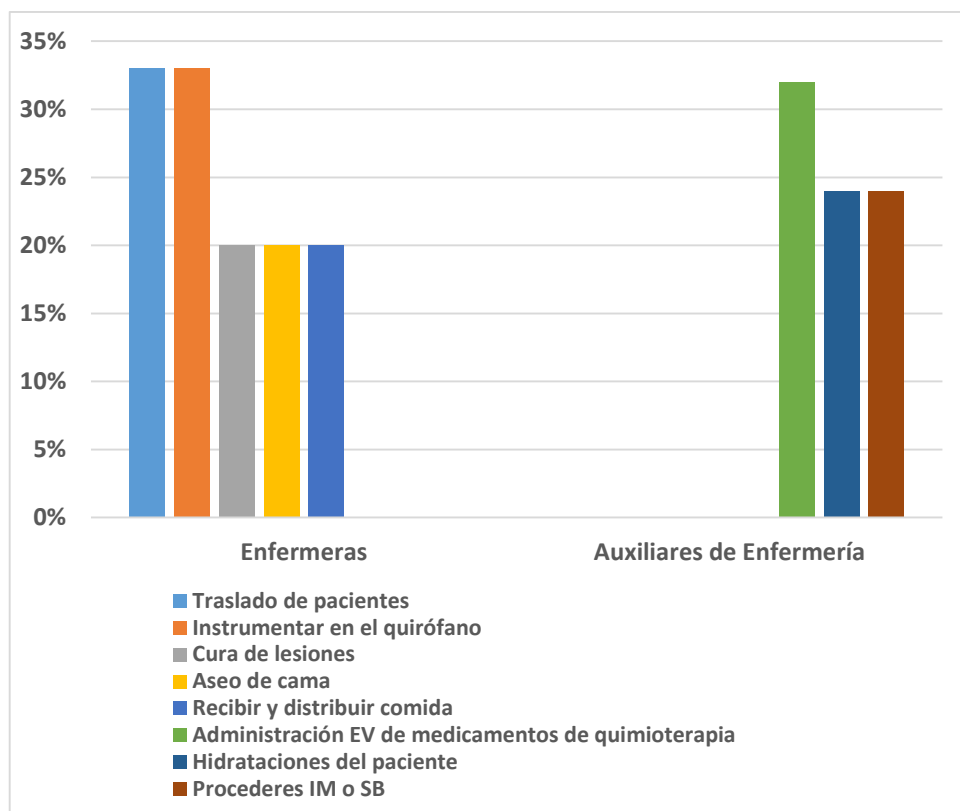


Gráfico 4.08: Actividades que sienten que se desenvuelven de peor manera

En el caso de las actividades que perciben que se desenvuelven de peor manera se halló en el personal de enfermería el traslado de pacientes y el instrumentar en el quirófano por el lado de los auxiliares la administración EV de medicamentos de quimioterapia teniendo en cuenta que la misma es función del personal de enfermería. Lo que sugiere que el personal tanto de enfermería como auxiliares se siente más seguros con las actividades que realizan con mayor frecuencia.

4.2. Análisis descriptivo de la evaluación del bienestar psicológico

En esta parte de la investigación se realiza el análisis descriptivo de la Escala del Bienestar Psicológico, el análisis descriptivo está diseñado para describir una situación en un lugar y tiempo determinado, así como para observar el funcionamiento de los objetos de estudio. A continuación, se analizará las seis sub-dimensiones o componentes del BP, de forma independiente, con el fin de observar que dimensión es la que posee mayor y menor predominancia, observando tanto la Media (M) como la desviación típica (Ds) de cada una de las sub-dimensiones (ver cuadro 4.07).

Cuadro 4.07: Análisis descriptivos de la evaluación del Bienestar Psicológico

Sub-dimensiones	Media		Desv. típ.
	Estadístico	Error típico	Estadístico
Auto-aceptación	5,23	,077	,489
Relaciones positivas	3,57	,105	,664
Autonomía	3,19	,089	,565
Dominio del entorno	4,3	,09	,569
Crecimiento personal	4,89	,113	,717
Propósito de vida	5,21	,107	,678
Bienestar Psicológico	26,39	,332	2,1

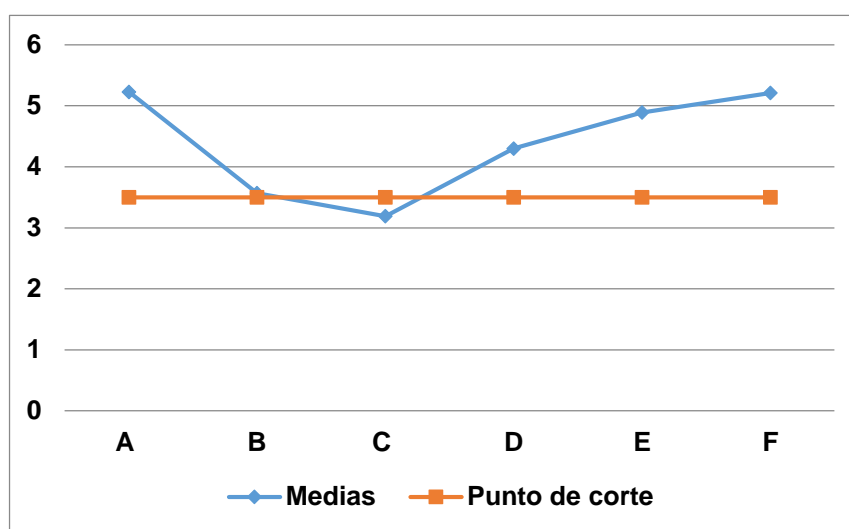
Nota: $n= 40$ observaciones.

Punto de corte para bienestar psicológico 18 puntos.

En el componente de auto-aceptación se encontró una media basada en $M= 5,23$ con una Desviación típica de $Ds= ,489$ y un error de la media de $Etm= ,077$. En el indicador de relaciones positivas se observó una media de $M= 3,57$ con una Desviación típica de $Ds= ,664$ y un error de la media de $Etm= ,105$. Por otro lado en la dimensión autonomía se contó con una media de $M= 3,19$ que presentó una Desviación típica de $Ds= ,565$ y un error de la media de $Etm= ,089$. En lo referente al componente de

dominio del entorno se halló una media de $M= 4,3$ con una Desviación típica de $Ds= ,569$ y un error de la media de $Etm= ,09$.

En lo concerniente al crecimiento personal presentó una media de $M= 4,89$ con una Desviación típica de $Ds= ,717$ y un error de la media de $Etm= ,113$. En la dimensión propósito de vida se encontró una media de $M= 5,21$ con una Desviación típica de $Ds= ,678$ y un error de la media de $Etm= ,10$. Dando como promedio una media de $M= 26,39$ con una Desviación típica de $Ds= 2,1$ y un error de la media de $Etm= ,332$ (Ver gráfico 4.09).



Clave: A: Auto-aceptación; B: Relaciones positivas; C: Autonomía; D: Dominio del entorno; E: Crecimiento personal; F: Propósito de vida.

Gráfico 4.09: Representación gráfica comparada con el punto de corte (3,5 puntos), de las medias obtenidas en las sub-dimensiones de la escala de Bienestar Psicológico utilizando la escala Likert.

La mayoría de las sub-dimensiones observadas, se encontraron por encima del punto de corte, el mismo que determinaría la sensibilidad y especificidad de la sub-dimensión. Las sub-dimensiones que se encuentren sobre el punto de corte son las de

mayor predominancia, es decir consideradas como fortalezas, mientras que las que se encuentren en la parte inferior al punto de corte son las de menor predominancia o consideradas como debilidades.

Se puede observar que las sub-dimensiones con mayor predominancia (más alejadas del punto de corte) fueron auto-aceptación y propósito de vida, es decir que mostraron mayor magnitud, se puede inferir que son personas que intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones; además se marcan metas, definen una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido. De igual manera, la sub-dimensión que presentó menor magnitud (más cercanas al punto de corte) fue las Relaciones positivas, por lo que se puede señalar que son personas que necesitan mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. Por otro lado la sub-dimensión que se encuentra en la parte inferior del punto de corte, considerado como debilidad fue la autonomía, es decir, son personas que no pueden mantener su propia individualidad en diferentes contextos y mantener su independencia y autoridad personal.

4.2.1. Análisis comparado de la evaluación del Bienestar Psicológico en Enfermeras y Auxiliares de Enfermería

En esta sección de la investigación se realizó un análisis de la media (M) de cada sub-dimensión del BP con su desviación típica (Ds), realizando una comparación entre el personal de enfermería y auxiliares de enfermería y observar la existencia o no de significancia estadística. Además se utilizó como estadístico para la comprobación de hipótesis nula (H_0) a la prueba t (*t de student*).

La hipótesis nula para todos los casos es que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de enfermeras y el de auxiliares (ver cuadro 4.08).

Cuadro 4.08: Análisis comparado por cargo de la evaluación del Bienestar Psicológico

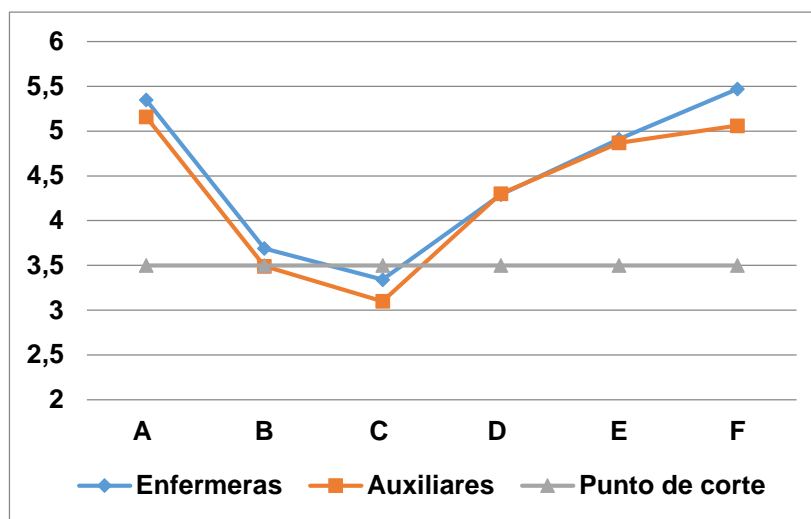
Sub-dimensiones	Enfermeras		Auxiliares		t(38)
	n= 15		n= 25		
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Auto-aceptación	5,35	,372	5,16	,543	1,148
Relaciones positivas	3,69	,518	3,49	,737	,946
Autonomía	3,34	,591	3,1	,540	1,335
Dominio del entorno	4,29	,42	4,30	,651	-,057
Crecimiento personal	4,91	,64	4,87	,771	,174
Propósito de vida	5,47	,613	5,06	,681	1,897+
Bienestar Psicológico	27,05	1,48	25,98	2,33	1,590

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Punto de corte para bienestar psicológico 18 puntos de la media obtenidas del puntaje bruto.

En el componente auto-aceptación se obtuvo en el grupo de enfermeras los valores $M= 5,35$; $Ds= ,372$. Mientras que en el grupo de auxiliares se obtuvo: $M= 5,16$; $Ds= ,534$. La prueba t no mostró diferencias significativas $t= 1,148$; $p> ,05$. En el indicador relaciones positivas se consiguió en el grupo de enfermeras los valores $M= 3,69$; $Ds= ,518$. Por otra parte en el grupo de auxiliares se obtuvo: $M= 3,49$; $Ds= ,737$. La prueba t no mostró diferencias significativas $t= ,946$; $p> ,05$. En la dimensión autonomía se adquirió en el grupo de enfermeras los valores $M= 3,34$; $Ds= ,591$.

Mientras que en el grupo de auxiliares se obtuvo: $M= 3,1$; $Ds= ,540$. La prueba t no mostró diferencias significativas $t= 1,335$; $p> ,05$. En el componente dominio del entorno en el grupo de las enfermeras se obtuvo los valores $M= 4,29$; $Ds= ,42$. Mientras que en el grupo de auxiliares se consiguió: $M= 4,30$; $Ds= ,651$. La prueba t no mostró diferencias significativas $t= -,057$; $p> ,05$. En la dimensión crecimiento personal se adquirió en el grupo de enfermeras los valores $M= 4,91$; $Ds= ,64$. Mientras que en el grupo de auxiliares se obtuvo: $M= 4,87$; $Ds= ,771$. La prueba t no mostró diferencias significativas $t= ,174$; $p> ,05$. En el indicador propósito de vida se obtuvo en el grupo de enfermeras los valores $M= 5,47$; $Ds= ,613$. Mientras que en el grupo de auxiliares se obtuvo: $M= 5,06$; $Ds= ,681$. La prueba t mostró significancia marginal $t= 1,897$; $p< ,07$ (Ver gráfico 4.10).



Clave: A: Auto-aceptación; B: Relaciones positivas; C: Autonomía; D: Dominio del entorno; E: Crecimiento personal; F: Propósito de vida.

Gráfico 4.10: Representación gráfica de las medias obtenidas en las sub-dimensiones de la escala de Bienestar Psicológico junto con el punto de corte (3,5 puntos).

En lo referente a las medias (M) y el punto de corte (3,5 puntos) de las sub-dimensiones se pudo observar que en la auto-aceptación y relaciones positivas no existió diferencias estadísticas significativas tanto en las enfermeras como en los auxiliares, se puede observar que en las sub-dimensiones dominio del entorno y crecimiento personal presentaron medias del mismo tamaño, por otra parte en la sub-dimensión propósito de vida existió una diferencia marginal significativa. Dichas sub-dimensiones se encuentran sobre el punto de corte lo que sugiere que tienen mayor predominancia, mientras que la sub-dimensión autonomía tanto en las enfermeras como en los auxiliares de enfermería se encuentra en la parte inferior del punto de corte, lo que significa que es de menor predominancia este sub-dimensión.

Se puede mencionar que tanto en el grupo de enfermeras como de los auxiliares de enfermería, predomina la auto-aceptación y el propósito de vida, lo que sugiere que

son personas que conocen los aspectos positivos y negativos de sí mismo, poseen una actitud positiva de sí mismos y poseen metas y sentido de dirección. Por otra parte se observó que la sub-dimensión con menor predominancia fue la autonomía en ambos grupos de estudio lo que señala que se preocupan por las expectativas y evaluaciones de los demás y confía en los juicios de los otros para tomar importancia decisiones.

4.2.2. Análisis de correlación entre las sub-dimensiones internas del BP

El concepto de correlación entre variables se refiere al grado de parecido existente entre las mismas. Una opción de correlaciones son las bivariadas que se utiliza para el estudio de la relación entre dos variables cuantitativas, en la cual los resultados revelan que los valores de las dos variables pueden variar de forma parecida o varían justamente al revés.

A continuación se presenta un cuadro de inter-correlaciones entre los sub-dimensiones del BP junto con el puntaje global del BP, los valores de las inter-correlaciones es el producto resultante del Coeficiente de Correlación producto-momento de Pearson⁴ (r) (ver gráfico 4.09).

⁴ La r de Pearson es un índice que mide el grado de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente, las comprueba y cuantifica (Morales, 2008).

Cuadro 4.09: Inter-correlaciones entre las sub-dimensiones del Bienestar Psicológico

Sub-dimensiones	A	B	C	D	E	F	G
Auto-aceptación	1						
Relaciones positivas	,154	1					
Autonomía	,274	,272	1				
Dominio del entorno	,183	,115	,192	1			
Crecimiento personal	,009	,236	-,043	-,151	1		
Propósito de vida	,492**	,353*	,370*	,111	,261	1	
Puntaje Global	,567**	,651**	,576**	,386*	,450**	,768**	1

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Clave: A: Auto-aceptación; B: Relaciones positivas; C: Autonomía; D: Dominio del entorno; E: Crecimiento personal; F: Propósito de vida; G: Puntaje Global.

La relación existente entre el puntaje global con el componente auto-aceptación fue de $r = ,567$; $p < ,01$ lo que indica que existe una correlación positiva de tipo moderada y se encontró significación. En lo que concierne a la relación entre las relaciones positivas con el puntaje global fue de $r = ,651$; $p < ,0$ lo que rebela la existencia de una correlación positiva moderada con significación estadística. Por otra parte la relación del puntaje global con el indicador autonomía los resultados que presentó fueron $r = ,576$; $p < ,01$ dando como consecuencia una correlación positiva moderada y significación estadística. Mientras que la relación entre el puntaje global con la dimensión dominio del entorno fue $r = ,386$; $p < ,05$ obteniendo una correlación positiva baja y significación estadística. En lo referente al crecimiento personal en relación con el puntaje global se obtuvo $r = ,450$; $p < ,01$ rebelando una correlación positiva moderada y significación estadística. Finalmente en la relación existente entre

el puntaje global con la dimensión propósito de vida fue $r = ,768$; $p < ,01$ lo que señala que existe una correlación positiva moderada y con significación estadística.

Cuadro 4.10: Correlación entre las subdimensiones del BP

Dimensiones	Media	r de Pearson	R ²
Propósito de vida	5,21	,768**	,59
Dominio del entorno	4,3	,386*	,149
Crecimiento personal	4,89	,450**	,02

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Con estos datos obtenidos, se procedió a la elaboración de un modelo de regresión múltiple con el método de pasos sucesivos⁵ entre los componentes internos del BP de mayor significación y que a la vez no cumplan el criterio de multi-colinealidad⁶ entre ellas, a fin de mejorar el nivel de predictibilidad de los componentes en mención con respecto al BP (Ver cuadro 4.10 y 4.11).

Cuadro 4.11: Modelo de variables predictoras entre las sub-dimensiones del bienestar psicológico

Modelo de variables predictoras	R	R cuadrado	R cuadrado ajustada
^a Propósito de vida.	,768 ^a	,590	,579
^b Propósito de vida, dominio del entorno.	,826 ^b	,682	,665
^c Propósito de vida, dominio del entorno, crecimiento personal.	,886 ^c	,785	,767

Correlación entre Propósito de vida y Dominio del entorno $r = ,111$; $p > ,05$.

Correlación entre Propósito de vida y Crecimiento personal $r = ,261$; $p > ,05$.

Correlación entre Dominio de entorno y Crecimiento personal $r = -,151$; $p > ,05$.

⁵ En cada paso se introduce la variable independiente que no se encuentre ya en la ecuación y que tenga la probabilidad para F más pequeña, si esa probabilidad es suficientemente pequeña. Las variables ya introducidas en la ecuación de regresión se eliminan de ella si su probabilidad para F llega a ser suficientemente grande. El método termina cuando ya no hay más variables candidatas a ser incluidas o eliminadas (Escuela Superior de Informática, 2013).

⁶ Es una de las hipótesis del modelo de regresión lineal múltiple la cual establece que no existe relación lineal exacta entre los regresores, es decir, hace referencia a la existencia de relaciones aproximadamente lineales entre los regresores del modelo, cuando los estimadores obtenidos y la precisión de éstos se ven seriamente afectados (Barón & Téllez, 2004).

Los resultados del análisis de regresión lineal múltiple identificaron que el mejor modelo que se ajusta a la predicción del BP fueron las sub-dimensiones del Propósito de vida, el dominio del entorno y el crecimiento personal, cuyos resultados fueron $R^2_{aj.} = ,767$ (Ver gráfico y cuadro 4.11).

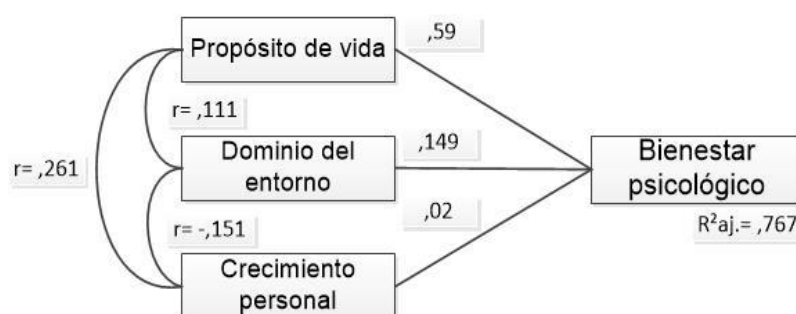


Gráfico 4.11: Modelo de predicción del Bienestar Psicológico a partir de los componentes internos de la misma.

El gráfico 4.09, muestra que los cambios que se producen en los tres componentes internos (sub-dimensiones), pueden predecir en un 76,7% los cambios de la variabilidad del BP. Se mantiene una relación positiva entre el propósito de vida, dominio de entono, crecimiento personal, es decir, a mayor BP mayor presencia de estas tres dimensiones.

Al hablar del predictor propósito de vida se puede decir que los participantes estudiados son personas que tienen metas en la vida y sentido de dirección; sentimiento de significado en el presente y en el pasado y mantiene creencias que proporcionan significado a la vida. Por parte del predictor dominio del entorno se sugiere que presentan competencia manejando el ambiente son capaces de controlar múltiples conjuntos de actividades externas y capaces de elegir o crear contextos adaptados a las necesidades y valores personales. Finalmente el predictor crecimiento personal señala

que cuentan con sentimiento de desarrollo continuado y de mejora a través del tiempo, observan el yo en expansión y crecimiento, son personas abiertas a nuevas experiencias, cambian en modo que reflejan más autoconocimiento y efectividad.

4.2.3. Relación entre las variables sociodemográficas, de trabajo y el bienestar psicológico.

Se realizará la correlación entre las variables: sociodemográficas (edad, tiempo de trabajo, veladas, actividades que realizan) con el bienestar psicológico, observando que variables presentan significancia estadística y que tipo de correlación existe.

A continuación se presenta un cuadro de correlaciones bivariadas entre las variables sociodemográficas con el puntaje global del BP, los valores de las correlaciones es el producto resultante del Coeficiente de Correlación producto-momento de Pearson (r) (Ver cuadro 4.12).

Cuadro 4.12: Correlaciones bivariadas entre variables sociodemográficas, de trabajo y el bienestar psicológico

Variables	A	B	C	D	E	F	G	H
Edad	1							
Tiempo de trabajo	,531**	1						
Veladas por semana	-,180	-,238	1					
Act. de mayor frecuencia	-,149	-,159	,259	1				
Act. de menor frecuencia	-,180	-,190	,030	,134	1			
Act. de mejor desempeño	-,301	-,124	,187	,146	,414**	1		
Act. de peor desempeño	-,050	-,162	,043	,107	,591**	,173	1	
Bienestar Psicológico	,284	,329*	,133	,022	-,255	-,142	-,006	1

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Clave: A: Edad; B: Tiempo de Trabajo; C: Veladas por semana; D: Act. de mayor frecuencia; E: Act. de menor frecuencia; F: Act. de mejor desempeño; G: Act. de peor desempeño; H: Bienestar Psicológico.

Se identificaron tres correlaciones con el BP. La primera fue la edad, y se encontró una correlación de $r = ,284$; $p > ,05$ lo que sugiere una correlación leve positiva sin significancia estadística. Otra variable que se encontró correlación fue el tiempo de trabajo con $r = ,329$; $p < ,05$ lo que indica una correlación leve positiva con significancia estadística. Por lo que se puede señalar que a mayor tiempo de trabajo mayor nivel de bienestar psicológico. Por último la variable actividades que realizan con menor frecuencia presentaron una correlación $r = -,255$; $p > ,05$ lo que señala una correlación leve negativa sin significancia estadística.

Al elevar al cuadrado los coeficientes de mayor correlación se obtienen los respectivos coeficientes de determinación⁷ que resultaron ser $R^2= 0,08$ para la variable edad; $R^2= 0,108$ para la variable tiempo de trabajo y $R^2= 0,065$ para la variable actividades de menor frecuencia.

4.3. Variables de satisfacción, involucramiento, malestar laboral y recuperación psicológica

Se expondrá un cuadro de correlaciones bivariadas existentes entre la satisfacción, involucramiento, malestar laboral y la recuperación del estrés dentro y fuera del trabajo con el puntaje global del BP, destacando las variables con significancia estadística y observando el tipo de correlación existente, los valores de las inter-correlaciones es el producto resultante del Coeficiente de Correlación producto-momento de Pearson (r) (Ver cuadro 4.13).

⁷ Es el coeficiente de correlación elevado al cuadrado (r^2) que indica la proporción (o porcentaje si multiplicamos por 100) de variabilidad común: indica la proporción de varianza de una variable determinada o asociada a la otra variable (Morales, 2008).

Cuadro 4.13: Correlaciones bivariadas entre satisfacción, involucramiento y malestar laboral.

Variables	A	B	C	D	E	F	G	H
Percepción satisfacción	1							
Preoc. de la Institución	,528**	1						
Involucramiento	-,075	,282	1					
Presión	-,164	-,324*	-,016	1				
Malestar	,568**	,159	,189	,219	1			
Recuperación dentro	,042	-,054	-,053	-,183	,077	1		
Recuperación fuera	,003	-,262	-,004	-,006	,265	,548**	1	
Bienestar psicológico	,004	,214	,275	-,450**	,039	,026	-,159	1

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Clave: A: Percepción satisfacción; B: Preoc. de la Institución; C: Involucramiento; D: Presión; E: Malestar; F: Recuperación dentro G: Recuperación fuera; H: Bienestar Psicológico.

Se encontró una correlación en la variable preocupación de la institución de $r = ,214$; $p > ,05$ lo que señala una correlación leve positiva sin significancia estadística. Así como en el involucramiento con el trabajo se halló una correlación de $r = ,275$; $p > ,05$ lo que alude a una correlación leve positiva, no se encontró significancia estadística. Finalmente en la variable presión laboral se encontró una correlación de $r = -,450$; $p < ,01$ lo que revela una correlación moderada negativa con significancia estadística, por lo que se puede señalar que a mayor presión menor nivel bienestar psicológico.

Al elevar al cuadrado los coeficientes de mayor correlación se obtienen los respectivos coeficientes de determinación que resultaron ser $R^2 = 0,4$ para la variable preocupación de la institución; para la variable involucramiento con el trabajo se obtuvo $R^2 = 0,07$ y $R^2 = 0,20$ para la variable presión laboral. En las otras variables no se encontraron valores significativos.

4.4. Correlaciones y modelos de predicción del BP.

En esta sección del trabajo de investigación se muestra un cuadro de correlación junto a los modelos de predicción del BP, los valores de las inter-correlaciones es el producto resultante del Coeficiente de Correlación producto-momento de Pearson (r) (ver cuadro 4.14).

Cuadro 4.14: Correlaciones entre las variables predictoras del BP.

	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>
Dominio del entorno	1					
Crecimiento personal	-,151	1				
Propósito en la vida	,111	,261	1			
Tiempo	-,110	,243	,255	1		
Presión laboral	-,082	-,099	-,581**	,019	1	
Bienestar psicológico	,417**	,377*	,753**	,329*	-,455**	1

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Clave: *A*: Dominio del entorno; *B*: Crecimiento personal; *C*: Propósito de vida; *D*: Tiempo; *E*: Presión laboral; *F*: Bienestar Psicológico.

Dado que entre la variable Presión Laboral y Propósito en la vida existe una correlación negativa moderada $r = -,581$; $p < ,01$ la elaboración de un modelo de predicción a partir de las cinco variables que predicen el BP (Dominio del entorno, crecimiento personal, propósito de vida, tiempo y percepción de presión laboral) se torna innecesario ya que se cumple el criterio colinealidad entre las variables mencionadas.

A partir de este criterio se pueden construir dos modelos predicción con el uso de la regresión lineal múltiple incluyendo las variables que predicen el BP y que no se encuentra correlacionadas entre sí (Ver cuadro 4.15).

Cuadro 4.15: Modelo de variables predictoras entre los componentes del bienestar psicológico

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,789 ^a	,622	,579	1,36181

a. Variables predictoras: (Constante), Percepción de la presión laboral, Tiempo de trabajo, dominio del entorno, crecimiento personal.

En el modelo de predicción uno, tras los resultados del análisis de regresión múltiple mostraron que las variables: Percepción de la presión laboral, el tiempo de trabajo, el dominio del entorno y el crecimiento personal tienen resultado $R^2_{aj} = ,579$ (Ver gráfico 4.12).

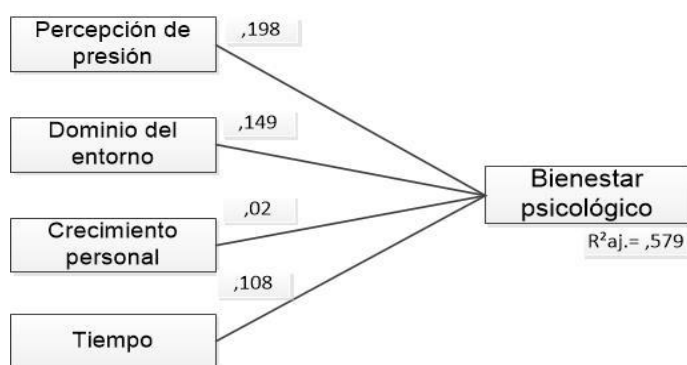


Gráfico 4.12: Modelo de predicción del Bienestar Psicológico a partir de los componentes internos de la misma.

El modelo uno de predicción del Bienestar Psicológico muestra que los cambios producidos en las variables del modelo pueden explicar un 57,9% los cambios producidos en la variable Bienestar Psicológico.

Se observó en este modelo que los predictores fueron: percepción de presión, dominio del entorno, crecimiento personal y el tiempo de trabajo lo que sugiere que el predictor percepción de la presión puede influir para que exista un bajo nivel de bienestar psicológico, a su vez se puede señalar que los participantes estudiados poseen sentido y competencia manejando el ambiente, controlan múltiples conjuntos de actividades externas, hacen uso efectivo de las oportunidades del contexto, son capaces de elegir o crear contextos adaptados a las necesidades y valores personales, a su vez poseen sentimientos de desarrollo y de mejorar a través del tiempo, son capaces de cambiar en modo que reflejan más autoconocimiento y efectividad.

También se procedió a realizar un segundo modelo de predicción del Bienestar Psicológico por medio de un análisis de regresión lineal múltiple sustituyendo la variable percepción de Presión Laboral por la variable Propósito en la vida (Ver cuadro 4.16).

Cuadro 4.16: Modelo de variables predictoras entre los componentes del bienestar psicológico

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R cuadrado</i>	<i>R cuadrado corregida</i>	<i>Error típ. de la estimación</i>
2	,896 ^a	,802	,78	,9849

a. Variables predictoras: (Constante), Propósito en la vida, Tiempo de trabajo, dominio del entorno, crecimiento personal.

En el modelo de predicción dos, tras los resultados del análisis de regresión múltiple mostraron que las variables: propósito en la vida, el tiempo de trabajo, el dominio del entorno y el crecimiento personal tienen resultado de $R^2_{aj} = ,78$ (Ver gráfico 4.13).

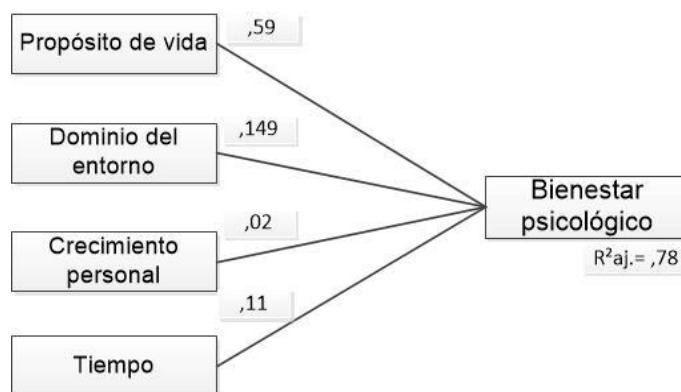


Gráfico 4.13: Modelo de predicción del Bienestar Psicológico a partir de los componentes internos de la misma.

El modelo dos de predicción del Bienestar Psicológico muestra que los cambios producidos en las variables del modelo pueden explicar un 78% los cambios producidos en la variable Bienestar Psicológico.

En este gráfico se puede observar que en lugar de la variable percepción del trabajo se encuentra propósito de vida, lo cual sugiera que las personas mientras tengan una sentido de vida, delimitadas las metas en su vida, así como puedan desenvolverse en cualquier ambiente, deseen desarrollarse como personas y se desempeñen laborando por una largo tiempo en su trabajo, pueden presentar un alto nivel de Bienestar Psicológico.

CAPITULO V

DISCUSION, ANALISIS Y VALIDACION DE RESULTADOS

5.1 Comprobación de Hipótesis

5.1.1. Introducción

En esta sección se procedió a realizar el análisis de correlación entre las subdimensiones del Bienestar Psicológico (BP) y si éstas ‘covarian’ con los puntajes de la Escala del Bienestar Psicológico, esto se realizó a nivel del promedio global del BP. Para identificar el grado de correlación se procedió a la implementación del Coeficiente producto-momento de Pearson (r) y determinar la existencia a su vez de diferencias estadísticamente significativas.

5.1.2. Hipótesis

- Hipótesis nula (H_0): En el personal de enfermería existe un nivel adecuado de bienestar psicológico.
- Hipótesis alternativa (H_1): En el personal de enfermería existe un bajo nivel de bienestar psicológico.

5.1.3. Variables para comprobar la hipótesis

Bienestar Psicológico

5.1.4. Técnicas utilizadas para la comprobación de hipótesis

Para validar los resultados obtenidos, se utilizó la prueba r-Pearson para las muestras relacionadas, procedimiento con el cual se realizó la comprobación estadística de la hipótesis planteada mediante su relación.

De la misma manera para contrastar la hipótesis nula (H_0) y comprobarla se utilizó la prueba t de student.

5.1. 5. Resultados

A continuación se muestra los resultados obtenidos de la ejecución del Coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r) para la comprobación de la hipótesis. Se realiza una comparación del punto de corte (*18 puntos*) que es la media del puntaje bruto de la escala, con el puntaje global del Bienestar Psicológico de todos los participantes estudiados (Ver cuadro 5.01).

Cuadro 5.01: Análisis descriptivos de la evaluación del Bienestar Psicológico

Sub-dimensiones	Media		Desv. típ.
	Estadístico	Error típico	Estadístico
Auto-aceptación	5,23	,077	,489
Relaciones positivas	3,57	,105	,664
Autonomía	3,19	,089	,565
Dominio del entorno	4,3	,09	,569
Crecimiento personal	4,89	,113	,717
Propósito de vida	5,21	,107	,678
Bienestar Psicológico	26,39	,332	2,1

Nota: $n= 40$ observaciones.

Punto de corte para bienestar psicológico 18 puntos, obtenido de la media del puntaje bruto de la escala.

Al relacionar el punto de corte (*18 puntos*) con el puntaje global del Bienestar Psicológico se observa que el puntaje obtuvo una media de $M= 26,38$ con una desviación típica de $Ds= 2,1$ lo que indica que se encuentra sobre el punto de corte, lo que sugiere la existencia de un alto nivel de Bienestar Psicológico, lo que rebela que la hipótesis nula planteada no se comprobó.

Se relacionó el punto de corte (*18 puntos*) con el puntaje global del Bienestar Psicológico tanto de las enfermeras como de los auxiliares de enfermería, para determinar el nivel de BP de cada grupo. Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba t de student (Ver cuadro 5.02).

Cuadro 5.02: Análisis comparado por cargo de la evaluación del Bienestar Psicológico

Sub-dimensiones	Enfermeras		Auxiliares		t(38)
	n= 15		n= 25		
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Auto-aceptación	5,35	,372	5,16	,543	1,148
Relaciones positivas	3,69	,518	3,49	,737	,946
Autonomía	3,34	,591	3,1	,540	1,335
Dominio del entorno	4,29	,42	4,30	,651	-,057
Crecimiento personal	4,91	,64	4,87	,771	,174
Propósito de vida	5,47	,613	5,06	,681	1,897+
Bienestar Psicológico	27,05	1,48	25,98	2,33	1,590

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Punto de corte para bienestar psicológico 18 puntos

Se puede observar al relacionar el punto de corte (18 puntos) con los puntajes globales tanto del personal de enfermería como de los auxiliares de enfermería, se obtuvo por el lado del personal de enfermería una media de $M = 27,05$ con una desviación típica de $Ds = 1,48$ dando como resultado un puntaje superior al punto de corte, lo que rebela que presentan un alto nivel de BP. Por el lado de los auxiliares de enfermería se obtuvo una media de $M = 25,98$ con una desviación típica de $Ds = 1,590$ lo que indica que el puntaje está sobre el punto de corte, es decir, los auxiliares de enfermería presentan de igual manera un alto nivel de BP. Destacando que el Bienestar Psicológico del personal de enfermería es mayor al de los auxiliares de enfermería.

5.1.6. Conclusión

Se puede concluir que tanto en el personal de enfermería como en los auxiliares de enfermería presentaron un alto nivel de Bienestar Psicológico, es decir adecuado, por lo que la hipótesis nula (H_0) no se pudo rechazar y por lo tanto, no se considera la hipótesis alternativa (H_1). Destacando además que los niveles de bienestar psicológico a más de adecuados, son más elevados en el personal de enfermería que en los auxiliares.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se puede concluir que los predictores del Bienestar Psicológico de acuerdo a la escala de Ryff en el presente estudio correspondieron a: Propósito de vida, dominio del entorno, crecimiento personal, estos predictores mantienen una correlación positiva (ver pág. 91). Es decir, las personas presentan un sentido claro de su vida, así como tienen metas definidas, desean superarse, utilizan sus fortalezas y habilidades, desarrollan sus potencialidades, además presentan una capacidad de adaptarse a las situaciones que pueden presentarse. En la investigación realizada por Aliaga (2012), a 82 técnicas de enfermería de 23 a 67 años, se halló una prevalencia entre las dimensiones de dominio del ambiente, autonomía, crecimiento personal y propósito con la vida. Estos predictores junto a la variable tiempo de trabajo pueden explicar en un 78% la variabilidad del BP. Por otro lado los resultados muestran que las variables: percepción de presión, dominio del entorno, crecimiento personal y tiempo pueden predecir en un 57,9% los cambios del BP.
- En lo referente al nivel de BP que presentaron el personal de enfermería y los auxiliares de enfermería los resultados mostraron que éste es alto, teniendo en cuenta que existe mayor presencia de BP en el personal de enfermería con una

media de $M= 27,05$ puntos que en los auxiliares con una media de $M= 25,98$ puntos aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver pág. 85). Destacándose además de la misma manera las dimensiones mencionadas anteriormente. Las probables razones que podrían explicar esta ligera diferencia de puntuaciones puede deberse a las condiciones profesionales que ofrecen la formación entre enfermeras y entre auxiliares, ya que por parte de las enfermeras, la formación es de carácter universitario, mientras que la de los auxiliares de enfermería, corresponde a cursos específicos dictados en el Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes, por lo que los mismos solo pueden trabajar en SOLCA.

- Las dimensiones con mayor y menor predominancia los resultados mostraron que las dimensiones con mayor predominancia fueron: auto-aceptación y propósito de vida, consideradas como fortalezas, mientras que las dimensiones con menor predominancia consideradas como debilidades fue: autonomía por lo que se puede señalar que son personas que no pueden mantener su propia individualidad en diferentes contextos y mantener su independencia y autoridad personal.
- De acuerdo a otro de los objetivos planteados al relacionar los datos de la ficha sociodemográfica con el BP se obtuvo que la variable ‘tiempo de trabajo’ es otro predictor del BP, es decir, las personas que llevan laborando varios años en la institución presentan mayor nivel de Bienestar Psicológico que aquellas que tienen menos años. De la misma manera se relacionó la encuesta de percepción y satisfacción laboral con el BP en el que se halló que la percepción

de presión laboral es un predictor más del BP, esto se puede contrastar con la investigación realizada por López (2009) a un grupo de 457 enfermeras entre los 22 y 63 años de la Comunidad Autónoma de Murcia, la cual indica que existe mejor BP en el personal que presentan de 1 a 5 años de antigüedad en la empresa.

- Referente a la ficha sociodemográfica aplicada se obtuvo que existe una predominancia del sexo femenino por sobre el masculino tanto en las enfermeras como en los auxiliares de enfermería. Esto podría sugerir una preferencia de las mujeres para el cuidado de los pacientes según la teoría de Gilligan (2007) acerca del género y moralidad posformal señala que las mujeres ven a la moralidad definida como una obligación por proporcionar cuidado y evitar herir a otras personas, ya que a su vez la mujer se considera responsable por las acciones de las otras personas.

- En lo concerniente a las actividades de trabajo que realizan se encontró que las enfermeras realizan más actividades con mayor frecuencia y sienten que se desenvuelven de mejor manera. Además se encontró que las actividades que realizan con mayor frecuencia son las mismas en las que sienten que se desenvuelven de mejor manera. Lo que sugeriría que el dominio de una actividad está relacionado con la repetición y que a la vez podría estar relacionado con la satisfacción. Stenberg (2007) en su teoría triárquica cognitiva señala que las personas inteligentes recuerdan, analizan y utilizan de manera efectiva el conocimiento, por otro lado las personas sabias entienden lo que saben y no saben, los límites de lo que pueden saber, mientras que las

personas creativas ven más allá de lo que realmente conocen para crear algo nuevo.

5.2. Recomendaciones

- Ampliar el estudio a un número estadísticamente significativo de enfermeras y auxiliares de enfermería que nos permita complementar el estudio correlacional y descriptivo de la variable: Bienestar psicológico.
- Trabajar en las dimensiones con menor predominancia fortaleciendo las debilidades encontradas, de la misma manera con las dimensiones de mayor predominancia desarrollando las fortalezas, elaborando un plan de intervención con los objetivos propuestos.
- Realizar programas de intervención considerando las variables que predicen el Bienestar Psicológico.
- Para investigaciones a futuro se recomienda utilizar más instrumentos, como por ejemplo entrevistas al personal, grupos focales.
- De igual manera se recomienda realizar estudios de validación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff adaptada a la población ecuatoriana.

REFERENCIAS

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2 de Febrero de 2002). *El Estrés relacionado con el trabajo*. Obtenido de <https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/22>
- Aguilar, R. (2002). Factores psicosociales. Estrés laboral y enfermería. *Revista Médica Electrónica de PortalesMedicos.com*.
- Aibar, S., Celano, C., Estrada, S., Gandur, N., González, C., & Gange, P. (2002). Cuidados Paliativos. *Manual de Enfermería Oncológica*, 51.
- Alabaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*.
- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.
- Argyle, M. (1992). *La Psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (27 de Febrero de 2014). *Cuidados paliativos*. Obtenido de Asociación Española Contra el Cáncer: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Cuidadospaliativos.aspx>
- Asociación Española contra el Cáncer. (27 de Febrero de 2014). *Definición de Cuidado Paliativo*. Obtenido de <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Definici%C3%B3ndecuidadopaliativo.aspx>
- Astudillo, W., Díaz-Albo, E., & Mendinueta, C. (2005). Los cuidados paliativos una nueva forma de solidaridad internacional. En W. Astudillo, A. Casado, & C.

- Mendinueta, *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimientos en la terminalidad* (p. 433). España: Sovpal.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., & García, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 314-319.
- Báez, C. (2010). Factores y Riesgos Psicosociales. En *Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas* (p. 4). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Báez, C., & Moreno, B. (2010). Riesgos psicosociales. En B. Carmen, *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. (p.p. 17-18). Madrid: UAM.
- Barnhart, M. (2010). Otros vínculos de parentesco. En D. Papalia, S. Olds, & R. Feldman, *Desarrollo humano* (p.p. 540-541). México: McGrawHill.
- Biblioteca en Línea Watchtower. (8 de Noviembre de 2000). *La importante labor del personale de Enfermería*. Obtenido de <http://wol.jw.org/es/wol/d/r4/lp-s/102000802>
- Blogspot. (14 de Agosto de 2009). *Enfermedad Mortal*. Obtenido de <http://faaatima.blogspot.com/2009/08/que-es-una-enfermedad-mortal.html>
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bryant, R., & Harvey, A. (2000). *Acute Stress Disorder*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- California Occupational Safety and Health Administration. (1995). *Guideliness for workplace security*. Sacramento, CA: COSHA.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life: perceptios, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundation.

- Castro, A. (2010). Concepciones teóricas acerca de la Psicología Positiva. En *Fundamentos de Psicología Positiva* (p.p. 19-20). Buenos Aires: Paidós.
- Chacóm, M., & Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana Oncológica*, 118-125.
- Chacón, M., Grau, J., Martín, M., Lence, J., Abascal, M., Cáceres, C., & Graupera, M. (1993). Estados emocionales generados por situaciones laborales estresantes en enfermeros oncológicos. *Ponencia al XXIV Congreso Interamericano de Psicología*. Chile: Memorias del congreso: editora de la Universidad de Chile.
- Chapell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. Geneva: ILO.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout: job stress in human services*. Beverly CA: Sage.
- Cherniss, C. (1985). *Beyond burnout: helping teachers, nurses, therapists, and law recover from form stress and disillusionment*. New York: Routledge.
- Cubas, M. (2003). *Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y rendimiento académico en estudiantes universitarios*. Lima : PUCP.
- Daza, M., & Pérez, J. (2002). Factores Psicosociales: Metodología de evaluación. *Revista Médica Electrónica de PortalesMedicos.com*.
- Demeuroti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2000). A model of Burnout and life satisfaction among nurses. *J Adv Nurs* , 454.
- Dewe, P. (1983). Identifying the causes of nurses stress: a survey of New Zeland nurses. *Work and Stress*, 15-24.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 573.
- Díaz, J., & Sánchez, M. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 100-105.

- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 276-302.
- Duarte, L. (6 de Abril de 2010). *Importancia del ser enfermera*. Obtenido de <http://luzeurinconduarte.blogspot.com/>
- El Comercio. (3 de Febrero de 2014). OMS advierte alarmante estadística del cáncer a nivel mundial. *Tendencias*, p. 1.
- Escuela Superior de Informática. (2013). Regresión Lineal con SPSS. 1-5.
- Friedman, M., Keane, T., & Resick, P. (2007). *Handbook of PTSD. Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- Fuste, A. (2013). Enfermería y el Paciente Oncológico. *Blog de enfermería de la FUB*, 25.
- Gilligan, C. (2007). Teoría de Gilligan: género y moralidad posformal. En D. Papalia, H. Sterns, R. Feldman, & C. Camp, *Desarrollo del adulto y vejez* (p.p. 264-265). México: McGrawHill.
- Golembiewski, R., & Munzenrider, R. (1984). Phases of psychological burnout and organizational covariant: a replication using norms from a large population. *J Health Human Resourc Administrat*, 290-323.
- Gómez, D. (2010). Cuidados Paliativos. *Instituto Nacional del Cáncer*, 50.
- Hernández, I. (17 de Noviembre de 2011). *Metodologías de Investigación*. Obtenido de <http://html.rincondelvago.com/metodologias-de-investigacion.html>
- Hernández, L., Grau, J., Chacón, M., & Jiménez, P. (1995). *Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros que laboran en el Instituto Nacional de Oncología*. Ciudad de la Habana: Tesis, Facultad de Salud Pública.
- Hernández, R. (2007). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

- Hoel, H., Rayner, C., & Cooper, C. (1999). Workplace bullying. *International review of industrial and organizational psychology*, 195-230.
- Holland, J., & Rowland, J. (1990). *Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Homes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment scale. *Journal of Psychosomatic*, 11, 213-218.
- House, J. (1980). *Work stress and social support*. Addison-Wesley: Reading Mas.
- Junin, M. (2010). Rol de Enfermería en Cuidados Paliativos. *Primer simposio virtual del dolor, medicina paliativa y avances en farmacología del dolor*. Buenos Aires.
- Kalimo, R., & El Batawi, M. C. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: OMS.
- Keyes, C. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly*, 121-140.
- Keyes, C., Ryff, C., & Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1007-1022.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- La Hora Nacional. (2 de Junio de 2013). Ecuador: de cada 100 tipos de cáncer registrados, tres se producen en niños y jóvenes. *Vida y Salud*, párr 15-17.
- Laboris.net. (13 de Diciembre de 2014). *Auxiliar de Enfermería*. Obtenido de http://www.laboris.net/static/ca_profesion_aux-enfermeria.aspx
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Linley, P., Joseph, A., Harrington, S., & Wood, A. (2006). The Journal of Positive Psychology. En *Positive Psychology: Past, present and (possible) future* (p.p. 3-16). Londres.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. México: Urano.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: D. Van Norstrand.
- Mijana, J. (1 de Febrero de 2012). *Slideshare*. Obtenido de Slideshare: <http://es.slideshare.net/jjmijana/riesgos-psicosociales-enfermeria-version-istas-21>
- Morales, P. (13 de Abril de 2010). Planteamientos generales sobre investigación en educación y psicología. *Métodos cuantitativos en investigación*, 12.
- Moreno, B., Oliver, C., & Aragonese, A. (1991). El "burnout": una forma específica de estrés laboral. En *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (p.p. 271-279). España: Buela-Casall.
- MSP, INEC. (2010). *Indicadores Básicos de Salud*. Ecuador.
- Nieto, R. (2010). Conocimiento de Enfermería Oncológica. *Blog de Enfermería*, 20-22.
- Nobel, G., Lluch, M., & Miguel, M. (1991). *Enfermería psicosocial 2*. Barcelona: Salvat.
- Odar, E. (19 de Julio de 2013). *Concepto de Enfermería y Campo de Acción*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/estherodarjaviel/resencion-concepto-de-enfermeria>
- Organización Internacional del Trabajo. (1986). *Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. Ginebra: OIT.

- Organización Mundial de la Salud. (14 de Abril de 2010). *Enfermedades Crónicas*.
Obtenido de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organization World Health. (1990). *Cancer Pain Relief and Palliative: a report of a
OMS expert commite*. Geneva: OMS.
- Pacheco, E. (1995). *Administración de los servicios de Enfermería*. Madrid: Síntesis.
- Palma, A., & Del Río, I. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín
Escuela de Medicina U.C.*, 32(1), 16-22.
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., & Camp, C. (2007). *Desarrollo del adulto y vejez*.
México: McGrawHill.
- Peralta, M. (Agosto de 2014). El acoso laboral- mobbing- perspectiva psicológica.
Revista de estudios sociales(18), 114-115.
- Peredes, O. &-F. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de
especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y
con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med de la Facultad de
Medicina de Bogotá*, 16 (1), 25-32.
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos.
Scielo, 12(2), 231-246. doi:10.4067/S1726-569X2006000200012
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. New York: Oxford University
Press.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research
on hedonic and eudaemonic well-being. En *Annual Review of Psychology* (p.p.
141-166). Palo Alto: S. Fiske.
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions.
International Journal of Behavioral, 35-55.

- Ryff, C. (1989). New directions in quest of succesful aging. En *Beyond Ponce de Leon and life satisfaction* (p.p. 35-55).
- Salin, D. (2003). *Bullying and organisational politics in competitive and rapidly changing work.*
- Salin, D. (2003). Bullying and organisational politics in competitive and rapidly changing work environments. *International Journal of Management and Decision Making*, 4, 35-46.
- Saunders, C. (2004). Palliative care. En E. Davies, & I. Higginson, *The solid facts: palliative care* (p. 9). Europa: Copenhagen.
- Saunders, C. (2007). Cuidado de hospicio. En D. Papalia, H. Sterns, R. Feldman, & C. Camp, *Desarrollo del adulto y vejez* (p.p. 481-482). México: McGrawHill.
- Schaufell, W., & Salanova, M. (2002). ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo? *Prevención, trabajo y salud*, 4-9.
- Seligman, M. (2002). *La Auténtica Felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seyley, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Shirom, A. (2003). The effects of work stress on health. *The Handbook of Work & Health Psychology*, 2, 63-82.
- Stenberg, R. (2007). Sabiduría. En D. Papalia, H. Sterns, R. Feldman, & C. Camp, *Desarrollo del adulto y vejez* (p.p. 246- 247). México: McGrawHill.
- Torres, S. (2007). Absentismo y su relación con satisfacción laboral de enfermería en una ciudad médica de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 15 (3): 147- 153.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio con la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 87-116.

Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T., & Griffiths, A. (1997). *Guidance on the prevention of violence at work*. Brussels : European Commission.

APÉNDICE

PREDICTORES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

Rodrigo Moreta* y Daniela Arboleda*

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato*

Resumen

El objetivo principal de la investigación es identificar los predictores del Bienestar Psicológico según el modelo de Ryff en el personal de Enfermería y auxiliares de enfermería del Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes, por lo que se realizó un estudio descriptivo, exploratorio de corte transversal. Se trabajó con el personal de enfermería que consta de 15 personas y auxiliares de enfermería que son 25 personas, a las cuales se les aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, una ficha sociodemográfica y una encuesta acerca de la percepción y satisfacción laboral con el fin de relacionar los resultados obtenidos y cumplir con los objetivos propuestos. Un alto porcentaje del personal de enfermería y auxiliares de enfermería del Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes presentaron niveles adecuados de Bienestar Psicológico, los predictores del Bienestar Psicológico son las dimensiones: propósito de vida, dominio del entorno, crecimiento personal; al relacionar con la ficha sociodemográfica se obtuvo que la variable tiempo predice el Bienestar Psicológico y al relacionarlo con la encuesta acerca de la percepción y satisfacción laboral los resultados mostraron que la percepción de presión es otra variable que predice el Bienestar Psicológico.

Palabras clave: Bienestar Psicológico, propósito de vida, predictores, dominio del entorno, tiempo de trabajo.

Introducción

La tradición hedónica concibió originalmente el bienestar como un indicador de la calidad de vida basado en la relación entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción experimentado por las personas (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976). El bienestar es el conjunto de aquellas cosas que se necesitan para vivir bien.

Además dentro de la misma tradición se concibe al bienestar subjetivo como: “Una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida” (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Por otro lado la tradición eudaimónica señala que el Bienestar Psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades, la consecución de

metas y objetivos y el crecimiento personal, es decir, la autorrealización, los mismos que influyen en el funcionamiento positivo. Sus primeras concepciones se articularon en torno a conceptos como: la auto-actualización (Maslow, 1968), el funcionamiento pleno (Rogers, 1961) o la madurez (Allport, 1961). Para la tradición eudaimónica el bienestar es desarrollar las capacidades, potencialidad, autorrealizarse para de esta manera presentar un funcionamiento óptimo.

El bienestar también se clasifica en el Bienestar Social (BSO) que se define como: “la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (Keyes, 1998) y se compone de cinco dimensiones: La *integración social*, que tienen la peculiaridad de colocar al sujeto en el centro de una red de relaciones sociales y se interesan por la medida en que su necesidad de pertenencia está convenientemente satisfecha. La *aceptación social*, por saber si confía y se siente cómodo en compañía de los otros. La *contribución social*, es decir, si siente que aporta algo a la sociedad o comunidad en la que vive, y, al tiempo, si es tomado en cuenta. La *actualización social*, si existe confianza en la sociedad y cree que dicha sociedad sabe dónde va. Y finalmente la *coherencia social*, es decir, si tiene interés y curiosidad por saber que ocurre en el mundo.

El Bienestar Psicológico según Ryff

El Bienestar Psicológico (BP) Ryff (1989) entiende al resultado de una evaluación valorativa por parte del

sujeto con respecto a cómo ha vivido. Para una mayor comprensión del mismo ofrece una articulación de las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. Con respecto a las dimensiones, pudo determinar, a través del análisis factorial en la población norteamericana, la existencia de las siguientes seis dimensiones (Ryff y Keyes, 1995).

- a. Apreciación positiva de sí mismo.
- b. Capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida.
- c. Alta calidad de los vínculos personales.
- d. Creencia de que la vida tiene propósito y significado.
- e. Sentimiento de que se va creciendo y desarrollando a lo largo de la vida.
- f. Sentido de autodeterminación.

Se puede expresar que el BP se presenta como un concepto multidimensional (Ryff y Keyes, 1995). Es un concepto complejo que ha sido empleado de un modo impreciso en relación con otros como *satisfacción vital* y *calidad de vida*, como lo hemos señalado anteriormente. Ryff y Keyes (1995) diferencian al bienestar psicológico, definiéndolo como percepción subjetiva, estado o sentimiento; la satisfacción es entendida como la gratificación proporcionada por los proyectos personales; mientras que la calidad de vida es el grado en que la vida es percibida favorablemente. Consideran que se lo puede medir a través de algunos de sus componentes, afectos y

cognición, los cuales tienen que ser examinados en diferentes contextos tales como familia y trabajo.

Predictores del Bienestar Psicológico

Para identificar los predictores del BP se utilizó la escala de Bienestar Psicológico de Ryff que consta de seis dimensiones que son:

Auto-aceptación: Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.

Relaciones positivas: La gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar.

Autonomía: Es mantener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal.

Dominio del entorno: Es la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, es tener control sobre el mundo y sentirse capaz de influir sobre el contexto que les rodea.

Crecimiento personal: Es querer desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades.

Propósito de vida: Es marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido.

Metodología

El método utilizado correspondió al hipotético-deductivo o científico, en el que se identificó el problema, se

formuló la hipótesis de trabajo, se realizó la investigación de campo, se verificó la hipótesis y se dedujeron las conclusiones.

Esta investigación se realizó con el paradigma descriptivo debido a que se busca conocer una realidad y situación a través de la descripción exacta de los procesos, actividades, personas, con la finalidad de explicar y comprender el porqué del mismo. En este caso el nivel de Bienestar Psicológico, sus predictores y componentes de mayor y menor predominancia. El paradigma tiene como meta el predecir las relaciones existentes entre dos o más variables (Morales, 2010).

El diseño o estudio de investigación es exploratorio de corte transversal. Es exploratorio ya que nos permitió conocer las dimensiones del Bienestar Psicológico del personal de enfermería, variable que no ha sido estudiada en investigaciones previas en el Ecuador, realizando una investigación de campo. Además de corte transversal debido a que permitió señalar la magnitud y distribución del fenómeno estudiado en un momento dado (Hernández, 2007).

Participantes

La población con la que se trabajó consta de 40 personas, de las cuales se encuentran distribuidas, 15 enfermeras y 25 auxiliares de enfermería, los mismos están distribuidos entre hombres y mujeres en el caso de los auxiliares de enfermería, ya que en el personal de enfermería solo existen

mujeres, las edades oscilan entre los 34 a 36 años. Con respecto al lugar de trabajo, el personal se encuentra repartido en 10 áreas existentes en el hospital.

Las variables sociodemográficas que se consideraron para esta investigación

fueron: edad, tiempo, número de veladas, sexo, área de trabajo y estado civil. Dichas variables fueron necesarias para cumplir con los fines perseguidos en la investigación (Ver cuadro 1.01).

Cuadro 1.01: Análisis descriptivos de las características sociodemográficas.

Variables	Enfermeras n= 15		Auxiliares n= 25		Contraste t(38)
	Media	Desviación	Media	Desviación	
Edad	35,3	4,15	34,4	6,08	,487
Tiempo	7,3	3,66	6,3	4,52	,735
Nº Veladas	1,2	1,01	,7	,98	1,481
	F	%	F	%	X²
Sexo					
Masculino	0	0,0%	6	24,0%	,4235*
Femenino	15	100,0%	19	76,0%	
Área de trabajo					
Hospitalización	6	40,0%	5	20,0%	8,630
UCI	4	26,7%	4	16,0%	
Consulta	1	6,7%	7	28,0%	
Externa	1	6,7%	3	12,0%	
Quirófano	1	6,7%	1	4,0%	
Endoscopia	1	6,7%	0	0,0%	
Quimioterapia	0	0,0%	2	8,0%	
Esterilización	0	0,0%	1	4,0%	
Citología	1	6,7%	1	4,0%	
Emergencia	0	0,0%	1	4,0%	
Imagenología	0	0,0%	1	4,0%	
Estado civil					
Soltero/a	3	20,0%	4	16,0%	4,165
Casado/a	9	60,0%	17	68,0%	
Divorciado/a	1	6,7%	4	16,0%	
Unión libre	2	13,3%	0	0,0%	

Nota: * p< 0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Con respecto a la variable edad, por parte del personal de enfermería se encontró una media de $M= 35,3$ años con una desviación de $Ds= 4,15$, mientras que por el lado de los auxiliares de enfermería mostraron una media de $M= 34,4$ años con una

desviación de $Ds= 6,08$. No se encontraron diferencias significativas $t= ,487$ por lo que se asume que ambos grupos son homogéneos. En lo concerniente a la variable tiempo de trabajo, se observa en el personal de enfermería una media de $M= 7,3$ años

con una desviación de $Ds= 3,66$. Mientras que en los auxiliares de enfermería una media de $M= 6,3$ años con una desviación de $Ds= 4,52$. Lo que revela que no existe una significación estadística.

En lo referente al número de veladas el personal de enfermería mostró una media de $M= 1,2$ veces a la semana con una desviación de $Ds= 1,01$, mientras que los auxiliares de enfermería se encontró una media de $M= ,7$ veces a la semana con una desviación de $Ds= ,98$. En consecuencia no se encontraron diferencias significativas $t= 1,481$ por lo que se asume que ambos grupos son iguales.

En cuanto a la variable 'sexo', las observaciones presentaron que existe una prevalencia menor del sexo masculino en los auxiliares de enfermería (24%) que en el femenino (76%). Mientras que el sexo femenino el personal de enfermería presentó el 100%.

Procedimiento

Para la presente investigación en primera instancia se recolecto información bibliográfica referente al tema, la misma fue sintetizada. Posterior a ellos se determinaron los instrumentos a ser aplicados para el análisis respectivo, entre los cuales despunta la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Se continuó con la aplicación de las pruebas psicométricas a los participantes que constan de 40 personas, 15 enfermeras y 25 auxiliares de enfermería. La escala, la ficha y encuesta se aplicaron de manera

individual a cada enfermera y auxiliar. Estos instrumentos permitieron evaluar las sub-dimensiones del Bienestar Psicológico. Por respeto a la confidencialidad de cada persona previamente cada uno firmó una carta de consentimiento informado.

Para la tabulación de datos se utilizó el programa SPSS, el mismo que permitió el análisis estadístico inferencial para la interpretación de los resultados y comprobar la hipótesis.

Finalmente se realizó las conclusiones y recomendaciones con los resultados obtenidos, y se elaboró el artículo de divulgación como propuesta de la investigación.

Técnicas e Instrumentos

La investigación se basó en la aplicación de pruebas psicométricas y cuestionarios *Ad Hoc*, lo cual permitió establecer las dimensiones del bienestar psicológico con pruebas debidamente estandarizadas, garantizando el procedimiento científico de la investigación en curso. Entre las pruebas utilizadas se obtuvo:

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión de D. Van Dierendonck). Adaptación española de 29 ítems traducida por Daría Díaz, Raquel Rodríguez-Carvajal, Amalio Blanco, Bernardo Moreno-Jiménez, Ismael Gallardo, Carmen Valle y Dirik van Dierendonck, 2006. En la versión utilizada se conservan las seis sub-escalas originales del test. Estas sub-escalas son: a) Autoaceptación, 4

ítems; b) Relaciones Positivas, 5 ítems; c) Autonomía, 6 ítems; d) Dominio del entorno, 5 ítems; e) Propósito en la vida, 5 ítems; f) Crecimiento Personal, 4 ítems. El total de ítems de la Escala es 29, su formato de respuesta está compuesto por puntuaciones que van de 1 a 6, donde 1=Totalmente en Desacuerdo y 6=Totalmente de Acuerdo. La consistencia interna se explica con la utilización del Alfa de Cronbach dando como resultados una consistencia interna buena, con valores comprendidos entre 0,70 y 0,84.

Ficha Ad Hoc para recopilación de información sociodemográfica, la cual por asuntos de confidencialidad consto con un código reemplazando el nombre de la población estudiada, la ficha constó de 12 preguntas, las cuales fueron: edad, sexo, cargo, número de veladas, años de trabajo, actividades que desempeñan con mayor y menor frecuencia, actividades con las que sienten que se desenvuelven de mejor y peor manera, y actividades que realizan para recuperarse del estrés dentro y fuera del trabajo. Con los resultados obtenidos se observó que indicadores influyen en el nivel de bienestar psicológico que presentó el personal de enfermería y auxiliares de enfermería.

Encuesta Ad Hoc acerca de la satisfacción y percepción laboral, en la cual las preguntas realizadas fueron acerca de la percepción que tienen de la institución donde laboran, así como la percepción de preocupación de la institución, también se evaluó el grado de involucramiento y presión que presentan con la trabajo y por último el

grado de malestar general que le ocasiona el trabajo; los resultados se relacionaran con los otros instrumentos aplicados para observar la correlación que existe entre ellos.

Resultados

El análisis descriptivo está diseñado para describir una situación en un lugar y tiempo determinado, así como para observar el funcionamiento de los objetos de estudio. Se realizó el análisis descriptivo de las dimensiones del BP, en donde se representa a través de la Media Aritmética (*M*) y la desviación estándar (*Ds*) (Ver cuadro 1.02).

Cuadro 1.02:
Análisis descriptivos de la evaluación del Bienestar Psicológico

<i>Sub-dimensiones</i>	<i>Media</i>		<i>Desv.</i>
	<i>Est.</i>	<i>Error</i>	
Auto-aceptación	5,23	,077	,489
Relaciones positivas	3,57	,105	,664
Autonomía	3,19	,089	,565
Dominio del entorno	4,3	,09	,569
Crecimiento personal	4,89	,113	,717
Propósito de vida	5,21	,107	,678
Bienestar Psicológico	26,39	,332	2,1

Nota: *n= 40 observaciones.*

En el componente de auto-aceptación se encontró una media de 5,23 *puntos* con una desviación ,489 y un error de la media de ,077. En el indicador de relaciones positivas se observó una media de 3,57 *puntos* con una desviación ,664 y un error de la media de ,105. Por otro lado en la dimensión autonomía se contó con una media de 3,19 *puntos* que presentó una desviación típica de ,565 y un error de la media de ,089. En lo referente al componente de dominio del entorno se halló una media de 4,3 *puntos* con una

desviación de ,569 y un error de la media de ,09.

En lo concerniente al crecimiento personal presentó una media de 4,89 *puntos* con una desviación típica de ,717 y un error de la media de ,113. En la dimensión propósito de vida se encontró una media de 5,21 *puntos* con una desviación típica de ,678 y un error de la media de $Etm = ,10$. Dando como promedio una media de 26,39 *puntos* con una desviación típica de 2,1 y un error de la media de ,332.

Correlaciones entre los predictores del BP

Se realizó para el presente estudio tres procesos de análisis de correlaciones. El primer análisis de correlaciones bi-variadas fue entre los componentes internos del BP en el que se halló (ver cuadro 1.03).

Cuadro 1.03

Correlaciones bivariadas entre los componentes del BP

Propósito en la vida	$r = ,753$	$p < ,01$
Dominio del entorno	$r = ,417$	$p < ,01$
Crecimiento personal	$r = ,377$	$p < ,05$

Estos componentes fueron los que predicen mejor el BP y cumplieron con el criterio de multi-colinealidad. El proceso de análisis de regresión múltiple $R^2 = ,767$ mostró que los componentes internos lograron predecir al BP en un 76,7% la variabilidad del mismo.

El segundo análisis de correlaciones se lo realizó con las variables de trabajo y las de satisfacción laboral en el que se identificó correlación con el tiempo de trabajo $r = ,329$; $p < ,05$ y la percepción de presión laboral $r = -,455$ $p < ,01$ mismos que a través de un proceso de análisis de regresión múltiple $R^2 = ,279$ logran explicar en un 27,9% la variabilidad del BP.

El análisis final de correlaciones correspondió a la integración en una matriz de correlaciones bi-variadas a todas las variables (internas o externa) que tuvieron mayor poder de predicción con el objetivo de presentar un modelo estructural de predicciones del BP (Ver cuadro 1.04).

Cuadro 1.04:

Correlaciones entre las variables predictoras del BP.

	A	B	C	D	E	F
Dominio del entorno	1					
Crecimiento personal	-,151	1				
Propósito en la vida	,111	,261	1			
Tiempo	-,110	,243	,255	1		
Presión laboral	-,082	-,099	-,581**	,019	1	
Bienestar psicológico	,417**	,377*	,753**	,329*	-,455**	1

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Modelo de predicción del BP

Dado que entre la variable Presión Laboral y Propósito en la vida existe una correlación negativa moderada $r = -.581$; $p < .01$ la elaboración de un modelo de predicción a partir de las cinco variables que predicen el BP (Dominio del entorno, crecimiento personal, propósito de vida, tiempo y percepción de presión laboral) se torna innecesario ya que se cumple el criterio colinealidad entre las variables mencionadas. Esto sugiere la posibilidad de realizar dos modelos de predicción del BP a partir de las correlaciones existentes con cuatro variables.

En el modelo de predicción uno, tras los resultados del análisis de regresión múltiple mostraron que las variables: Percepción de la presión laboral, el tiempo de trabajo, el dominio del entorno y el crecimiento personal tienen resultado $R^2_{aj} = .579$ (ver gráfico 1.01).

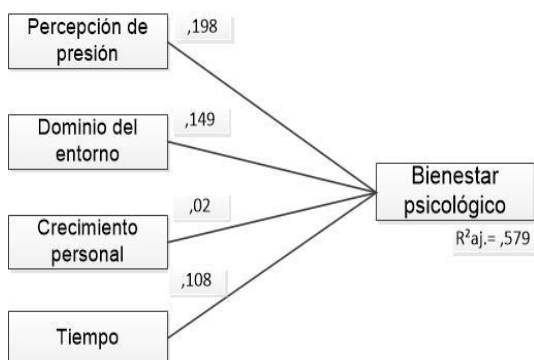


Gráfico 1.01: Modelo de predicción del Bienestar Psicológico a partir de los componentes internos de la misma.

Es decir, que el modelo uno de predicción del Bienestar Psicológico puede explicar un 57,9% la variabilidad del BP.

En el modelo de predicción dos, tras los resultados del análisis de regresión múltiple mostraron que las variables: Propósito de vida, el tiempo de trabajo, el dominio del entorno y el crecimiento personal tienen resultado de $R^2_{aj} = .78$ (ver gráfico 1.02).

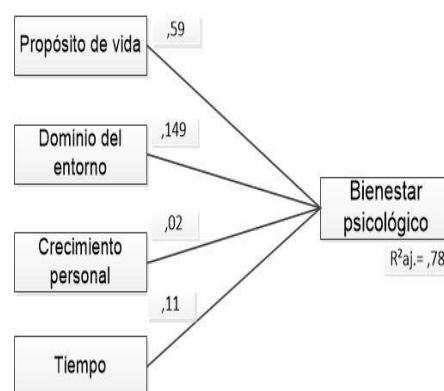


Gráfico 1.02: Modelo de predicción del Bienestar Psicológico a partir de los componentes internos de la misma.

Por lo tanto, el modelo dos de predicción del BP muestra que los cambios producidos en las variables del modelo pueden explicar un 78% los cambios producidos en la variable Bienestar Psicológico. En este gráfico se puede observar que en lugar de la variable percepción del trabajo se encuentra propósito de vida, lo cual sugiera que las personas mientras tengan una sentido de vida, delimitadas las metas en su vida, así como puedan desenvolverse en cualquier ambiente, deseen desarrollarse como personas y

se desempeñen laborando por un largo tiempo en su trabajo, pueden presentar un alto nivel de BP.

Conclusiones

Se puede concluir que los predictores del Bienestar Psicológico de acuerdo a la escala de Ryff en el presente estudio correspondieron a: Propósito de vida, dominio del entorno, crecimiento personal, estos predictores mantienen una correlación positiva (ver pág. 87). Es decir, las personas presentan un sentido claro de su vida, así como tienen metas definidas, desean superarse, utilizan sus fortalezas y habilidades, desarrollan sus potencialidades, además presentan una capacidad de adaptarse a las situaciones que pueden presentarse. En la investigación realizada por Aliaga (2012), a 82 técnicas de enfermería de 23 a 67 años, se halló una prevalencia entre las dimensiones de dominio del ambiente, autonomía, crecimiento personal y propósito con la vida. Estos predictores junto a la variable tiempo de trabajo pueden explicar en un 78% la variabilidad del BP. Por otro lado los resultados muestran que las variables: percepción de presión, dominio del entorno, crecimiento personal y tiempo pueden predecir en un 57,9% los cambios del BP.

En lo referente al nivel de BP que presentaron el personal de enfermería y los auxiliares de enfermería los resultados mostraron que éste es alto, teniendo en cuenta que existe mayor presencia de BP en el personal de enfermería con una media de $M= 27,05$

puntos que en los auxiliares con una media de $M= 25,98$ puntos aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver pág. 82). Destacándose además de la misma manera las dimensiones mencionadas anteriormente. Las probables razones que podrían explicar esta ligera diferencia de puntuaciones puede deberse a las condiciones profesionales que ofrecen la formación entre enfermeras y entre auxiliares, ya que por parte de las enfermeras, la formación es de carácter universitario, mientras que la de los auxiliares de enfermería, corresponde a cursos específicos dictados en el Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes, por lo que los mismos solo pueden trabajar en SOLCA.

Las dimensiones con mayor y menor predominancia los resultados mostraron que las dimensiones con mayor predominancia fueron: auto-aceptación y propósito de vida, consideradas como fortalezas, mientras que las dimensiones con menor predominancia consideradas como debilidades fue: autonomía por lo que se puede señalar que son personas que no pueden mantener su propia individualidad en diferentes contextos y mantener su independencia y autoridad personal.

De acuerdo a otro de los objetivos planteados al relacionar los datos de la ficha sociodemográfica con el BP se obtuvo que la variable 'tiempo de trabajo' es otro predictor del BP, es decir, las personas que llevan laborando varios años en la institución presentan mayor nivel de Bienestar Psicológico que aquellas que tienen

menos años. De la misma manera se relacionó la encuesta de percepción y satisfacción laboral con el BP en el que se halló que la percepción de presión laboral es un predictor más del BP, esto se puede contrastar con la investigación realizada por López (2009) a un grupo de 457 enfermeras entre los 22 y 63 años de la Comunidad Autónoma de Murcia, la cual indica que existe mejor BP en el personal que presentan de 1 a 5 años de antigüedad en la empresa.

Referente a la ficha sociodemográfica aplicada se obtuvo que existe una predominancia del sexo femenino por sobre el masculino tanto en las enfermeras como en los auxiliares de enfermería. Esto podría sugerir una preferencia de las mujeres para el cuidado de los pacientes según la teoría de Gilligan (2007) acerca del género y moralidad posformal señala que las mujeres ven a la moralidad definida como una obligación por proporcionar cuidado y evitar herir a otras personas, ya que a su vez la mujer se considera responsable por las acciones de las otras personas.

En lo concerniente a las actividades de trabajo que realizan se encontró que las enfermeras realizan más actividades con mayor frecuencia y sienten que se desenvuelven de mejor manera. Además se encontró que las actividades que realizan con mayor frecuencia son las mismas en las que sienten que se desenvuelven de mejor manera. Lo que sugeriría que el dominio de una actividad está relacionado con la repetición y que a la vez podría estar relacionado con la satisfacción. Stenberg (2007) en su teoría triárquica

cognitiva señala que las personas inteligentes recuerdan, analizan y utilizan de manera efectiva el conocimiento, por otro lado las personas sabias entienden lo que saben y no saben, los límites de lo que pueden saber, mientras que las personas creativas ven más allá de lo que realmente conocen para crear algo nuevo.

Referencias

- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life: perceptios, evaluations and satisfactions* . New York: Russel Sage Foundation.
- Chacón, M., & Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos . *Revista Cubana Oncológica*, 118-125.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 573.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjetive well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 276-302.
- Hernández, R. (2007). *Metodología de la investigación*. México: McGraw HIII.
- Keyes, C. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly*, 121-140.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Linley, P., Joseph, A., Harrington, S., & Wood, A. (2006). The Journal of Positive Psychology. In *Positive Psychology: Past, present and (possible) future* (p.p. 3-16). Londres.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: D. Van Norstrand.
- Morales, P. (2010, Abril 13). Planteamientos generales sobre investigación en educación y psicología. *Métodos cuantitativos en investigación*, 12.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ryff, C. (1989). New directions in quest of succesful aging. In *Beyond Ponce de Leon and life satisfaction* (p.p. 35-55).

ANEXOS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE LOS PREDICTORES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO
SEGÚN EL MODELO DE RYFF EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD.

Disertación de Grado previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Investigadora:

DANIELA CAROLINA ARBOLEDA JÁCOME

Director de la Investigación:

PS. CARLOS RODRIGO MORETA HERRERA

CONTENIDO:

- Carta de Consentimiento Informado
- Ficha Sociodemográfica
- Escalas de Bienestar Psicológico de Carol Ryff.
- Satisfacción y Percepción Laboral

Ambato- Ecuador

Anexo 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr./ a: _____

Por medio de la presente, quisiéramos obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato está llevando a cabo en la ciudad de Ambato en el Hospital Oncológico Dr. Julio Enrique Paredes C. Ésta investigación lleva por título: ESTUDIO DE LOS PREDICTORES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN EL MODELO DE RYFF EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD. Además esta investigación parte de estudios anteriores y está siendo guiada por Ps. Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ms. en calidad de Director de Disertación de la Escuela de Psicología de la PUCESA.

El objetivo de esta investigación es Identificar los predictores del Bienestar Psicológico según el modelo de Ryff en el personal de enfermería de una Institución de Salud. Es decir, se desea evaluar el nivel de Bienestar Psicológico que presenta el personal de enfermería, así como los indicadores de mayor y menor predominancia.

En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que rellenar una encuesta y ficha, en la que se harán diversas preguntas referidas al Bienestar Psicológico y a datos sociodemográficos. La colaboración en este estudio no le quitara mucho de su tiempo. Su participación será Anónima. Es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazará sus nombres. Luego, los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Además, usted podrá dejar de responder en cualquier momento este cuestionario si así lo desea, sin que por ello reciba sanción de ningún tipo. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación Ps. Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ms.

Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

Daniela Arboleda
Investigadora Responsable

Firma investigado/a
C.C.

Cod.

Anexo 2: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Ficha para recolección de datos sociodemográficos para el proyecto de investigación.

Ficha Sociodemográfica	
Sexo	
Masculino	()
Femenino	()
Edad	
()	
Estado Civil	
Soltero/ a	()
Casado/ a	()
Divorciado/ a	()
Unión Libre	()
Viudo/ a	()
Puesto que desempeña	
Enfermera/ o	()
Auxiliar de Enfermería	()
Tiempo desempeñando el cargo actual	
() años	
¿Cuántas veces en la semana vela?	
() a la semana	
Actividades que desempeña con mayor frecuencia	
Hidrataciones del paciente	()
Procederes EV del paciente	()
Procederes IM o SC del paciente	()
Procederes vía oral del paciente	()
Control de Signos Vitales	()
Vigilancia de monitores	()

Vigilancia y contabilidad de drenajes	()
Vigilancia del Balance hidromineral	()
Cura de lesiones	()
Aseo de Cama	()
Condición de ventilación mecánica	()
Reciben los carros de comida, la distribuyen y les dan de comer a los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos	()
Traslado de pacientes	()
Instrumentar en el quirófano	()
Cuidado de los pacientes en su aseo personal	()
Administración EV de medicamentos de quimioterapia	()
Actividades que realiza con menor frecuencia (máximo 4 opciones de mayor a menor importancia)	
Hidrataciones del paciente	()
Procederes EV del paciente	()
Procederes IM o SC del paciente	()
Procederes vía oral del paciente	()
Control de Signos Vitales	()
Vigilancia de monitores	()
Vigilancia y contabilidad de drenajes	()
Vigilancia del Balance hidromineral	()
Cura de lesiones	()
Aseo de Cama	()
Condición de ventilación mecánica	()
Reciben los carros de comida, la distribuyen y les dan de comer a los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos	()

Traslado de pacientes	()
Instrumentar en el quirófano	()
Cuidado de los pacientes en su aseo personal	()
Administración EV de medicamentos de quimioterapia	()
¿Cuáles son las actividades con las que siente que se desenvuelve de mejor manera?	
Hidrataciones del paciente	()
Procederes EV del paciente	()
Procederes IM o SC del paciente	()
Procederes vía oral del paciente	()
Control de Signos Vitales	()
Vigilancia de monitores	()
Vigilancia y contabilidad de drenajes	()
Vigilancia del Balance hidromineral	()
Cura de lesiones	()
Aseo de Cama	()
Condición de ventilación mecánica	()
Reciben los carros de comida, la distribuyen y les dan de comer a los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos	()
Traslado de pacientes	()
Instrumentar en el quirófano	()
Cuidado de los pacientes en su aseo personal	()
Administración EV de medicamentos de quimioterapia	()
¿Cuáles son las actividades con las que siente que se desenvuelve de peor manera?	
Hidrataciones del paciente	()

Procederes EV del paciente	()
Procederes IM o SC del paciente	()
Procederes vía oral del paciente	()
Control de Signos Vitales	()
Vigilancia de monitores	()
Vigilancia y contabilidad de drenajes	()
Vigilancia del Balance hidromineral	()
Cura de lesiones	()
Aseo de Cama	()
Condición de ventilación mecánica	()
Reciben los carros de comida, la distribuyen y les dan de comer a los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos	()
Traslado de pacientes	()
Instrumentar en el quirófano	()
Cuidado de los pacientes en su aseo personal	()
Administración EV de medicamentos de quimioterapia	()
¿Qué actividades realiza para recuperarse del estrés dentro del trabajo? (enumere 5 de mayor a menor importancia)	
1)	4)
2)	5)
3)	
¿Qué actividades realiza para recuperarse del estrés fuera del trabajo? (enumere 5 de mayor a menor importancia)	
1)	4)
2)	5)
3)	

**Anexo 3: ESCALAS DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE CAROL
RYFF (VERSIÓN DE D. VAN DIERENDONCK)**

Adaptación española de 29 ítems (Darío Díaz, Raquel Rodríguez-Carvajal, Amalio Blanco, Bernardo Moreno-Jiménez, Ismael Gallardo, Carmen Valle y Dirk van Dierendonck* - 2006.

Objetivos: Conocer el nivel de bienestar psicológico que presenta la(s) personas evaluadas, así como las áreas de mayor/menor presencia.

Indicaciones: La prueba no tiene límite de tiempo, no existen respuestas correctas o incorrectas y su participación sincera y honesta nos permitirá obtener una información real, clara y precisa. A continuación le presentamos una serie de preguntas, lea cada pregunta de manera cuidadosa y coloque una señal (X) bajo el número de la columna con el que esté de acuerdo. Cada valor tiene un significado que se detalla a continuación:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En Desacuerdo
3. Parcialmente en desacuerdo
4. Parcialmente de acuerdo
5. De acuerdo
6. Totalmente de acuerdo

Nº	CUESTIONARIO	1	2	3	4	5	6
1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento/a con cómo han resultado las cosas.						
2	<i>A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.</i>						
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4	<i>Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.</i>						
5	<i>Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.</i>						
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						

7	En general, me siento seguro/a y positivo/a conmigo mismo.						
8	<i>No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.</i>						
9	<i>Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.</i>						
10	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						
11	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
12	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
13	<i>Tiendo a estar influenciado/a por la gente con fuertes convicciones.</i>						
14	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
15	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
16	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
17	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
18	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
19	<i>Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.</i>						
20	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
21	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
22	<i>No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.</i>						
23	<i>Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.</i>						

24	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.						
25	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
26	<i>Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.</i>						
27	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
28	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
29	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiar.						

¡Muchas Gracias por su Colaboración!

**Anexo 5: Matriz y Operacionalización para el Cuestionario estructurado
que determina la Percepción Y satisfacción Laboral**

	Indicadores	Ítems	Calificación
Satisfacción	Bienestar	¿Cuánto cree usted que la institución dónde trabaja se preocupa por su bienestar personal?	Se utilizó la escala de Likert en donde 1 es muy malo y 6 muy bueno.
	Malestar	¿Cuál es el grado de malestar general que le genera su trabajo?	
Percepción del entorno Laboral	Calidad	¿Cuál es el nivel de la calidad que tiene su trabajo?	Se utilizó la escala de Likert en donde 1 es muy poco y 6 bastante.
	Involucramiento	¿Cuánto es el grado de involucramiento de usted con su trabajo?	
	Presión	¿Qué grado de presión laboral considera que existe en su trabajo?	