

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



**TESIS DOCTORAL CON MENCIÓN
INTERNACIONAL**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN BIOMEDICINA

**ESTRÉS LABORAL, BURNOUT, SATISFACCIÓN,
AFRONTAMIENTO Y SALUD GENERAL EN
PERSONAL SANITARIO DE URGENCIAS**

2019



SILVIA PORTERO DE LA CRUZ

DIRECTORES

MANUEL VAQUERO ABELLÁN

JAVIER HERRUZO CABRERA

TITULO: *ESTRÉS LABORAL, BURNOUT, SATISFACCIÓN, AFRONTAMIENTO
Y SALUD GENERAL DEL PERSONAL SANITARIO DE URGENCIAS*

AUTOR: *Silvia Portero de la Cruz*

© Edita: UCOPress. 2019
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

<https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/>
ucopress@uco.es

PROGRAMA DE DOCTORADO EN BIOMEDICINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



TESIS DOCTORAL CON MENCIÓN INTERNACIONAL

**ESTRÉS LABORAL, BURNOUT, SATISFACCIÓN,
AFRONTAMIENTO Y SALUD GENERAL EN PERSONAL
SANITARIO DE URGENCIAS.**

**WORK-RELATED STRESS, BURNOUT, SATISFACTION,
COPING AND GENERAL HEALTH AMONG EMERGENCY
DEPARTMENT HEALTHCARE PROFESSIONALS.**

SILVIA PORTERO DE LA CRUZ

2019



TÍTULO DE LA TESIS: ESTRÉS LABORAL, BURNOUT, SATISFACCIÓN, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SALUD GENERAL EN PERSONAL SANITARIO DE URGENCIAS

DOCTORANDO/A: SILVIA PORTERO DE LA CRUZ

INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS

(se hará mención a la evolución y desarrollo de la tesis, así como a trabajos y publicaciones derivados de la misma).

Consideramos que el estudio de tesis presentado por la doctoranda reúne las condiciones necesarias para ser defendido ante el tribunal correspondiente, dado que se han alcanzado los objetivos formulados, realizado el trabajo de campo, analizados y discutidos los resultados, comparándose con los obtenidos en otros trabajos, aportándose unas conclusiones acordes con la hipótesis planteada.

La doctoranda ha ido cumpliendo con interés y aprovechamiento el Plan de Formación establecido.

Así mismo, mencionamos que, como resultado del estudio de tesis, se ha logrado la siguiente producción científica:

- Factores sociolaborales relacionados con el desgaste profesional. I Congreso de Investigación Entornos de Cuidados Seguros: La clave para la sostenibilidad del Sistema Sanitario. 12-13 de febrero de 2015. Zaragoza (España).
- Satisfacción en el trabajo y síndrome de burnout en el personal de enfermería: estudio transversal. VII Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia "Ciudad de Granada". 3-10 de junio de 2016.
- Satisfacción laboral del personal de enfermería de urgencias hospitalarias: estudio preliminar. II Congreso Virtual Internacional de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. 22-25 de noviembre de 2016.
- Salud general del personal de enfermería de un servicio de urgencias hospitalarias: estudio preliminar. Jornadas Internacionales de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud: "Hacia la excelencia de resultados en salud". 27-28 de octubre de 2016. Sevilla (España).

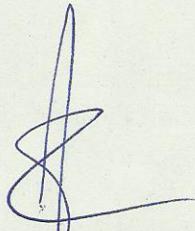
- Estrés laboral y estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería de urgencias hospitalarias. II Jornadas Internacionales de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud: "De la evidencia a la producción científica". 6 de octubre de 2017. Sevilla (España).
- Estrés laboral en el personal sanitario de urgencias hospitalarias: estado actual de la cuestión. IX Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia "Ciudad de Granada". 12-14 de mayo de 2018.
- Estrés percibido en el personal de enfermería de urgencias hospitalarias. XVIII Jornadas Intercongresos de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo. 8-9 de junio de 2018. Córdoba (España).
- Estrategias de afrontamiento y factores relacionados en profesionales de enfermería de urgencias hospitalarias. XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. 14-16 de noviembre de 2018. Córdoba (España).
- Portero de la Cruz S, Cebrino Cruz J, Herruzo Cabrera J, Vaquero Abellán M. Factores relacionados con la probabilidad de padecer problemas de salud mental en profesionales de urgencias. Revista Latino – Americana de Enfermagem. 2019 aceptado y en prensa (Q4).

Además, ha realizado una estancia de tres meses en hospital do Espírito Santo de Évora, supervisada por Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora (Portugal).

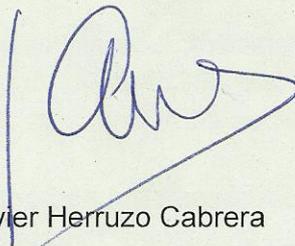
Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, a 26 de Febrero de 2019

Firma de los directores



Fdo.: Dr. Manuel Vaquero Abellán



Fdo.: Dr. Javier Herruzo Cabrera



European/International Mention in the Doctorate Degree

Certificate of stay

I hereby confirm that Mrs Silvia Portero de la Cruz has steadily stayed at Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus from 22/ 05/ 2017 to 22/ 08 / 2017 and has successfully developed research in work-related stress, burnout, job satisfaction, coping and general health among Portuguese emergency nurses that is directly related with his/her PhD thesis in University of Córdoba.

Signature of the director/responsible of the research group

(Professora Doutora Felismina Mendes)

Institutional Stamp



Signed in Évora, 22 of August 2017

A mi abuela Paqui

AGRADECIMIENTOS

A mis directores de tesis, el Dr. Manuel Vaquero Abellán y el Dr. Javier Herruzo Cabrera, por todo lo que me han enseñado, académica y personalmente. Por la atención, ayuda y amabilidad mostrada en estos años de tutela. La realización de esta tesis no hubiera sido posible sin sus consejos y constancia. En especial, quedo muy agradecida a Manuel, mi fuente de motivación desde que me dirigió el Trabajo Fin de Grado hace algunos años. Gracias por creer en mí más que yo misma.

A las Dras. Ermelinda Caldeira y Felismina Mendes, por todas las facilidades mostradas y la colaboración ofrecida para que este proyecto pudiera ser llevado a cabo desde el primer día de estancia en Évora.

A mis compañeros del Departamento de Enfermería, quienes han formado parte importante del proceso de aprendizaje. Infinitas gracias por vuestro afecto, apoyo y amistad.

A todos los profesionales que han hecho posible este trabajo de investigación. Por su colaboración desinteresada, facilitando esta investigación. Sin ellos, todo esto no habría sido posible.

A todos mis amigos, por ser un importante estímulo durante el desarrollo de la tesis. Gracias por vuestro apoyo.

A Jesús, mi compañero, mi cómplice. Gracias por tu apoyo incondicional, por ayudarme a alcanzar un sueño, por no soltar mi mano en ningún momento, por darme fuerzas cuando estaba en la reserva, por haber sufrido mis miedos y disfrutado conmigo los éxitos.

A mis padres, Cande y Antonio, porque sin ellos no estaría donde estoy ni sería quien soy. Sobre todo a ti, mamá, mi ejemplo a seguir en la vida. Por nuestras tardes en la biblioteca, tu espera tantas noches hasta que me iba a dormir, tu inmensurable paciencia, comprensión, entrega y amor. Me siento muy afortunada de tenerte como madre.

A Popi, te fuiste temprano pero me brindaste una infancia llena de felicidad. Gracias por los valores que has inculcado en mí.

A mi abuela Paqui, mi madre. Por los momentos tan maravillosos que he vivido a tu lado, por no permitir que dejara de verte cuando estaba lejos, por esas noches de verano en tu casa, por tu inmensa generosidad conmigo, tus consejos, tu infinita y tatuada sonrisa, tu enorme fortaleza, tu amor. Se que hoy estás muy feliz, allá donde estés.

ÍNDICE



Abreviaturas.....	1
Índice de tablas.....	5
Índice de figuras.....	9
Resumen	13
<i>Abstract</i>	17
Introducción	23
1. El estrés.....	25
1.1 Origen histórico del estrés	25
1.2 Tipos de estrés	28
1.3 Modelos teóricos.....	28
1.3.1 El estrés como estímulo.....	28
1.3.2 El estrés como respuesta.....	29
1.3.3 El estrés como interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo	31
1.4 Respuestas del organismo ante el estrés.....	33
1.4.1 Respuestas emocionales al estrés.....	33
1.4.2 Respuestas cognitivo-conductuales al estrés	34
1.4.3 Respuesta fisiológica al estrés.....	34
1.5 El estrés laboral.....	36
1.5.1 Definición	37
1.5.2 Modelos teóricos.....	39
1.5.3 Fuentes de estrés laboral.....	44
1.5.4 Estrés laboral en el ámbito de urgencias hospitalarias	46
2. El síndrome de desgaste profesional.....	47
2.1 Introducción	47
2.2 Antecedentes históricos del concepto de desgaste profesional	48
2.3 Modelos teóricos del síndrome de <i>burnout</i>	51
2.3.1 Modelos de proceso	51
2.3.1.1 Modelo tridimensional	51
2.3.1.2 Modelo de Edelwich	52
2.3.1.3 Modelo de Price	53
2.3.1.4 Modelo de Gil-Monte.....	53
2.3.2 Modelos explicativos.....	54
2.3.2.1 Teoría sociocognitiva del yo	54

2.3.2.1.1	Modelo de competencia social de Harrison.....	54
2.3.2.1.2	Modelo de Pines	55
2.3.2.1.3	Modelo de Cherniss	55
2.3.2.1.4	Modelo de Thompson.....	55
2.3.2.2	Teoría del intercambio social.....	56
2.3.2.2.1	Modelo de Buunk	56
2.3.2.2.2	Modelo de Hobfoll	57
2.3.2.3	Teoría organizacional	57
2.3.2.3.1	Modelo de Golembiewski	57
2.3.2.3.2	Modelo de Cox.....	58
2.3.2.3.3	Modelo de Winnubst	58
2.3.2.4	Perspectiva integradora	58
2.3.2.4.1	Modelo de Gil-Monte.....	59
2.3.2.4.2	Modelo de Moreno-Jiménez.....	59
2.3.2.4.3	Modelo de Demerouti.....	59
2.4	Variables predictoras del <i>burnout</i>	60
2.4.1	Variables del entorno laboral	60
2.4.1.1	Estrés por desempeño de rol	60
2.4.1.2	Clima organizacional negativo	61
2.4.1.3	Factores físicos del trabajo	61
2.4.1.4	Demandas y contenidos del puesto	62
2.4.1.5	Grado de autonomía y toma de decisiones.....	62
2.4.1.6	Otras variables del entorno laboral	62
2.4.2	Variables personales	63
2.4.2.1	Factores sociodemográficos	63
2.4.2.1.1	Edad.....	63
2.4.2.1.2	Sexo.....	63
2.4.2.1.3	Estado civil.....	64
2.4.2.1.4	Tener hijos	64
2.4.2.1.5	Entorno familiar	64
2.4.2.2	Factores personales	64
2.4.2.2.1	Personalidad resistente	65
2.4.2.2.2	Patrón de conducta tipo A.....	65
2.4.2.2.3	Locus de control.....	66

2.4.2.2.4 Autoeficacia	66
2.4.2.2.5 Autoestima	66
2.4.2.2.6 Estrategias de afrontamiento	67
2.5 Consecuencias del <i>burnout</i>	67
2.5.1 Consecuencias físicas	67
2.5.2 Consecuencias psicológicas	68
2.5.3 Consecuencias organizacionales.....	68
2.6 El síndrome de <i>burnout</i> en el ámbito de urgencias hospitalarias	68
2.7 Prevención y tratamiento del <i>burnout</i>	69
3. Satisfacción laboral	70
3.1 Introducción	70
3.2 Concepto de satisfacción laboral	71
3.3 Dimensiones de la satisfacción laboral	72
3.4 Teorías explicativas de la satisfacción laboral.....	74
3.4.1 Teorías y modelos basados en el contenido.....	74
3.4.1.1 Teoría de Taylor... ..	74
3.4.1.2 Modelo de la escuela de las relaciones humanas.....	75
3.4.1.3 Teoría de las necesidades.....	75
3.4.1.3.1 Teoría de la jerarquía de necesidades.....	76
3.4.1.3.2 Teoría bifactorial.....	77
3.4.1.3.3 Teoría de las necesidades de logro, poder y afiliación.....	78
3.4.2 Teorías basadas en el proceso.....	78
3.4.2.1 Teoría de las expectativas	78
3.4.2.2 Teoría de la equidad	78
3.4.2.3 Teoría del equilibrio.....	80
3.4.2.4 Teoría de Locke	80
3.4.2.4.1 Teoría de la finalidad.....	80
3.4.2.4.2 Teoría de los valores.....	81
3.4.2.5 Teoría del ajuste en el trabajo.....	81
3.4.2.6 Teorías situacionales	82
3.4.2.6.1 Teoría del grupo de referencia	82
3.4.2.6.2 Teoría del procesamiento de la información social.....	82
3.4.2.6.3 Teoría de los eventos situacionales.....	83
3.4.2.7 Teoría dinámica de la satisfacción laboral	83

3.5 Variables determinantes de la satisfacción laboral	84
3.5.1 Variables situacionales	84
3.5.1.1 Carácter intrínseco del trabajo	85
3.5.1.2 Características y diseño del puesto	85
3.5.1.3 Establecimiento de metas	86
3.5.1.4 Sistemas de recompensas y salario.....	86
3.5.1.5 Reconocimiento y promoción.....	86
3.5.1.6 Características organizacionales	86
3.5.1.7 Liderazgo	87
3.5.1.8 Participación en la toma de decisiones	87
3.5.1.9 Condiciones de trabajo	88
3.5.2 Variables derivadas del propio individuo.....	88
3.5.2.1 Personalidad.....	89
3.5.2.2 Nivel de formación	89
3.5.2.3 Edad	89
3.5.2.4 Sexo.....	90
3.6 Variables resultantes de la satisfacción laboral	90
3.6.1 Absentismo laboral.....	90
3.6.2 Rotación en el trabajo	91
3.6.3 <i>Burnout</i>	91
3.6.4 Rendimiento laboral.....	92
3.7 La satisfacción laboral en el ámbito de urgencias hospitalarias.....	92
4. Afrontamiento	93
4.1 Introducción	93
4.2 Concepto de afrontamiento.....	93
4.3 Modelos teóricos.....	94
4.4 Clasificación de las estrategias de afrontamiento	98
4.5 Factores moduladores del afrontamiento.....	104
4.5.1 Recursos internos	104
4.5.2 Recursos externos	105
4.6 Consecuencias del afrontamiento.....	105
4.7 Afrontamiento en el ámbito de urgencias hospitalarias.....	106
5. Salud física y mental.....	106
5.1 Introducción	106

5.2 Delimitación conceptual.....	107
5.3 Salud mental y estado de salud percibido.....	108
5.4 Salud laboral y ocupacional	111
5.5 Salud percibida en el ámbito de urgencias hospitalarias	113
Objetivos.....	115
1. Objetivos generales	117
2. Objetivo específico	117
Material y métodos	119
1. Diseño de la investigación	121
2. Período de estudio.....	121
3. Sujetos de estudio	121
4. Ámbitos de estudio	121
5. Tamaño muestral y técnica de muestreo	122
6. Criterios de inclusión y exclusión	122
7. Variables de estudio	123
7.1 Variables independientes	123
7.1.1 Variables sociodemográficas	123
7.1.2 Variables laborales	123
7.2 Variables dependientes	123
8. Procedimiento de recogida de datos.....	129
9. Análisis de datos.....	129
Resultados.....	133
1. Análisis descriptivo	135
1.1 Variables sociodemográficas y laborales.....	135
1.2 Variables recogidas mediante cuestionarios validados.....	137
2. Análisis bivariantes	140
2.1 Relación de las variables sociodemográficas y laborales con el nivel de estrés percibido	140
2.2 Relación de las variables sociodemográficas y laborales con el nivel de <i>burnout</i>	141
2.3 Relación de las variables sociodemográficas y laborales con el nivel de satisfacción laboral.....	144
2.4 Relación de las variables sociodemográficas y laborales con las estrategias de afrontamiento	145

2.5 Relación de las variables sociodemográficas y laborales y recogidas mediante cuestionarios validados con el nivel de salud general.....	148
3. Análisis multivariantes	156
3.1 Relación de las variables sociodemográficas y laborales y recogidas mediante cuestionarios validados con el nivel de salud general.....	156
Discusión	167
1. Variables sociodemográficas y laborales.....	169
2. Variables recogidas mediante cuestionarios validados.....	174
3. Relación de las variables sociodemográficas y laborales con el nivel de estrés percibido	178
4. Relación de las variables sociodemográficas y laborales con el nivel de <i>burnout</i>	180
5. Relación de las variables sociodemográficas y laborales con el nivel de satisfacción laboral.....	183
7. Relación de las variables sociodemográficas y laborales y recogidas mediante cuestionarios validados con el nivel de salud general.....	188
8. Limitaciones.....	191
9. Propuestas de mejora y futuras líneas de investigación	192
Conclusiones	195
<i>Conclusions</i>	199
Referencias	203
Anexo I	261
Anexo II	265

ABREVIATURAS



ACEM: Afrontamiento centrado en la emoción.

ACP: Afrontamiento centrado en el problema.

ACEV: Afrontamiento centrado en la evitación.

AE: Agotamiento emocional.

ANOVA: Análisis de la varianza.

DP: Despersonalización.

GHQ-28: General Health Questionnaire - 28.

MBI: Maslach Burnout Inventory.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PSS: Perceived Stress Scale.

RP: Realización personal.

SGA: Síndrome General de Adaptación.

SNA: Sistema Nervioso Autónomo.

SNP: Sistema Nervioso Periférico.

ÍNDICE DE TABLAS



Tabla 1. Descripción de las dimensiones del <i>burnout</i>	138
Tabla 2. Descripción de los factores de la satisfacción laboral.....	138
Tabla 3. Descripción de las estrategias de afrontamiento.....	139
Tabla 4. Descripción de las subescalas de la salud general	139
Tabla 5. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con el nivel de estrés percibido	141
Tabla 6. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con el nivel de agotamiento emocional.....	142
Tabla 7. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con el nivel de despersonalización	143
Tabla 8. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con el nivel de realización personal.....	144
Tabla 9. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con el nivel de satisfacción laboral	145
Tabla 10. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la estrategia de afrontamiento centrado en el problema.....	146
Tabla 11. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la estrategia de afrontamiento centrado en la emoción.....	147
Tabla 12. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la estrategia de afrontamiento centrado en la evitación	148
Tabla 13. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la frecuencia de síntomas somáticos	149
Tabla 14. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la frecuencia de ansiedad	150
Tabla 15. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la frecuencia de disfunción social	151
Tabla 16. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la frecuencia de depresión	152
Tabla 17. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la morbilidad psiquiátrica	153
Tabla 18. Correlación entre el estrés percibido, <i>burnout</i> , satisfacción laboral y estrategias de afrontamiento y la sintomatología somática y ansiedad.....	154

Tabla 19. Correlación entre el estrés percibido, <i>burnout</i> , satisfacción laboral y estrategias de afrontamiento y disfunción social y depresión	155
Tabla 20. Relación entre el estrés percibido, <i>burnout</i> , satisfacción laboral y estrategias de afrontamiento y la morbilidad psiquiátrica.....	156
Tabla 21. Modelo de regresión lineal múltiple entre los síntomas somáticos y características sociodemográficas y laborales, nivel de estrés percibido, <i>burnout</i> , satisfacción y estrategias de afrontamiento	157
Tabla 22. Modelo de regresión lineal múltiple entre la ansiedad y características sociodemográficas y laborales, nivel de estrés percibido, <i>burnout</i> , satisfacción y estrategias de afrontamiento.....	159
Tabla 23. Modelo de regresión lineal múltiple entre la disfunción social y características sociodemográficas y laborales, nivel de estrés percibido, <i>burnout</i> , satisfacción y estrategias de afrontamiento.....	161
Tabla 24. Modelo de regresión lineal múltiple entre la depresión y características sociodemográficas y laborales, nivel de estrés percibido, <i>burnout</i> , satisfacción y estrategias de afrontamiento	163
Tabla 25. Modelo de regresión logística múltiple entre la morbilidad psiquiátrica y características sociodemográficas y laborales, nivel de estrés percibido, <i>burnout</i> , satisfacción y estrategias de afrontamiento	165

ÍNDICE DE FIGURAS



Figura 1. Síndrome General de Adaptación.....	31
Figura 2. Modelo ajuste persona-ambiente.....	39
Figura 3. Modelo de Demandas-Control	42
Figura 4. Modelo Demanda-Control-Apoyo social	43
Figura 5. Modelo de Esfuerzo-Recompensa.....	44
Figura 6. Pirámide de las necesidades	76
Figura 7. Descripción del estado civil.....	135
Figura 8. Descripción de la edad	136
Figura 9. Descripción del tipo de contrato.....	136
Figura 10. Descripción del estrés percibido	137
Figura 11. Posibles casos psiquiátricos	140

RESUMEN



Introducción: La promoción de la salud mental tiene especial relevancia en el lugar de trabajo debido a que este es considerado un importante factor en el desarrollo de problemas físicos y mentales. En el ámbito sanitario, la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en profesionales de la salud del servicio de urgencias hospitalario se sitúa en el 36,80% en un entorno laboral generalmente estresante que implica, entre otros, el manejo de incertidumbres diagnósticas y terapéuticas, lo cual puede producir *burnout* e insatisfacción laboral. Además, los estudios que se han llevado a cabo en ese ámbito valoran la relación entre diversas características sociodemográficas y laborales como el sexo, la edad, el estado civil, el consumo de tabaco, la categoría profesional o la experiencia del personal sanitario con la presencia de trastornos psiquiátricos, ponen de manifiesto resultados contradictorios o no encuentran relaciones significativas. Teniendo en cuenta la importancia de las consecuencias que, tanto a nivel individual como organizacional, se pueden derivar del estrés, *burnout* e insatisfacción laboral y que la respuesta generada por los profesionales ante situaciones o condiciones similares es desigual, resulta necesaria la mejor comprensión de estos constructos para la formulación de políticas sanitarias dirigidas a la prevención de trastornos psiquiátricos y a la promoción del bienestar mental en los profesionales sanitarios, lo que se traduce en una mejora de la calidad asistencial y un descenso en los costos de la enfermedad mental.

Objetivos: Evaluar la posible relación entre el estrés percibido, el *burnout*, la satisfacción laboral, las estrategias de afrontamiento y las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario del servicio de urgencias hospitalario sobre el estado de salud general; investigar la posible relación entre las características sociodemográficas y laborales de aquellos profesionales y el estrés percibido, el *burnout*, la satisfacción laboral, las estrategias de

afrontamiento y la salud general; describir las características sociodemográficas y laborales de los profesionales de urgencias y determinar el grado de estrés percibido, *burnout*, satisfacción laboral y salud general, así como las estrategias de afrontamiento más usadas por aquellos profesionales.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en una muestra de 235 profesionales de Enfermería y Medicina que trabajaban en cuatro servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía (España). Como instrumentos para la recogida de datos se utilizaron un cuestionario original y específico de variables sociodemográficas y laborales, el *Maslach Burnout Inventory* para medir el *burnout*, el *General Health Questionnaire* que evalúa el nivel de salud general, el *Inventario breve de afrontamiento–COPE 28*, la *Perceived Stress Scale* que mide el nivel de estrés percibido y el cuestionario *Font-Roja* de satisfacción laboral. Se aplicó estadística descriptiva, inferencial y multivariante.

Resultados: La mayor parte de los participantes eran mujeres (76,17%), profesionales de enfermería (72,77%) y con una media de experiencia profesional de 22,67 (8,65) años. El nivel medio de estrés percibido fue de 21,53 (5,95) puntos. El 48,94% de los profesionales tenía un nivel elevado de despersonalización. Los factores con los que los profesionales sanitarios estaban más satisfechos fueron la relación interpersonal con los jefes [3,89 (0,62) puntos] y con los compañeros [3,87 (0,85) puntos]. El afrontamiento más utilizado por los profesionales fue el centrado en el problema [1,51 (0,50) puntos]. Además, la estrategia más utilizada fue la aceptación [1,67 (0,80) puntos]. Con respecto a la salud general, la ansiedad fue el síntoma más frecuente [2,49 (1,93) puntos]. Aquellos profesionales sanitarios casados/as tuvieron un menor nivel de estrés percibido con respecto los profesionales separados/as/divorciados/as

(diferencia: -16,42 puntos, $p < 0,0001$). Los profesionales que no practicaban ejercicio físico diario tuvieron incrementado el nivel de despersonalización en 2,04 puntos ($p = 0,02$). Los profesionales casados/as tuvieron incrementado el nivel de satisfacción laboral en 21,02 puntos con respecto a aquellos profesionales que estaban separados/as-divorciados/as ($p < 0,0001$). El personal médico utilizó con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento centrado en la evitación con respecto al personal de enfermería ($p = 0,002$). A igualdad del resto de variables, aquellos profesionales que consumían tabaco a diario tuvieron 2,17 veces más riesgo de constituir un caso psiquiátrico que aquellos que no tenían instaurado el hábito tabáquico ($p = 0,03$). Además, el agotamiento emocional también incrementó 1,06 veces el riesgo de morbilidad psiquiátrica ($p = 0,001$).

Conclusiones: El nivel de estrés percibido por el personal sanitario es medio, siendo la estrategia de afrontamiento centrado en el problema la más usada. Con respecto a las dimensiones del *burnout*, el nivel de agotamiento emocional es bajo y los niveles de despersonalización y realización personal son moderados. Además, el nivel de satisfacción laboral es moderado. La sintomatología somática y de ansiedad constituyen las manifestaciones clínicas más frecuentes. El riesgo de constituir un caso psiquiátrico está constituido por el aumento de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización, el afrontamiento centrado en la evitación, ser médico y consumir tabaco. Por su parte, la práctica de ejercicio físico diario constituye un factor protector.

ABSTRACT



Introduction: The promotion of mental health is particularly relevant in the workplace because it is considered an important factor leading to physical and mental problems. In the health field, the prevalence of psychiatric morbidity amongst Emergency Room health professionals stands at 36,80%, in a generally stressful work environment that involves, among other things, handling diagnostic and therapeutic uncertainty, which can produce burnout and work dissatisfaction. In addition, the studies that have been carried out in this field to assess the relationship between various socio-demographic and labour characteristics – such as gender, age, marital status, tobacco use, professional category, and the experience of health personnel– and the presence of psychiatric disorders, have yielded contradictory results, or do not find significant relationships. Taking into account the importance of the consequences that can arise from stress, both at an individual and organisational level, burnout and job dissatisfaction; and that the responses by professionals in similar situations and similar conditions are disparate, it is necessary to better understand these constructs in order to formulate health policies aimed at the prevention of psychiatric disorders and the promotion of mental wellbeing in health professionals, which would result in an improvement in the quality of care, and a decrease in the cost of mental illness.

Objectives: To evaluate the possible relationship between the overall health of medical personnel in Emergency Rooms and perceived stress, burnout, job satisfaction, coping strategies and the socio-demographic and work characteristics of these professionals; to investigate the possible relationships between the socio-demographic and occupational characteristics of these professionals, and perceived stress, burnout, job satisfaction, coping strategies and general health; to describe the socio-demographic and work characteristics

of Emergency Room professionals, and determine their degrees of perceived stress, burnout, job satisfaction and general health, as well as the coping strategies most used by professionals.

Material and methods: Cross-sectional descriptive study of a sample of 235 Nursing and Medicine professionals working at four Emergency Rooms in the Autonomous Community of Andalusia (Spain). As instruments for data collection an original and specific questionnaire of socio-demographic and labour variables was used. The *Maslach Burnout Inventory* was used to measure burnout, while the *General Health Questionnaire* was used to assess general health levels. Also used were the *Brief Copying Inventory-COPE 28*, the *Perceived Stress Scale*, which measures perceived stress level, and the *Font- Roja* job satisfaction questionnaire. Descriptive, inferential and multivariate statistics were applied.

Results: Most of the participants were women (76,17%), nursing professionals (72,77%) and with an average of 22,67 (8,65) years of professional experience. The average level of perceived stress was 21,53 (5,95) points. 48,94% of the professionals exhibited a high level of depersonalisation. The factors with which the health professionals were most satisfied were their interpersonal relationships with supervisors [3,89 (0,62) points] and with their colleagues [3,87 (0,85) points]. The coping response most used by professionals was focusing on the problem [1,51 (0,50) points]. The most widely used strategy was acceptance [1,67 (0,80) points]. With respect to general health, anxiety was the most frequent symptom [2,49 (1,93) points]. Married health professionals had a lower level of perceived stress relative to separated/divorced professionals (difference: -16,42 points, $p < 0,0001$). Professionals who did not get daily physical exercise exhibited an increase in their depersonalisation levels, up 2,04 points ($p = 0,02$). Married professionals showed an increase in their levels of job satisfaction, up 21,02

points with respect to their separated or divorced colleagues ($p < 0,0001$). Doctors used avoidance-based coping strategies more frequently than Nursing staff ($p = 0,002$). Other variables being equal, those professionals who consumed tobacco daily were 2,17 times more likely to constitute a psychiatric case than non-smokers ($p = 0,03$). Emotional exhaustion also increased the risk of psychiatric morbidity by 1,06 times ($p = 0,001$).

Conclusions: The level of stress perceived by Emergency Room staff is moderate, with problem-centred coping prevailing as a strategy. With respect to the nature of burnout, levels of emotional exhaustion are low, and levels of depersonalisation and personal fulfilment are moderate. The job satisfaction level is moderate. Somatic and anxiety symptoms are the most frequent clinical manifestations. The risk of constituting a psychiatric case is augmented by an increase in levels of emotional exhaustion, depersonalisation, avoidance-based coping, being a doctor, and tobacco use. Getting daily physical exercise, in contrast, is a protective factor.

INTRODUCCIÓN



1. El estrés

1.1 Origen histórico del estrés

El interés por el estudio del estrés es antiguo, pudiéndose encontrar sus raíces en distintas etapas de la Historia. Por ejemplo, en el siglo XIV, fue utilizado dicho término en el campo de la metalurgia para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción (1, 2).

A finales del siglo XVII, Robert Hooke utilizó la palabra en el contexto de la física. Este concibió el estrés como la relación entre la «carga» externa ejercida sobre un objeto y la deformación experimentada por el mismo, dependiendo el resultado de las propiedades estructurales del objeto y de las características de la fuerza externa (3). La fuerza externa fue definida como «load»; «stress» hacía referencia a la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de «load» (que tendía a distorsionarlo); y a la deformación o distorsión sufrida por el objeto se le denominó «strain» (1, 3).

Un siglo después fue introducido el término estrés -derivado del griego «stringere»: provocar tensión-, que, desde el punto de vista físico fue definido como «una respuesta dentro del objeto, inherente a su estructura y provocada por una fuerza externa». Desde el siglo XIX, debido al impacto notable de la física sobre otras áreas del conocimiento, comienza la exportación del término de esta ciencia a otras disciplinas como la medicina, la biología o la psicología (4).

En 1878, uno de los primeros autores en tratar específicamente el estrés y publicar sus propuestas fue el fisiólogo Claude Bernard, quien sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar el organismo, siendo una de las características fundamentales de los seres vivos el poder de mantener la

estabilidad de su medio ambiente interno, aunque se modifiquen las condiciones del medio externo. De esta forma, concibió el estrés como una respuesta adaptativa ante estímulos externos e introdujo un concepto básico dentro del ámbito del estrés: la homeostasis (5).

A comienzos del siglo XX, el principio de homeostasis fue especialmente desarrollado por Walter Bradford Cannon, quién consideró el estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno o niveles bajos de glucemia. Esta pérdida del equilibrio homeostático produce la activación de la función de determinados sistemas orgánicos y la inhibición de otros (6, 7). De esta forma, el organismo es capaz de activarse en pocos segundos y prepararse para dar una respuesta adecuada y eficaz ante una amenaza eventual. Esa respuesta puede consistir en una aproximación o ataque, o una evitación o huida ante esa amenaza. Cada una de estas situaciones se corresponde con reacciones fisiológicas del sistema nervioso neurovegetativo. Así, la reacción de aproximación o ataque se asocia a la actividad del sistema simpático, mientras que la de la evitación o huida se asocia con el sistema parasimpático (7). Además, en estas investigaciones se recoge que el nivel de estrés que experimenta un determinado sujeto puede ser medido mediante pruebas de laboratorio a través de parámetros psicofisiológicos implicados en este proceso de adaptación interna a las condiciones externas del entorno (6, 7).

En 1936, Hans Selye desarrolló un modelo de estrés que alcanzó especial relevancia en la década de los años cincuenta. En este modelo se recogen las características de las respuestas fisiológicas del organismo ante cualquier estímulo nocivo, incluidas las amenazas psicológicas y sociales, así como las consecuencias que podría tener una exposición prolongada a las mismas, que

afectarían negativamente al propio organismo (8). Selye, en su estudio sobre el Síndrome General de Adaptación (SGA) presenta la siguiente definición: «*el Síndrome de Adaptación General es la suma de todas las reacciones sistémicas del cuerpo no específicas las cuales siguen después de una larga y continua exposición al estrés*» (9, p.119). El SGA se compone de tres fases (fase de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento) que van a aparecer de forma secuencial en el tiempo, cada una de ellas vinculada a unos niveles de activación fisiológica distintos (9).

Harold G. Wolff consideró el estrés como un proceso dinámico en el cual el organismo interactúa con el estímulo, lo que implica una adaptación a los requerimientos (10). En 1968, Masson propuso que los estímulos estresantes generan el SGA siempre y cuando el individuo perciba la situación como amenazante y resaltó la importancia de los factores sociales, cuestionando así la teoría sobre la respuesta inespecífica al estrés propuesta por Selye (11). En 1986, Lázarus *et al.* (1) sustentan que el estrés es un proceso que incluye las transacciones entre las características propias del individuo y las demandas del medio. El individuo tiene que hacer frente a diversas situaciones que le requieren demandas conductuales que le resultan amenazantes o dañinas.

Brengelman (12) hizo referencia al término estrés como situaciones que implican demandas fuertes para el individuo pudiendo agotar los recursos de afrontamiento que ese individuo posee.

A partir de la década de los sesenta del siglo pasado, los estudios relacionados con el estrés han proliferado con el fin de incrementar el conocimiento sobre el mismo desde el punto de vista tanto fisiológico como psicosocial.

1.2 Tipos de estrés

La respuesta al estrés constituye un mecanismo de adaptación del individuo para poder sobrevivir frente a un entorno que, en ocasiones, aparece como hostil. No obstante, dicho estrés, en determinadas circunstancias, se puede convertir en disfuncional por su frecuencia, intensidad, prolongación en el tiempo, entre otros (13).

Así, el estrés se puede dividir en dos tipos, atendiendo a los efectos producidos en el individuo. La primera y más investigada forma de estrés es el distrés. Junto a este tipo de estrés, existe el denominado eustress. El distrés es definido como la evaluación de factores de estrés como potenciales fuentes de daño o amenaza. Por el contrario, el eustress consiste en la evaluación que realiza el individuo sobre los factores estresantes concebidos como oportunidades o desafíos y que pueden ser superados mediante la movilización efectiva y el uso de estrategias de afrontamiento (14, 15).

1.3 Modelos teóricos

En la actualidad, no existe una definición de estrés que satisfaga a todos; de hecho, el estrés se puede conceptualizar desde tres perspectivas teóricas. En este sentido, el estrés puede ser entendido como un estímulo capaz de provocar una reacción de estrés, como una respuesta del individuo: reacciones fisiológicas, emocionales, conductuales, entre otros; o como la interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo (16).

1.3.1 El estrés como estímulo

Este grupo teórico entiende que el estrés está asociado a los estímulos del ambiente, pudiendo perturbar o alterar el funcionamiento del organismo temporal

o permanente. El estrés se localiza fuera del individuo; al individuo le corresponde el efecto producido por el estrés (17, 18). En las últimas décadas, esta conceptualización del estrés ha tenido gran repercusión en la psicología clínica, siendo el enfoque de los sucesos vitales el más influyente. Los sucesos vitales o grandes acontecimientos constituyen situaciones traumáticas con capacidad de alterar las actividades cotidianas del individuo (16). Existe una amplia evidencia sobre la implicación del estrés por sucesos vitales en la vulnerabilidad, génesis y/o agravación de diferentes tipos y manifestaciones de los trastornos mentales, incluidos los trastornos de ansiedad y depresión (19), los trastornos psicóticos (20), el riesgo de suicidio (21-23) o el *burnout* (24).

Una limitación de este enfoque es considerar la misma respuesta ante todas las situaciones. En la actualidad, se sabe que esta reacción no es equivalente ante estímulo físicos y mentales, existiendo mayor liberación de corticosteroides ante el estrés mental. Además, se ha puesto de manifiesto que la presencia o no de una respuesta, así como su magnitud, depende de factores de tipo individual, entre los que se encuentran la personalidad, las percepciones del individuo y el contexto en el que ocurre (25).

1.3.2 El estrés como respuesta

Esta perspectiva fue desarrollada por Selye (8), que definió el estrés como un conjunto de reacciones fisiológicas ante cualquier estímulo nocivo físico, psicológico, cognitivo o emocional. Con independencia de la causa, el individuo responde de manera no específica ya que esta respuesta es similar para diversos estresores. Sin embargo, para hacer frente a cualquier aumento de las demandas realizadas sobre el organismo, este responde de manera específica.

Esta respuesta implica la activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y del sistema nervioso autónomo.

Este proceso se desarrolla en tres fases (8):

- Fase de alarma. Describe las primeras acciones y movilizaciones del organismo que es expuesto a condiciones desadaptativas. En esta primera fase existen dos momentos: uno inicial de choque -que se correspondería con la reacción de ataque-huida propuesta por Cannon (6, 7)-, donde tendría lugar una hiperactividad del sistema simpático-adrenomedular; y otra, que movilizará al organismo para recuperar los niveles de homeostasis. Numerosas enfermedades relacionadas con el estrés agudo corresponden con esta fase de alarma. Esta reacción transitoria es de corta duración y no resulta perjudicial cuando el organismo dispone de tiempo para recuperarse.
- Fase de resistencia. Se caracteriza por un elevado nivel de activación, aunque menor que el que tenía lugar en la fase anterior, y que tiene la finalidad de favorecer una adaptación del organismo a la continua presencia de los estresores. Esta fase está vinculada fundamentalmente con la activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y va a permitir el ahorro y mantenimiento de la energía ya almacenada en el organismo, suprimiendo algunas de sus funciones como la sexual y reproductora.
- Fase de agotamiento. Se produce una fractura en la respuesta que el organismo está dando ante las persistentes demandas del ambiente, perdiendo definitivamente los recursos y las reservas de energía que permitirán mantener los niveles de activación que el organismo poseía. Esto acarreará consecuencias relacionadas con alteraciones fisiológicas

y psicológicas, a las que Selye denominó «*enfermedades de la adaptación*». Estas alteraciones llegan a romper la homeostasis del organismo, llegando a provocar efectos nocivos irreversibles e incluso letales para el organismo (Figura 1).

Figura 1. Síndrome General de Adaptación.



Fuente: Selye (1936).

El modelo de Selye es el predominante en las ciencias biomédicas. Sin embargo, ha recibido algunas críticas. Por un lado, críticas referidas al concepto de inespecificidad. En este sentido, los estresores particulares pueden producir cambios específicos en el funcionamiento neurofisiológico. Por otro lado, críticas relacionadas con la poca relevancia que este enfoque concede a los aspectos psicológicos, cuando la investigación muestra que la evaluación de los acontecimientos es fundamental en la determinación del estrés (26, 27).

1.3.3 El estrés como interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo

En este modelo, el estrés es concebido como la evaluación cognitiva que realiza el individuo tanto de la capacidad estresora de un evento determinado como de

sus propios recursos para hacer frente a dicho evento (28). Por tanto, este enfoque abandona la idea de concebir al individuo como algo pasivo de las condiciones del medio que lo rodea. El modelo que explica esta perspectiva es la Teoría Transaccional de Lazarus y Folkman (29), o denominada también mediacional cognitiva. La idea central de este modelo es el concepto de evaluación cognitiva. A través de este proceso mental, considerado universal, el individuo valora la significación de la situación y la relaciona con su bienestar personal y con los recursos disponibles para responder a esta. En consecuencia, la percepción que realiza el individuo de la situación es lo que define el estrés y no el agente estresor.

Lazarus y Folkman (29) distinguen tres tipos de evaluación:

- Evaluación primaria. El individuo valora el significado de la situación. La situación puede ser considerada irrelevante, positiva-beneficiosa o estresante. En este último caso, la situación puede constituir una amenaza, un daño-pérdida o un desafío. La amenaza y el desafío constituyen evaluaciones anticipatorias.
- Evaluación secundaria. El individuo realiza una valoración de los recursos propios para afrontar la situación y un pronóstico acerca del éxito que tendrá o no cada opción a la hora de abordar dicha situación. De esta forma, el individuo toma conciencia de las discrepancias que existen entre sus estrategias, habilidades y capacidades personales de afrontamiento y las estrategias, habilidades y capacidades que exigen la situación. Cuanto mayor sea la discrepancia, mayor será el malestar y la ansiedad. Por el contrario, cuando el individuo cree que es capaz de hacer algo para manejar la situación y cree que va a tener éxito, se reduce el estrés.

- **Reevaluación.** Implica procesos de retroalimentación durante la interacción del individuo con las demandas externas o internas y hacen que se produzcan cambios sobre valoraciones previas debidos a la nueva información obtenida del entorno.

Desde este modelo podría ser explicada la variabilidad de respuestas de las personas ante situaciones estresantes idénticas al depender esta la percepción individual de cada sujeto (30).

1.4 Respuestas del organismo ante el estrés

Como se ha mencionado anteriormente, la respuesta al estrés consta de tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. El organismo experimenta una serie de reacciones en cada una de aquellas fases. Además de las reacciones fisiológicas que aparecen relacionadas al estrés, existen también otras a nivel cognitivo-conductual y emocional que facilitarán la aparición de respuestas como la ansiedad, la pérdida de control o el miedo. Estas reacciones aparecen de forma inmediata o en un corto plazo de tiempo (31).

1.4.1 Respuestas emocionales al estrés

Las emociones aparecen solo cuando el individuo juzga que las transacciones con el entorno tienen implicaciones para el bienestar o malestar propio. En general, cuando la situación es percibida como amenazante o dañina aparecen las emociones negativas. Por el contrario, cuando la situación es percibida como positiva surgen las emociones positivas (32). Existe una disociación bastante fuerte, al menos de forma aguda, entre este tipo de respuesta y los sistemas fisiológicos de activación del estrés (33).

Las respuestas emocionales más relevantes al estrés son la ansiedad, la apatía, la depresión, el miedo, la ira y la agresión. Además, las emociones de miedo y

ansiedad están relacionadas con el estrés agudo y la depresión con el estrés crónico (32, 34).

1.4.2 Respuestas cognitivo-conductuales al estrés

El estrés puede generar una serie de alteraciones sobre los procesos cognitivos superiores como la concentración, la atención, la memoria -tanto a corto plazo como a largo plazo-, la percepción o la toma de decisiones (35-37) lo cual produce un incremento de las tasas de error y accidentes (38).

A nivel conductual puede aparecer el abuso de drogas, como el café (39), tabaco (40), alcohol (41), fármacos (42); además de la alteración del patrón de sueño (43), el absentismo laboral (44), el aumento de las conductas violentas (45) o la modificación de los hábitos alimentarios (46).

1.4.3 Respuesta fisiológica al estrés

Las situaciones de estrés, desde la perspectiva del SGA, producen un aumento general de la activación del organismo. Dicha activación estará vinculada a diversos ejes de respuesta de tipo neural, neuroendocrino o endocrino en función de la fase de respuesta implicada. Estos ejes de respuesta son complementarios entre sí y están vinculados a la intensidad y duración de los estímulos desencadenantes (47).

El eje neural se activa de manera inmediata tras la presencia de un estímulo interpretado como estresante, constituyendo el tipo de activación propia de la fase de alarma del SGA. Se activa la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y el Sistema Nervioso Periférico (SNP). El primero es el encargado de activar al organismo con el objeto de producir una acción intensa e inmediata. Dicha activación produce, entre otros efectos, el aumento de la

frecuencia respiratoria, la liberación de glucosa, el aumento de la presión arterial o la dilatación pupilar. Por su parte, el SNP es el encargado de regular el nivel de tensión de los músculos estriados y de realizar acciones motoras. Sin embargo, y dada su naturaleza, la activación del SNA no puede ser mantenida en el tiempo; por lo tanto, si se corrige o desaparece la situación generadora de estrés los efectos producidos por la activación del SNA tienden a desaparecer de manera gradual. No obstante, si la situación estresante continúa es necesaria la activación del eje neuroendocrino.

Así, la estimulación de la rama simpática produce la activación de las glándulas suprarrenales lo que provoca un incremento en la producción de adrenalina (epinefrina) y noradrenalina (norepinefrina). Los efectos que producen estas catecolaminas son similares a los generados por la estimulación de la rama simpática del SNA. Sin embargo, la activación de este eje permite que tales efectos sean prolongados en el tiempo debido a una mayor producción de glucógeno y glucosa y un aumento de la actividad metabólica general, lo cual, a su vez, se traduce en un incremento del consumo de oxígeno. El mantenimiento de niveles altos de activación es característico de la fase de resistencia del SGA.

Cuando los desencadenantes del estrés se convierten en estímulos crónicos y el individuo tiene la certeza de no poder evitar dichos desencadenantes, se activará el eje endocrino. El mecanismo de acción de este eje es más lento que los dos anteriores. Este eje está constituido fundamentalmente por el eje adrenal-hipofisario. La activación de este eje favorece la producción de glucocorticoides, especialmente cortisol, mediante la acción de la hormona adrenocorticotropa. Esta activación va a provocar efectos en el organismo como alteraciones

gástricas, supresión de los mecanismos inmunológicos o disminución del apetito, entre otros.

Además, el sistema inmune desarrolla una actividad modulada por los ejes anteriormente citados a través de receptores específicos para catecolaminas, hormona adrenocorticotropa, hormona liberadora de corticotropina y glucocorticoides que se encuentran en las células del sistema inmune (48, 49).

1.5 El estrés laboral

En las últimas décadas, el proceso de globalización y el progreso tecnológico han transformado el mundo laboral, dando lugar a nuevas formas de organización del trabajo, relaciones laborales y modelos de empleo que contribuyen al aumento del estrés relacionado con el trabajo y los trastornos asociados al mismo (50).

Durante las décadas pasadas, un creciente número de estudios mostraron el impacto de los riesgos psicosociales y del estrés laboral en la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores y en el rendimiento de la organización. En el lugar del trabajo, esto se traduce en un mayor riesgo de accidentes laborales, mayor absentismo y presentismo y aumento de la rotación del personal (51-53). A nivel individual, el impacto del estrés en la salud varía de un individuo a otro. Sin embargo, elevados niveles de estrés están relacionados con un incremento de la presión arterial, obesidad, Diabetes Mellitus tipo II, dislipemia o pobre salud mental (54-57).

En Europa, según datos de la 6ª Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (58), el 23% de los trabajadores considera que su trabajo representa un riesgo para su salud. En España, el 30% de los trabajadores afirma sufrir estrés

«*siempre*» o «*casi siempre*». En lo referido al sector sanitario, el 37% de los trabajadores refiere estar expuesto a estrés «*siempre*» o «*casi siempre*». El informe sobre Riesgos psicosociales en Europa: prevalencia y estrategias de prevención (59) estableció que el 25% de los trabajadores habían experimentado estrés laboral durante todo o la mayor parte de su tiempo de trabajo. Además, cerca del 80% de los directivos expresaron su preocupación por el estrés laboral. A pesar de ello, menos de la tercera parte de las organizaciones disponen de procedimientos para su correcto abordaje.

El coste total del estrés laboral es considerable y varía sustancialmente entre 161 millones de euros a 191 millones de euros. Además, las pérdidas relacionadas con la productividad contribuyen entre un 70-90% en la mayor parte del coste del estrés laboral para la organización y los costes derivados de la atención sanitaria constituyen el 10-30% restante (60).

1.5.1 Definición

El estrés laboral es un fenómeno que ha sido definido y estudiado de diferentes maneras que han resultado incluso contradictorias en diversas ocasiones, lo cual genera falta de consenso en su definición. En este sentido, se encuentra que diferentes aspectos de tipo personal, social, ambiental y laboral son utilizados para definir e interpretar este concepto (61).

Para Nadinloyi *et al.* (62), el estrés laboral constituye la respuesta física y emocional que tiene lugar cuando las demandas laborales entran en conflicto con la habilidad, recursos o necesidades del trabajador.

El Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del Gobierno de Reino Unido (63) concibe el estrés laboral como la respuesta dañina del individuo ante las presiones y exigencias derivadas del trabajo.

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (64) pone de manifiesto que el estrés laboral aparece cuando el individuo percibe que existe un desequilibrio entre las exigencias soportadas y su capacidad para hacer frente a ellas y siente que no puede dar respuesta a dichas exigencias o que no es capaz de soportar la presión a la que está sometido.

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (65), el estrés laboral ocurre cuando las demandas del trabajo no coinciden o exceden las capacidades, recursos o necesidades del trabajador, o cuando el conocimiento o habilidades de un trabajador no se corresponde con las expectativas de la cultura organizacional.

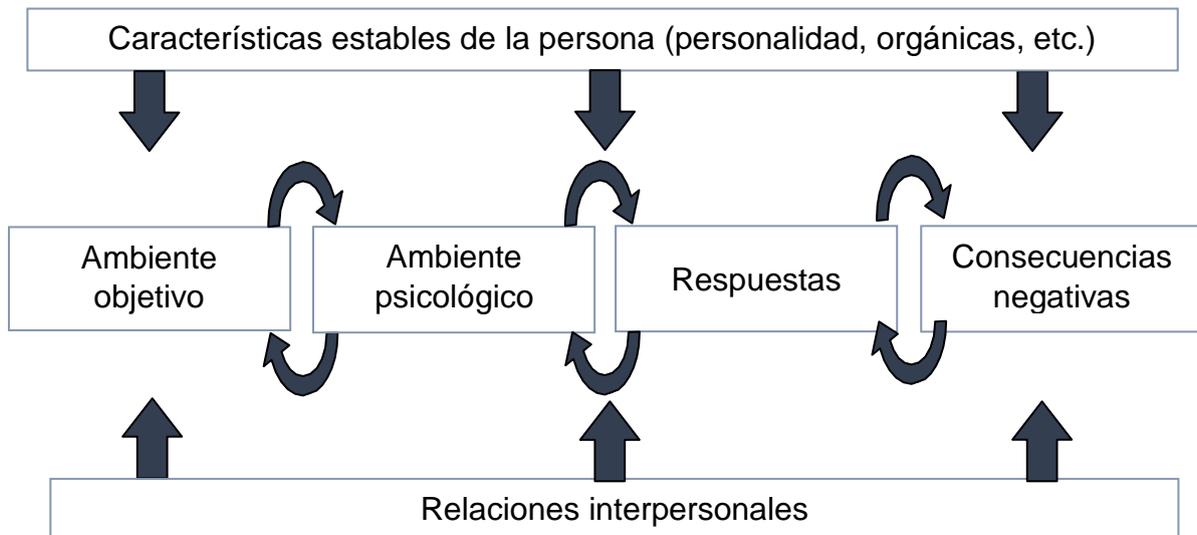
La Organización Mundial de la Salud (OMS) (66) define estrés laboral como la respuesta que las personas pueden tener cuando se les presentan demandas y presiones laborales que no se corresponden con sus conocimientos y habilidades y que desafían su capacidad para afrontarlos.

En la génesis del estrés laboral intervienen factores relacionados con las características intrínsecas del trabajo (carga del trabajo, prejuicios, condiciones peligrosas, entre otros), el papel de la organización (descripción del trabajo, reconocimiento del trabajador, entre otros), el desarrollo profesional (promoción, inseguridad laboral, entre otros), las relaciones en el trabajo (relaciones con los compañeros, subordinados, responsabilidades, entre otros) y estructura organizativa y clima laboral (control en el trabajo, dificultades financieras, entre otros) (67).

1.5.2 Modelos teóricos

El primer modelo explicativo sobre el estrés laboral denominado modelo ajuste persona-ambiente fue postulado por French *et al.* (68). Este modelo está basado en cuatro elementos que determinan el grado de estrés en el trabajo en función del nivel de ajuste entre el individuo y el entorno donde desarrollaba su trabajo. Dichos elementos son: las condiciones físicas y sociales objetivas, la percepción subjetiva del contexto objetivo, el repertorio del individuo y las consecuencias en la salud física y mental. Este modelo explicativo hace particular énfasis en los factores de riesgo potenciales para la experiencia de estrés como la ambigüedad de rol, la alta presión en el trabajo o el conflicto que, han mostrado estar relacionados con problemas de salud (Figura 2).

Figura 2. Modelo ajuste persona-ambiente



Fuente: Merín *et al.* (1995).

En 1976, McGrath (70) propuso un modelo cíclico de estrés laboral donde el desequilibrio entre las demandas y las respuestas del individuo da lugar a la génesis del estrés. Este modelo está compuesto por cuatro fases. En la primera fase, tiene lugar un proceso de apreciación cognitiva entre las condiciones del entorno objetivas y las condiciones del entorno percibidas por el individuo. La

segunda fase guarda relación con la selección de la respuesta por parte del individuo e involucra la toma de decisiones. La tercera fase da como resultado una serie de conductas que pueden ser evaluadas tanto de forma cualitativa como cuantitativa. La cuarta fase se denomina proceso resultante y tiene lugar entre la conducta y las condiciones del entorno.

A principios de la década de los años ochenta, los modelos sobre estrés laboral toman como punto de partida la aproximación transaccional de Lazarus (29). Este modelo no considera al estrés como resultante comportamental de la relación dinámica de los recursos del individuo para afrontar las exigencias del contexto, es decir, se basa en la relación entre el individuo y el medio. En virtud de ello, si una persona evalúa las demandas del entorno como excesivas para los recursos que posee, percibirá dicho entorno como una amenaza y se encontrará en una situación de estrés.

Los modelos que más influencia han tenido en la evolución del concepto de estrés laboral son:

- Modelo de Demandas-Control: Karasek (71) consideró que el estrés laboral se produce cuando existe un desequilibrio entre las demandas (ritmo, rapidez, órdenes) y el control (posibilidad de toma de decisiones y uso de propias competencias y capacidades: latitud de toma de decisiones). Según este modelo, las altas demandas son estresores que provocan situaciones de tensión para el individuo. Los efectos adversos para la salud tienen lugar en situaciones de altas demandas y bajo control. Esta combinación de características se denominaba «*Trabajo altamente estresante*» o «*Job Strain*».

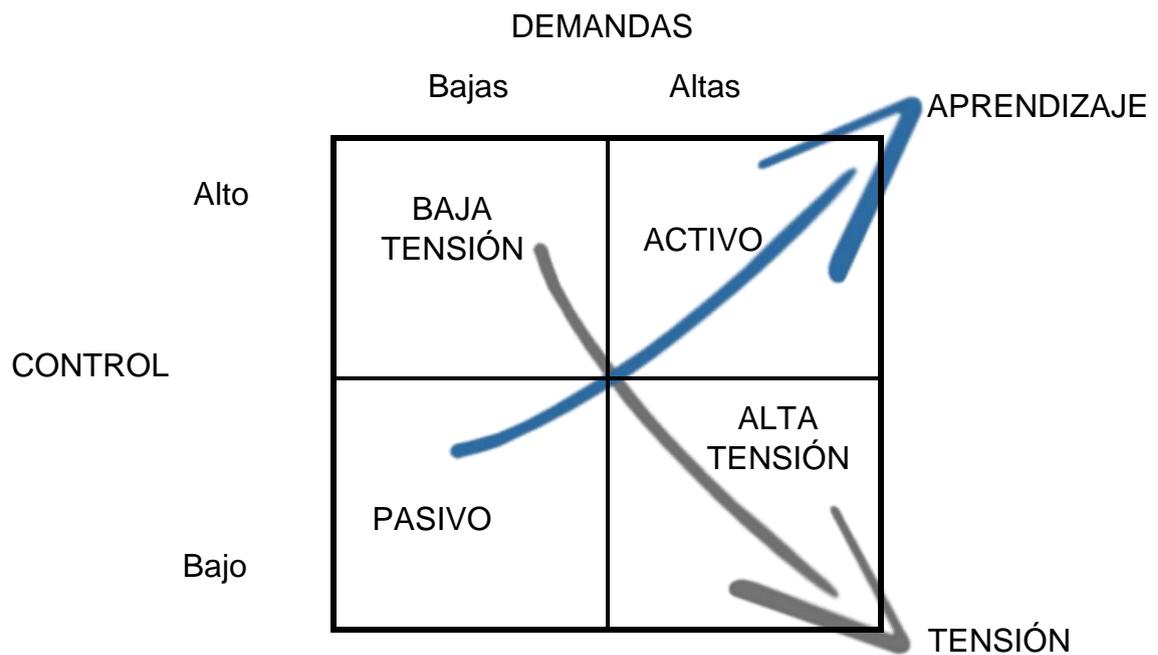
Sin embargo, cuando las demandas del medio son elevadas pero no abrumadoras y el individuo realiza un elevado control de la tarea se consigue un alto nivel de aprendizaje o aprendizaje activo.

Por un lado, se considera trabajo activo aquel donde las exigencias son elevadas; pero la organización del trabajo permite al individuo disponer de una elevada capacidad de decisión para hacerles frente, lo que predice el llamado «*estrés positivo*», el cual aumenta la motivación y las expectativas de crecimiento y desarrollo personal. Por otro lado, se considera trabajo pasivo aquel que no requiere exigencias elevadas, lo cual da lugar a la creación de ambientes de trabajo poco atractivos y producir una pérdida de las capacidades adquiridas con anterioridad (aprendizaje negativo) (Figura 3).

La zona de baja tensión se corresponde con aquella situación en la que el individuo dispone de una adecuada capacidad de control, pero las demandas son mínimas; esto es similar a la situación de relajación (72).

Karasek (71) plantea la necesidad de conseguir un equilibrio entre las demandas y el control que el individuo posee. Este equilibrio se alcanzaría cuando el nivel de aprendizaje positivo conlleva un mayor rendimiento y un aumento de interés por su labor, pero estableciendo límites, pues un nivel excesivamente alto podría constituir un daño para el trabajador.

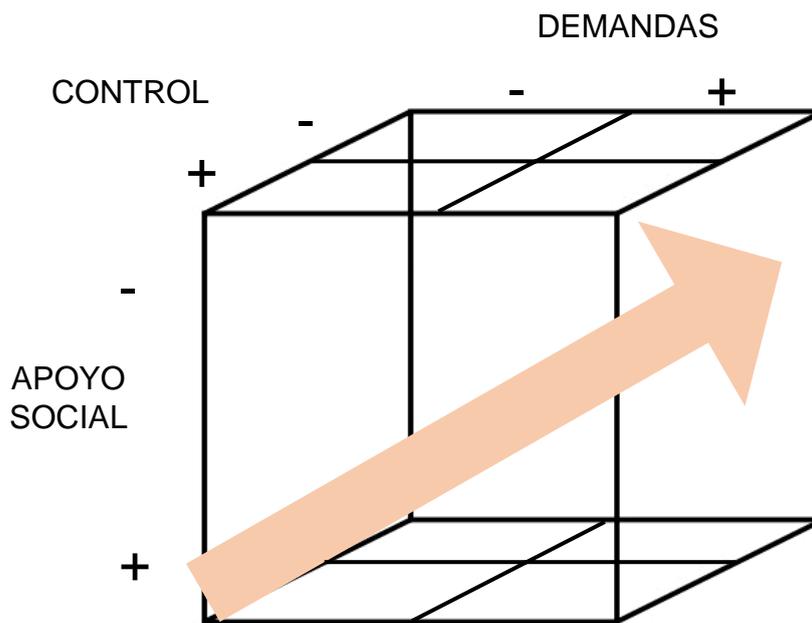
Figura 3. Modelo de Demandas-Control



Fuente: Karasek (1979).

Unos años más tarde, Johnson *et al.* (73) incorporaron una nueva dimensión al modelo anterior: el apoyo social. Este actúa como amortiguador del estrés y es entendido como la ayuda por parte del grupo de iguales o de superiores. Para estos autores, los incrementos en el control amortiguaban las altas demandas de manera más efectiva si se daban bajo condiciones de alto apoyo social, esto es, el individuo potenciaría más sus capacidades y aptitudes cuando se encuentra apoyado por el grupo (Figura 4).

Figura 4. Modelo Demanda-Control-Apoyo social



Fuente: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: Nota técnica de prevención 603 (2001).

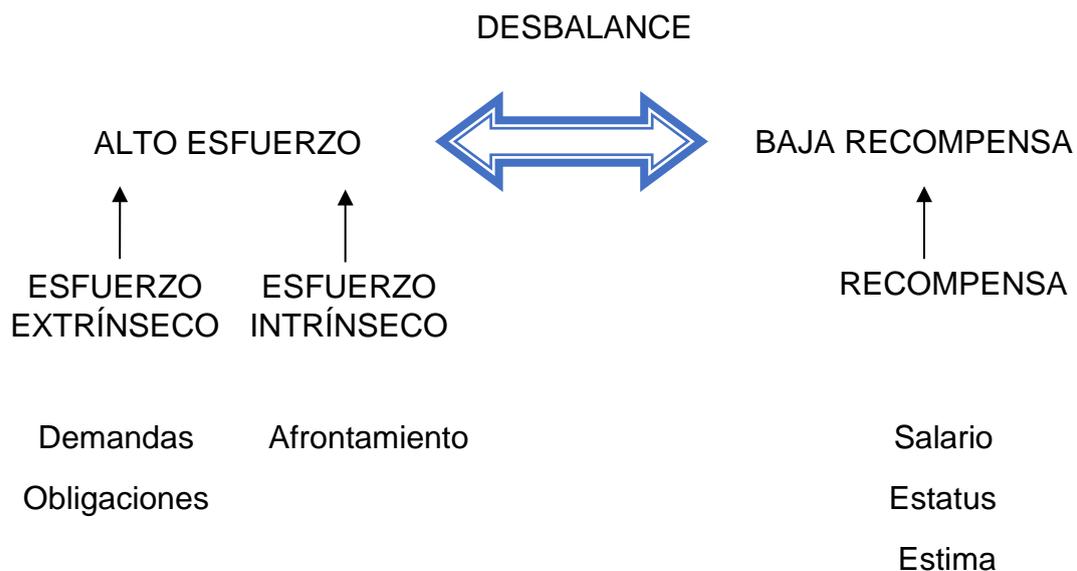
La incorporación de esta nueva dimensión al modelo pone de manifiesto que cualquier teoría sobre el estrés laboral debe tener en cuenta las relaciones sociales que se establecen en el lugar de trabajo (74).

Además, el mayor riesgo de problemas de salud derivados de trabajos caracterizados por altas demandas, bajo control y bajo apoyo social tiene lugar en grupos aislados.

- Modelo de Ajuste Persona-Ambiente: French *et al.* (75) consideraron que el estrés laboral y las consecuencias para la salud que de este se derivan guardan relación con la discordancia que existe entre las representaciones objetivas y subjetivas del individuo y del ambiente que lo rodea.

- Modelo de Esfuerzo-Recompensa: Siegrist (76) puso de manifiesto que el estrés laboral tenía lugar cuando existía un desequilibrio entre un alto esfuerzo y una baja recompensa. El alto esfuerzo puede ser extrínseco (demandas y obligaciones) o intrínseco (alta motivación con afrontamiento). La recompensa comprende el salario, el estatus del individuo y la estima. Por lo tanto, el individuo padecerá estrés laboral cuando perciba que realiza un gran esfuerzo y obtiene escasa compensación económica, bajo estatus profesional y baja consideración hacia el trabajo (Figura 5).

Figura 5. Modelo de Esfuerzo-Recompensa



Fuente: Elaboración propia basada en Siegrist (1996).

1.5.3 Fuentes de estrés laboral

El término estresor laboral hace referencia a aquellos eventos, situaciones o cogniciones que pueden provocar emociones negativas, pudiendo repercutir en la salud física y psicológica del individuo en el ámbito laboral (77).

En el marco de la Prevención de Riesgos Laborales, los estresores laborales harían referencia a los «*riesgos psicosociales*» que tienen lugar en el ámbito del trabajo. Estos son definidos como aquellos aspectos del diseño, organización y gestión del trabajo que, potencialmente, pueden producir daño a la salud física y/o psicológica del individuo, así como otros resultados adversos a nivel organizacional como el absentismo, disminución de la productividad o incremento de errores por parte del individuo (78). Los riesgos psicosociales no solo repercuten en la salud del individuo dentro del ámbito laboral, sino que también pueden continuar haciéndolo fuera de este (79).

Existen diversos modos de clasificar las condiciones potencialmente estresantes del ámbito laboral. Aunque cada grupo profesional tiene unos estresores específicos y unas condiciones y situaciones relacionadas con el origen y desarrollo del estrés, a continuación, se indican algunas de las clasificaciones más recientes de los estresores laborales (80):

- Estresores ambientales: cambio tecnológico, demandas y obligaciones familiares, condiciones económicas y financieras, clase social e identidad étnica.
- Estresores organizacionales: políticas, estrategias, estructura y diseño de la organización, así como procesos y condiciones de trabajo.
- Estresores de grupo: falta de cohesión grupal, falta de apoyo social y conflicto interpersonal e intergrupar.
- Estresores individuales: conflicto de rol y ambigüedad, rasgos de personalidad o cambios de vida.

En particular, en el ámbito sanitario, Sun *et al.* (81) agruparon los estresores laborales en cinco categorías:

- Problemas profesionales: hace referencia al bajo estatus social y salarial, oportunidades de promoción limitadas y elevado índice de rotación.
- Carga y presión laboral: guarda relación con una elevada carga en el trabajo y excesivas tareas burocráticas.
- Problemas ambientales: relacionados con entornos de trabajo deficientes, unidades asistenciales con exceso de pacientes y recursos humanos y materiales insuficientes.
- Interacción con el paciente: incluye pacientes no cooperativos, gravedad del estado de salud de los pacientes y problemas con los cuidadores.
- Relaciones interpersonales: alude a la falta de apoyo por parte de los jefes y/u otros compañeros y desconfianza entre compañeros.

1.5.4 Estrés laboral en el ámbito de urgencias hospitalarias

El servicio de urgencias es considerado un ámbito especialmente generador de estrés laboral. Los profesionales sanitarios que trabajan en él están expuestos a diferentes factores de riesgo psicosocial como la escasez de personal, sobrecarga laboral, trabajo a turnos, falta de especificidad de funciones y tareas, falta de autonomía y autoridad en el trabajo o elevada presión asistencial que afectan a su salud física y emocional (82, 83).

Los usuarios de este servicio demandan una respuesta rápida y satisfactoria por parte de los profesionales, los cuales intentan proporcionarla de manera organizada y eficiente (84). En este contexto, cuando se produce un desequilibrio en estas situaciones, puede tener importantes consecuencias negativas para la salud del individuo, el funcionamiento del servicio y, finalmente, un detrimento de la calidad asistencial en el servicio prestado (85).

La evidencia pone de manifiesto la existencia de mayor nivel de estrés entre el personal sanitario de urgencias con respecto al que desarrolla su labor asistencial en otras áreas clínicas. Sin embargo, con independencia de la población clínica estudiada, el personal sanitario del servicio de urgencias se identifica como una población con mayor nivel de trabajo en equipo, autonomía, habilidades y comunicación (86), los cuales son considerados factores que atenúan el impacto del estrés (87).

2. El síndrome de desgaste profesional

2.1 Introducción

La labor asistencial del personal sanitario está caracterizada por una serie de dificultades inherentes a la propia profesión y al ámbito donde se desarrolle el trabajo (88). Los profesionales sanitarios constituyen uno de los grupos de riesgo de padecer desgaste profesional (89). Los individuos que padecen desgaste profesional manifiestan problemas psicosomáticos (debilidad e insomnio), emocionales (ansiedad y depresión) actitudinales (hostilidad, apatía y desconfianza) y comportamentales (agresividad, irritabilidad y aislamiento), entre otros (90). Se estima que la jubilación anticipada y la pérdida de horas clínicas derivadas del desgaste profesional costarán al sistema 146 millones de euros (91). Según Peckham (92), el 42% del personal médico de América afirma que padece *burnout*, siendo esta prevalencia superior en mujeres (48%) y constituyendo las tareas burocráticas el factor más contribuyente. Además, sostiene que el desgaste profesional se incrementa con la edad hasta los 54 años, edad en la cual comienza a disminuir hasta el 41%. Otro estudio puso de manifiesto que alrededor del 70% del personal médico en todo el mundo tiene un nivel de desgaste profesional elevado (93). En lo referido al personal de

enfermería, entre el 30%-50% de aquel colectivo manifiesta niveles clínicos elevados de desgaste profesional (94). Otro estudio señaló que la prevalencia de niveles elevados de agotamiento emocional (AE) en el personal de enfermería era del 21%, la prevalencia de niveles altos de despersonalización (DP) fue del 30% y 44% la de niveles elevados de realización personal (RP), concluyendo que el nivel de *burnout* en aquel colectivo era elevado (95).

2.2 Antecedentes históricos del concepto de desgaste profesional

El desgaste profesional fue descrito por primera vez por Herbert Freudengerber (96). No obstante, diversos autores han puesto de manifiesto que el término desgaste profesional había sido descrito a la fecha anteriormente mencionada. De hecho, Walker (97) acepta el inicio del estudio del desgaste profesional a cargo de Freudengerber (96); pero afirmó que, Graham Greene (98) ya había hecho alusión al término para describir el estado de «*vaciamiento existencial*» que un individuo sentía como consecuencia del padecimiento de una enfermedad incurable. Strarrin *et al.* (99) indicaron que en los años sesenta había sido utilizado para describir los efectos crónicos del abuso de drogas. Por su parte, Ginsburg (100) trabajó sobre el desgaste profesional pero no tuvo una producción científica tan prolífera como Freudengerber.

Freudengerber (96) eligió la palabra «*burnout*» para hacer referencia a la sensación de fracaso y agotamiento como consecuencia de una sobrecarga por exigencia de energía, recursos personales o fuerza espiritual del individuo. Para Maslach (101) y Maslach *et al.* (102), el *burnout* constituye un síndrome de agotamiento físico y emocional que deriva en el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, un pobre autoconcepto y la pérdida de interés por los clientes; este síndrome aparece sobre todo en los individuos de las organizaciones de

servicio. Años más tarde, Maslach *et al.* (103) lo definen como un síndrome multidimensional que tiene lugar como respuesta al estrés laboral crónico y caracterizado por AE (sensaciones de sobre-esfuerzo físico y disminución o pérdida de recursos emocionales), DP (desarrollo de actitudes negativas, insensibilidad y respuestas cínicas hacia los receptores del servicio prestado) y una baja RP (tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa). El AE está considerado como una de las dimensiones con mayor significado central del síndrome de *burnout*.

En la década de los años ochenta, Freudengerber *et al.* (104) matizaron que el *burnout* es un estado de fatiga o frustración, originado cuando la dedicación a otras personas o el fervor hacia una causa determinada no revierte la recompensa que se esperaba con antelación. Cherniss (105) conceptualizó el síndrome como un proceso dinámico en el que las actitudes y conductas del individuo cambian a lo largo del tiempo como respuesta al estrés laboral. Al mismo tiempo, Edelwich *et al.* (106) definieron el *burnout* como una pérdida progresiva del idealismo y energía como consecuencia de las condiciones laborales. Para Brill (107), el *burnout* es entendido como el estado disfuncional en relación con el trabajo que afecta a las expectativas iniciales del individuo referentes al trabajo. Price *et al.* (108) hacen referencia al *burnout* como un proceso de adaptación ante situaciones de estrés laboral. Este proceso está caracterizado por sentimiento de fallo, culpa, desgaste emocional, distanciamiento y aislamiento.

En la década de los años noventa, Leiter (109) identifica el *burnout* en función del patrón de afrontamiento del individuo, sobre el que actúan las demandas de la organización y los recursos que son exigidos. En esta misma línea, Kushnir *et*

al. (110) lo definieron como el vaciamiento crónico de los recursos de afrontamiento, como consecuencia de la prolongada exposición a las demandas de cargas emocionales. Por su parte, Gil-Monte *et al.* (111) definieron el síndrome de *burnout* como una respuesta al estrés laboral crónico integrado que aparece cuando las estrategias de afrontamiento que suele emplear el individuo fallan. En la génesis de este síndrome intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja RP en el trabajo), emocionales (AE) y actitudinales (DP). Para el individuo implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para sí mismo y para la institución.

Años más tarde, Ferrer (112) señaló que el síndrome de *burnout* constituye una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico que tiene lugar cuando las estrategias de afrontamiento del individuo sobre la propia actividad fracasan, generando actitudes negativas hacia otras personas (usuarios/clientes o compañeros) y hacia el propio rol profesional. Por su parte, Mingote *et al.* (113) identificaron el síndrome de *burnout* (o síndrome de desgaste profesional, según los autores) como la consecuencia de un desbalance prolongado entre las demandas laborales excesivas y los limitados recursos de afrontamiento del individuo. Para Gil-Monte (114), el síndrome tiene lugar en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con clientes o usuarios. Asimismo, los síntomas más característicos son: pérdida de ilusión por el trabajo, agotamiento físico y emocional, actitudes negativas hacia los usuarios/clientes de la organización y sentimientos de culpa.

2.3 Modelos teóricos del síndrome de *burnout*

Los modelos teóricos desarrollados en torno al *burnout* se han centrado en describir el proceso del mismo (modelos del proceso) o en explicar las causas que subyacen al síndrome (modelos explicativos o comprensivos).

2.3.1 Modelos del proceso

Varios autores identifican en el *burnout* una serie de etapas o fases que los caracterizan. Los modelos más relevantes son los siguientes:

2.3.1.1 Modelo tridimensional

Cherniss (115) propuso el *burnout* como un proceso que consta de tres fases. La primera es la fase de estrés, en la que existe un desajuste entre las demandas del trabajo y los recursos del individuo; la segunda es la fase de agotamiento, en la que tiene lugar una respuesta emocional inmediata al desajuste; y la tercera es la fase de afrontamiento, con cambios conductuales y actitudinales.

Maslach *et al.* (116), posteriormente, concibieron el *burnout* como un síndrome en el que individuo experimenta inicialmente AE para luego pasar a DP y, por último, a baja RP en el trabajo.

Para Golembiewski *et al.* (117), el *burnout* es la respuesta al estrés laboral crónico. El individuo tiene que trazar una estrategia de afrontamiento que implica un distanciamiento, y a su vez, la DP. A partir de ahí, tiene lugar una experiencia de baja RP en el trabajo que va a inducir la aparición de AE.

De manera alternativa, Leiter *et al.* (118) y Leiter (119) compartieron la propuesta de Maslach *et al.* (116) en relación al orden en que acontecen las fases del *burnout*. No obstante, Leiter (120) realiza una reformulación por la que indica que

la baja RP en el trabajo es causa directa de los estresores laborales, de ahí tiene lugar el AE.

Por su parte, Lee *et al.* (121, 122) indicaron que la DP y la baja RP en el trabajo eran consecuencias directas del AE.

Gil-Monte (123) refiere que el *burnout* aparece con el desarrollo de una baja RP en el trabajo y un alto sentimiento de AE de manera paralela. Luego, tiene lugar la DP, considerada una estrategia de afrontamiento.

Manzano (124) sostiene que en el desarrollo del *burnout* aparece, en primer lugar, la baja RP que evoluciona a AE. Cuando estas dos dimensiones se hacen crónicas, el individuo desarrolla actitudes de DP. Al año siguiente, Manzano *et al.* (125) matizan que las fases de AE y DP se pueden presentar juntas o de manera alternativa.

Para Van Dierendonck *et al.* (126), el *burnout* es iniciado por RP en el trabajo que posteriormente puede derivar hacia DP y acabar en AE.

2.3.1.2 Modelo de Edelwich

Edelwich *et al.* (106) conciben el desarrollo del *burnout* como un proceso de desilusión, pérdida de idealismo y de motivación experimentado por el individuo hacia el trabajo. El desarrollo del *burnout* tiene lugar a través de cuatro fases cíclicas. La primera de ellas es el «*entusiasmo*», caracterizada por ilusión y energía, pero con una concepción irreal de las expectativas laborales por parte del individuo que lo conducirá a la desilusión. La segunda fase es el «*estancamiento*» caracterizada por la pérdida del entusiasmo inicial al comprobar lo inalcanzable de las expectativas laborales generadas y reorientación hacia la satisfacción de las necesidades personales del individuo.

La tercera se denomina «*frustración*» y, en ella, el individuo comienza a cuestionar su propia valía y la del trabajo, siente AE y duda sobre la satisfacción que brinda a sus clientes/usuarios. La cuarta fase es la «*apatía*» en la que el síndrome se refleja en todas sus dimensiones, teniendo lugar indiferencia hacia el trabajo.

2.3.1.3 Modelo de Price

Price *et al.* (108) sostienen que el *burnout* tiene lugar a través de seis fases. La primera fase es la «*desorientación*», caracterizada por la concepción de que la realidad individual del individuo no se adecua a sus objetivos. La segunda fase es la «*labilidad emocional*», en la que tiene lugar la puesta en marcha de una estrategia de afrontamiento en la que predomina el distanciamiento en respuesta a la inestabilidad emocional. La tercera fase es la «*culpa*», derivada del fracaso profesional ante hechos de los que no se tiene el control. La cuarta fase es la «*soledad y tristeza*». La quinta fase es la «*solicitud de ayuda*», esta tiene lugar cuando el individuo ha superado la fase anterior. La sexta fase es el «*restablecimiento del equilibrio inicial*».

2.3.1.4 Modelo de Gil-Monte

Para Gil-Monte (114), el *burnout* es una respuesta al estrés laboral crónico predominante en aquellos profesionales que brindan atención hacia las personas. Plantea un modelo que incluye cuatro fases: la primera es la «*ilusión por el trabajo*», caracterizada por el deseo del individuo de alcanzar los objetivos laborales, la segunda fase es el «*desgaste psíquico*» derivado de la interacción constante con personas, la tercera fase es la «*indolencia*», en la que tienen lugar actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los usuarios/clientes, y la cuarta fase es la «*culpa*», que no la presentan todos los individuos (127).

2.3.2 Modelos explicativos

Diversos autores, a partir de la década de los ochenta, comienzan a proponer modelos etiológicos del *burnout*. Las teorías que vertebran estos modelos se muestran a continuación.

2.3.2.1 Teoría sociocognitiva del yo

Desde esta perspectiva, las cogniciones (pensamientos) del individuo determinan las acciones que este realiza, pero también estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de las acciones del individuo. Además, el grado de seguridad que posea el individuo en sus propias capacidades determinará la perseverancia en conseguir sus objetivos y favorecerá la manifestación de determinadas reacciones emocionales derivadas de la no consecución de los objetivos propuestos. Los modelos que se desarrollan desde esta teoría parten de los estudios de Bandura (128). Dichos modelos se exponen a continuación.

2.3.2.1.1 Modelo de competencia social de Harrison

Según Harrison (129), la competencia y la eficacia son variables determinantes para el desarrollo del *burnout*. Pone de manifiesto que aquellos individuos que trabajan en profesiones del sector servicios poseen un nivel de motivación y altruismo elevado. Además, se muestra que la motivación elevada determina la eficacia laboral. A pesar de ello, las circunstancias laborales pueden dar lugar al surgimiento de factores de ayuda o barrera en relación a la actividad que desempeña el individuo. En este último caso, el nivel de eficacia disminuye. Si esta situación se mantiene a lo largo del tiempo, aparece el síndrome de *burnout*.

2.3.2.1.2 Modelo de Pines

Para Pines (130), el *burnout* tiene lugar a través de un proceso de desilusión en aquellos individuos con un nivel de motivación del individuo elevado. Esto ocurre como consecuencia de la dotación del trabajo por parte del individuo de sentido existencial ante expectativas elevadas sobre su trabajo. Por el contrario, si el individuo no siente motivación o esta es insuficiente no puede experimentar *burnout*, pero sí estrés, ansiedad o fatiga.

2.3.2.1.3 Modelo de Cherniss

Cherniss (131) parte de las propuestas de Hall (132) al considerar que la motivación y la satisfacción laboral se incrementan cuando el individuo experimenta sentimientos subjetivos de éxito en el ámbito laboral. Sin embargo, cuando existen sentimientos de fracaso tendrá lugar una huida emocional de la situación, teniendo lugar los síntomas del *burnout*. Además, Cherniss añade la autoeficacia percibida de Bandura (133), que considera las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer el control de las situaciones que les afectan. La autoeficacia está relacionada con la motivación y el compromiso. En este sentido, ante la existencia de sentimientos de fracaso, tiene lugar una percepción de baja autoeficacia, dando lugar a la génesis del *burnout*.

2.3.2.1.4 Modelo de Thompson

El modelo de Thompson *et al.* (134) está basado en el modelo de autocontrol Carver *et al.* (135). Estos autores ponen de manifiesto que la etiología del *burnout* gira en torno a las discrepancias percibidas entre las demandas del trabajo y los recursos del individuo. Cuando esto tiene lugar, el nivel de autoconciencia del individuo se incrementa dando lugar a sentimientos de

desilusión, frustración o pérdida, lo que afecta de manera negativa al estado de ánimo y genera unos bajos sentimientos de RP en el trabajo. Si el individuo intenta resolver la situación problemática tenderá al retiro mental o conductual de la misma. Así, la DP está relacionada con el retiro conductual y el AE al retiro psicológico.

2.3.2.2 Teoría del intercambio social

La teoría del intercambio social presenta la etiología del *burnout* en las percepciones de falta de equidad que genera el individuo como consecuencia del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Si el individuo concibe que aporta más de lo que recibe en lo referido a su implicación y esfuerzo, aparecerá el *burnout*. Los modelos enmarcados en esta teoría se presentan a continuación.

2.3.2.2.1 Modelo de Buunk

El modelo de Buunk *et al.* (136) se fundamentó en profesionales de enfermería. Para estos autores, el *burnout* es producido por los procesos de intercambio social con los pacientes y por los procesos de comparación social con los compañeros. En lo referido a los procesos de intercambio social con los pacientes, estos autores identificaron tres variables estresoras que tienen especial relevancia en el desarrollo del *burnout*: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control. Con respecto a los procesos de comparación social con los compañeros, tiene lugar una falta de búsqueda de apoyo social ante situaciones de estrés. Así, los individuos que tienen necesidades elevadas de comparación social pueden padecer síntomas del *burnout* observados en los compañeros.

2.3.2.2.2 Modelo de Hobfoll

El modelo de conservación de recursos propuesto por Hobfoll *et al.* (137) parte de que el estrés acontece cuando el individuo percibe que aquello que le motiva está amenazado. Los estresores de tipo laboral plantean en el individuo dudas acerca de las habilidades que este posee para lograr el éxito profesional. La pérdida de recursos es considerada más importante que la ganancia en el desarrollo del *burnout*. Estos autores ponen de manifiesto la importancia que tienen las estrategias de afrontamiento de tipo activo en la disminución del riesgo de *burnout*, al evitar la pérdida de recursos o incrementando estos, dando lugar a percepciones y cogniciones positivas por parte del individuo.

2.3.2.3. Teoría organizacional

Los modelos basados en la teoría organizacional enfatizan la importancia de los estresores del entorno de la organización en la génesis del *burnout* y las estrategias de afrontamiento empleadas por el individuo frente al *burnout*.

2.3.2.3.1 Modelo de Golembiewski

Para Golembiewski *et al.* (138), el *burnout* constituye una respuesta al estrés laboral en tres dimensiones: AE, DP y RP. Sostienen que el estrés laboral es producto de la sobrecarga laboral y carencia del rol. Ante esta situación, el individuo desarrolla estrategias de afrontamiento que suponen un distanciamiento de la situación laboral estresante, característico de actitudes de DP. Después, el individuo tenderá a sufrir una baja RP en el trabajo seguida de AE, lo cual tendrá consecuencias negativas tanto en el ámbito organizacional por la pérdida de productividad como en el ámbito personal con problemas

psicosomáticos. Estos autores plantean que el *burnout* no es exclusivo de los individuos que trabajan en contacto directo con otras personas.

2.3.2.3.2 Modelo de Cox

Cox *et al.* (139) entienden el *burnout* desde la perspectiva transaccional del estrés laboral, donde se considera el *burnout* como respuesta al estrés laboral ante el uso, por parte del individuo, de estrategias de afrontamiento ineficaces. Ellos consideran el AE como la dimensión central del *burnout*, la DP como una estrategia de afrontamiento y la baja RP en el trabajo como la evaluación cognitiva del individuo de su experiencia de estrés relacionado con las expectativas laborales frustradas.

2.3.2.3.3 Modelo de Winnubst

El modelo de Winnubst (140) está centrado en la estructura, cultura/clima organizacional y el apoyo social en el trabajo como variables antecesoras del *burnout*. De esta forma, diversos tipos de estructuras dan lugar a diferentes culturas organizacionales. Además, los antecedentes del *burnout* dependen del tipo de estructura organizacional y del apoyo social de la institución. Para este autor el apoyo social está relacionado estrechamente con la estructura organizacional, de manera que el primero determina la manera en que el individuo percibe la estructura organizacional.

2.3.2.4 Perspectiva integradora

Esta perspectiva, basada en los modelos transaccionales del estrés, surge ante la incapacidad de abarcar una explicación completa del *burnout* por parte de los modelos expuestos anteriormente. Por ello, esta perspectiva considera las

variables personales, de interacción social y organizacionales con el fin de abordar de manera completa la etiología del *burnout*.

2.3.2.4.1 Modelo de Gil-Monte

El modelo de Gil-Monte *et al.* (141) postula la etiología del *burnout* en base a variables personales (autoconfianza), organizacionales (conflicto de rol) y estrategias de afrontamiento (de tipo activo y evitativo). El *burnout* es concebido como una respuesta al estrés laboral percibido que tiene lugar tras una reevaluación cognitiva cuando las estrategias de afrontamiento utilizadas por el individuo son inadecuadas. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y las consecuencias.

2.3.2.4.2 Modelo de Moreno-Jiménez

Para Moreno-Jiménez *et al.* (142), el *burnout* surge también de las características personales, de las estrategias de afrontamiento y del contexto laboral. Sin embargo, y teniendo en cuenta el carácter transaccional e interactivo del modelo, el *burnout* tiene lugar, por un lado, en función de la vulnerabilidad o resistencia del individuo y, por otro lado, de la capacidad para abordar activa y positivamente las fuentes potenciales de estrés.

2.3.2.4.3 Modelo de Demerouti

Demerouti *et al.* (143) ponen de manifiesto que cada profesión tiene sus propios factores de riesgo y protectores específicos frente al *burnout*. En el desarrollo del *burnout* intervienen, en primer lugar, las demandas del trabajo, las cuales conducen a una constante sobrecarga y, finalmente, el agotamiento y, en segundo lugar, la pérdida de recursos, lo cual conduce a una conducta de abandono.

2.4 Variables predictoras del *burnout*

El *burnout* es considerado una respuesta al estrés laboral crónico, por lo que puede ser percibido como una experiencia resultante de la coexistencia de variables estresoras procedentes del entorno laboral, social y del individuo en sí. Estas variables han sido analizadas desde el punto de vista teórico y empírico. Los diseños se han enfocado a partir de distintas perspectivas como características del ámbito laboral o variables personales (144). La mayor parte de los trabajos realizados que pretenden determinar las variables predictoras del *burnout* tienen diseños transversales. Aquellas variables que han sido identificadas como predictoras del *burnout* se exponen a continuación.

2.4.1 Variables del entorno laboral

Las variables del contexto laboral que se han relacionado con el *burnout* son las siguientes.

2.4.1.1 Estrés por desempeño de rol

Los estresores de rol son considerados como uno de los riesgos psicosociales más importantes en el puesto de trabajo, dado su impacto en la satisfacción de los individuos, favoreciendo la experiencia de *burnout* (64). El conjunto de expectativas y demandas de conducta que están asociadas con el puesto de trabajo se considera rol (145). Los roles tienen la función de reducir la incertidumbre en el puesto de trabajo; pero pueden ser origen de problemas cuando aparece el conflicto, la sobrecarga o la ambigüedad de rol (146). La ambigüedad de rol hace referencia a la incertidumbre que tiene el individuo respecto al rol que desempeña en la organización. Por su parte, el conflicto de rol se produce ante la realización de manera simultánea de expectativas de rol

contradictorias y, la sobrecarga de rol es definida como la escasez de tiempo para atender las tareas y demandas (145). La literatura ha evidenciado que la ambigüedad y el conflicto de rol guardan una relación inversa con la RP en el trabajo mientras que, con la dimensión de AE y DP, estos tienen una relación positiva. Posteriormente, se comprobó que la sobrecarga de rol constituye un antecedente significativo de altos niveles de AE (147).

2.4.1.2 Clima organizacional

El clima organizacional es definido como las características o propiedades de un ambiente laboral determinado según sean percibidas y sentidas por los trabajadores (148). Esto es especialmente relevante debido a que la percepción negativa directa de los individuos respecto a su clima organizacional puede estar relacionada con el desarrollo de *burnout* en las personas que trabajan en organizaciones de salud, teniendo también impacto en variables como la ansiedad y la depresión (149). En una revisión sistemática, se identificaron previamente los factores personales y de interacción entre compañeros como componentes centrales en el desarrollo de una adecuada o inadecuada percepción del clima organizacional; de igual forma, se ha puesto de manifiesto que los recursos inadecuados de apoyo y una presión excesiva para lograr los objetivos se asocian con una percepción más negativa del clima organizacional (150).

2.4.1.3 Factores físicos del trabajo

Aquellos factores como la temperatura, la iluminación, el ruido, las vibraciones, las condiciones higiénicas o el espacio físico inciden de manera significativa en el desarrollo de *burnout* (151-153).

2.4.1.4 Demandas y contenidos del puesto

Las demandas se refieren a aquellos aspectos del trabajo que requieren un esfuerzo físico y psicológico sostenido por parte del individuo y, por lo tanto, están asociadas con ciertos costos tanto físicos como psicológicos (154). Las demandas de trabajo no son necesariamente negativas, sino que se convierten en factores estresantes si requieren un esfuerzo excesivo para el individuo o este no se recupera adecuadamente (155). La evidencia ha puesto de manifiesto el incremento del riesgo de *burnout* ante la existencia de elevadas demandas en el puesto de trabajo como los turnos rotativos, el trabajo nocturno o la sobrecarga laboral. Además, factores como la diversidad de tareas, el feed-back recibido con relación a su desempeño en la organización o la oportunidad del individuo para poner en marcha las habilidades adquiridas también están asociados con el *burnout* (156-158).

2.4.1.5 Grado de autonomía y toma de decisiones

Diversos estudios ponen de manifiesto la existencia de relación significativa entre la falta de participación en las decisiones de carácter laboral y el desarrollo de *burnout* (159-160). Por su parte, la falta de autonomía en el trabajo, esto es, la falta de libertad de acción por parte del individuo para desarrollar su trabajo está relacionada con niveles más elevados de *burnout* (161-162).

2.4.1.6 Otras variables del entorno laboral

El sueldo bajo es considerado uno de los principales factores relacionados con la aparición de *burnout* (144, 163). Además, la falta de reconocimiento social de la profesión que ejerce el individuo está asociada a la aparición del *burnout* (164, 165). El uso de nuevas tecnologías influye de manera negativa en la dimensión

de AE, ya que suponen sobrecarga laboral, pérdida de control sobre la tarea y una disminución del apoyo social (166, 167). Factores como un contrato inestable o la ausencia de este facilitan la aparición de *burnout* (168).

2.4.2 Variables personales

Las variables personales que se han relacionado con el *burnout* se exponen a continuación.

2.4.2.1 Factores sociodemográficos

2.4.2.1.1 Edad

La evidencia científica pone de manifiesto resultados contradictorios entre la edad de los profesionales sanitarios y el padecimiento de *burnout*. Mientras algunos estudios concluyen que la edad y las dimensiones de *burnout* están relacionadas de manera inversa (169-172), otros señalan la existencia de una relación positiva (173, 174) y algunos no encuentran relación (175, 176).

2.4.2.1.2 Sexo

En base a los resultados contradictorios arrojados en la literatura, el sexo no constituye un predictor sólido en la génesis del *burnout*. Si bien algunos estudios ponen de manifiesto que las mujeres tienen mayor nivel de *burnout* que los hombres (177, 178), Cañadas *et al.* (95) halló que los hombres tienen mayor nivel de DP que las mujeres, mientras que Adriaenssens *et al.* (179) concluyeron que las mujeres tienen menor nivel de *burnout*. Sin embargo, Mijakoski *et al.* (180) no obtuvieron una relación entre aquellas variables.

2.4.2.1.3 Estado civil

Aunque en la literatura científica se ha puesto de manifiesto que las personas divorciadas o separadas presentan mayor nivel de *burnout* con respecto a aquellas que están casadas (181), e incluso se considera el hecho de estar casado/a como un factor protector frente al *burnout* (182), en algunos estudios, no se ha hallado relación entre el estado civil y el nivel de *burnout* (183, 184).

2.4.2.1.4 Tener hijos

Los estudios que abordan este factor no arrojan resultados concluyentes. Mientras algunos estudios han puesto de manifiesto que los profesionales con hijos tienen disminuido el nivel de *burnout* (185, 186) en base al mayor enfoque dedicado a actividades familiares y de tiempo libre (en especial durante las vacaciones escolares), otorgando estas un mayor sentido de equilibrio laboral, otros estudios no han encontrado relación entre tener hijos y el nivel de *burnout* (187, 188).

2.4.2.1.5 Entorno familiar

Las situaciones estresantes provenientes del entorno familiar influyen de manera negativa en el ámbito laboral. Así, problemas familiares, dificultades económicas, crisis vitales, conflicto entre las demandas familiares y las exigencias de la organización son algunas de las situaciones que pueden acontecer; cuando estas situaciones tienen lugar, aumenta el riesgo de padecer *burnout* (189).

2.4.2.2 Factores personales

Los factores personales se explican de forma pormenorizada a continuación.

2.4.2.2.1 Personalidad resistente

La personalidad resistente es un estilo de personalidad que está compuesta por tres factores principales: el compromiso, el control y el reto. El compromiso es la tendencia del individuo a formar parte activa en sus tareas diarias, incluido el trabajo. Este compromiso le proporciona el reconocimiento personal de las propias metas y la apreciación de la habilidad personal de tomar decisiones y mantener nuestros valores. La cualidad del control es la tendencia a pensar y actuar con la convicción de la influencia personal en el curso de los acontecimientos. La característica del reto hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida. Esta cualidad proporciona una flexibilidad cognitiva y una tolerancia a la ambigüedad (190). Algunos estudios plantean la personalidad resistente como elemento modulador de la relación entre el estrés y sus consecuencias (95, 191).

2.4.2.2.2 Patrón de conducta tipo A

Los individuos con un patrón de conducta tipo A se caracterizan por tener hiperactividad, agresividad, hostilidad, impulsividad, irritabilidad, impaciencia, competitividad y mayor predisposición a padecer alteraciones de tipo cardiovascular (192, 193). Este patrón predispone al *burnout* (194, 195). Por ende, los individuos con este patrón de conducta probablemente perciban el trabajo de manera negativa con independencia de la naturaleza objetiva del mismo o muestren cierta tendencia a seleccionar trabajos que son intrínsecamente estresantes (196).

2.4.2.2.3 Locus de control

El locus de control se refiere a la medida en que las personas atribuyen el control sobre los eventos a sí mismos o a factores ambientales externos. Esto es, los individuos que se sienten poder controlar los eventos y los resultados relacionados con sus vidas tienen un locus de control interno, mientras que aquellos con un locus de control externo piensan que sus vidas están controladas por otras fuerzas, como la suerte u otras personas, y se perciben a sí mismos con un rol pasivo con respecto al ambiente externo (197). La evidencia ha puesto de manifiesto relaciones significativas entre el locus de control externo y el *burnout*. Sin embargo, ambos constructos están determinados por el ambiente laboral. Por un lado, los individuos con locus de control interno se pueden caracterizar por un locus de control externo si están expuestos a muchos obstáculos en el ámbito laboral, con líderes autoritarios, un sistema de trabajo inflexible o elevados niveles de estrés. Por otro lado, los individuos con un locus de control externo pueden cambiar su percepción del trabajo y su comportamiento si las condiciones de trabajo promueven su autonomía (198).

2.4.2.2.4 Autoeficacia

Este término hace referencia a la evaluación realizada por el individuo sobre sus propias capacidades personales (199). Por tanto, aquellos individuos con un nivel mayor de autoeficacia tendrán disminuido el riesgo de padecer *burnout* (200, 201).

2.4.2.2.5 Autoestima

La autoestima es definida como la evaluación que realiza el individuo sobre su valor como persona (202). Por consiguiente, aquellos individuos que tengan

niveles elevados de autoestima tendrán serán menos susceptibles de padecer *burnout* (203).

2.4.2.2.6 Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento se define como el conjunto de estrategias cognitivas y conductuales utilizadas por un individuo para gestionar las demandas internas y externas de situaciones estresantes (204). Las estrategias de evitación incrementan el riesgo de sufrir *burnout*, mientras que los individuos que emplean estrategias de carácter activo tienen menor riesgo de sufrir *burnout* (205).

2.5 Consecuencias del *burnout*

Las consecuencias que se derivan del *burnout* afectan a nivel físico (desarrollo de molestias y trastornos psicosomáticos), a nivel psicológico (desarrollo de trastornos psíquicos) y a nivel organizacional (efectos psicológicos y sociales con repercusión en la organización en la que el individuo trabaja) (206). A continuación, se exponen las consecuencias más importantes.

2.5.1 Consecuencias físicas

Los síntomas que el individuo desarrolla se manifiestan en forma de diversas disfunciones de la salud que no tienen unos síntomas físicos claros. La dimensión de AE es la que se correlaciona de manera más intensa con la falta de salud. Entre las consecuencias físicas del *burnout* que recoge la literatura consultada destacan: obesidad, hiperlipidemia, Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, incremento del índice de masa corporal, enfermedad coronaria, trastornos musculoesqueléticos, fatiga, dolor de cabeza, trastornos respiratorios, problemas gastrointestinales e incremento de la mortalidad por debajo de los 45 años (207, 208).

2.5.2 Consecuencias psicológicas

En base a las numerosas consecuencias psíquicas que tienen lugar, la salud mental es el ámbito más afectado en aquellos individuos con *burnout*. Al punto que se ha puesto de manifiesto que los individuos que padecen *burnout* presentan síntomas depresivos, incremento de tratamientos psicotrópicos y antidepresivos, hospitalización debido a trastornos mentales e insomnio (206, 209, 210). Asimismo, aquellos individuos que padecen *burnout* tienden a presentar un consumo abusivo de sustancias tóxicas como tabaco, alcohol, café y otras drogas duras (211).

2.5.3 Consecuencias organizacionales

Además de los efectos descritos con anterioridad, el *burnout* tiene una gran repercusión en la organización en la que el individuo trabaja. En este sentido, se ha encontrado relación entre el *burnout* y la insatisfacción laboral, así como un incremento del absentismo, presentismo y pensiones por incapacidad. Además, el *burnout* produce una disminución de la productividad, elevada rotación del personal y jubilación anticipada (91, 207, 212-214).

2.6 El síndrome de *burnout* en el ámbito de urgencias hospitalarias

El personal sanitario de los servicios de urgencias está expuesto de manera diaria a numerosos estresores que pueden ser desencadenantes de la aparición de *burnout*. Así, la prevalencia de *burnout* es superior entre el personal médico de los servicios de urgencias (45%) con respecto a profesionales que trabajan en otras especialidades (92). El servicio de urgencias constituye la unidad donde los ataques y agresiones a personal sanitario son más frecuentes (215). En

enfermería, el rango de AE oscila entre el 20-44%, el de DP entre el 23-51% y la RP entre el 15-44% (144).

En este contexto laboral, donde el personal sanitario trabaja en equipo, los gestores deberían tener en cuenta cómo el *burnout* puede afectar al personal sanitario y cómo puede afectar al ambiente de trabajo (216). Sin embargo, al no existir un consenso claro sobre los factores relacionados con el *burnout*, es difícil para los individuos o la organización predecir qué trabajadores van a padecerlo (82).

2.7 Prevención y tratamiento del *burnout*

Las estrategias de prevención y tratamiento del *burnout* se centran en tres áreas en base a la confluencia de una serie de factores en su génesis: personal, organizacional y enfoque combinado (217).

Las intervenciones dirigidas a las personas tienen como objetivo ayudar al personal sanitario a reducir el nivel de *burnout*, generalmente a través de la enseñanza de habilidades personales de afrontamiento, técnicas de relajación o formas de aumentar el apoyo social. Estas intervenciones, a menudo, utilizan técnicas cognitivo-conductuales clásicas o técnicas cognitivo-conductuales de tercera generación. Estas intervenciones son independientes del contexto, es decir, no se enfocan en problemas específicos de la organización. Las intervenciones más frecuentemente utilizadas son: *mindfulness*, reestructuración cognitiva, entrenamiento emotivo racional, meditación, atención plena, y habilidades de comunicación (218-223).

Las intervenciones centradas en el área organizacional se centran en modificar aspectos del entorno de trabajo que contribuyen al *burnout*, como la baja cohesión del personal, la pobreza, la comunicación, la sobrecarga de trabajo y

recursos insuficientes. Las intervenciones más frecuentes son aquellas centradas en el cambio de intensidad y/o programación de la carga de trabajo o la mejora del trabajo en equipo (224-227).

Un reciente metaanálisis puso de manifiesto que las intervenciones centradas en el área organizacional son más efectivas que las intervenciones dirigidas a las personas en la reducción del nivel de *burnout* (228).

3. Satisfacción laboral

3.1 Introducción

La clave para que las organizaciones obtengan resultados positivos es el recurso humano, pues su trabajo es fundamental para el logro de los objetivos organizacionales y de un clima organizacional adecuado. En base a esta premisa, uno de los aspectos que ha recibido mayor atención es la satisfacción laboral de los individuos, considerada como uno de los indicadores más importantes tanto de la calidad de los cuidados de salud como de la calidad de vida laboral de los profesionales de la salud (229). La satisfacción laboral está relacionada con la motivación y el clima laboral y es uno de los factores de la calidad de vida laboral que capta mayor interés en prevencionistas y gestores de las organizaciones (230).

En Europa, los niveles de satisfacción laboral más elevados se encuentran en los Países Bajos (76%), Polonia (74%), Suiza (73%) y España (71%). Los niveles más bajos se registran en Italia (65%). En función del sexo, los hombres están significativamente más satisfechos que las mujeres (73% frente al 67%), ya que las mujeres se sienten menos optimistas y menos apoyadas en su desarrollo profesional que los hombres. El 47% de los trabajadores afirman que el salario

es el elemento que más les motiva, aunque en España solo el 40% afirman esto. Después del salario, las relaciones con los compañeros es el segundo factor de motivación (30%), seguido por el buen equilibrio entre la vida laboral y la vida privada (28%) y la valoración o reconocimiento por parte de los superiores (19%) (231).

3.2 Concepto de satisfacción laboral

En la actualidad, no existe una definición unánime aceptada sobre el concepto de satisfacción laboral. Existen una serie de definiciones que hacen referencia a la satisfacción laboral como estado emocional, sentimientos o respuestas afectivas. Así, para algunos autores la satisfacción laboral es concebida como un sentimiento positivo hacia el trabajo resultante de una evaluación de sus características (232, 233). En la misma línea, se hace referencia a la satisfacción laboral como los sentimientos positivos hacia el trabajo o la posición dentro de una organización tales como felicidad y comodidad y que hacen que el individuo esté dispuesto a acudir a trabajar todos los días (234). Además, la satisfacción laboral ha sido definida como la reacción afectiva de un individuo con respecto a su trabajo y si este disfruta realizando dicha labor (235).

Sin embargo, la definición más aceptada en la literatura ha sido la propuesta por Locke (236). Para este autor, la satisfacción laboral constituye un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona. Mediante esta definición, la satisfacción laboral es concebida como un constructo global que abarca facetas específicas como los compañeros del trabajo, el salario, las condiciones ambientales del trabajo, entre otras.

Un segundo grupo de autores considera la satisfacción laboral como una actitud generalizada ante el trabajo, teniendo repercusión en las conductas laborales (237). Así, Jeet *et al.* (238) entienden la satisfacción laboral como una actitud o conjunto de actitudes desarrolladas por el individuo y referidas hacia el trabajo que resultan de la armonización y la suma de numerosas experiencias con este. De manera semejante, es concebida como una actitud de los trabajadores hacia aspectos concretos del trabajo tales como la compañía, el trabajo mismo, los compañeros o el salario (239).

3.3 Dimensiones de la satisfacción laboral

Muchas de las definiciones mencionadas con anterioridad hacen alusión a la satisfacción laboral como una actitud global o estado emocional o afectivo. No obstante, con independencia de la orientación conceptual, existen dos aproximaciones al concepto de satisfacción laboral: la aproximación unidimensional y la aproximación multidimensional. La aproximación unidimensional se centra en la satisfacción laboral como una actitud hacia el trabajo en general, lo cual no equivale a la suma de las facetas que componen el trabajo, sino que depende de ellas (236). Locke (236) identificó seis eventos o condiciones consideradas fuentes de satisfacción laboral:

- Satisfacción con el trabajo: interés intrínseco del trabajo, variedad, oportunidades de aprendizaje, dificultad, cantidad de trabajo, posibilidades de éxito o control sobre los métodos.
- Satisfacción con el salario: referido al aspecto cuantitativo de la remuneración, a la equidad respecto a la misma o al método de distribución.

- Satisfacción con las promociones: oportunidades de formación u otros aspectos de base que dan soporte a la promoción.
- Satisfacción con el reconocimiento: elogios o críticas por la realización del trabajo.
- Satisfacción con los beneficios: pensiones, seguros médicos o vacaciones.
- Satisfacción con las condiciones de trabajo: horario, descansos, composición física del lugar de trabajo, ventilación o temperatura.

Además, Locke (236) identificó tres agentes de la satisfacción laboral:

- Satisfacción con la supervisión: estilo de supervisión, habilidades técnicas o relaciones humanas o administrativas.
- Satisfacción con los compañeros: competencias de estos, apoyo o amistad recibida.
- Satisfacción con la compañía y dirección: política de beneficios y de salarios de la organización.

La aproximación multidimensional defiende que la satisfacción con aspectos concretos del trabajo está causada por diferentes condicionantes antecedentes y además cada aspecto del trabajo puede ser medido por separado (240). Para Peiró (240), los eventos o condiciones que originan la satisfacción laboral son:

- El carácter intrínseco del trabajo.
- La remuneración.
- La promoción.
- La seguridad en el empleo.
- Las condiciones de trabajo.

Con respecto a los agentes de la satisfacción laboral, Peiró (240) identificó los siguientes:

- La propia persona.
- Los supervisores.
- Los compañeros.
- Los subordinados.
- Las características de la organización.

3.4 Teorías explicativas de la satisfacción laboral

Con objeto de dar explicación a los factores que contribuyen en la formación de las actitudes que conducen a la satisfacción laboral, han surgido distintos modelos teóricos. Estos modelos se agrupan en dos orientaciones: teorías o modelos de contenido y teorías o modelos de proceso.

3.4.1 Teorías y modelos basados en el contenido

Este grupo de teorías hace referencia a los objetivos, necesidades, intereses y deseos del trabajador en aspectos derivados del propio trabajo, de manera que se establece una relación causal entre estos y la satisfacción laboral. Determinados aspectos como el grado de consecución de resultados y beneficios condicionan la satisfacción laboral, y otros la hacen depender del grado en que determinadas necesidades son satisfechas en el trabajo (241). A continuación, se muestran las teorías que pertenecen a este grupo.

3.4.1.1 Teoría de Taylor

Para Taylor (242), considerado el padre de la «*Administración Científica del Trabajo*», la única fuente de satisfacción para el individuo es la recompensa económica, al considerar que el trabajador es ineficaz y perezoso y no le afectan

las recompensas de éxito o RP. Además, los intereses entre la organización y sus empleados son idénticos, de modo que un incremento de la productividad repercute en una mejor remuneración económica para el trabajador. Una de las principales críticas a esta teoría es que carece de atención a otras necesidades humanas distintas del dinero. Su enfoque del diseño del trabajo parece crear formas eficientes de trabajo, pero con individuos insatisfechos que difícilmente desarrollan habilidades, compromiso y alto rendimiento a largo plazo (243).

3.4.1.2 Modelo de la escuela de las relaciones humanas

Este modelo de satisfacción laboral incluye aspectos y propiedades psicosociales del individuo. Mayo (244), fundador de la nueva «*Escuela de las Relaciones Humanas*», puso de manifiesto que el cambio en la satisfacción laboral (actitud) de los individuos condicionaba la producción más que los cambios en las condiciones objetivas y físicas del trabajo. La necesidad de ser aceptado y querido por los compañeros era más importante que los incentivos físicos o económicos propuestos por la organización. De esta forma, la satisfacción laboral no se puede reducir a un problema de salario, sino que deben ser considerados el rendimiento del individuo y su sentido de pertenencia e identidad.

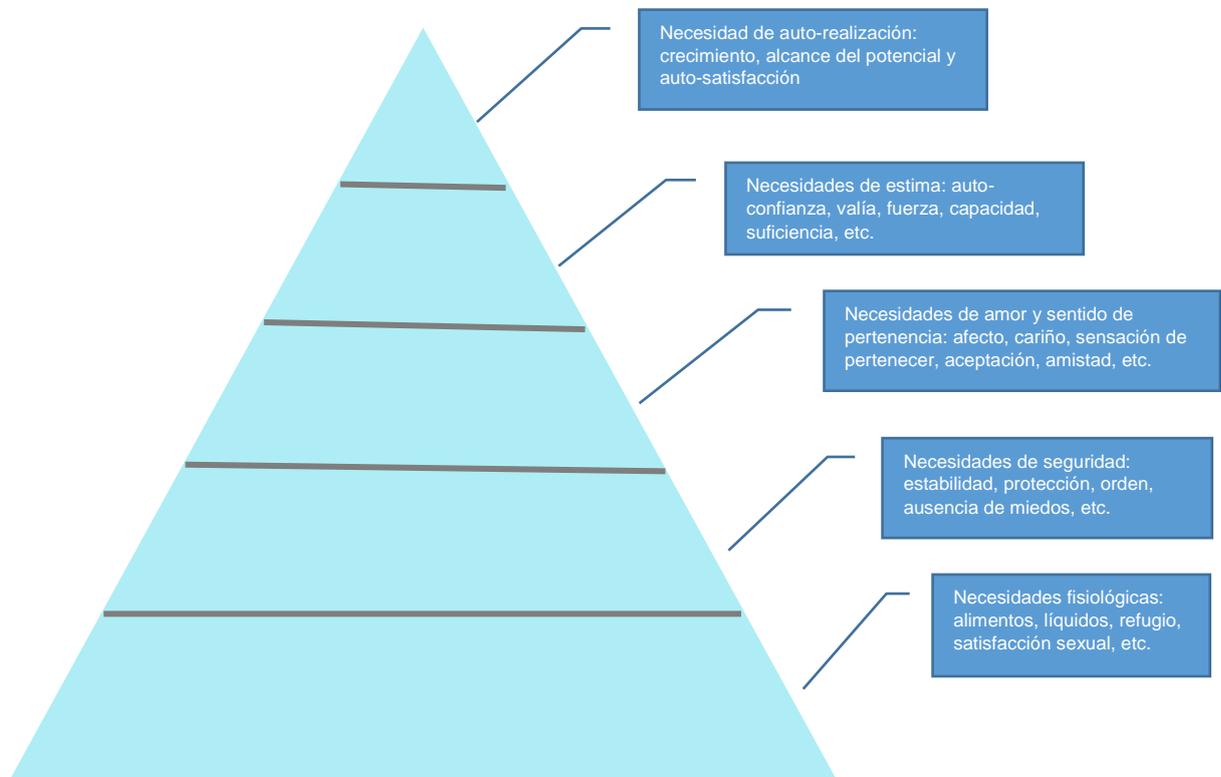
3.4.1.3 Teoría de las necesidades

En este apartado están incluidas aquellas teorías que abogan por la satisfacción en el trabajo como el grado en que el individuo llega a cubrir distintas necesidades. Estas teorías se presentan seguidamente.

3.4.1.3.1 Teoría de la jerarquía de necesidades

En base a esta teoría, Maslow (245) destaca que existen cinco tipos de necesidades que están ordenadas jerárquicamente desde las más básicas y elementales hasta la necesidad de autorrealización. Así, cuando una determinada necesidad de orden inferior queda satisfecha, deja de constituir un elemento motivador de la conducta y quedan activadas las necesidades que le siguen en la jerarquía, las cuales se convierten en nuevos elementos motivadores. De esta forma, aquellos puestos de trabajo con capacidad de cubrir una mayor cantidad de necesidades serán más satisfactorios para el individuo. Los cinco niveles de necesidades identificados por Maslow se identifican en la Figura 6.

Figura 6. Pirámide de las necesidades



Fuente: Maslow (1954).

El nivel de motivación del individuo queda establecido mediante la aceptación de la ordenación jerárquica. De esta forma, las necesidades más básicas que están vías de ser satisfechas quedan atendidas.

3.4.1.3.2 Teoría bifactorial

Herzberg, Mausner *et al.* (246) formularon esta teoría la cual es la una de las más significativas en los estudios científicos relacionados con la motivación laboral. Estos autores consideraron que existían factores de higiene (referidos a las condiciones físicas y psicosociales del trabajo), los cuales provocan en el individuo un estado neutro, en el que no está insatisfecho, pero tampoco satisfecho, y los factores de motivación (referidos al contenido del trabajo y al tipo de tarea que se lleva a cabo), los cuales eran determinantes de sentimientos de satisfacción en el individuo. Los factores de higiene son: relación con jefe, condiciones físicas, tiempo libre, salario, normas y procedimientos, seguridad en el empleo, relación con los compañeros y subordinados, vida privada o estatus. Los factores motivadores constituyen: logro, responsabilidad, reconocimiento, gusto por el trabajo, promoción o desarrollo personal. En base a esta proposición, mediante la mejora de los factores higiénicos el individuo pasaría de una situación de insatisfacción a un estado neutro en el que las necesidades básicas de supervivencia dejan de resultarle un problema. En cambio, si se desarrollan los factores motivadores, el individuo pasará de la situación neutra a sentirse satisfecho. Esta teoría ha sido criticada debido a que predice los mismos niveles de satisfacción laboral para los empleados en los mismos contextos mientras que parece ignorar las diferencias individuales (247).

3.4.1.3.3 Teoría de las necesidades de logro, poder y afiliación

Esta teoría está basada en las investigaciones llevadas a cabo por McClellan (248) y Atkinson *et al.* (249). Parten de la base de que todo individuo siempre tiene un cierto grado de motivos básicos o necesidades. El hecho de que estas necesidades se activen o no está determinado por la percepción acerca de la situación o del medio ambiente que tenga el individuo, de manera que los cambios en dichas percepciones provocan cambios en el patrón de motivación activado, el cual está dirigido a satisfacer una necesidad concreta y determina la conducta del individuo.

Cada una de estas clases de motivación lleva asociada una forma particular de comportamiento. Así, los individuos motivados por el logro establecen metas elevadas pero realistas, los individuos motivados por necesidades de afiliación están más satisfechos con relaciones cálidas y amistosas y los individuos motivados por el poder aspiran a cargos de poder e influencia.

3.4.2 Teorías basadas en el proceso

Este grupo de teorías considera la situación en su conjunto (características personales, sistemas de administración, experiencias anteriores, relaciones de grupo o características objetivas del trabajo) y los procesos que surgen su interacción y determinan el proceso motivacional (250). A continuación, se muestran las teorías que pertenecen a este grupo.

3.4.2.1 Teoría de las expectativas

Esta teoría parte de la base de que la satisfacción de la conducta humana y de la conducta laboral depende de la posibilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conduzca a unos resultados previamente esperados y del valor

de dichos resultados para el sujeto (251). De esta forma, la satisfacción de un individuo será elevada cuando le sea fácil obtener los resultados deseados al conseguir un determinado grado de desempeño de su trabajo o cuando a juicio del individuo, los resultados obtenidos en base a su nivel de ejecución sean los previstos y deseados por él mismo. Sin embargo, el individuo puede no tener el tiempo, la disposición, la situación favorable, los recursos o incluso la capacidad adecuada para obtener los resultados deseados (252).

3.4.2.2 Teoría de la equidad

Adams (253) postuló esta teoría en base a la cual la fuente principal de satisfacción o insatisfacción para el individuo es el proceso de comparación social efectuado por este. Así, el individuo estará satisfecho si en su proceso de comparación social percibe equidad. Además, esta equidad solo es experimentada si existe ocasión de comparación con los demás y se percibe que la relación entre las contribuciones que el individuo aporta al trabajo (formación, experiencia, habilidad, tiempo de dedicación, entre otros) y los resultados que el individuo obtiene (salario, reconocimiento, responsabilidad, relaciones sociales, entre otros) coincide con la relación de otro u otros individuos. Por el contrario, sentirá insatisfacción cuando la percepción vivenciada por el individuo es de injusticia e inequidad. Este sentimiento de inequidad crea una tensión en el individuo que le impulsará a comportamientos tendentes a restablecer situaciones de mayor equidad y justicia. Sin embargo, esta teoría no está exenta de críticas. Por un lado, la evidencia ha puesto de manifiesto que la teoría de la equidad se centra en lo que los individuos reciben en detrimento del interés en el trato (254); por otro lado, existe variaciones individuales en la sensibilidad a la equidad/inequidad (255).

3.4.2.3 Teoría del equilibrio

Lawler (256) desarrolló esta teoría la cual pone de manifiesto que la satisfacción o insatisfacción laboral es producida por la relación que se establece entre la expectativa y la realidad de una recompensa, es decir, todos los reconocimientos que puedan existir en un entorno laboral. De esta forma, si existe una correspondencia entre lo esperado (depende de las contribuciones del individuo y de los requerimientos del puesto) y lo recibido (depende de sus propios resultados reales y de los resultados de los demás), el individuo estará satisfecho. Sin embargo, el sentimiento de insatisfacción vendrá determinado por la existencia de desigualdad (por defecto o por exceso).

3.4.2.4 Teoría de Locke

Locke (257, 258) presentó el modelo de la finalidad y, posteriormente, completó su teoría incorporando el resultado de sus investigaciones y análisis de valores, desarrollando así, su teoría de los valores (236).

3.4.2.4.1 Teoría de la finalidad

Esta teoría parte del hecho de que la realización y el éxito profesional del individuo puede constituir un fin en sí mismo, esto es, las metas y objetivos conscientes del individuo. Así, cuanto mayor sean los objetivos asumidos conscientemente por un individuo, mayor será su nivel de ejecución y, por consiguiente, mayor será su nivel de satisfacción si alcanza los objetivos. Por tanto, constituyen una fuente propia e independiente de satisfacción y motivación para el individuo (257). Los objetivos, junto con la autoeficacia, median total o parcialmente los efectos de muchas otras variables, incluidas la personalidad

autoinformada, el liderazgo, el diseño de trabajo, el salario y la participación en la toma de decisiones (259).

3.4.2.4.2 Teoría de los valores

Esta teoría postula que la satisfacción laboral es la consecuencia del ajuste entre los resultados del trabajo y los deseos del individuo (236, 258). Por ende, cuanto mayor sea este ajuste, mayor será la satisfacción laboral. Los resultados del trabajo que el individuo valora pueden ser cualquier aspecto del trabajo que se desee y no necesariamente necesidades básicas. El individuo percibirá una discrepancia entre los aspectos del trabajo que tiene y aquellos que desea. El mayor grado de satisfacción vendrá determinado por menores grados de discrepancias y viceversa. Además, señala que los aspectos de trabajo que necesitan ser cambiados podrían no ser los mismos para todos los individuos, ya que la satisfacción laboral puede derivarse de muchos factores.

3.4.2.5 Teoría del ajuste en el trabajo

Dawis *et al.* (260) señalan que el grado de ajuste entre el individuo y el ambiente laboral viene determinado por la concurrencia de los niveles de los resultados satisfactorios (grado en que el individuo posee y facilita las habilidades necesarias para cubrir las demandas requeridas en un puesto determinado) y la satisfacción laboral de la persona (resulta de la correspondencia entre las necesidades personales y el sistema de recompensas del trabajo, lo cual implica la correspondencia entre las habilidades requeridas y habilidades poseídas). En consecuencia, la satisfacción laboral -o la ausencia de esta- constituye el resultado de una discrepancia entre las necesidades y valores que el individuo quiere obtener de su trabajo y lo que realmente obtiene. Esta teoría ha sido utilizada ampliamente en la toma de decisiones laborales (261).

3.4.2.6 Teorías situacionales

Este grupo de teorías postula la influencia importante que ejerce la naturaleza del trabajo u otros aspectos del medio ambiente sobre el nivel de satisfacción laboral (262, 263). Las teorías que se enmarcan en este grupo se exponen de seguida.

3.4.2.6.1 Teoría del grupo de referencia

Korman (264) propone al grupo de referencia como elemento principal de la satisfacción laboral. Este grupo de referencia puede ser uno en concreto o el entorno social en general en función del punto de mira del individuo que compara. Así, la satisfacción laboral está relacionada de manera positiva con el grado en que las características del puesto de trabajo se ajustan a las normas y deseos de los grupos que el individuo considera como guía para su evaluación del mundo y para su definición de la realidad social.

3.4.2.6.2 Teoría del procesamiento de la información social

Desde esta teoría, desarrollada por Salancik *et al.* (265), se parte de la premisa de que el individuo adapta las actitudes, conductas y creencias a su contexto social y a la realidad de sus situaciones y conductas pasadas y presentes. Así, el individuo desarrolla actitudes o necesidades en base a la información que tiene disponible en el momento de expresar la actitud o necesidad en cuestión. De esta forma, el ambiente social del individuo constituye una fuente importante de información, ya que ofrece claves que el individuo utiliza para construir e interpretar los eventos y ofrece información acerca de cómo deberían ser las actitudes y opiniones del individuo. La satisfacción laboral y otras actitudes similares se desarrollan en respuesta a las guías o indicios sociales que están

presentes en el lugar de trabajo. Una crítica a esta teoría es que no explica adecuadamente cómo se difunde la información entre los individuos (266).

3.4.2.6.3 Teoría de los eventos situacionales

Para Quarstein *et al.* (267), la satisfacción laboral está determinada por las características y eventos situacionales. Las características situacionales son aquellos aspectos laborales que el individuo evalúa antes de aceptar el puesto de trabajo: sueldo, oportunidades de promoción, condiciones de trabajo, política de compañía, entre otros. Los eventos situacionales comprenden aquellos aspectos laborales que no son pre-evaluados por el individuo, sino que ocurren una vez que este ocupa el puesto: poder dejar el puesto antes de la hora de salida tras la correcta realización de una tarea, olvido notado por los compañeros, entre otros. Así, la satisfacción relacionada con los sucesos situacionales juega un papel determinante en la satisfacción laboral global, lo cual permite comprender el motivo por el que la satisfacción de un individuo puede variar a lo largo del tiempo a pesar de que las características de su trabajo no hayan variado.

3.4.2.7 Teoría dinámica de la satisfacción laboral

Esta teoría fue elaborada por Bruggemann (268). Para este autor, la satisfacción o insatisfacción laboral de un individuo no es estática sino el resultado dinámico de un proceso de ajuste continuo. Este proceso se inicia cuando el individuo compara su situación laboral actual con sus aspiraciones personales. Así, Bruggemann describió cinco formas de satisfacción laboral:

- Satisfacción laboral estabilizada: el individuo se siente satisfecho con su trabajo; pero mantiene su nivel de aspiración.

- Satisfacción progresiva: el individuo se siente satisfecho con su trabajo. Al incrementar el nivel de aspiración, este intenta alcanzar un nivel más elevado de satisfacción.
- Satisfacción resignada: el individuo siente una insatisfacción laboral indistinta y disminuye su nivel de aspiración con el fin de adaptarse a los aspectos negativos de la situación laboral. Así, el individuo puede alcanzar un estado de satisfacción nuevamente.
- Insatisfacción constructiva: el individuo se siente insatisfecho con su trabajo. Mientras mantiene su nivel de aspiración, este intenta dominar la situación mediante la resolución de problemas.
- Insatisfacción fija: el individuo se siente insatisfecho con su trabajo. Este mantiene su nivel de aspiración y no intenta dominar la situación mediante la resolución de problemas.

3.5 Variables determinantes de la satisfacción laboral

La investigación llevada a cabo en el ámbito de la satisfacción laboral ha puesto de manifiesto la existencia de diferentes variables antecedentes de la misma. Por un lado, cabe señalar la existencia de factores de carácter situacional derivados de los estilos de supervisión o de las características del puesto. Por otro lado, existen otro tipo de factores de carácter personal que pueden dar respuesta a los diferentes niveles de satisfacción laboral en contextos laborales similares (269). Ambos tipos de variables se exponen a continuación.

3.5.1 Variables situacionales

Las variables situacionales están referidas a aquellos aspectos vinculados de manera objetiva al puesto de trabajo (270). Dichas variables comprenden las características que se presentan seguidamente.

3.5.1.1 Carácter intrínseco del trabajo

Si bien es cierto que los estudios realizados para descubrir las raíces de los intereses de los individuos en el ámbito laboral no han tenido éxito, aquellos valoran el trabajo que se corresponde con sus intereses (271). Otro factor que determina la satisfacción laboral es la tarea que el individuo desarrolla en la organización. En virtud de ello, la delegación de tareas en otros individuos de la organización está relacionada de manera positiva con el nivel de satisfacción (272). Además, la destreza del individuo está asociada con la satisfacción laboral. En este sentido, aquellos que sienten que utilizan alguna de sus habilidades por completo tienen mayor nivel de satisfacción (273). Aunque la incidencia de las características intrínsecas del trabajo sobre la satisfacción laboral se encuentra bien documentada en la literatura, la autonomía del individuo es el factor que se parece configurar como el predictor más fuerte de aquella (274, 275).

3.5.1.2 Características y diseño del puesto

Las percepciones del puesto están relacionadas de manera positiva con la satisfacción laboral, e incluso se asume que los cambios en los tributos del trabajo producen cambios en la satisfacción laboral (276). Además, la monotonía laboral se relaciona negativamente con la satisfacción laboral (277). Otra variable de enorme influencia en el nivel de satisfacción laboral es la presencia de nuevas tecnologías en el puesto de trabajo. Aunque la utilización de nuevas tecnologías brinda ventajas al individuo e innovación para la organización, el uso indebido de estas puede producir consecuencias negativas en el individuo (278). Otra variable de interés que tiene una influencia positiva sobre el nivel de satisfacción es el control personal entendido como la creencia del individuo de

que puede alterar o cambiar la situación para adaptarla a él mismo. Además, está relacionado positivamente con la salud del individuo y la cooperación grupal (279).

3.5.1.3 Establecimiento de metas

La literatura ha puesto de manifiesto, por un lado, que la satisfacción laboral contribuye en la consecución de objetivos y metas y, en consecuencia, en la obtención de mejores resultados. Por otro lado, cuando esta situación es congruente con el progreso del objetivo planteado por el individuo, influye positivamente en el nivel de satisfacción laboral (280).

3.5.1.4 Sistemas de recompensas y salario

Aunque los factores de recompensas y salario tienen una incidencia sobre la satisfacción laboral (281, 282), esta puede estar condicionada por variables de carácter institucional, como el tipo de organización (pública o privada) o desarrollo de la jornada laboral a tiempo completo o parcial (283).

3.5.1.5 Reconocimiento y promoción

Los sistemas de reconocimiento y promoción del individuo están relacionados directamente con el nivel de satisfacción laboral (284, 285). Más recientemente, la evidencia ha puesto de manifiesto que el reconocimiento mutuo entre los gerentes y los trabajadores está relacionado positivamente con el nivel de satisfacción laboral y de compromiso de estos últimos (286).

3.5.1.6 Características organizacionales

Numerosos estudios se han centrado en determinar qué características de la organización determinan la satisfacción laboral. En este sentido, la literatura ha señalado que el puesto ocupado en la estructura jerárquica de la organización

está relacionado con el nivel de satisfacción en el trabajo (287). Por ende, aquellos individuos que pertenecen a una organización con una estructura horizontal poseen un nivel de satisfacción más elevado con respecto a individuos pertenecientes a una organización con una estructura jerárquica vertical (288). Además, el tamaño de la organización influye en el nivel de satisfacción del individuo. Por consiguiente, se ha puesto de manifiesto que los individuos que pertenecen a una organización pequeña tienen un nivel de satisfacción más elevado que aquellos que trabajan en una organización de tamaño mayor (289, 290). Otro aspecto a considerar es la densidad social que existe en los diversos puestos dentro la organización. La evidencia ha desvelado que los individuos que trabajan en una organización con un elevado nivel de densidad social ponen de manifiesto la dificultad que presentan para lograr una adecuada concentración en sus tareas, lo que puede producir una disminución en el nivel de satisfacción laboral (291).

3.5.1.7 Liderazgo

En lo referido a la conducta de liderazgo, se ha encontrado una relación positiva entre esta y el nivel de satisfacción laboral (292, 293).

3.5.1.8 Participación en la toma de decisiones

La participación en la toma de decisiones se encuentra relacionada positivamente con la satisfacción laboral, sobre todo en mujeres. Por ello, numerosas organizaciones permiten que los empleados sean partícipes de las decisiones relacionadas con el trabajo con el fin de promover las ganancias en productividad. Sin embargo, existen otras variables como la percepción de interés por el trabajo o los logros alcanzados que ejercen el mismo impacto sobre

el nivel de satisfacción laboral de los individuos que la participación en la toma de decisiones (270).

3.5.1.9 Condiciones de trabajo

Con respecto a las condiciones de trabajo, la escasez de recursos está relacionada positivamente con el nivel de satisfacción laboral (294, 295). Asimismo, las condiciones físicas constituyen otro aspecto relacionado con la satisfacción laboral. Si bien se ha demostrado el decremento del nivel de satisfacción de los individuos ante la presencia de inadecuadas condiciones físicas en la organización y el impacto que esto genera en términos de productividad, salud y vida social (296), no menos cierto es que dicha relación es indirecta e intervienen variables como la afectividad negativa, la variedad de trabajo, las relaciones con los compañeros, la carga de trabajo o la escasez de oportunidades de promoción (297).

3.5.2 Variables derivadas del propio individuo

El estudio de la influencia de las variables derivadas del individuo en el nivel de satisfacción laboral es importante, ya que los factores ambientales y situacionales no pueden, por sí solos, explicar las diferencias existentes entre el grado de satisfacción laboral entre distintos individuos (298). No obstante, parece que la relación de las variables derivadas del propio individuo con el nivel de satisfacción laboral no es demasiado fuerte (299). Entre estas variables se pueden encontrar las siguientes características.

3.5.2.1 Personalidad

Numerosos autores han puesto de manifiesto la diferencia en el nivel de satisfacción laboral en base a las dimensiones de la personalidad. Así, el neuroticismo (tendencia a experimentar emociones negativas tales como ansiedad, estado de ánimo deprimido, miedo, irritabilidad y baja autoestima) está relacionado de manera negativa con el nivel de satisfacción laboral. Por su parte, las dimensiones de extraversión (sociabilidad, optimismo, búsqueda de sensaciones, asertividad, manifestación de emociones positivas e interacciones interpersonales intensas y frecuentes), responsabilidad (tendencia a la organización, reflexividad, control de impulsos, planificación, respeto y obediencia a las normas sociales convencionales y consecución de las propias metas), amabilidad (empatía, colaboración, prosocialidad y ayuda a los demás) y apertura a la experiencia (imaginación, apreciación de las diferentes ideas y expresiones artísticas y curiosidad intelectual) están relacionadas positivamente con la satisfacción laboral (300, 301).

3.5.2.2 Nivel de formación

La investigación empírica ha puesto de manifiesto que los individuos con mayor nivel educativo presentan una menor satisfacción laboral justificada en base a la mayor percepción de obtener puestos alternativos (302). Sin embargo, otros estudios no han hallado relación entre ambas variables (303, 304).

3.5.2.3 Edad

A priori se creía que la satisfacción laboral tenía una relación positiva con la edad. A pesar de ello, la evidencia ha puesto de manifiesto que la satisfacción laboral tiende a disminuir durante los años iniciales de actividad laboral; empero

comienza a aumentar a medida que transcurren los años (304). No obstante, algunos autores no han encontrado relación significativa entre aquellas variables (305, 306).

3.5.2.4 Sexo

Aunque la evidencia señala que el nivel de satisfacción laboral de las mujeres es superior al manifestado por los hombres debido a la tendencia de los hombres de expresar más su descontento (306); en otros estudios no se ha hallado que el sexo tenga un impacto significativo sobre el nivel de satisfacción laboral (304, 307-309).

3.6 Variables resultantes de la satisfacción laboral

A continuación, se analiza la evidencia empírica existente sobre la relación de la satisfacción laboral con variables que se ven afectadas por esta.

3.6.1 Absentismo laboral

La mayoría de los estudios llevados a cabo sobre absentismo laboral han encontrado una relación inversa entre la satisfacción y este (310, 311), pudiendo depender la fuerza de esta relación de las normas grupales (312). De acuerdo con la literatura existente, los individuos tienen más probabilidades de acudir al trabajo cuando disfrutan en él, siendo más probable la ausencia cuando no lo hacen. Sin embargo, las presiones por asistir al trabajo pueden mitigar la influencia de la satisfacción laboral sobre el absentismo. Por un lado, un individuo puede tener un elevado nivel de insatisfacción laboral y preferir no acudir al puesto de trabajo, pero las fuertes normas que existen en el grupo de trabajo acerca de la asistencia a la organización o la creencia de que la insatisfacción es una razón ilegítima para no acudir a trabajar, le obligan a asistir (312). Por

otro lado, el nivel de satisfacción laboral de un individuo puede ser elevado; pero no acudir al puesto laboral debido a las exigencias familiares (310).

3.6.2 Rotación en el trabajo

La satisfacción laboral se ha utilizado con frecuencia como predictor de la rotación en el trabajo. Por un lado, los individuos con bajos niveles de satisfacción laboral son más propensos a la rotación (313). Por otro lado, la literatura ha puesto de manifiesto la relación positiva entre la satisfacción laboral y la permanencia del individuo en la organización (314). A pesar de ello, existen estudios donde no se ha hallado relación significativa entre ambos constructos (315) o la relación encontrada es positiva, considerando la rotación una estrategia efectiva en la adquisición de competencias y expansión del conocimiento profesional del individuo, lo cual contribuye a incrementar el nivel de satisfacción laboral (316).

3.6.3 Burnout

La relación entre el nivel de satisfacción laboral y el *burnout* es controvertida (317). Algunos investigadores indican que dicha relación es negativa (294, 318). No obstante, si se examina la relación entre el *burnout* y la satisfacción laboral, parece que el *burnout* afecta más a la satisfacción laboral que viceversa. Esto podría ser debido a que el AE compromete la capacidad para realizar tareas, lo que afecta el logro de los objetivos en el trabajo e influye en la satisfacción laboral. Otro aspecto a tener en cuenta es que aquellos individuos que experimentan DP y tienen un nivel elevado de RP están más satisfechos con sus trabajos. La DP implica un distanciamiento emocional y cognitivo, que podría reducir los efectos negativos del *burnout* en la satisfacción laboral. Del mismo modo, un elevado nivel de RP conduce al logro de los objetivos en el

trabajo, lo que podría influir positivamente en la satisfacción laboral (317).

3.6.4 Rendimiento laboral

Existe una estrecha relación entre el nivel de satisfacción laboral y el rendimiento laboral. Si bien es cierto que el rendimiento laboral es un constructo complejo que depende de otras condiciones que no son fácilmente determinables, como el compromiso organizacional y los valores laborales y personales (319); la evidencia ha puesto de manifiesto el impacto positivo que ejerce la satisfacción laboral sobre el rendimiento laboral de los individuos (320).

3.7 La satisfacción laboral en el ámbito de urgencias hospitalarias

Es bien conocido que el servicio de urgencias constituye un lugar estresante y una fuente de *burnout* para el personal sanitario que trabaja en él (321), menos conocido es su impacto sobre la satisfacción laboral.

En el ámbito de la atención médica, la mayoría de los estudios se ha centrado en medir la satisfacción laboral y analizar sus componentes (269, 281, 322). Todos estos estudios, aunque metodológicamente diferentes, presentan resultados similares: satisfacción media-alta entre el personal médico (322) y algo menor entre el personal de enfermería (269, 323), justificada por la falta de personal, la elevada carga de atención médica y el escaso reconocimiento profesional. A nivel internacional, los resultados muestran que el nivel de satisfacción laboral es moderado entre el personal sanitario (57). En el contexto de la presente tesis, según un estudio llevado a cabo recientemente, más del 50% del personal sanitario que trabaja en el servicio de urgencias está insatisfecho (324).

4. Afrontamiento

4.1 Introducción

Los estilos de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado por la psicología. Se identifica como una importante variable mediadora de la adaptación del personal sanitario a eventos altamente estresantes en su entorno laboral. Por lo tanto, es probable que la salud del personal sanitario dependa de cómo perciba el estrés y del tipo de estrategias de afrontamiento puestas en marcha para manejar el estrés (325). Según Frydenberg (326), los estudios sobre el afrontamiento no proporcionan evidencia para intervenciones clínicas, en particular, no identifican qué maneras específicas de afrontamiento son mejores para manejar problemas y emociones angustiantes.

4.2 Concepto de afrontamiento

El afrontamiento, siguiendo el modelo de comportamiento animal, constituye aquellos actos que intentan resolver características aversivas del ambiente, reduciendo así la perturbación psicofisiológica (327). Desde el punto de vista cognitivo, se considera el afrontamiento como un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que median la experiencia de estrés y que tiene por objeto reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo (328). Así, el afrontamiento es conceptualizado como una interacción dinámica de las personas y los factores ambientales, es decir, un individuo puede estar expuesto al mismo estresor ambiental, pero pueden lidiar con este de diferentes maneras dependiendo de aspectos situacionales, personales, sociales y culturales (329). Asimismo, esta definición se ha usado para describir un proceso en lugar de un rasgo (330). En esta misma línea, el afrontamiento ha sido definido como el gasto consciente de energía mental con objeto de tratar con problemas de la vida

mediante procesos cognitivos, conductuales y emocionales en respuesta a las demandas de un estresor (331) o el esfuerzo que realiza el individuo para controlar, tolerar, aliviar o minimizar los eventos estresantes (332).

4.3 Modelos teóricos

Aldwin (333) señaló cuatro enfoques teóricos en el abordaje del afrontamiento: enfoque centrado en la persona, los del rasgo y los de los estilos de percepción; enfoque centrado en la situación; enfoque interactivo y enfoque transaccional. El enfoque centrado en la persona está representado por los teóricos del psicoanálisis; los del rasgo y los de los estilos de percepción postulan que las características de personalidad son primarias en la determinación de cómo las personas afrontan el estrés. Desde el enfoque centrado en la situación, las estrategias que el individuo utiliza para afrontar los problemas están determinadas por las demandas ambientales. En el enfoque interactivo, el afrontamiento depende de las características del individuo y de su ambiente. Por último, en el enfoque transaccional, se plantea la existencia de una interrelación entre la persona, la situación y el afrontamiento, con interacciones entre ellos.

En general, el desarrollo del concepto de afrontamiento se ha agrupado en torno a dos aproximaciones: la que entiende el afrontamiento como un estilo personal y la que lo concibe como un proceso (334).

En el enfoque del estilo personal, el afrontamiento es concebido como una característica estructural o de personalidad y se hace sinónimo de rasgo o estilo. Se insiste, por tanto, en estructuras del yo propias de cada sujeto que, presumiblemente, actúan como predisposiciones estables para afrontar de una forma determinada los acontecimientos de la vida (335). Dentro de este enfoque, se encuentran los modelos de:

- Estilo de afrontamiento represor-sensibilizador (336). El estilo represor se identifica por el uso de la negación y evitación y ha sido asociado con un incremento del riesgo de cáncer, hipertensión e infarto agudo de miocardio (337) y el estilo sensibilizador por el uso de actitudes vigilantes y con exteriorización de problemas. El afrontamiento es concebido como un constructo unidimensional con dos polos.
- Weinberget *et al.* (338) plantean cuatro estilos de afrontamiento relacionados con los mecanismos defensivos y ansiosos. Estos estilos son: estilo represor (estilo defensivo y con ansiedad baja), estilo no defensivo con baja ansiedad, estilo no defensivo y con ansiedad y estilo defensivo y con ansiedad. Los estilos represores y ansiosos tienden a afrontar con menor eficacia las situaciones de estrés que los menos ansiosos.
- Estilos cognitivos incrementador-vigilante/atenuador-evitativo (339). El estilo vigilante está caracterizado por una actitud de alerta y activación ante la información relacionada con la amenaza, lo cual permite el establecimiento de planes de acción de manera anticipada. A pesar de ello, este estilo tiende más fácilmente hacia niveles elevados crónicos de ansiedad y estrés. Este estilo se relaciona con las estrategias de afrontamiento centrado en el problema (ACP). El estilo atenuador se refiere a la evitación o reducción de la información sobre la amenaza. Este estilo es más eficaz para amenazas a corto plazo.
- Estilo vigilante-rígido/evitador-rígido/flexible/inconsistente (340). En el estilo vigilante rígido el individuo tiende a buscar información y generar confrontación anticipada de manera que este posee alta vigilancia y baja evitación. En el estilo evitador rígido las señales anticipatorias generan en

el individuo activación emocional, el individuo es represor, con baja vigilancia y elevada evitación. En el estilo flexible el individuo no es defensivo y posee baja vigilancia y baja evitación, por lo que tolera bien la incertidumbre. En el estilo inconsciente el individuo es ansioso, con alta vigilancia y evitación, por lo que tiende a estresarse por la activación emocional y la incertidumbre de una determinada situación.

- Estilo vigilante/evitación cognitiva (341). En el estilo vigilante el individuo intensifica la búsqueda y procesamiento de la información sobre la amenaza y en el estilo de evitación cognitiva el individuo se aleja de las señales relacionadas con la amenaza. Estos estilos se centran en los procesos de orientación de la atención que son observados cuando el individuo confronta una amenaza.

Lazarus *et al.* (1) plantearon una serie de críticas a esta aproximación. En particular, señalaron que este enfoque es simplista, ya que considera el afrontamiento como un estilo o rasgo y no refleja la multidimensionalidad del concepto. Además, no se diferencia entre afrontamiento y conducta adaptativa automática. También plantean que existe confusión entre el afrontamiento y sus resultados, al asimilar el afrontamiento con el éxito adaptativo. Estos autores consideran que el afrontamiento se debe definir con independencia del resultado. Por último, señalan que se identifica el afrontamiento con el dominio del entorno cuando no siempre las fuentes de estrés son susceptibles de ser dominadas.

En el enfoque de afrontamiento como proceso se identifican los modos o estrategias de afrontamiento que tienen una importante labor en el logro o mantenimiento del bienestar (342). Desde esta perspectiva, el afrontamiento es independiente de los resultados, esto es, puede ser adaptativo o no, dependiente

del contexto y de la evaluación de lo que se puede hacer o no para cambiar la situación (343). Numerosos autores han generado diferentes definiciones del constructo. Así, algunos consideran el afrontamiento como el esfuerzo que se lleva a cabo para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o tolerar sus efectos (344). Para otros autores, el afrontamiento hace referencia a las acciones y pensamientos conscientes o inconscientes que hacen que el individuo sea capaz de manejar situaciones difíciles (345). Para Snyder (346), el hecho de que la respuesta del individuo deba ser consciente para calificarla como de afrontamiento es excesivamente restrictiva, pues se puede responder a un determinado factor estresante recurrente perdiendo la conciencia de ello.

Sin embargo, la definición de Lazarus *et al.* (1) sirve de referencia en la consideración del afrontamiento como un proceso. Esta aproximación tiene cinco características:

- El afrontamiento hace referencia a cogniciones y comportamientos que varían en función de las variaciones en las demandas de la situación o del entorno.
- Este afrontamiento no implica un grado de automatismo en la conducta puesto que supone un esfuerzo para manejar las demandas.
- El afrontamiento no se reduce a sus resultados, por lo que se hace referencia tanto a procesos adaptativos como inadaptativos. La eficacia de la estrategia dependerá del tipo de individuo, del tipo de amenaza y de la situación.
- El afrontamiento incluye un espectro temporal y un contexto específico que va a recorrer el pasado y presente de la situación y la anticipación de una situación estresante futura.

- El afrontamiento está influido de manera constante por las reevaluaciones cognitivas.

A pesar de que esta aproximación ha recibido cierto apoyo empírico, se ha podido ver que no es tan diferente e independiente del enfoque de afrontamiento como estilo. En este sentido, Lazarus *et al.* (1) pusieron de manifiesto que determinadas estrategias de afrontamiento utilizadas por el individuo ante diferentes situaciones son más estables en su utilización. Por su parte, Lazarus (347) señaló algunas matizaciones a la perspectiva procesual de afrontamiento. Así, consideró que ante situaciones estresoras crónicas se tiende a mostrar los mismos patrones de afrontamiento. Esto es aplicable a estrategias como la reevaluación positiva. Por el contrario, estrategias como la búsqueda de apoyo social no tienden a ser utilizadas de manera repetida.

4.4 Clasificación de las estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se clasifican atendiendo a diversos criterios:

- Según el tipo de respuesta. En esta clasificación existen tres tipos de afrontamiento (348):
 - Enfrentamiento: promueve un acercamiento hacia la situación, por lo que constituye una estrategia de afrontamiento activa.
 - Huida o evitación: desentendimiento de la situación y redirección de la atención a estímulos no relevantes; es una estrategia de afrontamiento activa.
 - Pasividad o inhibición: es una estrategia de afrontamiento pasiva.
- Según la naturaleza de la respuesta de afrontamiento. Destaca la posibilidad de una respuesta cognitiva o conductual o incluso una combinación de ambas. De esta forma, Billings *et al.* (349) hablan de:

- Estrategias cognitivas activas: intentos de manejar la evaluación estresante de una situación determinada por ver el lado positivo de la misma en base a las propias experiencias del pasado en situaciones similares.
- Estrategias comportamentales activas: intentos de comportamiento que tratan directamente con el problema y sus consecuencias a través de la determinación de más información acerca de la situación y tomar algunas medidas positivas.
- Estrategias de evitación: intentos de evitar enfrentarse directamente al problema, mediante el uso de estrategias como la preparación para lo peor, o indirectamente a través de la reducción de la tensión emocional con comportamientos como comer más.

Para Cohen *et al.* (350) existen cinco modos de afrontamiento:

- Búsqueda de información: intentos de aprender más acerca del problema y los modos de hacerle frente.
- Acciones directas: actos o acciones concretas que pretenden responder a la situación.
- Inhibición de la acción: reducir las consecuencias de la situación refrenando los actos impulsivos.
- Procesos cognitivos: reevaluar la situación a través de la atención o la búsqueda de rutas alternativas gratificantes.
- Solicitar apoyo: aumentar el esfuerzo para lidiar con la situación estresante o para generar sentimientos de bienestar.

Para Girdano *et al.* (351), el comportamiento de afrontamiento puede ser:

- Adaptativo: reduce el estrés y promueve la salud a largo plazo en tanto que un afrontamiento exitoso logra reducir o eliminar la activación del órgano diana del estrés y así se reestablece la homeostasis.
- Inadaptativo: reduce el estrés a corto plazo; sin embargo, puede afectar la salud a largo plazo.
- Según el objetivo de las estrategias de afrontamiento, las propuestas incluidas dentro de esta clasificación son variadas:
 - Perspectiva más socio-psicológica: la adaptación personal exitosa tiene tres componentes (352):
 - Capacidad y habilidades que el individuo debe tener para tratar con las demandas sociales y ambientales a las cuales se expone.
 - Grado de motivación que el individuo debe tener para hacer frente a tales demandas.
 - Capacidad que el individuo debe tener para mantener un equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos hacia las demandas externas.
 - Lazarus *et al.* (1) realizaron la propuesta que más aceptación y uso ha tenido. Describen dos tipos de estrategias de afrontamiento:
 - Estrategias dirigidas al problema: el individuo obtiene la información sobre qué puede hacer y moviliza las acciones necesarias que permitan la modificación de la relación problemática entre este y el medio, de manera que dirige esas acciones hacia uno mismo o el medio (353). Este tipo de estrategias tienen un carácter instrumental, son las que

tienen más probabilidad de aparecer cuando la evaluación de la situación indica que se puede generar cambios y, en el caso del estrés laboral, tienden a ser más adaptativas (354). Dentro de este tipo de estrategias se pueden mencionar la planificación para la resolución del problema, la confrontación y la búsqueda de apoyo social.

- Estrategias dirigidas a las emociones: tienden a aparecer cuando la evaluación de la situación indica que no se puede hacer nada para modificarla. Tienen un carácter paliativo, con objeto de manejar el malestar emocional que se ha generado por la situación. Dentro de este tipo de estrategias se pueden destacar la búsqueda de apoyo social (en caso de hacerlo por razones emocionales), el distanciamiento, el escape o evitación, el autocontrol, la aceptación de la responsabilidad y la reevaluación positiva.
- Carver *et al.* (355) identificaron tres grupos en los que incluir las estrategias de afrontamiento:
 - Estrategias de afrontamiento enfocadas al problema.
 - Estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción.
 - Estrategias de afrontamiento potencialmente disfuncionales (maladaptativas, en términos de salud mental).
- Schonfeld (356) señaló tres tipos de realizar el afrontamiento:
 - Afrontamiento del problema: focalizado en el manejo de los estresores.
 - Afrontamiento cognitivo: centrado en el manejo de las diferentes maneras de entender el significado del estresor.

- Afrontamiento emocional: modificación de las consecuencias del estrés.
- Törestad *et al.* (357) categorizaron el afrontamiento en tres dimensiones:
 - Afrontamiento constructivo: esfuerzos cognitivos y conductuales hacia los sucesos estresantes, de forma directa y confrontativa.
 - Afrontamiento pasivo: soluciones centradas en la emoción.
 - Afrontamiento de escape.
- Endler *et al.* (358) propusieron tres dimensiones de afrontamiento tomando como referencia el enfoque de Lazarus y Folkman:
 - Afrontamiento orientado a la tarea.
 - Afrontamiento orientado a la emoción.
 - Afrontamiento orientado a la evitación.
- Mikulincer *et al.* (359) plantearon una clasificación con cuatro categorías:
 - Estrategias focalizadas en el problema.
 - Reorganización.
 - Reevaluación.
 - Estrategias de evitación.
- Visión integradora del afrontamiento en función de su objetivo y las estrategias propiamente dichas. Holahan *et al.* (360) consideraron la orientación individual hacia un estresor y separan el afrontamiento en un dominio de aproximación y otro de evitación. En cada dominio se establece una división en dos categorías que identifican un afrontamiento

cognitivo y otro comportamental. Estos autores plantearon una clasificación con cuatro categorías:

- Aproximación cognitiva.
 - Aproximación comportamental.
 - Evitación cognitiva.
 - Evitación comportamental.
- Clasificación derivada de las propuestas de Matheny *et al.* (344). Estos autores identificaron dos categorías de estrategias:
 - Estrategias combativas: con objeto de eliminar el estímulo estresante. Están relacionadas de manera directa con el escape o huida. Se identificaron cinco tipos de estrategias:
 - Vigilancia del estrés.
 - Recursos de organización.
 - Tolerancia de los estímulos estresantes.
 - Ataque a los estímulos estresantes.
 - Disminución de la tensión.
 - Estrategias preventivas: con objeto de evitar que aparezca el estímulo estresante. Están relacionadas con la evitación. Se identificaron cuatro tipos de estrategias:
 - Realización de adaptaciones en la vida para evitar los estímulos estresantes.
 - Realizar adaptaciones a las demandas.
 - Cambiar las conductas que producen estrés.
 - Desarrollar más recursos personales de afrontamiento.

4.5 Factores moduladores del afrontamiento

Los recursos de afrontamiento actúan como posibilidades de reacción o conducta que el individuo pone o no en funcionamiento y que tienen una función amortiguadora. Dichos recursos se dividen, atendiendo a su naturaleza, en dos: los recursos internos o personales (centrados en las características de la personalidad) y los recursos externos o sociales (bienes materiales o apoyo social) (361).

4.5.1 Recursos internos

Las variables de personalidad tienen la capacidad de potenciar y mejorar el abordaje del estrés (362). Algunos resultados indican que las dimensiones de personalidad se relacionan con las estrategias de afrontamiento. En este sentido, el neuroticismo se relaciona con estrategias de afrontamiento pasivas y centradas en la emoción (363). Las dimensiones de extraversión y apertura a la experiencia se relacionan con estrategias de afrontamiento activas y centradas en el problema y con el apoyo social (364, 365). Además, elevadas puntuaciones en responsabilidad están relacionados con un ACP y con el uso de estrategias como planificación y confrontación (366). Por su parte, elevadas puntuaciones en amabilidad se relacionan con un mayor uso de la búsqueda de apoyo social, autocontrol y reevaluación positiva, por lo que hay una relación entre este factor y el afrontamiento centrado en la emoción (ACEM) (367).

La creencia sobre el control interno (evaluaciones de las situaciones como susceptibles de cambio) generan un mayor y más persistente afrontamiento (368). Asimismo, la autoeficacia constituye un factor que facilita el afrontamiento (369).

Con respecto al autoconcepto, elevadas puntuaciones de este se asocian con mayor empleo de estrategias de afrontamiento activo como la solución de problemas (370). Además, se ha hallado una relación entre el nivel de autoestima y el afrontamiento. En este sentido, niveles elevados de autoestima están asociados con el uso de estrategias de afrontamiento de tipo adaptativo y menos con estrategias de tipo evitativo. Por su parte, bajos niveles de autoestima están relacionados con el uso del ACEM y afrontamiento centrado en la evitación (ACEV) (371).

4.5.2 Recursos externos

El apoyo social se puede tratar como una estrategia de ACP o bien ACEM. El apoyo social puede constituir una variable situacional que contribuye en la reducción de la valoración de la amenaza y una variable psicosocial que ayuda a percibir apoyo ante la amenaza (372). Las habilidades sociales, incluidas dentro de los recursos externos, están relacionadas con la capacidad de comunicación y actuación con los demás de manera efectiva (373).

4.6 Consecuencias del afrontamiento

La evidencia ha puesto de manifiesto que el ACP se relaciona con una disminución de síntomas depresivos, mientras que con el uso de la estrategia de ACEM o ACEV, se incrementan tanto las visitas a centros sanitarios como los síntomas depresivos (374, 375). Además, la literatura científica ha puesto de manifiesto que el uso de la estrategia de ACEV para el manejo del dolor está asociada con un peor ajuste general (376). Las estrategias de afrontamiento de tipo activo están inversamente relacionadas con la incidencia de infarto agudo de miocardio, sobrepeso, hipertensión, diabetes mellitus y muerte cardiovascular. Por su parte el uso de estrategias de tipo evitativo está asociado

a cardiopatía isquémica solo en individuos con antecedentes de hipertensión arterial (377).

4.7 Afrontamiento en el ámbito de urgencias hospitalarias

En el servicio de urgencias hospitalarias, la estrategia de afrontamiento más utilizada por el personal médico es el ACP, seguido del ACEM y evitativo. En este sentido, solo el ACEV está influido por la experiencia laboral del personal médico (378). En lo referido al personal de enfermería, las estrategias de afrontamiento más utilizadas son el ACP, la reevaluación positiva y el apoyo social. Las estrategias de afrontamiento menos utilizadas son la confrontación y el distanciamiento (379). Asimismo, los diferentes estilos de afrontamiento están relacionados con distintos niveles de *burnout*. Así, en el personal sanitario del servicio de urgencias, el ACP está asociado con un menor riesgo de *burnout* mientras que el ACEM constituye un fuerte predictor positivo de *burnout* (380).

5. Salud física y mental

5.1 Introducción

En base a la presión añadida que ejerce la población (la cual envejece rápidamente) sobre los sistemas de salud y a la creciente carga de enfermedades crónicas, actualmente existe un interés creciente en mejorar la salud física y mental del personal sanitario (381). La mayoría de los trastornos mentales que ocurren en el lugar de trabajo se deben a problemas psiquiátricos comunes, como la depresión, la ansiedad y otras afecciones relacionadas con el estrés, que generalmente son tratables y en algunos casos se pueden prevenir. Los crecientes costos de la enfermedad mental común entre la población trabajadora han creado un importante problema de salud pública y los responsables de la formulación de políticas, así como los profesionales de la

salud exigen cada vez más una mejor comprensión de los vínculos entre el entorno de trabajo y la salud mental. La cuestión clave acerca de cómo el trabajo puede contribuir al desarrollo de depresión o ansiedad es crucial para cualquier consideración de la salud mental de la población trabajadora (57). En España, el coste de los trastornos mentales y de comportamiento se estima en 46 billones de euros, representando el 55% de los costes sociales de todos los trastornos cerebrales (382). Además, se asignan en torno a 17 millones de euros a la investigación en salud mental (383). La estrategia cognitivo-conductual puede ser utilizada en el lugar de trabajo para contribuir en la prevención de enfermedades mentales comunes, así como facilitar la recuperación de los individuos diagnosticados con depresión y/o ansiedad (384).

5.2 Delimitación del concepto de salud

El concepto de enfermedad constituyó el objeto prioritario de la atención de la Medicina del siglo XX. Esta se conceptualizó en base a subtipos (enfermedad traumática, infecciosa o sistémica) y con un punto de vista monocausal que dio lugar a otro multicausal, poniendo de manifiesto que en cada enfermedad se pueden distinguir varias causas predisponentes y desencadenantes de tipo endógeno o exógeno. La definición de salud apareció más adelante, puesto que esta era concebida como la ausencia de una enfermedad identificable (385).

La OMS, en su Carta Constitucional de 1948, definió la salud como «*el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades*» (386, p.1). Esta definición es la más comúnmente utilizada y citada en la literatura científica (387). Incluye tres componentes interconectados: físico, social y mental. El físico refleja los componentes fisiológicos y/o biológicos

de la definición con objeto de mantener la homeostasis. La anormalidad física puede ser identificada mediante pruebas de laboratorio o examen clínico. El componente social representa el aspecto conductual de la salud. La salud social está relacionada con la capacidad del individuo de participar en la red de interacción social y cumplir con los roles y expectativas sociales. Además, este componente incluye la dimensión espiritual. La disfunción social puede aparecer si el individuo permanece inactivo y separado de las normas y valores de la sociedad. Por último, el componente mental indica el estado psicológico, emocional y mental del individuo. Cualquier problema que afecta al componente mental puede derivar en una enfermedad mental como apatía emocional, fijación y desadaptación de la personalidad (388).

Dicha definición ha recibido críticas que la consideran una definición visionaria, utópica y difícil de operativizar. Sin embargo, hoy día el concepto de salud incorpora la interacción con el medio ambiente y la capacidad de funcionamiento de la persona (389).

5.3 Salud mental y estado de salud percibido

El modelo tradicional de atención de la salud mental se ha centrado en el tratamiento de los trastornos y síntomas mentales que en el fomento del bienestar (390). No obstante, es ampliamente conocido que la salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental, como se establece en la definición de salud mental de la OMS: *«la salud mental es un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias aptitudes y capacidades, pues se da cuenta de sus propias habilidades, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y es capaz de hacer contribuciones en su comunidad»* (391, p.1).

A pesar de que la definición de salud mental está claramente influenciada por la cultura que lo define, las diversas concepciones sobre salud mental que aparecen en la literatura científica incluyen aspectos clave de la definición propuesta por la OMS como emociones positivas y funcionamiento positivo. Así Keyes *et al.* (392) identificó tres componentes de la salud mental: bienestar emocional (incluye la felicidad, el interés en la vida y la satisfacción), psicológico (incluye la buena gestión de las responsabilidades de la vida diaria, así como tener buenas relaciones con los demás) y social (incluye la contribución social, la integración social y la coherencia social). Para Galderisi *et al.* (393), la salud mental es un estado dinámico de equilibrio interno que permite a los individuos usar sus habilidades en armonía con los valores universales de la sociedad. Las habilidades cognitivas y sociales básicas; la capacidad de reconocer, expresar y modular las propias emociones, así como empatizar con los demás; la flexibilidad y capacidad para enfrentar los eventos adversos de la vida y su función en roles sociales y la relación armoniosa entre el cuerpo y la mente representan componentes importantes de la salud mental que contribuyen, en diversos grados, al estado de equilibrio interno.

Los movimientos conceptuales más relevantes en relación con la salud mental se presentan a continuación:

- Modelo médico psiquiátrico: este modelo asocia la salud mental a términos de carácter psicopatológicos, poniendo mayor atención sobre condiciones bien establecidas y de importante complejidad y/o severidad. Desde el surgimiento de los diferentes sistemas de clasificación de las enfermedades (como la Clasificación Internacional de las Enfermedades o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) se

propuso el uso del término «*trastorno*» en lugar de «*enfermedad mental*», ya que este último tiene su aplicación cuando es posible la identificación de una alteración física de base, no ocurriendo así en la mayor parte de trastornos mentales. Desde este modelo, la noción de «*trastorno*» implica la identificación de síntomas y signos psicopatológicos, que suelen aparecer de manera agrupada, constituyendo cuadros clínicos definidos o síndromes. Los criterios de estos sistemas nosológicos exigen la presencia de una serie de síntomas determinados para poder realizar el diagnóstico de un trastorno concreto. Sin embargo, estas categorías nosológicas son dinámicas, de manera que se introducen nuevos trastornos, síntomas o categorías o se eliminan otros en las actualizaciones o nuevas versiones de los manuales. Estos cambios han sido recibidos como mejoras; pero en otros momentos han suscitado numerosas críticas o desacuerdos en la comunidad científica y entre los profesionales, como es el caso de la última versión del DSM-5 (394).

Desde este enfoque clínico y psicopatológico, algunos autores ponen de manifiesto que existe una falta de acuerdo sobre los criterios que definen a las diferentes categorías diagnósticas, así como dificultades para definir los límites de un determinado trastorno o para establecer manera clara las fronteras entre los distintos cuadros. Esto es debido a que las categorías no son mutuamente excluyentes ni exhaustivas (395).

- Modelo transdiagnóstico: desde esta perspectiva, se considera que determinados constructos psicológicos básicos pueden constituir factores etiológicos o de mantenimiento de cuadros psicopatológicos diversos, en contraposición con la idea de que cada trastorno presenta procesos específicos bien diferenciados (396). Este modelo puede ser mejor

aplicado en personas con desórdenes emocionales como pánico, ansiedad, depresión o miedo, los cuales se encuentran en la génesis, mantenimiento o desarrollo de diversas patologías (397, 398) y en trastornos comunes de salud mental como la depresión y los distintos tipos de trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias, ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático (399).

El estado de salud percibido o salud autopercibida es considerado un indicador con capacidad para obtener datos sobre dimensiones complejas del bienestar del individuo. Esta guarda relación con determinados componentes de la salud objetiva, como las capacidades funcionales de la persona o la probabilidad de morir (400). Asimismo, se ha encontrado que existe relación entre el estado de salud percibido y el estado de salud médico de manera objetiva (401).

5.4 Salud laboral y ocupacional

Como consecuencia de las interacciones que tiene lugar entre el individuo y su medio laboral y sus consecuencias en ambos, nace el concepto de salud laboral. Este es definido como *«una disciplina que tiene como objeto el mantener y promover el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones; el prevenir todo el daño causado sobre la salud de estos por sus condiciones de trabajo; protegerles en su trabajo de los riesgos que resultan de agentes perjudiciales para la salud; situar al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; en suma adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su tarea»* (402, p.7).

Se trata, por tanto, de adaptar el trabajo a las metas, capacidades y limitaciones del individuo, teniendo bajo control aquellos riesgos para la salud, favoreciendo

la salud física (suele promover la capacidad laboral corporal) y mental (el logro de las metas y la RP en el trabajo es una fuente de satisfacción y autoestima). Cuando esto no ocurre, tienen lugar los daños para la salud.

La principal labor del campo de la salud ocupacional es evitar y reducir el efecto de los factores del lugar de trabajo que pueden tener un impacto adverso en la salud de los individuos. Estos factores pueden ser de naturaleza física, organizacional o psicosocial (403). Si bien es cierto que existen numerosas definiciones sobre la salud ocupacional, la más comúnmente usada es la que propone la OIT que la define como: *«el conjunto de actividades multidisciplinares encaminadas a la promoción, educación, prevención, control, recuperación y rehabilitación de los trabajadores, para protegerlos de los riesgos de su ocupación y ubicarlos en un ambiente de trabajo de acuerdo con sus condiciones fisiológicas y psicológicas»* (404). Las enfermedades ocupacionales suelen tener un desarrollo lento y aparecen como resultado de la repetición prolongada a las exposiciones laborales. Numerosas de estas enfermedades pueden ser progresivas e incluso irreversibles, de forma que, aún eliminando el agente causal, no cesan (403). La salud ocupacional es un fenómeno complejo que puede ser explorado desde una perspectiva patogénica (centrada en factores de riesgo y enfermedades) o una perspectiva salutogénica (centrada en la promoción positiva de la salud). Aunque tradicionalmente los estudios llevados a cabo en materia de salud ocupacional han adoptado un enfoque patogénico, el enfoque salutogénico está ganando popularidad, debido a que la prevención de la disfunción y la enfermedad no se considera suficiente para garantizar el compromiso y éxito en una organización. La psicología de la salud ocupacional positiva se refiere al estudio y aplicación de las condiciones y procesos que contribuyen a un funcionamiento óptimo en el lugar de trabajo. Asimismo,

promueve la salud laboral y examina cómo las experiencias positivas (contextos, fortalezas y recursos personales) pueden ser utilizadas como mecanismo de protección frente a los riesgos laborales (405).

5.5 Salud percibida en el ámbito de urgencias hospitalarias

Los signos y síntomas físicos presentes en el personal sanitario del servicio de urgencias que los investigadores han señalado son: dolor de cabeza y piernas, sensación de fatiga y taquicardia. Estos signos y síntomas aparecen relacionados con el estrés emocional o después de la atención urgente que es prestada al paciente (406).

El nivel de salud mental del personal del servicio de urgencias es bajo. Además, la dimensión de disfunción social es la que más contribuye en la reducción de la salud mental, seguida de dimensiones como la ansiedad, insomnio, síntomas somáticos y depresión severa (407).

OBJETIVOS



1. Objetivos generales

- Evaluar la posible relación entre el estrés percibido, el *burnout*, la satisfacción laboral, las estrategias de afrontamiento y las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario del servicio de urgencias hospitalario sobre el estado de salud general.
- Investigar la posible relación entre las características sociodemográficas y laborales de aquellos profesionales y el estrés percibido, el *burnout*, la satisfacción laboral, las estrategias de afrontamiento y la salud general.

2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y laborales de aquellos profesionales.
- Determinar el grado de estrés percibido, *burnout*, satisfacción laboral y salud general, así como las estrategias de afrontamiento más usadas por aquellos profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS



1. Diseño de la investigación

Estudio observacional, transversal y multicéntrico.

2. Periodo de estudio

El periodo de estudio abarcó desde el mes de marzo de 2016 al mes de diciembre de 2016.

3. Sujetos de estudio

Personal médico y de enfermería que desarrollaban su labor asistencial en el servicio de urgencias hospitalario de cuatro hospitales de la Comunidad Autónoma de Andalucía (España).

4. Ámbitos de estudio

Los ámbitos de estudio fueron:

- Hospital 1: hospital público compuesto por un total de 1302 camas con 214 profesionales de medicina y enfermería en el servicio de urgencias.
- Hospital 2: hospital público compuesto por un total de 808 camas con 167 profesionales de medicina y enfermería en el servicio de urgencias.
- Hospital 3: hospital privado compuesto por un total de 154 camas con 42 profesionales de medicina y enfermería en el servicio de urgencias.
- Hospital 4: hospital privado compuesto por un total de 220 camas con 55 profesionales de medicina y enfermería en el servicio de urgencias.

Los datos referidos al total de dotación de camas y de personal sanitario que trabaja en el servicio de urgencias fueron suministrados por la dirección de enfermería de los distintos hospitales.

5. Tamaño muestral y técnica de muestreo

El cálculo del tamaño muestral se realizó considerando los siguientes aspectos:

- Precisión: 4%.
- Frecuencia del hecho/situación que se audita: 25,50% (408) de morbilidad psiquiátrica.
- Nivel de confianza: 95%.
- Tamaño total de la población: 478.

La muestra mínima proyectada fue de 235 profesionales sanitarios. El programa estadístico empleado para la obtención de la muestra fue Epidat 3.1. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia.

6. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que se siguieron fueron:

- Personal médico y de enfermería laboralmente activo durante la recolección de datos.
- Personal médico y de enfermería, cuyo tiempo trabajado en el servicio de urgencias hospitalario fuera igual o superior a un año.

Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

- Personal médico y de enfermería en periodo de formación especializada.
- Personal médico y de enfermería en tratamiento activo con antidepresivos y/o ansiolíticos.

7. Variables de estudio

7.1 Variables independientes

7.1.1 Variables sociodemográficas

- Sexo (hombre/mujer).
- Edad (años).
- Estado civil (casado/a/soltero/a/separado/a-divorciado/a/viudo/a).
- Práctica de ejercicio físico (sí/no).
- Consumo de tabaco diario (sí/no).

7.1.2 Variables laborales

- Categoría profesional (personal de medicina/personal de enfermería).
- Tipo de contrato (fijo/indefinido/eventual).
- Antigüedad en el servicio de urgencias hospitalario (años).
- Experiencia profesional (años).
- Número de pacientes atendidos a diario.

7.2 Variables dependientes

- Estrés percibido: la valoración del estrés percibido se llevó a cabo mediante *Perceived Stress Scale* (PSS), validada en nuestro medio (409). Una de las principales características del estrés percibido es que la respuesta del individuo no se basa exclusivamente en las características propias del estímulo, sino que está muy influenciada por factores personales y del contexto (410). La PSS consta de 14 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de 0 a 4 de una escala de cinco puntos (0=nunca, 1=casi nunca, 2=de vez en cuando, 3=a menudo, 4=muy a menudo). La puntuación total de la PSS

se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, y 4=0, y sumando los 14 ítems. La PSS puntúa de 0 a 56, de manera que a mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Dado que esta escala no es un instrumento de diagnóstico, no se puede establecer puntos de corte a partir de los cuales se pudiera discernir entre la presencia o ausencia de estrés. No obstante, los trabajos de Cohen et al. (411) se suelen utilizar como comparativos para definir el rango de normalidad entre 20-22 puntos. La versión española de esta escala mostró una fiabilidad adecuada (alfa de Cronbach = 0,81).

- *Burnout*: la evaluación del *burnout* se realizó a través de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en su versión adaptada al español (412). El MBI valora tres dimensiones del *burnout*: AE, definido como el sentimiento de sobrecarga o pérdida de entusiasmo por el trabajo; DP, o respuesta impersonal hacia los pacientes con aumento del cinismo; y RP, definida como el sentimiento de éxito en la realización del trabajo. El cuestionario consta de 22 ítems con formato de respuesta tipo Likert en la que los profesionales valoran la frecuencia de las situaciones enunciadas de 0 puntos (nunca) a 6 puntos (diariamente). Para determinar la puntuación de cada dimensión, se suman las puntuaciones de los ítems pertenecientes a cada una. La dimensión de AE está compuesta por 9 ítems con una puntuación total mínima de 0 puntos y una máxima de 54 puntos. La dimensión de DP está constituida por 5 ítems, oscilando la puntuación total entre 0 puntos y 30 puntos. Con respecto a la dimensión de RP, está constituida por 8 ítems y la puntuación total varía entre 0 puntos y 48 puntos. Cuanto más elevada sea la puntuación obtenida en

las dimensiones de AE y DP peor es el nivel de *burnout*, mientras que la interpretación de la dimensión de RP es inversa. Las dimensiones fueron categorizadas en niveles bajos, medios y altos teniendo en cuenta los siguientes puntos de corte: AE (≤ 18 puntos: bajo, 19-26 puntos: moderado, ≥ 27 puntos: alto), DP (≤ 5 puntos: bajo, 6-9 puntos: moderado, ≥ 10 puntos: alto) y RP (≤ 33 puntos: bajo, 34-39 puntos: moderado, ≥ 40 puntos: alto) (413). Niveles bajos de las dimensiones de AE y DP y altos de RP son indicativos de ausencia de *burnout*. Por el contrario, el *burnout* elevado está delimitado por altos niveles de las dimensiones de AE y DP y bajos de RP y nivel moderado de *burnout* para el resto de los casos. Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach para la escala de AE de 0,83, para la DP de 0,74 y para la RP de 0,85.

- Satisfacción laboral: la satisfacción laboral fue medida mediante el cuestionario Font-Roja, validado en nuestro medio (414). El cuestionario consta de 24 ítems. Los participantes responden según el grado de acuerdo ante diversas situaciones en relación con su ámbito laboral. Las posibles categorías de respuesta de cada uno de los ítems son: muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), de acuerdo (4), muy de acuerdo (5). Los ítems se encuentran agrupados en 9 factores que permiten explorar diferentes dimensiones que intervienen en la satisfacción laboral: satisfacción por el trabajo (grado de satisfacción que percibe el individuo condicionado por su puesto de trabajo, 4 ítems), tensión relacionada con el trabajo (grado de tensión que el trabajo acarrea en el sujeto y que se manifiesta con el cansancio, estrés y desgaste profesional, 4 ítems), competencia profesional (grado en que el individuo cree que está preparado para desempeñar su trabajo diario,

3 ítems), presión en el trabajo (grado que el individuo percibe que el trabajo es una carga, 2 ítems), promoción profesional (grado en que el trabajador cree que puede mejorar tanto a nivel laboral como en reconocimiento profesional, 3 ítems), relación interpersonal con los jefes (grado de satisfacción que provocan en el individuo las relaciones sociales con sus jefes, 2 ítems), relación interpersonal con los compañeros (grado de satisfacción que provocan en el individuo las relaciones sociales con sus compañeros, 2 ítems), características extrínsecas del estatus (grado en que el individuo cree que su trabajo le reporta una remuneración justa así como un nivel de independencia en la organización y en el desempeño de su puesto de trabajo, 2 ítems) y monotonía laboral (grado en que afecta la rutina laboral al sujeto, 2 ítems). La puntuación obtenida equivale a la suma simple de los ítems que lo componen, dividida por el número de estos. El punto 3 se tomó como grado medio de satisfacción. La satisfacción laboral global o total se obtuvo a partir de la suma de puntuaciones de los 24 ítems por lo que su valor oscila entre 24 y 120 puntos. El valor de fiabilidad del cuestionario total según alfa de Cronbach fue de 0,79.

- Afrontamiento: el afrontamiento de los sujetos fue medido con el cuestionario Inventario breve de afrontamiento - COPE 28 en su adaptación española (415). Se utilizó el cuestionario de manera disposicional, así los sujetos respondieron haciendo referencia a cómo afrontan habitualmente las situaciones estresantes. El cuestionario consta de 28 ítems con cuatro opciones de respuesta en una escala tipo Likert que va de 0 (no hago nada de esto en absoluto) a 3 (hago esto con mucha frecuencia). Los ítems se agrupan en catorce escalas de 2 ítems cada

una. Estas escalas representan tres tipos de afrontamiento: ACP (6 ítems), formado por las escalas de afrontamiento activo (iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos con el fin de eliminar o reducir el estresor), planificación (pensar acerca de cómo afrontar el estresor así como la dirección de los esfuerzos a realizar) y búsqueda de apoyo instrumental (procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que se debe hacer); ACEM (12 ítems), compuesto por las escalas de búsqueda de apoyo emocional (conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión), reinterpretación positiva (buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación), aceptación (aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real), negación (negar la realidad del suceso estresante), religión (tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas) y humor (hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de las mismas); y ACEV o pasivo (10 ítems), formado por las escalas de auto-distracción (concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades con el fin de no concentrarse en el estresor), desahogo (aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos), desconexión conductual (reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor), uso de sustancias (tomar alcohol u otras sustancias con el fin de sentirse bien o para contribuir a soportar el estresor) y autoinculpación (criticarse y culpabilizarse por lo sucedido). Para obtener la puntuación total de los tipos de afrontamiento se suma la

puntuación de los ítems que componen cada uno de ellos y se divide entre el número de ítems que componen cada tipo de afrontamiento. Así, las puntuaciones de los tipos de afrontamiento oscilan entre 0 y 3 puntos. Puntuaciones elevadas indican un mayor uso de la estrategia. Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.86 para el cuestionario total.

- Salud general: la valoración de la salud general se llevó a cabo mediante el *General Health Questionnaire - 28* (GHQ-28) en su validación al español (416). Está compuesto por 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas de 7 ítems cada una que miden: síntomas somáticos (de origen psicológico como: cansancio, fatiga, dolores de cabeza o malestar general), ansiedad (problemas para conciliar el sueño, despertares frecuentes, irritabilidad o tensión psíquica), disfunción social (incapacidad para tomar decisiones o para el desarrollo organizado del trabajo, dando lugar a peor funcionamiento cotidiano) y depresión (síntomas relacionados con el estado de ánimo que incluyen hasta la ideación suicida). Las subescalas representan dimensiones de sintomatología, por lo que no se corresponden con diagnósticos psiquiátricos. Cada ítem se valora mediante una escala de cuatro posibles respuestas que van desde 0 (menos que lo habitual) a 3 (mucho más que lo habitual). Para la valoración de los resultados, se utilizó la escala de respuesta bimodal en la que distintas posiciones comparten puntuación. De esta forma se evitan posibles errores debidos a la elección de respuestas extremas o centrales. Así, se puntúa 0 si se responde cualquiera de las dos primeras opciones y 1 si se responde cualquiera de las dos últimas (0011). Para cada una de las subescalas, la puntuación puede adoptar un rango entre 0 puntos (ausencia de síntomas) a 7 puntos (frecuencia máxima de

sintomatología). Puntuaciones ≤ 6 muestran ausencia de alteraciones de origen mental mientras que puntuaciones iguales a 7 son indicativas de la presencia de un probable caso psiquiátrico. La fiabilidad del cuestionario total según alfa de Cronbach fue de 0.94.

8. Procedimiento de recogida de datos

Una vez determinados los centros de estudio y contactado con los mismos para el desarrollo del proyecto de investigación, se procedió a solicitar los permisos correspondientes. Posterior a la aprobación del proyecto por el Comité de Ética de la Investigación de referencia (Anexo I), se procedió a contactar con los responsables de los servicios de urgencias de los hospitales implicados para dar a conocer el inicio del periodo de recogida de datos. Se diseñó un dossier para la recogida de información integrado por (i) una carta informativa, en la que se resaltaba el carácter voluntario y anónimo, (ii) una solicitud explícita de colaboración en la que los profesionales otorgaban su consentimiento a la participación en el estudio y (iii) los cuestionarios anteriormente citados (Anexo II). Los dossieres fueron entregados en mano a cada participante al inicio de turno de trabajo y devueltos directamente a los investigadores al final del turno de trabajo.

9. Análisis de datos

Las variables cualitativas fueron expresadas por frecuencias absolutas y porcentajes y las cuantitativas por medias, medianas, desviación estándar y rangos. Para comprobar la normalidad de los datos utilizamos la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para la comparación de medias entre dos grupos independientes fue aplicada la prueba t de Student, una vez confirmada que las variables seguían una distribución normal o prueba de U de Mann-Whitney en

caso contrario. La comparación de medias entre más de dos grupos independientes se realizó mediante el análisis de la varianza (ANOVA) si las variables seguían una distribución normal, o la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis en caso contrario. Cuando el valor de p fue inferior a 0,05, se llevó a cabo la comparación entre los distintos grupos de estudio mediante el método de Dunn cuando se aplicó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis o el método de Tukey, Scheffé o Bonferroni para ANOVA en función de la igualdad o no de las varianzas y del tamaño muestral de los grupos. Para establecer las posibles relaciones entre las variables cualitativas se aplicó la prueba de Ji-cuadrado o el test exacto de Fisher. Para la correlación de las variables se utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson si las variables seguían una distribución normal o Rho de Spearman en caso contrario.

Para estimar las variables relacionadas con la salud general se llevaron a cabo cuatro modelos de regresión lineal múltiple mediante el método reverso de selección de variables, uno para cada subescala del GHQ-28. Las variables dependientes de cada modelo fueron: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. Además, se llevó a cabo un modelo de regresión logística binaria cuya variable dependiente fue la presencia/ausencia de probables casos psiquiátricos detectados mediante el GHQ-28. Las variables independientes incluidas en todos los modelos fueron: sexo, edad, estado civil, práctica de ejercicio físico diario, consumo de tabaco diario, categoría profesional, tipo de contrato, antigüedad en el servicio de urgencias hospitalario, experiencia profesional, número de pacientes atendidos a diario, AE, DP, RP, ACP, ACEM y ACEV. En cada modelo, por medio del estadístico de Wald, las variables con una $p \geq 0,15$ fueron una a una eliminadas. La escala de las variables continuas fue valorada mediante la prueba de Box-Tidwell. Se estudiaron las posibles

interacciones entre todas las variables. Las variables con una significación superior a 0,05 fueron estudiadas como posibles factores de confusión, considerándolas como tales si el porcentaje de cambio de los coeficientes era mayor al 15%. En los modelos de regresión lineal múltiple, se comprobó la normalidad de los residuos. No consideramos la existencia de problemas de colinealidad entre las variables independientes si el factor de incremento de la varianza era menor o igual a 10. Como prueba diagnóstica de casos extremos se utilizó el análisis de residuos estudentizados. El coeficiente de determinación ajustado R^2 fue empleado para la valorar la bondad de ajuste. Se determinaron los valores de coeficientes crudos y ajustados. En el modelo de regresión logística binaria, se empleó el test de la razón de verosimilitud y R^2 de Nagelkerke para conocer la bondad de ajuste. Se calculó el área bajo la curva *Receiver Operating Characteristic* - ROC al objeto de determinar qué variables explicativas predicen mejor o se asocian más con la probabilidad de constituir un caso psiquiátrico. Se determinaron los valores de Odds Ratio crudos y ajustados.

No se han realizado modelos multivariantes en los que las variables dependientes fueran el estrés percibido, el *burnout*, la satisfacción laboral o las estrategias de afrontamiento ya que su abordaje forma parte de una futura línea de investigación.

Se consideraron significativos los valores $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó el programa G-Stat versión 2.

RESULTADOS



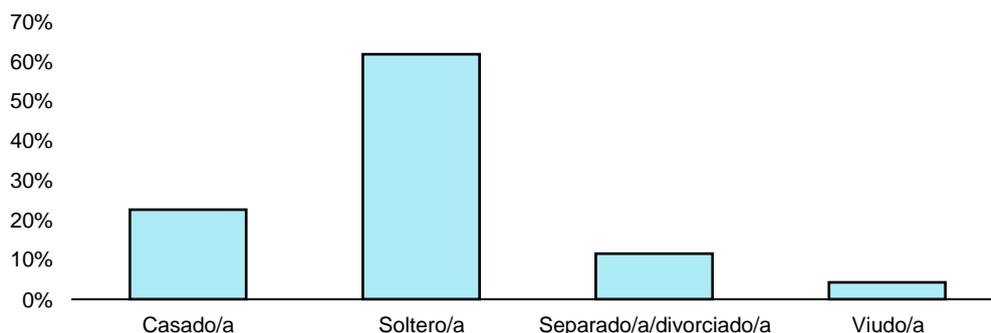
A continuación, se aborda cada objetivo planteado comenzando por la descripción de las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario del servicio de urgencias hospitalario y la determinación de las variables recogidas mediante cuestionarios validados (estrés percibido, *burnout*, satisfacción laboral, estrategias de afrontamiento y salud general) en aquellos profesionales. Seguidamente, se expresa -mediante análisis bivariantes- la relación entre las características sociodemográficas y laborales de aquellos profesionales y el estrés percibido, el *burnout*, la satisfacción laboral, las estrategias de afrontamiento y la salud general. Finalmente, se refleja -mediante análisis multivariantes- la relación del estrés percibido, el *burnout*, la satisfacción laboral, las estrategias de afrontamiento y las características sociodemográficas y laborales con el estado de salud general de aquellos profesionales.

1. Análisis descriptivo

1.1 Variables sociodemográficas y laborales

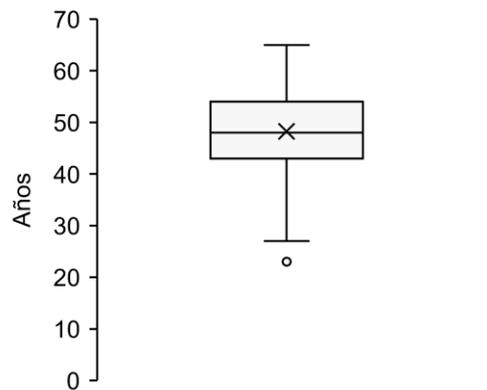
Se recogieron debidamente cumplimentados 235 dossieres. El 76,17% (n=179) de los profesionales eran mujeres. Los datos referidos al estado civil se expresan en la Figura 7.

Figura 7. Descripción del estado civil.



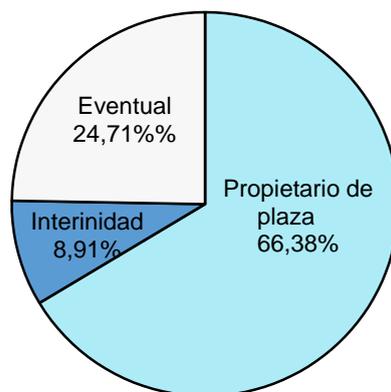
Además, el 54,47% (n=128) afirmó practicar ejercicio físico de manera diaria. En lo referido al consumo de tabaco, el 51,06% (n=120) señaló no consumir tabaco a diario. La edad osciló entre los 23 y los 65 años (Figura 8).

Figura 8. Descripción de la edad.



La mayor parte de los participantes eran profesionales de enfermería (72,77%, n=171). La antigüedad media en el servicio de urgencias fue de 12,04 (9,43) años y osciló entre 1 y 40 años. La experiencia profesional media de los profesionales osciló entre 1 y 42 años con una media de 22,67 (8,65) años. La media de pacientes atendidos a diario fue 102,37 (63,16) y osciló entre 27 y 152 pacientes. Los datos referidos a la modalidad de contrato se reflejan en la Figura 9.

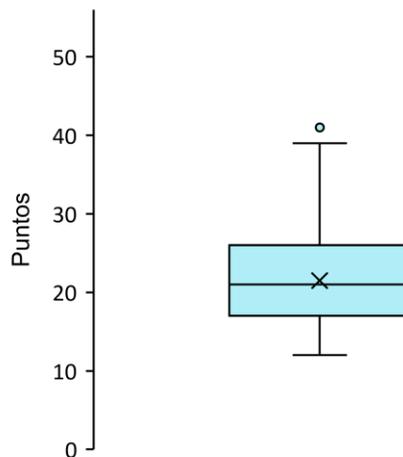
Figura 9. Descripción del tipo de contrato.



1.2 Variables recogidas mediante cuestionarios validados

La puntuación mínima de estrés percibido fue de 12 puntos y la máxima de 41 puntos (Figura 10).

Figura 10. Descripción del estrés percibido.



En relación con el *burnout*, los valores de la dimensión de AE oscilaron entre 0 y 49 puntos. Por su parte, los valores correspondientes a la DP oscilaron entre 0 y 25 puntos. En lo referido a los valores de la RP, estos oscilaron entre los 14 y los 48 puntos. En la tabla 1 se describen las dimensiones del *burnout*.

Tabla 1. Descripción de las dimensiones del *burnout*.

Variables	Media (Desviación típica)
Agotamiento emocional (puntos)	17,43 (11,33)
Despersonalización (puntos)	8,68 (6,12)
Realización personal (puntos)	37,88 (8,40)
Agotamiento emocional [n (%)]	
Elevado	46 (19,57)
Medio	131 (55,74)
Bajo	58 (24,68)
Despersonalización [n (%)]	
Elevado	115 (48,94)
Medio	42 (17,87)
Bajo	78 (33,19)
Realización personal [n (%)]	
Elevado	129 (54,89)
Medio	45 (19,15)
Bajo	61 (25,96)

Los factores con los que los profesionales sanitarios estaban más satisfechos fueron la relación interpersonal con los jefes [3,89 (0,62) puntos] y con los compañeros [3,87 (0,85) puntos]. Además, el nivel de satisfacción media global osciló entre 36 y 95 puntos (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de los factores de la satisfacción laboral.

Variables	Media (Desviación típica)
Satisfacción media global (puntos)	65,34 (10,83)
Satisfacción por el trabajo (puntos)	2,66 (0,42)
Tensión relacionada con el trabajo (puntos)	2,43 (0,68)
Competencia profesional (puntos)	2,42 (0,69)
Presión por el trabajo (puntos)	2,97 (1,04)
Promoción profesional (puntos)	2,78 (0,50)
Relación interpersonal con los jefes (puntos)	3,89 (0,62)
Relación interpersonal con los compañeros (puntos)	3,87 (0,85)
Características extrínsecas del estatus (puntos)	2,87 (0,76)
Monotonía laboral (puntos)	2,87 (0,72)

El afrontamiento más utilizado por los profesionales fue el ACP [1,51 (0,50) puntos]. Además, la estrategia más utilizada fue la aceptación [1,67 (0,80) puntos] (Tabla 3).

Tabla 3. Descripción de las estrategias de afrontamiento.

Variables	Media (Desviación típica)
Afrontamiento centrado en el problema (puntos)	1,51 (0,50)
Afrontamiento centrado en la emoción (puntos)	1,29 (0,37)
Afrontamiento centrado en la evitación (puntos)	1,14 (0,46)
Afrontamiento activo (puntos)	1,64 (0,80)
Planificación (puntos)	1,47 (0,78)
Búsqueda de apoyo instrumental (puntos)	1,43 (0,71)
Búsqueda de apoyo emocional (puntos)	1,33 (0,82)
Reinterpretación positiva (puntos)	1,43 (0,75)
Aceptación (puntos)	1,67 (0,80)
Negación (puntos)	0,96 (0,77)
Religión (puntos)	1,04 (0,78)
Humor (puntos)	1,34 (0,79)
Uso de sustancias (puntos)	0,97 (0,93)
Autoinculpación (puntos)	1,23 (0,77)
Autodistracción (puntos)	1,22 (0,77)
Desahogo (puntos)	1,19 (0,74)
Desconexión conductual (puntos)	1,11 (0,84)

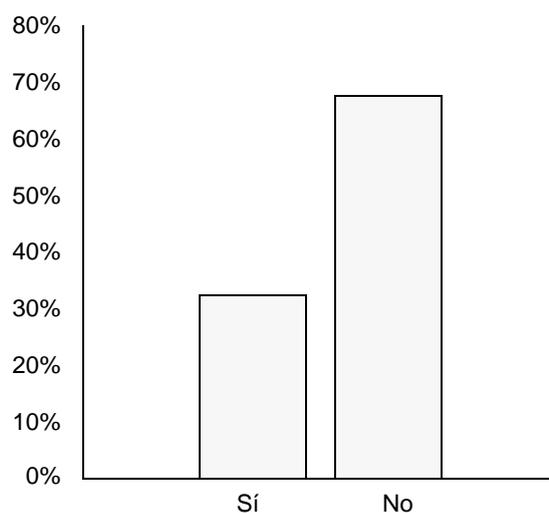
Con respecto a la salud general, la ansiedad fue el síntoma más frecuente [2,49 (1,93) puntos] (Tabla 4).

Tabla 4. Descripción de las subescalas de la salud general.

Variables	Media (Desviación típica)
Síntomas somáticos (puntos)	2,39 (1,95)
Ansiedad (puntos)	2,49 (1,93)
Disfunción social (puntos)	2,31 (1,83)
Depresión (puntos)	1,99 (1,97)

En lo referido a la salud mental, un tercio de la muestra probablemente padecía un trastorno psiquiátrico (Figura 11).

Figura 11. Posibles casos psiquiátricos.



2. Análisis bivariantes

2.1 Relación de las variables sociodemográficas y laborales con el nivel de estrés percibido

El nivel de estrés percibido no varió significativamente entre hombres y mujeres ($p=0,65$). Sin embargo, se halló diferencia significativa en relación con el estado civil. En este sentido, aquellos profesionales sanitarios casados/as tuvieron un menor nivel de estrés percibido con respecto los profesionales separados/as-divorciados/as (diferencia: -16,42 puntos, $p<0,0001$). Además, el personal médico tuvo incrementado el nivel de estrés percibido en 2,77 puntos con respecto al personal de enfermería ($p=0,01$) (Tabla 5).

Tabla 5. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con el nivel de estrés percibido.

Variables	Nivel de estrés percibido (puntos)		
	Media (Desviación típica)	Valor <i>p</i>	
Sexo			
Hombre	21,97 (6,25)	0,65	
Mujer	21,36 (5,79)		
Estado civil			
Casado/a	20,38 (4,79) ^a	<0,0001*	
Soltero/a	20,44 (4,63)		
Separado/a-divorciado/a	36,80 (2,30)		
Viudo/a	23,74 (6,49)		
Ejercicio físico diario			
Sí	21,54 (5,56)	0,92	
No	21,46 (6,30)		
Consumo de tabaco diario			
Sí	21,10 (6,04)	0,22	
No	21,89 (5,75)		
Categoría profesional			
Medicina	23,21 (7,20)	0,01	
Enfermería	20,44 (4,64)		
Tipo de contrato			
Propietario de plaza	21,38 (6,10)	0,39	
Interinidad	22,54 (5,84)		
Eventual	20,61 (5,84)		
	r	R²	Valor <i>p</i>
Edad (años)	0,10	1,07%	0,11
Antigüedad en urgencias (años)	-0,04	1,32%	0,55
Experiencia profesional (años)	0,12	1,51%	0,06
Pacientes atendidos a diario	-0,004	0,95%	0,95

* Significación obtenida mediante prueba de Kruskal-Wallis y método de Dunn para las comparaciones a posteriori: a = Diferencia significativa frente a separado/a-divorciado/a. r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado.

2.2 Relación de las variables sociodemográficas y laborales con el nivel de *burnout*

No se hallaron diferencias significativas entre las características sociodemográficas y laborales y el nivel de AE (Tabla 6).

Tabla 6. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con el nivel de agotamiento emocional.

Variables	Nivel de agotamiento emocional (puntos)			
	Media (Desviación típica)	Valor <i>p</i>		
Sexo				
Hombre	16,78 (11,08)	0,15		
Mujer	19,48 (12)			
Estado civil				
Casado/a	18 (10,19)	0,37		
Soltero/a	17,42 (11,66)			
Separado/a-divorciado/a	21,80 (13,03)			
Viudo/a	14,70 (11)			
Ejercicio físico diario				
Sí	16,03 (10,78)	0,08		
No	18,60 (11,70)			
Consumo de tabaco diario				
Sí	17,05 (11,07)	0,68		
No	17,78 (11,62)			
Categoría profesional				
Medicina	18,47 (11,59)	0,39		
Enfermería	17,04 (11,25)			
Tipo de contrato				
Propietario de plaza	17,50 (11,22)	0,89		
Interinidad	17,96 /12,13)			
Eventual	16,33 (11,02)			
		r	R²	Valor <i>p</i>
Edad (años)		0,09	0,80%	0,17
Antigüedad en urgencias (años)		0,05	0,29%	0,41
Experiencia profesional (años)		0,09	0,89%	0,15
Pacientes atendidos a diario		0,005	0,03%	0,94

r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado.

En lo referido al nivel de DP, se obtuvo que los profesionales casados/as tuvieron este disminuido en 4,26 puntos con respecto a los profesionales separados/as-divorciados/as ($p=0,02$). Además, los profesionales que no practicaban ejercicio físico diario tuvieron incrementado el nivel de DP en 2,04 puntos ($p=0,02$) (Tabla 7).

Tabla 7. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con el nivel de despersonalización.

Variables	Nivel de despersonalización (puntos)			
	Media (Desviación típica)	Valor <i>p</i>		
Sexo				
Hombre	9,66 (6,79)	0,29		
Mujer	8,37 (5,89)			
Estado civil				
Casado/a	5,40 (6,79) ^a	0,02*		
Soltero/a	5,96 (6,69)			
Separado/a-divorciado/a	9,66 (5,49)			
Viudo/a	9,06 (6,03)			
Ejercicio físico diario				
Sí	7,57 (5,70)	0,02		
No	9,61 (6,33)			
Consumo de tabaco diario				
Sí	8,59 (6)	0,97		
No	8,77 (6,26)			
Categoría profesional				
Medicina	9,23 (5,52)	0,28		
Enfermería	8,47 (6,34)			
Tipo de contrato				
Propietario de plaza	8,38 (6,12)	0,60		
Interinidad	9,46 (6,21)			
Eventual	9 (6,11)			
		r	R²	Valor <i>p</i>
Edad (años)		-0,04	0,15%	0,56
Antigüedad en urgencias (años)		0,02	0,03%	0,79
Experiencia profesional (años)		-0,05	0,20%	0,49
Pacientes atendidos a diario		0,08	0,70%	0,20

* Significación obtenida mediante prueba de Kruskal-Wallis y método de Dunn para las comparaciones a posteriori: a = Diferencia significativa frente a separado/a-divorciado/a. r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado.

Con respecto a la dimensión de RP, por un lado, se halló relación inversa y significativa entre esta y la edad de los profesionales ($p=0,02$), y, por otro lado, se encontró relación positiva entre esta y la antigüedad en el servicio de urgencias ($p<0,01$) y la experiencia profesional ($p=0,03$) (Tabla 8).

Tabla 8. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con el nivel de realización personal.

Variables	Nivel de realización personal (puntos)		
	Media (Desviación típica)	Valor <i>p</i>	
Sexo			
Hombre	36,96 (8,99)	0,43	
Mujer	38,17 (8,22)		
Estado civil			
Casado/a	38,81 (7,95)	0,54	
Soltero/a	37,92 (8,45)		
Separado/a-divorciado/a	36,60 (7,69)		
Viudo/a	36,33 (9,33)		
Ejercicio físico diario			
Sí	38,13 (8,37)	0,69	
No	37,67 (8,45)		
Consumo de tabaco diario			
Sí	38,37 (7,96)	0,50	
No	37,42 (8,80)		
Categoría profesional			
Medicina	37,95 (8,48)	0,83	
Enfermería	37,85 (8,39)		
Tipo de contrato			
Propietario de plaza	37,50 (8,60)	0,42	
Interinidad	37,78 (8,35)		
Eventual	39,82 (7,40)		
	r	R²	Valor <i>p</i>
Edad (años)	-0,15	2,28%	0,02
Antigüedad en urgencias (años)	0,17	2,84%	<0,01
Experiencia profesional (años)	0,14	1,89%	0,03
Pacientes atendidos a diario	0,05	0,30%	0,41

r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado. Ecuaciones de la recta: Realización personal = 45,56 - 0,16 x edad; Realización personal = 39,69 + 0,15 x antigüedad en el servicio de urgencias; Realización personal = 40,91 + 0,13 x experiencia profesional.

2.2 Relación de las variables sociodemográficas y laborales con el nivel de satisfacción laboral

Los profesionales casados/as tuvieron incrementado el nivel de satisfacción laboral en 21,02 puntos con respecto a aquellos profesionales que estaban separados/as-divorciados/as ($p < 0,0001$) (Tabla 9).

Tabla 9. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con el nivel de satisfacción laboral.

Variables	Nivel de satisfacción laboral (puntos)			
	Media (Desviación típica)	Valor <i>p</i>		
Sexo				
Hombre	65,13 (10,37)	0,60		
Mujer	66 (12,25)			
Estado civil				
Casado/a	64,72 (12,92) ^a	<0,0001*		
Soltero/a	67,50 (8,30)			
Separado/a-divorciado/a	43,70 (5,60)			
Viudo/a	63 (10,80)			
Ejercicio físico diario				
Sí	66,34 (10,80)	0,12		
No	66,14 (10,79)			
Consumo de tabaco diario				
Sí	64,87 (12)	0,56		
No	65,79 (9,60)			
Categoría profesional				
Medicina	65,09 (11,24)	0,83		
Enfermería	65,43 (10,70)			
Tipo de contrato				
Propietario de plaza	65,74 (10,90)	0,59		
Interinidad	63,87 (10,63)			
Eventual	65,48 (10,93)			
		r	R²	Valor <i>p</i>
Edad (años)		-0,01	0,01%	0,85
Antigüedad en urgencias (años)		-0,002	0,06%	0,97
Experiencia profesional (años)		-0,02	0,05%	0,72
Pacientes atendidos a diario		-0,008	0,07%	0,99

* Significación obtenida mediante prueba de ANOVA y método de Bonferroni para las comparaciones a posteriori: a = Diferencia significativa frente a separado/a-divorciado/a. r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado.

2.3 Relación de las variables sociodemográficas y laborales con las estrategias de afrontamiento

No se encontraron diferencias entre las variables sociodemográficas y laborales y la estrategia de ACP (Tabla 10).

Tabla 10. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la estrategia de afrontamiento centrado en el problema.

Variables	Estrategia de afrontamiento centrado en el problema (puntos)			
	Media (Desviación típica)	Valor <i>p</i>		
Sexo				
Hombre	1,41 (0,46)	0,10		
Mujer	1,54 (0,50)			
Estado civil				
Casado/a	1,56 (0,48)	0,34		
Soltero/a	1,47 (0,50)			
Separado/a-divorciado/a	1,48 (0,59)			
Viudo/a	1,65 (0,48)			
Ejercicio físico diario				
Sí	1,48 (0,51)	0,31		
No	1,55 (0,48)			
Consumo de tabaco diario				
Sí	1,48 (0,51)	0,35		
No	1,54 (0,48)			
Categoría profesional				
Medicina	1,52 (0,46)	0,84		
Enfermería	1,51 (0,51)			
Tipo de contrato				
Propietario de plaza	1,48 (0,48)	0,35		
Interinidad	1,60 (0,49)			
Eventual	1,51 (0,57)			
		r	R²	Valor <i>p</i>
Edad (años)		-0,007	0,04%	0,92
Antigüedad en urgencias (años)		0,05	0,21%	0,48
Experiencia profesional (años)		0,03	0,07%	0,69
Pacientes atendidos a diario		0,02	0,02%	0,03

r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado.

En lo referido a la estrategia de ACEM, no se obtuvo una relación entre esta y las variables sociodemográficas y laborales (Tabla 11).

Tabla 11. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la estrategia de afrontamiento centrado en la emoción.

Variables	Estrategia de afrontamiento centrado en la emoción (puntos)		
	Media (Desviación típica)	Valor <i>p</i>	
Sexo			
Hombre	1,28 (0,34)	0,75	
Mujer	1,30 (0,38)		
Estado civil			
Casado/a	1,21 (0,40)	0,15	
Soltero/a	1,31 (0,36)		
Separado/a-divorciado/a	1,22 (0,33)		
Viudo/a	1,38 (0,34)		
Ejercicio físico diario			
Sí	1,30 (0,35)	0,88	
No	1,29 (0,39)		
Consumo de tabaco diario			
Sí	1,31 (0,39)	0,46	
No	1,28 (0,34)		
Categoría profesional			
Medicina	1,33 (0,38)	0,38	
Enfermería	1,28 (0,36)		
Tipo de contrato			
Propietario de plaza	1,31 (0,37)	0,60	
Interinidad	1,26 (0,36)		
Eventual	1,26 (0,38)		
	r	R²	Valor <i>p</i>
Edad (años)	0,07	0,48%	0,29
Antigüedad en urgencias (años)	-0,07	0,44%	0,31
Experiencia profesional (años)	0,05	0,22%	0,47
Pacientes atendidos a diario	0,10	0,90%	0,15

r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado.

El personal médico utilizó con mayor frecuencia la estrategia de ACEV con respecto al personal de enfermería ($p=0,002$). Además, se encontró una relación positiva y significativa entre el uso de aquella estrategia y la edad ($p=0,03$) (Tabla 12).

Tabla 12. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la estrategia de afrontamiento centrado en la evitación.

Variables	Estrategia de afrontamiento centrado en la evitación (puntos)		
	Media (Desviación típica)	Valor <i>p</i>	
Sexo			
Hombre	1,10 (0,43)	0,46	
Mujer	1,16 (0,48)		
Estado civil			
Casado/a	1 (0,45)	0,11	
Soltero/a	1,18 (0,46)		
Separado/a-divorciado/a	1,12 (0,60)		
Viudo/a	1,20 (0,41)		
Ejercicio físico diario			
Sí	1,18 (0,46)	0,15	
No	1,10 (0,46)		
Consumo de tabaco diario			
Sí	1,16 (0,43)	0,67	
No	1,13 (0,49)		
Categoría profesional			
Medicina	1,30 (0,47)	0,002	
Enfermería	1,09 (0,45)		
Tipo de contrato			
Propietario de plaza	1,17 (0,42)	0,53	
Interinidad	1,08 (0,55)		
Eventual	1 (0,53)		
	r	R²	Valor <i>p</i>
Edad (años)	0,14	2,03%	0,03
Antigüedad en urgencias (años)	-0,08	0,68%	0,21
Experiencia profesional (años)	0,05	0,20%	0,49
Pacientes atendidos a diario	0,31	9,60%	0,81

r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado. Ecuación de la recta: Afrontamiento centrado en la evitación = 0,74 + 0,009 x edad.

2.4 Relación de las variables sociodemográficas y laborales y recogidas mediante cuestionarios validados con el nivel de salud general

Aquellos profesionales que no practicaban ejercicio físico diario tuvieron mayor frecuencia de síntomas somáticos con respecto a los profesionales que lo realizaban a diario ($p=0,01$). El personal médico también tuvo mayor frecuencia

de síntomas somáticos que el personal de enfermería ($p=0,01$). Además, se encontró asociación entre la frecuencia de síntomas somáticos y el número de pacientes atendidos a diario ($p<0,001$) (Tabla 13).

Tabla 13. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la frecuencia de síntomas somáticos.

Variables	Síntomas somáticos (puntos)		
	Media (Desviación típica)	Valor p	
Sexo			
Hombre	2,21 (2,02)	0,44	
Mujer	2,45 (1,93)		
Estado civil			
Casado/a	1,85 (1,87)	0,10	
Soltero/a	2,52 (1,96)		
Separado/a-divorciado/a	2,81 (1,86)		
Viudo/a	2,20 (2,15)		
Ejercicio físico diario			
Sí	2,04 (1,83)	0,01	
No	2,69 (2)		
Consumo de tabaco diario			
Sí	2,56 (1,89)	0,21	
No	2,23 (2)		
Categoría profesional			
Medicina	2,91 (1,81)	0,01	
Enfermería	2,20 (1,98)		
Tipo de contrato			
Propietario de plaza	2,47 (1,90)	0,26	
Interinidad	1,98 (2,05)		
Eventual	2,61 (2,05)		
	r	R²	Valor p
Edad (años)	0,05	0,21%	0,48
Antigüedad en urgencias (años)	-0,08	0,58%	0,25
Experiencia profesional (años)	0,05	0,24%	0,45
Pacientes atendidos a diario	0,22	4,78%	<0,001

r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado. Ecuación de la recta: Síntomas somáticos = 1,49 + 0,02 x número de pacientes atendidos a diario.

Con respecto a la frecuencia de ansiedad, se halló una relación significativa entre esta y el número de pacientes atendidos a diario ($p<0,001$). Además, el personal

médico experimentó con mayor frecuencia ansiedad frente al personal de enfermería ($p < 0,001$) (Tabla 14).

Tabla 14. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la frecuencia de ansiedad.

Variables	Ansiedad (puntos)		
	Media (Desviación típica)	Valor p	
Sexo			
Hombre	2,16 (1,90)	0,14	
Mujer	2,59 (1,93)		
Estado civil			
Casado/a	2,13 (2,11)	0,46	
Soltero/a	2,56 (1,89)		
Separado/a-divorciado/a	2,70 (1,71)		
Viudo/a	2,80 (2,04)		
Ejercicio físico diario			
Sí	2,22 (1,96)	0,06	
No	2,71 (1,87)		
Consumo de tabaco diario			
Sí	2,63 (1,85)	0,29	
No	2,34 (2)		
Categoría profesional			
Medicina	3,28 (1,62)	<0,001	
Enfermería	2,19 (1,95)		
Tipo de contrato			
Propietario de plaza	2,56 (1,85)	0,07	
Interinidad	1,89 (1,98)		
Eventual	3 (2,08)		
	r	R²	Valor p
Edad (años)	0,11	1,29%	0,08
Antigüedad en urgencias (años)	-0,04	0,24%	0,46
Experiencia profesional (años)	0,06	0,39%	0,34
Pacientes atendidos a diario	0,28	7,56%	<0,001

r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado. Ecuación de la recta: Ansiedad = 1,33 + 0,02 x número de pacientes atendidos a diario.

Además, no realizar ejercicio físico diario incrementó la frecuencia de disfunción social con respecto a la práctica diaria de este ($p=0,02$). Otras variables relacionadas positivamente con la mayor frecuencia de disfunción social fueron:

ser médico ($p=0,001$), la experiencia profesional ($p=0,03$) y el número de pacientes atendidos a diario ($p=0,01$) (Tabla 15).

Tabla 15. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la frecuencia de disfunción social.

Variables	Disfunción social (puntos)			
	Media (Desviación típica)	Valor p		
Sexo				
Hombre	2,13 (1,81)	0,37		
Mujer	2,37 (1,83)			
Estado civil				
Casado/a	1,87 (1,85)	0,14		
Soltero/a	2,37 (1,81)			
Separado/a-divorciado/a	2,77 (1,63)			
Viudo/a	2,70 (2,16)			
Ejercicio físico diario				
Sí	2 (1,84)	0,02		
No	2,57 (1,79)			
Consumo de tabaco diario				
Sí	2,35 (1,91)	0,76		
No	2,28 (1,74)			
Categoría profesional				
Medicina	2,94 (1,72)	0,001		
Enfermería	2,08 (1,82)			
Tipo de contrato				
Propietario de plaza	2,46 (1,84)	0,14		
Interinidad	1,85 (1,80)			
Eventual	2,30 (1,76)			
		r	R²	Valor p
Edad (años)		0,11	1,31%	0,08
Antigüedad en urgencias (años)		-0,06	0,39%	0,34
Experiencia profesional (años)		0,14	2,04%	0,03
Pacientes atendidos a diario		0,16	2,69%	0,01

r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado. Ecuaciones de la recta: Disfunción social = 1,63 + 0,03 x experiencia profesional. Disfunción social = 1,68 + 0,01 x número de pacientes atendidos a diario.

Se encontró relación positiva y significativa entre el número de pacientes atendidos a diario y la frecuencia de síntomas de depresión ($p<0,001$). Los profesionales con plaza en propiedad tuvieron menor frecuencia de síntomas de depresión con respecto a aquellos que tenían un contrato eventual ($p=0,01$).

Además, el personal médico tuvo mayor presencia de aquellos síntomas con respecto al personal de enfermería ($p < 0,001$). Por el contrario, la práctica de ejercicio físico diario disminuyó la frecuencia de síntomas de depresión ($p = 0,02$) (Tabla 16).

Tabla 16. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la frecuencia de depresión.

Variables	Depresión (puntos)			
	Media (Desviación típica)	Valor p		
Sexo				
Hombre	1,95 (1,95)	0,85		
Mujer	2 (1,98)			
Estado civil				
Casado/a	1,42 (1,95)	0,10		
Soltero/a	2,12 (1,98)			
Separado/a-divorciado/a	2,37 (1,88)			
Viudo/a	2,20 (1,93)			
Ejercicio físico diario				
Sí	1,66 (1,98)	0,02		
No	2,27 (1,94)			
Consumo de tabaco diario				
Sí	2,27 (2)	0,06		
No	1,73 (1,92)			
Categoría profesional				
Medicina	2,91 (1,74)	<0,001		
Enfermería	1,65 (1,95)			
Tipo de contrato				
Propietario de plaza	1,72 (2)	0,01*		
Interinidad	2,03 (1,97) ^a			
Eventual	2,06 (2,01)			
		r	R²	Valor p
Edad (años)		0,09	0,83%	0,17
Antigüedad en urgencias (años)		-0,07	0,45%	0,31
Experiencia profesional (años)		0,09	0,88%	0,15
Pacientes atendidos a diario		0,28	8,10%	<0,001

r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado.

* Significación obtenida mediante análisis de la varianza y método Scheffé para las comparaciones a posteriori: a = diferencia significativa frente a eventual. Ecuación de la recta: Depresión = 0,81 + 0,02 x número de pacientes atendidos a diario.

La media de edad de los profesionales fue superior en 2,34 años en el grupo de posibles casos psiquiátricos con respecto a los que no constituían un caso psiquiátrico ($p=0,03$). Además, la proporción de profesionales con posibilidad de morbilidad psiquiátrica que consumían tabaco a diario fue superior a aquellos que no consumían ($p=0,04$) (Tabla 17).

Tabla 17. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con la morbilidad psiquiátrica.

Variables	Caso psiquiátrico	No caso psiquiátrico	Valor p
	Frecuencia (Porcentaje)	Frecuencia (Porcentaje)	
Sexo			
Hombre	34 (60,71)	22 (39,29)	0,38
Mujer	120 (67,04)	59 (32,96)	
Estado civil			
Casado/a	27 (50,90)	26 (49,10)	0,17
Soltero/a	98 (67,60)	47 (32,40)	
Separado/a-divorciado/a	22 (81,50)	5 (18,50)	
Viudo/a	7 (70)	3 (30)	
Ejercicio físico diario			
Sí	94 (73,44)	34 (26,56)	<0,01
No	60 (56,07)	47 (43,93)	
Consumo de tabaco diario			
Sí	83 (72,17)	32 (27,83)	0,04
No	71 (59,17)	47 (40,83)	
Categoría profesional			
Medicina	54 (84,37)	10 (15,63)	<0,001
Enfermería	100 (58,48)	71 (41,52)	
Tipo de contrato			
Propietario de plaza	106 (67,90)	50 (32,10)	0,32
Interinidad	24 (52,20)	32 (47,80)	
Eventual	24 (72,70)	9 (27,30)	
	Media (Desviación típica)	Media (Desviación típica)	Valor p
Edad (años)	49,08 (7,33)	46,74 (8,91)	0,03
Antigüedad en urgencias (años)	11,46 (9,56)	13,14 (9,14)	0,20
Experiencia profesional (años)	23,31 (9,04)	21,44 (7,75)	0,12
Pacientes atendidos a diario	55,75 (23,22)	43,33 (24,78)	<0,001

Se encontró asociación entre el uso de la estrategia de ACEV y la mayor frecuencia de síntomas somáticos y ansiedad ($p=0,01$). Además, el AE estuvo relacionado positivamente con la ansiedad ($p=0,02$) (Tabla 18).

Tabla 18. Correlación entre el estrés percibido, *burnout*, satisfacción laboral y estrategias de afrontamiento y la sintomatología somática y ansiedad.

Variables	Síntomas somáticos			Ansiedad		
	r	R ² (%)	p	r	R ² (%)	p
Estrés percibido (puntos)	-0,08	0,21	0,21	-0,05	0,43	0,43
Agotamiento emocional (puntos)	0,11	1,14	0,10	0,15	2,21	0,02
Despersonalización (puntos)	0,01	0,02	0,84	0,05	0,21	0,48
Realización personal (puntos)	0,03	0,09	0,64	-0,03	0,06	0,70
Satisfacción global (puntos)	0,03	0,65	0,65	-0,03	0,62	0,62
Afrontamiento centrado en el problema (puntos)	-0,09	0,85	0,16	-0,08	0,67	0,21
Afrontamiento centrado en la emoción (puntos)	0,16	2,68	0,01	0,08	0,78	0,18
Afrontamiento centrado en la evitación (puntos)	0,47	22,52	0,01	0,55	29,96	0,01

r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado. Ecuaciones de la recta: Síntomas somáticos = $1,27 + 0,87 \times$ afrontamiento centrado en la emoción. Síntomas somáticos = $0,11 + 2 \times$ afrontamiento centrado en la evitación. Ansiedad = $2,05 + 0,03 \times$ agotamiento emocional. Ansiedad = $-0,11 + 2,27 \times$ afrontamiento centrado en la evitación.

Además, el AE y el ACEV estuvieron relacionados positivamente con la disfunción social ($p=0,01$). No obstante, la estrategia de ACP estuvo relacionada de manera negativa ($p=0,02$). Con respecto a la depresión, las estrategias de ACEM y ACEV estuvieron relacionadas positivamente con esta ($p=0,01$, $p=0,02$; respectivamente) y la estrategia de ACP se relacionó de manera negativa ($p=0,01$) (Tabla 19).

Tabla 19. Correlación entre el estrés percibido, *burnout*, satisfacción laboral y estrategias de afrontamiento y disfunción social y depresión.

Variables	Disfunción social			Depresión		
	r	R ² (%)	p	r	R ² (%)	p
Estrés percibido (puntos)	-0,03	0,66	0,66	-0,02	0,80	0,80
Agotamiento emocional (puntos)	0,17	2,92	0,01	0,08	0,66	0,22
Despersonalización (puntos)	0,04	0,17	0,53	0,04	0,15	0,56
Realización personal (puntos)	-0,03	0,09	0,64	0,05	0,25	0,44
Satisfacción global (puntos)	0,004	0,96	0,96	-0,11	0,09	0,09
Afrontamiento centrado en el problema (puntos)	-0,27	7,22	0,02	-0,19	3,61	0,01
Afrontamiento centrado en la emoción (puntos)	0,12	1,39	0,07	0,18	3,40	0,02
Afrontamiento centrado en la evitación (puntos)	0,52	26,85	0,01	0,58	33,51	0,01

r: Coeficiente de correlación de Pearson. R²: Coeficiente de determinación ajustado. Ecuaciones de la recta: Disfunción social = 1,83 + 0,03 x agotamiento emocional. Disfunción social = 3,81 - 0,99 x afrontamiento centrado en el problema. Disfunción social = -0,02 + 2,04 x afrontamiento centrado en la evitación. Depresión = 3,14 - 0,76 x afrontamiento centrado en el problema. Depresión = 0,71 + 0,99 x afrontamiento centrado en la emoción. Depresión = -0,83 + 2,47 x afrontamiento centrado en la evitación.

El nivel de AE fue superior en 3,55 puntos entre aquellos profesionales con posible morbilidad psiquiátrica con respecto a aquellos que no constituían un posible caso psiquiátrico ($p=0,02$). Además, la estrategia de ACEV fue usada más frecuentemente entre aquellos profesionales con posibilidad de padecer un trastorno psiquiátrico que entre aquellos que no constituían un caso psiquiátrico ($p<0,01$) (Tabla 20).

Tabla 20. Relación entre el estrés percibido, *burnout*, satisfacción laboral y estrategias de afrontamiento y la morbilidad psiquiátrica.

Variables	Caso psiquiátrico	No caso psiquiátrico	Valor <i>p</i>
	Media (Desviación típica)	Media (Desviación típica)	
Estrés percibido (puntos)	21,47 (5,84)	21,56 (6,05)	0,92
Agotamiento emocional (puntos)	18,65 (11,79)	15,10 (10,08)	0,02
Despersonalización (puntos)	8,68 (5,89)	8,69 (6,59)	0,98
Realización personal (puntos)	37,76 (8,53)	38,11 (8,19)	0,76
Satisfacción global (puntos)	66,03 (10,81)	65,93 (10,90)	0,55
Afrontamiento centrado en el problema (puntos)	1,47 (0,51)	1,59 (0,46)	0,08
Afrontamiento centrado en la emoción (puntos)	1,33 (0,38)	1,23 (0,35)	0,06
Afrontamiento centrado en la evitación (puntos)	1,33 (0,42)	0,79 (0,32)	<0,01

3. Análisis multivariantes

3.1 Relación de las variables sociodemográficas y laborales y recogidas mediante cuestionarios validados con el nivel de salud general

Se cumplieron las condiciones del modelo de regresión lineal múltiple de normalidad de residuos, no colinealidad entre las variables independientes y no existencia de valores extremos para la escala de síntomas somáticos. A igualdad del resto de variables, aquellos profesionales que no practicaban ejercicio físico tuvieron una mayor frecuencia de síntomas somáticos con respecto a aquellos que realizaban ($p=0,02$). Además, por cada incremento de puntuación en el nivel de estrés percibido, la frecuencia de síntomas somáticos se incrementó 0,04 puntos ($p=0,03$) (Tabla 21).

Tabla 21. Modelo de regresión lineal múltiple entre los síntomas somáticos y características sociodemográficas y laborales, nivel de estrés percibido, *burnout*, satisfacción y estrategias de afrontamiento.

Variables	Síntomas somáticos					
	Análisis crudo			Análisis ajustado		
	Coef.	IC 95%	<i>p</i>	Coef.	IC 95%	<i>p</i>
Sexo						
Hombre	1 Ref.		0,79			
Mujer	0,07	-0,46 – 1,03				
Estado civil						
Casado/a	1 Ref.					
Soltero/a	0,28	-0,16 – 1,20	0,33			
Separado/a-divorciado/a	0,84	-0,67 – 2,35	0,28			
Viudo/a	0,63	-0,24 – 1,51	0,16			
Ejercicio físico diario						
Sí	1 Ref.			1 Ref.		
No	0,54	0,08 – 0,99	0,02	0,55	0,10 – 0,99	0,02
Consumo de tabaco diario						
Sí	0,25					
No	1 Ref.	-0,20 – 1,71	0,27			
Categoría profesional						
Enfermería	1 Ref.		0,02	1 Ref.		0,01
Medicina	0,37	0,08 – 0,69		0,34	0,11 – 0,54	
Tipo de contrato						
Propietario de plaza	1 Ref.					
Interinidad	-0,20	-1,11 – 1,43	0,53			
Eventual	0,31	-0,21 – 1,04	0,39			
Edad (años)	0,03	-0,01 – 1,15	0,15			
Antigüedad en urgencias (años)	-0,61	-2,32 – 1,03	0,71			
Experiencia profesional (años)	0,03	-0,01 – 1,07	0,18			
Pacientes atendidos a diario	0,05	-0,05 – 1,31	0,34			
Estrés percibido (puntos)	0,05	0,02 – 0,06	0,04	0,04	0,01 – 0,05	0,03
AE (puntos)	0,02	-0,30 – 1,05	0,08			
DP (puntos)	0,06	0,02 – 0,15	0,02	0,03	0,01 – 0,19	0,04
RP (puntos)	0,04	-0,03 – 1,02	0,75			
SG (puntos)	0,02	-0,01 – 1,03	0,75			
ACP (puntos)	-0,31	-2,18 – 1,16	0,20			
ACEM (puntos)	0,13	-0,08 – 1,79	0,71			
ACEV (puntos)	1,80	1,24 – 2,35	<0,001	2,03	1,55 – 2,51	<0,001

Coefficiente de determinación ajustado para la subescala de síntomas somáticos = 24,74%. $F = 20,23$ ($p < 0,001$). Variables de ajuste: edad y sexo. Coef: Coeficiente. AE: Agotamiento emocional. DP: Despersonalización. RP: Realización personal. SG: Satisfacción global ACP: Afrontamiento centrado en el problema. ACEM: Afrontamiento centrado en la emoción. ACEV: Afrontamiento centrado en la evitación.

Se cumplieron las condiciones del modelo de regresión lineal múltiple de normalidad de residuos, no colinealidad entre las variables independientes y no existencia de valores extremos para la escala de ansiedad. A igualdad del resto de variables, el personal médico tuvo con mayor frecuencia síntomas de ansiedad con respecto al personal de enfermería ($p=0,005$). Además, por cada incremento de puntuación en el ACEV, la frecuencia de síntomas de ansiedad se incrementó 1,97 puntos ($p<0,001$) (Tabla 22).

Tabla 22. Modelo de regresión lineal múltiple entre la ansiedad y características sociodemográficas y laborales, nivel de estrés percibido, *burnout*, satisfacción y estrategias de afrontamiento.

Variables	Ansiedad					
	Análisis crudo			Análisis ajustado		
	Coef.	IC 95%	<i>p</i>	Coef.	IC 95%	<i>p</i>
Sexo						
Hombre	1 Ref.		0,45			
Mujer	0,18	-0,29 – 1,67				
Estado civil						
Casado/a	1 Ref.					
Soltero/a	0,01	-0,50 – 1,53	0,96			
Separado/a-divorciado/a	0,17	-0,43 – 1,35	0,67			
Viudo/a	0,94	-0,62 – 1,36	0,18			
Ejercicio físico diario						
Sí	1 Ref.					
No	0,35	-0,06 – 1,76	0,10			
Consumo de tabaco diario						
Sí	0,13	-0,08 – 1,54	0,55			
No	1 Ref.					
Categoría profesional						
Enfermería	1 Ref.	0,14 – 0,77	0,007	1 Ref.	0,08 – 0,89	0,005
Medicina	0,66			0,66		
Tipo de contrato						
Propietario de plaza	1 Ref.					
Interinidad	-0,28	-2,14 – 1,48	0,33			
Eventual	0,71	-0,05 – 1,37	0,29			
Edad (años)	0,41	-0,15 – 1,33	0,69			
Antigüedad en urgencias (años)	-0,32	-1,11 – 1,61	0,92			
Experiencia profesional (años)	0,02	-0,01 – 1,18	0,38			
Pacientes atendidos a diario	0,01	0,002 – 0,19	0,04	0,01	0,002 – 0,08	0,01
Estrés percibido (puntos)	0,05	-0,03 – 1,59	0,24			
AE (puntos)	0,02	-0,40 – 1,36	0,37			
DP (puntos)	0,06	0,03 – 0,15	0,02	0,05	0,01 – 0,19	0,02
RP (puntos)	-0,02	-1,03 – 1,84	0,18			
SG (puntos)	-0,32	-2,52 – 1,61	0,62			
ACP (puntos)	-0,18	-1,42 – 1,87	0,41			
ACEM (puntos)	-0,44	-1,39 – 2,03	0,15			
ACEV (puntos)	2,12	1,61 – 2,62	<0,001	1,97	1,50 – 2,45	<0,001

Coeficiente de determinación ajustado para la subescala de ansiedad = 34,09%. $F = 25,21$ ($p < 0,001$). Variables de ajuste: edad y sexo. Coef: Coeficiente. AE: Agotamiento emocional. DP: Despersonalización. RP: Realización personal. SG: Satisfacción global ACP: Afrontamiento centrado en el problema. ACEM: Afrontamiento centrado en la emoción. ACEV: Afrontamiento centrado en la evitación.

Se cumplieron las condiciones del modelo de regresión lineal múltiple de normalidad de residuos, no colinealidad entre las variables independientes y no existencia de valores extremos para la escala de disfunción social. A igualdad del resto de variables, por cada incremento de un año de experiencia profesional, la disfunción social se incrementó en 0,02 puntos ($p=0,02$). Además, por cada incremento de puntuación en la estrategia de ACP, la disfunción social disminuyó 0,96 puntos ($p=0,008$) (Tabla 23).

Tabla 23. Modelo de regresión lineal múltiple entre la disfunción social y características sociodemográficas y laborales, nivel de estrés percibido, *burnout*, satisfacción y estrategias de afrontamiento.

Variables	Disfunción social					
	Análisis crudo			Análisis ajustado		
	Coef.	IC 95%	<i>p</i>	Coef.	IC 95%	<i>p</i>
Sexo						
Hombre	1 Ref.					
Mujer	0,20	-0,25 – 1,65	0,39			
Estado civil						
Casado/a	1 Ref.					
Soltero/a	0,01	-1,50 – 1,49	0,95			
Separado/a-divorciado/a	0,90	-1,34 – 2,18	0,17			
Viudo/a	0,54	-0,19 – 1,29	0,14			
Ejercicio físico diario						
Sí	1 Ref.					
No	0,38	-0,13 – 1,24	0,07			
Consumo de tabaco diario						
Sí	0,16	-1,05 – 1,39	0,40			
No	1 Ref.					
Categoría profesional						
Enfermería	1 Ref.		0,03	1 Ref.		0,03
Medicina	0,48	0,15 – 0,77		0,54	0,43 – 0,89	
Tipo de contrato						
Propietario de plaza	1 Ref.					
Interinidad	-0,12	-0,65 – 1,02	0,65			
Eventual	-0,25	-0,92 – 1,24	0,42			
Edad (años)	0,23	-0,11 – 1,54	0,15			
Antigüedad en urgencias (años)	-0,21	-0,84 – 1,65	0,21			
Experiencia profesional (años)	0,06	0,02 – 0,08	0,04	0,02	0,01 – 0,04	0,02
Pacientes atendidos a diario	0,23	-0,15 – 1,21	0,79			
Estrés percibido (puntos)	0,04	-0,01 – 1,97	0,09			
AE (puntos)	0,03	0,13 – 1,05	0,42			
DP (puntos)	0,06	-0,02 – 1,08	0,17			
RP (puntos)	-0,01	-1,52 – 2,01	0,34			
SG (puntos)	-0,09	-1,03 – 1,45	0,77			
ACP (puntos)	-0,98	-1,38 – -0,58	<0,001	-0,96	-1,24 – -0,21	<0,001
ACEM (puntos)	0,03	-0,53 – 1,04	0,91			
ACEV (puntos)	1,88	1,41 – 2,35	<0,001	1,90	1,48 – 2,32	<0,001

Coeficiente de determinación ajustado para la subescala de disfunción social = 36,71%. $F = 23,62$ ($p < 0,001$). Variables de ajuste: edad y sexo. Coef: Coeficiente. AE: Agotamiento emocional. DP: Despersonalización. RP: Realización personal. SG: Satisfacción global ACP: Afrontamiento centrado en el problema. ACEM: Afrontamiento centrado en la emoción. ACEV: Afrontamiento centrado en la evitación.

Se cumplieron las condiciones del modelo de regresión lineal múltiple de normalidad de residuos, no colinealidad entre las variables independientes y no existencia de valores extremos para la escala de depresión. A igualdad del resto de variables, por cada incremento de puntuación del nivel de satisfacción laboral la depresión disminuyó en 0,02 puntos ($p=0,04$). Además, el personal médico tuvo mayor frecuencia de depresión que el personal de enfermería ($p<0,001$) (Tabla 24).

Tabla 24. Modelo de regresión lineal múltiple entre la depresión y características sociodemográficas y laborales, nivel de estrés percibido, *burnout*, satisfacción y estrategias de afrontamiento.

Variables	Depresión					
	Análisis crudo			Análisis ajustado		
	Coef.	IC 95%	<i>p</i>	Coef.	IC 95%	<i>p</i>
Sexo						
Hombre	1 Ref.		0,29			
Mujer	0,25	-0,02 – 1,64				
Estado civil						
Casado/a	1 Ref.					
Soltero/a	0,23	-0,27 – 1,73	0,36			
Separado/a-divorciado/a	0,56	-0,77 – 1,89	0,41			
Viudo/a	0,51	-0,27 – 1,28	0,20			
Ejercicio físico diario						
Sí	1 Ref.		0,09			
No	0,41	-0,01 – 1,82				
Consumo de tabaco diario						
Sí	0,42	-0,15 – 1,38	0,08			
No	1 Ref.					
Categoría profesional						
Enfermería	1 Ref.	0,77 – 0,98	<0,001	1 Ref.	0,86 – 0,95	<0,001
Medicina	0,93			0,90		
Tipo de contrato						
Propietario de plaza	1 Ref.					
Interinidad	0,14	-0,09 – 1,47	0,88			
Eventual	0,21	-0,03 – 1,24	0,52			
Edad (años)	0,57	-0,17 – 1,85	0,08			
Antigüedad en urgencias (años)	-0,02	-1,35 – 2,06	0,76			
Experiencia profesional (años)	0,04	-0,01 – 1,09	0,36			
Pacientes atendidos a diario	0,21	0,11 – 0,46	0,04	0,23	0,13 – 0,32	0,01
Estrés percibido (puntos)	0,03	-0,01 – 0,16	0,47			
AE (puntos)	0,61	-0,09 – 1,58	0,59			
DP (puntos)	0,39	-0,17 – 1,13	0,08			
RP (puntos)	-0,26	-1,14 – 2,03	0,94			
SG (puntos)	-0,02	-0,06 – -0,01	0,04	-0,02	-0,03 – -0,01	0,04
ACP (puntos)	-0,70	-1,12 – 1,29	0,36			
ACEM (puntos)	0,11	-0,48 – 0,70	0,71			
ACEV (puntos)	2,10	1,62 – 2,59	<0,001	2,09	1,63 – 2,54	<0,001

Coeficiente de determinación ajustado para la subescala depresión = 41,98%. $F = 33,14$ ($p < 0,001$). Variables de ajuste: edad y sexo. Coef: Coeficiente. AE: Agotamiento emocional. DP: Despersonalización. RP: Realización personal. SG: Satisfacción global ACP: Afrontamiento centrado en el problema. ACEM: Afrontamiento centrado en la emoción. ACEV: Afrontamiento centrado en la evitación.

A igualdad del resto de variables, aquellos profesionales que consumían tabaco a diario tuvieron 2,17 veces más riesgo de constituir un caso psiquiátrico que aquellos que no tenían instaurado el hábito tabáquico ($p=0,03$). Además, el AE también incrementó 1,06 veces el riesgo de morbilidad psiquiátrica ($p=0,001$) (Tabla 25).

Tabla 25. Modelo de regresión logística múltiple entre la morbilidad psiquiátrica y características sociodemográficas y laborales, nivel de estrés percibido, *burnout*, satisfacción y estrategias de afrontamiento.

Variables	Probable caso psiquiátrico					
	Análisis crudo			Análisis ajustado		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Sexo						
Hombre	1 Ref.					
Mujer	1,18	0,45 – 3,10	0,73			
Estado civil						
Casado/a	1 Ref.					
Soltero/a	1,89	0,67 – 5,36	0,23			
Separado/a-divorciado/a	4,51	0,08 – 5,52	0,46			
Viudo/a	2,24	0,35 – 3,25	0,08			
Ejercicio físico diario						
Sí	0,18	0,10 – 0,77	0,003	0,45	0,23 – 0,51	0,002
No	1 Ref.			1 Ref.		
Consumo de tabaco diario						
Sí	2,48	1,04 – 3,57	0,03	2,17	1,06 – 2,54	0,03
No	1 Ref.			1 Ref.		
Categoría profesional						
Enfermería	1 Ref.	1,12 – 1,55	0,01	1 Ref.	1,12 – 1,78	0,01
Medicina	1,26			1,30		
Tipo de contrato						
Propietario de plaza	1 Ref.					
Interinidad	1,57	1,18 – 1,78	0,34			
Eventual	2,31	0,92 – 3,36	0,10			
Edad (años)	0,96	0,88 – 1,04	0,35			
Antigüedad en urgencias (años)	0,96	-1,35 – 2,06	0,24			
Experiencia profesional (años)	0,04	0,90 – 1,02	0,08			
Pacientes atendidos a diario	1,09	0,34 – 1,46	0,54			
Estrés percibido (puntos)	2,52	0,98 – 3,51	0,07			
AE (puntos)	1,07	1,02 – 1,13	0,01	1,06	1,02 – 1,11	0,001
DP (puntos)	1,84	1,17 – 1,95	<0,001	1,86	1,71 – 1,97	<0,001
RP (puntos)	0,96	0,90 – 1,01	0,17			
SG (puntos)	1,99	0,46 – 3,57	0,82			
ACP (puntos)	0,56	0,22 – 1,41	0,22			
ACEM (puntos)	1,29	0,94 – 1,73	0,09			
ACEV (puntos)	2,26	1,95 – 2,39	<0,001	2,35	2,02 – 2,46	<0,001

Test de la razón de verosimilitud = 36,18. R² de Nagelkerke = 0,52. Área bajo la curva ROC = 0,92. $p < 0,001$. Variables de ajuste: edad y sexo. OR: Odds Ratio. AE: Agotamiento emocional. DP: Despersonalización. RP: Realización personal. SG: Satisfacción global ACP: Afrontamiento centrado en el problema. ACEM: Afrontamiento centrado en la emoción. ACEV: Afrontamiento centrado en la evitación.

DISCUSIÓN

A decorative graphic on the right side of the page. It features a cluster of colorful triangles in shades of green, orange, pink, blue, and purple. To the right of these triangles is a grey arrow pointing towards the right edge of the page.

Las repercusiones de los riesgos psicosociales en el ámbito laboral no se reducen al daño psicológico y social en la salud del trabajador, sino que también perjudican a la salud de la propia organización. Este hecho muestra la importancia del tema. El trabajo que se presenta intenta proporcionar evidencia científica desde el punto de vista cuantitativo mediante abordajes descriptivos, inferenciales y multivariantes que permiten, por un lado, tener una visión más completa sobre el nivel de estrés, *burnout*, satisfacción laboral y salud general de los profesionales del ámbito de urgencias hospitalarias, así como las estrategias de afrontamiento más comúnmente utilizadas y, por otro lado, comprender la repercusión que tienen estos y el contexto sociodemográfico y laboral del personal sanitario sobre el nivel de salud general.

1. Variables sociodemográficas y laborales

La muestra estuvo constituida por 235 profesionales sanitarios, de los cuales 179 (76,17%) eran mujeres y 56 (23,83%) eran hombres. El personal estatutario dependiente del Sistema Andaluz de Salud en el año 2017 estuvo compuesto por 46.833 mujeres, lo que representó el 66% de la plantilla. En los últimos cuatro años ha continuado el proceso de feminización. Así, mientras que en el año 2009 la participación de las mujeres en la plantilla del Sistema Andaluz de Salud era del 64,40%, en el año 2013 se incrementó más de un punto (65,50%). Esta prevalencia ha continuado creciendo a un ritmo menos intenso hasta el año 2017. Este proceso de feminización generalizado también se encuentra presente en la profesión médica en España. Así, las médicas representaron el 49,70% del personal médico colegiado en el año 2016, frente al 33,50% que eran en el año 1994. Del mismo modo, la elevada presencia de mujeres entre el personal en formación especializada indica que la tendencia a la feminización de la medicina

se mantendrá en los próximos años. En el caso de los profesionales de enfermería, el colectivo más numeroso, el aumento ha sido sostenido y de poca intensidad, dado el elevado nivel de feminización de la profesión donde las mujeres representan el 73,30% de la plantilla. Este dato corrobora la consolidación del tradicional rol femenino de la prestación de cuidados en enfermería (417). En el ámbito privado, el 13,30% de los profesionales de medicina eran mujeres y el 29,60% eran hombres en el año 2014. La cifra de mujeres se ha incrementado 1,43 puntos con respecto al año 2011. Los datos correspondientes a los profesionales de enfermería ponen de manifiesto la mayor presencia de las mujeres. En este sentido, el 40,80% eran mujeres y el 16,20% eran hombres en el año 2014. Esta cifra se ha incrementado de manera paulatina desde el año 2011, en el que el 32,20% de los profesionales de enfermería eran mujeres (418).

En lo referido a la edad de los profesionales, el 91,06% era mayor de 38 años, siendo el grupo predominante aquel cuya edad estuvo comprendida entre los 38 y los 51 años (54,46%). En España, el 75,9% de los profesionales de medicina y enfermería es mayor de 35 años. En Andalucía, esta cifra es superior (78,32%). A nivel estatal, los grupos de edad predominantes son los profesionales menores de 35 años (23,9%) y el rango de edad comprendido entre los 55 y los 64 años (23,12%). En Andalucía, a pesar de que el grupo de edad comprendido entre los 55 y los 64 años (24,53%) es predominante, el grupo de edad comprendido entre los 35 y los 44 años ocupa el segundo lugar (21,71%) (419).

La mayor parte de los profesionales estaban solteros/as seguido de casados/as. Estos datos no coinciden con un estudio llevado a cabo en profesionales de enfermería de Andalucía, donde la mayoría estaban casados (74%) (95). En la

misma línea, Suárez *et al.* (324) indicaron en su estudio llevado a cabo en Cataluña que la mayor parte de los profesionales sanitarios que trabajaban en el servicio de urgencias estaban casados/as (46,50%), seguido del personal sanitario soltero/a (38,60%).

Los estilos de vida saludables constituyen los predictores más poderosos de asesoramiento preventivo para los pacientes. El personal sanitario que mantiene una alimentación sana y equilibrada y practica ejercicio físico son más creíbles y motivadores cuando dan consejo sanitario a los pacientes (420). Los resultados hallados en este estudio señalaron que el 45,53% de los profesionales sanitarios no practicaban ejercicio físico diario. Un estudio reciente en personal sanitario de atención primaria de Cataluña puso de manifiesto que el 26,40% del personal refería un grado bajo de actividad física, siendo los médicos el colectivo con menor tasa de actividad física (31,50%) (421). En función del sexo, el 85,50% de los hombres que trabajan como personal sanitario hospitalario practica más actividad física que las mujeres (67,90%) (422).

A pesar de que los profesionales sanitarios poseen información cualificada sobre los efectos perjudiciales derivados del consumo de tabaco, estos constituyen un grupo profesional con altas tasas de adicción (423). En este sentido, un metaanálisis llevado a cabo en trabajadores de 45 hospitales catalanes indica que el 25,40% del personal de enfermería y el 16,40% del personal médico consume tabaco (424). En la presente tesis, la prevalencia de consumo de tabaco del personal sanitario fue superior (48,94%). En los profesionales en período de formación especializada la prevalencia del consumo de tabaco es menor (17%) (425). En el ámbito de urgencias, la frecuencia de consumo de

tabaco entre el personal sanitario es mayor con respecto a otras áreas sanitarias (426).

La mayor parte de los profesionales sanitarios que participaron en el estudio pertenecían al ámbito de la enfermería (72,77%) con respecto al 27,23% que era personal médico. A nivel estatal, el personal de enfermería constituye el grupo profesional mayoritario. En comparación con el personal médico, enfermería representa el 54,16% de los profesionales (419).

Atendiendo al tipo de contrato de los profesionales, el 8,90% de la muestra se encontraba en situación de interinidad y el 24,70% eran eventuales. A nivel estatal, en el período comprendido entre los años 2012 y 2015, se produjo un incremento de contratos temporales en personal sanitario del ámbito público del 2%. Por el contrario, en ese mismo período de tiempo, se produjo un descenso del 2% de contratos indefinidos. Pese a esto, en el ámbito privado, la modalidad contractual temporal ha experimentado un incremento del 2,1% en detrimento de la contratación indefinida (427).

En lo referido a la experiencia profesional del personal, la mediana de años fue de 23 años. Esta cifra es similar a la mediana de experiencia manifestada en otro estudio (428). Sin embargo, la mediana de años de antigüedad en el servicio de urgencias hospitalario fue mayor en el presente estudio (12,04 años). Atendiendo a la media de años de experiencia profesional y antigüedad en el servicio de urgencias hospitalario, Basu *et al.* (83) hallaron que estas fueron menores que las encontradas en este estudio.

En la mayoría de los países con ingresos elevados, la demanda a los servicios de urgencias se ha incrementado considerablemente en los últimos años (429).

En esta tesis doctoral, la media de pacientes atendidos a diario por los

profesionales fue de 102,37 (63,16). En España, la demanda de atención urgente se ha incrementado un 12,80% desde el año 2010 hasta el año 2016. En Andalucía, el incremento en dicho período de tiempo fue del 15,90% (430). Existe un debate considerable sobre la inadecuación de determinadas visitas al servicio de urgencias; su prevalencia, según la literatura científica internacional, oscila entre el 20% y el 40%. Estas visitas pueden comprometer el uso eficiente de los recursos sanitarios, ya que el coste derivado de la visita a atención primaria es más barato para aquellos pacientes con problemas no urgentes (431). A este incremento de la demanda contribuye el colectivo de personas mayores (432). Este hecho puede ser explicado en base a problemas crónicos o caídas en combinación con la falta de apoyo, privación, entre otros. Si bien es cierto que la mayor parte de personas mayores requiere atención hospitalaria en el momento en que acuden al servicio de urgencias, parece que el grado en que estas visitas podrían ser evitadas -mediante el acceso a entornos alternativos como atención primaria- es menos claro (432). Otro grupo que contribuye en el incremento de la demanda lo constituye los usuarios que acuden a los servicios de urgencias de manera frecuente (433). Aunque los umbrales para establecer la frecuencia de las visitas son diversos en la literatura científica (de 3 hasta 10 visitas en un periodo de doce meses), se estima que entre el 1% y el 5% de la población acude a los servicios de urgencias de manera frecuente debido a necesidades de atención complejas que no se gestionan de manera óptima en otros contextos, por ejemplo, exacerbaciones de pacientes con enfermedades crónicas o toxicomanías (434).

2. Variables recogidas mediante cuestionarios validados

La media de estrés percibido fue de 21,53 (desviación típica = 5,95) puntos, el cual se encuentra dentro del rango de la normalidad. Esta cifra es similar a la obtenida en otro estudio (435). En otros trabajos llevados a cabo en el ámbito internacional, la media de estrés percibido fue menor. En este sentido, Hutchinson *et al.* (436) determinaron que la media de estrés percibido en personal sanitario de urgencias fue de 15,53 puntos. Por su parte, Wong *et al.* (437) hallaron una media de estrés percibido de 12,30 puntos. La variación de estas medias con respecto a la obtenida en el presente estudio puede ser debida a la utilización de la versión de 10 ítems de *Perceived Stress Scale*. Algunos factores que están asociados con la presencia de estrés en este servicio incluyen la falta de personal, sobrecarga laboral, trabajo a turnos, ambigüedad de rol, falta de autonomía, rápidos cambios tecnológicos y elevada presión en la toma de decisiones (83, 438).

En lo que se refiere a las dimensiones del *burnout*, los profesionales sanitarios de este estudio presentaban, por término medio, un nivel bajo de AE y moderado de DP y RP. Estos hallazgos son similares a los obtenidos en estudios previos realizados en el ámbito de urgencias hospitalarias tanto a nivel nacional (175) como internacional (380). A pesar de ello, otros estudios ponen de manifiesto resultados contradictorios. Así, un estudio llevado a cabo en España entre el personal de enfermería de urgencias señaló que los niveles de AE y DP fueron bajos y el nivel de RP elevado (85).

En este estudio se determinó que el 19,57% de los profesionales tenían un nivel elevado de AE, el 48,94% elevada DP y el 25,96% baja RP. En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos se hallaron resultados distintos. En este sentido, el

67,72% del personal sanitario que realiza su labor asistencial en el servicio de urgencias tenía un nivel de AE elevado, el 79,53% tenía un nivel de DP elevado y el 54,33% tenía baja RP (218). Otro estudio, llevado a cabo en Egipto, señaló que el 46,90% del personal sanitario de urgencias hospitalarias poseía un elevado nivel de AE, el 14,40% tenía la dimensión de DP elevada y el 9,10% baja RP (439). Un metaanálisis llevado a cabo recientemente en el personal de enfermería del servicio de urgencias puso de manifiesto que la elevada DP fue la dimensión más afectada (36%), seguida del nivel elevado de AE (31%) y bajo de RP (29%) (440). En el colectivo médico, la dimensión más afectada es el elevado nivel de AE (61,40%), seguida de la elevada DP (51,40%) y el nivel medio/alto de RP (41,40%) (441). La prevalencia obtenida de *burnout* en el presente estudio fue de 6,81%. En España, un estudio llevado a cabo en el personal de enfermería de urgencias puso de manifiesto que el 3,40% padecía *burnout*. Una revisión reciente de los estudios llevados a cabo en los servicios de urgencias dio a conocer que el 26% del personal de enfermería sufría *burnout* (181). La diversidad hallada con respecto a las cifras encontradas en el presente trabajo puede ser explicada, por un lado, en base a diferencias en la naturaleza del sistema de salud, variaciones de tipo cultural, actitudes de los pacientes y el papel de los profesionales como proveedores de atención sanitaria. Por otro lado, los diseños de estudio no son iguales y se han empleado diferentes puntos de corte para discernir los distintos niveles de las dimensiones del *burnout* (442). A pesar de que el nivel de *burnout* hallado fue moderado, la tasa de prevalencia más elevada de este se encuentra en el servicio de urgencias hospitalario en comparación con el resto de las especialidades (443, 444).

Si bien es cierto que es conocida la repercusión que tiene el trabajo en el servicio de urgencias sobre el nivel de estrés y *burnout* de los profesionales sanitarios, (445) menos conocido es su impacto sobre la satisfacción laboral. En el ámbito sanitario, la mayor parte de estudios llevados a cabo con objeto de medir el nivel de satisfacción laboral normalmente presentan resultados similares: nivel medio-alto de satisfacción laboral en el personal médico (322) y algo más bajo en el personal de enfermería (269, 281), justificado por la falta de personal, elevada sobrecarga laboral y escaso reconocimiento profesional (446). En nuestro estudio, se encontró que el nivel de satisfacción laboral del personal sanitario del servicio de urgencias fue medio. Este hallazgo es similar al encontrado en otra investigación llevada a cabo en España (324). Otros estudios llevados a cabo en el personal médico del servicio de urgencias señalaron que el nivel de satisfacción laboral en este colectivo fue medio-alto (447); empero el personal de enfermería parecía estar más insatisfecho en comparación con el que trabajaban en otras especialidades (448). En el presente estudio, la relación interpersonal con los jefes y con los compañeros constituyó las dimensiones con las que los profesionales sanitarios estuvieron más satisfechos. Esto concuerda con otro estudio llevado a cabo en personal sanitario del servicio de urgencias (324), poniendo de manifiesto la importancia de las relaciones personales en el ámbito laboral como factor protector frente al estrés laboral y el *burnout* (449).

El ACP fue la estrategia más usada. Esto podría explicar la relativa baja morbilidad psiquiátrica encontrada. Este hallazgo es consistente con los resultados obtenidos por otros estudios (378, 380, 428, 450). Esta estrategia, junto al ACEM, han demostrado tener un efecto positivo sobre la percepción y gestión del estrés y el rendimiento general en el lugar de trabajo (428). La estrategia menos utilizada fue el afrontamiento centrado en la evitación, lo cual

va en la línea de lo obtenido en otro estudio realizado en el personal de enfermería del servicio de urgencias (451). El uso de este tipo de estrategia puede estar justificado en base a la disminución del sufrimiento personal relacionado con la alta rotación que se produce en este servicio (452). La investigación llevada a cabo al respecto pone de manifiesto que el personal sanitario del servicio de urgencias suprime, a menudo, sus emociones y sentimientos para vivir de acuerdo con una imagen de fuerza y resistencia. Por esta razón, son reacios a buscar ayuda ante la existencia de una crisis emocional personal (453).

El bienestar físico y psicológico del personal sanitario está relacionado con una mejora de la calidad de la atención, un incremento de la seguridad del paciente y un descenso del coste de la atención sanitaria (454). En la presente tesis, se halló que la ansiedad y los síntomas somáticos constituyeron las manifestaciones clínicas más frecuentes en los profesionales sanitarios del servicio de urgencias hospitalario. Un estudio llevado a cabo en personal de enfermería de urgencias y cuidados intensivos puso de manifiesto que estos presentaban con mayor frecuencia síntomas somáticos y disfunción social (455). Asimismo, se obtuvo que el 32,34% del personal sanitario del servicio de urgencias tuvo más riesgo de constituir un probable caso psiquiátrico. Esta cifra es similar a la obtenida en otro estudio (456). Sin embargo, difiere del 44% hallado por Burbeck *et al.* (457). La razón de esta discrepancia puede estar relacionada con diferencias en el diseño de estudio o en el tamaño muestral entre los estudios. En una revisión sistemática y metaanálisis llevada a cabo en Reino Unido con el fin de conocer la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en los diferentes sectores de trabajo en comparación con la población

general, se concluyó que la prevalencia de trastorno mental en personal sanitario es del 32,40% (458).

3. Relación de las variables sociodemográficas y laborales con el nivel de estrés percibido

En el presente trabajo se encontró una relación significativa entre el estado civil y el nivel de estrés percibido del personal sanitario del servicio de urgencias. En este sentido, aquellos profesionales casados/as percibieron menor nivel de estrés que aquellos que estaban separados/as o divorciados/as. Este hallazgo es similar al encontrado por Wu *et al.* (459) en el personal de enfermería del servicio de urgencias, aunque no obtuvieron diferencias significativas. La evidencia pone de manifiesto que las personas separadas y divorciadas tienen mayor riesgo de depresión, ansiedad, trastornos mentales y mortalidad (460). Además, las personas casadas debido al apoyo social percibido por el/la cónyuge, experimentan menor nivel de depresión que las personas solteras (461).

En este estudio no se halló relación entre la edad y el sexo de los profesionales con el nivel de estrés. Con respecto a la edad, otros estudios llevados a cabo en el ámbito de urgencias tampoco encontraron relación (378, 438). Existe controversia en la literatura científica acerca de la asociación entre la edad y el nivel de estrés. Mientras Kerai *et al.* (450) pusieron de manifiesto que el personal sanitario joven podía ser menos capaz de manejar el estrés debido a la falta de seguridad y adaptabilidad en el lugar de trabajo, Dutheil *et al.* (462) indicaron que conforme se incrementa la edad, la interleucina-8 en orina, considerada como biomarcador de estrés, se elevaba. En lo referido al sexo, la evidencia pone de

manifiesto que las mujeres presentan mayor nivel de estrés que los hombres (378, 438).

En lo referido a los hábitos de vida del personal sanitario, no se encontró una relación entre la práctica de ejercicio físico diario o el consumo de tabaco sobre el nivel de estrés percibido del personal sanitario. Si bien es cierto que son conocidos los efectos del ejercicio físico sobre el nivel de estrés, se ha puesto menos énfasis en la relación inversa. De hecho, la literatura científica consultada al respecto señala que la experiencia de estrés puede constituir un impedimento importante para lograr niveles saludables de ejercicio físico (463). El nivel de estrés es considerado un factor clave en la instauración y mantenimiento del hábito tabáquico en el personal sanitario, el cual es considerado una estrategia de afrontamiento desadaptativa por las repercusiones sanitarias que de su consumo se derivan (464).

Varios estudios, cuyos participantes fueron tanto personal de enfermería como de medicina del servicio de urgencias, pusieron de manifiesto que el personal médico fue más propenso a informar mayor nivel de estrés laboral (86, 465), mientras que el personal de enfermería tuvo mayor nivel de insatisfacción (466). En el presente estudio, el nivel de estrés percibido por el personal médico fue superior al percibido por el personal de enfermería.

Diversos estudios pusieron de manifiesto que el personal sanitario del servicio de urgencias que lleva más tiempo en la profesión o que lleva más tiempo trabajando en el servicio de urgencias se encontraba más afectado por el estrés laboral, de manera que las respuestas ante numerosos estímulos estresores estaban disminuidas (86, 179, 438). A pesar de lo expuesto anteriormente, en el presente estudio no se encontró una relación significativa entre la antigüedad en

el servicio o la experiencia profesional y el nivel de estrés percibido por el personal sanitario.

En la actualidad, la literatura empírica acerca del efecto de la precariedad laboral, medida en términos de relación contractual con la organización está creciendo. Si bien es cierto que esta tesis no halló una relación significativa entre la modalidad de contrato de los profesionales sanitarios y el nivel de estrés percibido, el trabajo temporal está correlacionado positivamente con la insatisfacción laboral, aunque negativamente con el absentismo y el estrés laboral (467).

4. Relación de las variables sociodemográficas y laborales con el nivel de *burnout*

Existen resultados contradictorios en la literatura científica acerca del rol de las variables sociodemográficas sobre el desarrollo de *burnout* en el personal sanitario del servicio de urgencias (443).

En nuestro trabajo, no se encontró una relación entre el sexo y las dimensiones de AE, DP y RP. Si bien es cierto que, en algunos estudios llevados a cabo sobre médicos en período de formación especializada del servicio de urgencias (468) sobre personal médico y de enfermería en su conjunto (216) o, específicamente, sobre el personal de enfermería (469), tampoco se halló una relación entre el sexo y el desarrollo de *burnout*, otros encontraron significativa dicha relación, siendo la prevalencia de *burnout* mayor en mujeres que en hombres (216, 470). Esta diferencia puede ser explicada en base al rol social desempeñado por la mujer y el esfuerzo por equilibrar diferentes aspectos de la vida y el trabajo (471). Además, los conflictos trabajo-familia constituyen factores de riesgo en el desarrollo del *burnout* entre mujeres (443).

En lo referido a la edad del personal sanitario, Gökçen *et al.* (88) señalaron que, mientras que la edad está relacionada con la dimensión de AE de manera directamente proporcional, las dimensiones de DP y RP no guardan una relación significativa con la edad. Por su parte, Schooley *et al.* (216) determinaron una relación significativa positiva entre la edad y las dimensiones de AE y DP. Lloyd *et al.* (472) pusieron de manifiesto que el nivel de DP disminuía con la edad del personal sanitario del servicio de urgencias mientras que el nivel de RP se incrementaba. En el presente estudio se encontró una relación negativa y significativa entre la edad y el nivel de RP. Es posible que este hecho se deba a que, con el paso del tiempo, el trabajo diario con personas da lugar a vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional a consecuencia de la despreocupación por los problemas de los demás y la pérdida de empatía (88).

En el presente estudio, las personas casadas tuvieron menor nivel de DP que aquellas que estaban separadas o divorciadas. Existe controversia en la literatura científica acerca de la relación entre el estado civil y las dimensiones del *burnout*. En este sentido, mientras algunos autores encontraron que el *burnout* se asociaba más con las personas que no tenían pareja estable (445), otros indicaron lo contrario (469) e incluso no hallaron una relación entre aquellas variables (216). Estas discordancias en la evidencia ponen de manifiesto la importancia de investigar en profundidad la interferencia de las relaciones personales en el ámbito laboral y familiar.

El rol de los estilos de vida del personal sanitario del servicio de urgencias sobre el nivel de *burnout* debe ser estudiado ampliamente (443). En esta tesis doctoral se halló que el personal sanitario que practicaba ejercicio físico a diario tuvo disminuido significativamente el nivel de DP. Goldberg *et al.* (473) señalaron que

los niveles bajos de ejercicio físico constituían un factor predictor de *burnout* en el personal médico del servicio de urgencias. Además, no se encontró una relación entre el hábito tabáquico y las dimensiones del *burnout*. Este resultado es similar al obtenido en otro estudio (441).

Con respecto a las variables laborales, no se halló una diferencia significativa en las dimensiones del *burnout* entre el personal médico y de enfermería. No obstante, Arora *et al.* (443) encontraron que el personal médico de los servicios de urgencias experimentaba mayor nivel de *burnout* que el personal de enfermería. En lo referido a la antigüedad en el servicio de urgencias y a la experiencia profesional, se observó una relación positiva entre ambas variables y el nivel de RP. Esto puede ser debido a que los profesionales que experimentan mayor nivel de *burnout* pueden acabar por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo son los que menor nivel de *burnout* presentan y, por ende, mayor nivel de RP poseen, por lo que siguen presentes en la organización laboral (474). Existen resultados contradictorios sobre el impacto del tiempo trabajado en el servicio de urgencias y el padecimiento de *burnout*. Así, mientras Popa *et al.* (475) no encontraron una relación entre los años de experiencia profesional en el servicio de urgencias y el nivel de *burnout*, otro estudio halló una relación positiva y significativa (473). Dicha relación se manifiesta en dos períodos correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de diez años de experiencia. En esas etapas se produce un menor nivel de relación con el *burnout* (474).

En lo referido a la relación contractual con la organización, no se encontraron diferencias entre los diversos tipos de modalidad contractual y las dimensiones del *burnout*. García *et al.* (476) revelaron que el personal de enfermería que

realizaba su labor asistencial con contrato permanente o fijo tenían menor nivel de DP que aquellos cuyo contrato fue temporal. Del mismo modo, no se determinó una relación entre el número de pacientes atendidos y las dimensiones del *burnout*. Este hallazgo es similar al obtenido en otro estudio (216).

5. Relación de las variables sociodemográficas y laborales con el nivel de satisfacción laboral

Parece no haber acuerdo entre los diferentes estudios acerca de la existencia de diferencias significativas en el nivel de satisfacción laboral en base al sexo, la edad y el estado civil. En este estudio, no se hallaron diferencias significativas en función de la variable sexo. Este hallazgo es similar al obtenido en otros estudios llevados a cabo en el servicio de urgencias (88, 470, 477). En contraposición, diversos estudios llevados a cabo tanto en el ámbito internacional (470) como nacional (408) mostraron una relación entre el sexo y el nivel de satisfacción laboral, apuntando que las mujeres se encontraban más satisfechas. En el presente trabajo, la variable edad no estuvo relacionada con el nivel de satisfacción laboral. Algunos autores tampoco demostraron diferencias significativas entre estas dos variables (88, 408, 470). A pesar de ello, Shao *et al.* (477) encontraron que el mayor nivel de satisfacción estaba en personal sanitario menor de 30 años y mayor de 49 años; lo que podría reflejar la pasión y el entusiasmo por el trabajo del personal más joven. Además, tienen menos probabilidad de conflicto entre el ámbito laboral y el deber familiar; cuanto más tiempo permanecen estos profesionales en el servicio de urgencias más elementos de satisfacción encuentran con los que poder combatir el estrés laboral. Este hecho podría explicar el motivo por el cual el personal con mayor

edad tiene incrementado el nivel de satisfacción laboral. En lo referido al estado civil, numerosos estudios no revelaron una relación entre este y el nivel de satisfacción laboral del personal sanitario del servicio de urgencias (88, 470, 477). No obstante, en el presente estudio, el personal casado/a tuvo incrementado el nivel de satisfacción con respecto al personal separado/a o divorciado/a. Ríos-Risquez *et al.* (408) sostienen que la relación del estado civil con la satisfacción laboral se puede explicar mejor por otras variables afines como la calidad de la relación con la pareja o la existencia de hijos.

Con relación a la práctica de ejercicio físico, el beneficio de este sobre el nivel de satisfacción laboral es conocido (478), si bien en esta tesis no se determinó una relación entre aquellas variables. Con respecto al consumo de tabaco, la evidencia expresa que este disminuye el nivel de satisfacción laboral del personal sanitario con respecto a aquel que nunca ha fumado (479). En este trabajo, el consumo de tabaco no guardó una relación con el nivel de satisfacción laboral del personal sanitario del servicio de urgencias.

En un estudio reciente llevado a cabo en nuestro medio no se halló asociación entre la categoría profesional y el nivel de satisfacción laboral (324). Este hallazgo es similar al obtenido en el presente estudio, apuntando que los factores que contribuyen a la satisfacción afectan tanto al personal médico como de enfermería de manera semejante. La evidencia señala que actualmente persisten entre el personal médico y de enfermería actitudes negativas, comportamientos hostiles y destructivos que pueden resultar en la insatisfacción laboral, falta de autonomía, absentismo y peores resultados de salud (480).

Por lo que respecta al tipo de contrato, en este trabajo no observaron diferencias entre las distintas modalidades de relación contractual con la organización y el

nivel de satisfacción laboral. Este hecho contrasta con lo obtenido por Ríos Risquez *et al.* (408), que encontraron mayor nivel de satisfacción laboral entre el personal sanitario eventual e interinos en comparación con el personal fijo. En lo referido a la antigüedad en el servicio de urgencias y el tiempo de experiencia profesional no se descubrieron diferencias significativas con respecto al nivel de satisfacción laboral del personal sanitario. Este hallazgo coincide con los datos obtenidos en otro estudio (479). A pesar de ello, la literatura científica señala una controversia con respecto a la relación existente entre la antigüedad en el servicio de urgencias y el nivel de satisfacción laboral. En esta misma línea, mientras algunos autores señalaron la existencia de una relación positiva (481), otros obtuvieron una relación negativa (88), justificada en base a que los primeros años en el servicio de urgencias pueden ser insuficientes para que tenga lugar una disminución del nivel de satisfacción laboral. Además, no se encontró una relación entre el número de pacientes atendidos a diario y el nivel de satisfacción laboral en el presente estudio. Algunos autores expresaron que las visitas percibidas por los profesionales como más exigentes (en términos de satisfacción de las expectativas de los pacientes), incrementaban el nivel de satisfacción laboral del personal sanitario (477).

6. Relación de las variables sociodemográficas y laborales con las estrategias de afrontamiento

En esta tesis no se encontró una relación entre el sexo y el uso de una determinada estrategia de afrontamiento. Este hallazgo es semejante al obtenido en otro estudio (378). No obstante, algunos estudios señalan que los hombres y las mujeres emplean diferentes estrategias para enfrentar circunstancias difíciles. Así, mientras que los hombres prefieren usar estrategias activas de

afrontamiento que apuntan a resolver el problema, las mujeres, por su parte, manifiestan sistemáticamente con mayor frecuencia las formas de ACEM (482, 483). Las diferencias culturales pueden explicar la discrepancia de resultados obtenidos en el presente estudio y los hallados en estos últimos.

Con respecto a la edad, a medida que pasa el tiempo, existe una tendencia a la disminución del uso de estrategias de afrontamiento activo y un aumento del uso de estrategias de afrontamiento de tipo pasivo (483). En este sentido, en este trabajo, se halló una relación positiva y significativa entre la edad y la estrategia de afrontamiento centrado en la evitación. A pesar de ello, se han identificado un incremento en el uso de estrategias de afrontamiento activo conforme se incrementa la edad (484). En esta línea, las estrategias conductuales dirigidas directamente a resolver el problema o estrategias como la aceptación, la reinterpretación positiva o el apoyo social se han encontrado en personas de mayor edad (485, 486).

Algunos autores apuntan que el estado civil es un predictor del nivel de afrontamiento de los individuos. En este sentido, la evidencia señala que las personas casadas muestran peor afrontamiento ante una situación considerada como amenazante que las solteras. Si bien es cierto que los beneficios del matrimonio están bien documentados en términos de bienestar físico y psicológico, muchos de estos beneficios se explican a través del apoyo social conyugal relacionado con el matrimonio (487). Así, es posible que las personas solteras, como resultado de no tener apoyo social conyugal, estén mejor capacitadas para afrontar, de manera solitaria, las diversas circunstancias que se pueden presentar. En el presente estudio, no se obtuvo una relación entre el estado civil y el uso de una determinada estrategia de afrontamiento.

Aunque no se encontró una relación entre la práctica de ejercicio o el consumo de tabaco diario y el uso de una determinada estrategia de afrontamiento, algunos autores señalan, por un lado, que el consumo de tabaco constituye una estrategia de afrontamiento desadaptativa y, por otro lado, que la práctica de ejercicio físico diario está débilmente relacionada con el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas (488). Además, la evidencia declara que aquellos individuos que utilizan con mayor frecuencia la estrategia de ACP tienen menos probabilidad de desarrollar una adicción y es más probable que superen los problemas de uso de sustancias que aquellos que utilizan la estrategia de ACEM (489).

En cuanto al efecto del número de pacientes atendidos, se obtuvo una relación positiva entre este y el uso de la estrategia de ACP. Este hallazgo es similar al obtenido en otro estudio realizado en personal de enfermería (482). En este sentido, los profesionales sanitarios que realizan su labor asistencial bajo condiciones de estrés derivado, entre otros, de la elevada afluencia de pacientes, trabajan de manera más eficaz y concentran sus esfuerzos para la resolución de problemas. Sin embargo, otros autores no hallaron relación entre aquellas variables (490).

Con respecto al tipo de contrato, no se encontró una relación entre las modalidades contractuales y el uso de una determinada estrategia de afrontamiento. Sin embargo, la literatura científica declara que el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas entre aquellos individuos con inestabilidad contractual con la organización contribuye en la reducción del estrés que de ello se puede derivar y en el mantenimiento de su salud física y mental (491).

El personal médico usó con mayor frecuencia el afrontamiento centrado en la evitación que el personal de enfermería. La literatura científica apoya esta revelación resultante en el presente estudio (492). Este tipo de afrontamiento es frecuente en este colectivo porque es versátil y puede ser activado en cualquier lugar y en cualquier momento con el fin de aliviar la respuesta emocional negativa inmediata a situaciones y decisiones clínicas difíciles, propias del ámbito de urgencias, donde el tiempo transcurrido juega un papel fundamental (492).

Con respecto a la antigüedad en el servicio de urgencias y a la experiencia profesional, no se obtuvieron diferencias entre aquellas variables y el uso de una determinada estrategia de afrontamiento. Iannello *et al.* (378) encontraron que el personal médico con menos de diez años trabajados en el servicio de urgencias usaba con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento centrada en la evitación con respecto a aquellos con más de diez años de experiencia en aquel servicio.

7. Relación de las variables sociodemográficas y laborales y recogidas mediante cuestionarios validados con el nivel de salud general

En esta tesis doctoral se determinó una relación positiva entre el nivel de estrés percibido y la presencia de sintomatología somática en el personal sanitario del servicio de urgencias. La evidencia expresa que los síntomas más prevalentes en profesionales de la salud son dolor de extremidades, dolor de cabeza, dolor abdominal, fatiga o palpitaciones (493).

Las dimensiones de AE y DP incrementaron el riesgo de constituir un probable caso psiquiátrico. La DP, además, estuvo relacionada con la presencia de síntomas somáticos y de ansiedad. La dimensión de RP quedó al margen de

dichas relaciones. Varios estudios señalan la relación entre el AE y DP y el inicio de síntomas de malestar psicológico (494, 495), incluso que la dimensión de AE es la que tiene una vinculación más fuerte con un peor bienestar psicológico (493).

Con respecto al nivel de satisfacción, se determinó una relación negativa entre este y la presencia de sintomatología depresiva. En este sentido, se ha puesto de manifiesto elevados niveles de depresión en personal sanitario con nivel de satisfacción laboral bajo (88).

En lo referido a las estrategias de afrontamiento, aquella centrada en la evitación estuvo relacionada positivamente con la sintomatología somática, ansiedad, disfunción social y depresión e incrementó el riesgo de padecer peor salud general. Este hallazgo es semejante al obtenido por Yates *et al.* (465). A pesar de ello, este afrontamiento puede constituir la mejor opción para el personal de urgencias extrahospitalarias, especialmente cuando ocurre el evento, con objeto de evitar la involucración emocional (496). De igual forma, se determinó una relación negativa entre el uso de la estrategia de ACP y la disfunción social. La evidencia declara que existe una relación significativa entre un buen nivel de salud mental y el uso de la estrategia de ACP. Por el contrario, y de manera más concreta, aquellas personas que tienen problemas para mantener o iniciar una relación con otras (socialización) tienden a experimentar un inadecuado crecimiento emocional, soledad, depresión y no suelen utilizar tipos de afrontamiento activo (497).

Con respecto a las características sociodemográficas y laborales, en este trabajo no se halló una relación entre el sexo y el riesgo de morbilidad psiquiátrica. Otro estudio llevado a cabo en el ámbito de urgencias mostró que los desórdenes

psiquiátricos son más frecuentes en mujeres que en hombres (456). No se encontró una relación entre el estado civil y las escalas de salud general. Este hallazgo es semejante al obtenido en otro estudio (456). En lo referido a la edad, no se determinó una relación entre esta y el riesgo de constituir un probable caso psiquiátrico. Otro estudio llevado a cabo en el personal médico del servicio de urgencias expresó que aquellos con mayor edad tenían mejor bienestar psicológico que aquellos más jóvenes (498).

El riesgo de constituir un probable caso psiquiátrico se encontraba disminuido en aquellos profesionales que practicaban ejercicio físico diario. En este sentido, Smith (499) concluyó que el ejercicio físico atenúa la respuesta ansiosa a estímulos emocionales. Además, el consumo de tabaco diario constituyó un factor que incrementaba el riesgo de morbilidad psiquiátrica. En la misma línea, se ha demostrado que las tasas de depresión y ansiedad son más elevadas en adictos a la nicotina (500).

El personal médico tuvo incrementada la sintomatología somática, de ansiedad y depresión, de disfunción social y tenía más riesgo de constituir un probable caso psiquiátrico que el personal de enfermería. Diversos estudios concluyen que los médicos son más propensos a dar cuenta de resultados psicológicos adversos en el servicio de urgencias hospitalario (175, 443), hallazgo que se podría explicar por la responsabilidad de estos profesionales (501). Asimismo, aquellos profesionales que eran propietarios de plaza tuvieron disminuida la sintomatología depresiva con respecto a aquellos profesionales eventuales, aunque dicha relación no se mantuvo a nivel multivariante. La evidencia expresa que la inestabilidad laboral puede tener una gran influencia en los trastornos

psiquiátricos (467). Así, en un metaanálisis se encontró que aquellos empleados temporales tuvieron mayor morbilidad psicológica que los empleados fijos (502).

En este estudio se halló una relación positiva entre experiencia profesional y la escala de disfunción social. Sin embargo, Momeni *et al.* (456) no obtuvieron dicha relación. Este hallazgo puede ser explicado atendiendo a dos hechos. Por un lado, Gómez *et al.* (440) puso de manifiesto una relación positiva existente entre la experiencia profesional y el nivel de *burnout*. Por otro lado, Aiken *et al.* (503) obtuvieron que la presencia de síntomas asociados a un peor funcionamiento cotidiano (capacidad de concentración o disfrute de actividades) podría estar relacionada con un aumento del nivel de *burnout*.

Además, se ha encontrado que el incremento diario del número de pacientes atendidos en el servicio de urgencias estuvo relacionado con una mayor presencia de síntomas depresivos y de ansiedad. La literatura científica refiere que el incremento del número de pacientes y la sobrecarga de estos eleva el riesgo de padecer síntomas depresivos y de ansiedad entre el personal sanitario (504). Asimismo, en el ámbito de urgencias, el flujo constante de pacientes atendidos por el personal de enfermería se considera un factor asociado al *burnout* en dicho colectivo (505).

8. Limitaciones

La presente tesis ha intentado reflejar la morbilidad psiquiátrica y otros constructos relacionados en el colectivo sanitario del servicio de urgencias; sin embargo, existen ciertas limitaciones que se deben mencionar. El estudio puede abarcar un posible sesgo de selección en la población de estudio, ya que está sujeto al grado de interés de los profesionales en participar en él. El predominio

de enfermería puede haber influido en los resultados globales, aunque se ha intentado minimizar este efecto al realizar análisis multivariantes. Además, los resultados apuntan a asociaciones; empero no permiten establecer relaciones de causa-efecto. Tampoco se pueden medir los cambios en el tiempo y no se puede controlar las condiciones en las que se realiza la investigación. Aunque Andalucía constituye una zona representativa del sistema sanitario, sería interesante considerar también profesionales de otras ubicaciones geográficas.

9. Propuestas de mejora y futuras líneas de investigación

Sería necesario el planteamiento de trabajos de carácter longitudinal que confirmen los resultados aquí obtenidos, y así contribuir con el diseño de intervenciones de prevención o minimización de los efectos del estrés, *burnout* e insatisfacción laboral en el colectivo sanitario del servicio de urgencias. La finalidad de esto consiste en conseguir escenarios laborales que supongan unas menores exigencias psicológicas y un mayor control sobre la tarea que se pretende desempeñar, un mejor y más adecuado apoyo social por parte de superiores para mejorar el bienestar psicológico de los profesionales. Además, cabría intervenir específicamente sobre la dimensión de doble presencia en el caso de las mujeres para minimizar la necesidad de responder simultáneamente a las demandas del empleo y del trabajo doméstico y familiar. Todo lo anterior debería ser prioritario tanto desde el punto de vista global, esto es, a nivel político, organizativo y estructural como desde el punto de vista local, con los correspondientes responsables de los servicios de urgencias.

En el manual de acreditación de Unidades de Gestión Clínica de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (506) se encuentran datos relativos a la gestión, organización, buenas prácticas y optimización de la comunicación entre las

distintas categorías profesionales que conforman los diferentes servicios. Podría ser una iniciativa de interés que se incluyeran elementos relacionados con la prevención del estrés, *burnout* y la insatisfacción laboral, así como medidas para incrementar el bienestar físico y psicológico. Los responsables y coordinadores del servicio de urgencias posiblemente podrían recibir el apoyo necesario para conocer el estado de los profesionales que integran la unidad, en relación con aquellos constructos. Así, podrían ser integrados en este servicio profesionales de la psicología, especialmente en períodos de hiperfrecuentación o tras episodios de emergencias colectivas.

Además, sería interesante estudiar los factores relacionados con malestar físico y psicológico en distintos sistemas sanitarios internacionales, incluyendo países en vías de desarrollo mediante programas de cooperación en urgencias. Esto podría ser de interés ya que optimizaría la forma en que las distintas administraciones gestionan este problema tan prevalente en el mundo.

CONCLUSIONES



- El nivel de estrés percibido por el personal sanitario del servicio de urgencias es medio, siendo la estrategia de ACP la más usada. Con respecto a las dimensiones del *burnout*, el nivel de AE es bajo y los niveles de DP y RP son moderados. Además, el nivel de satisfacción laboral es moderado. La sintomatología somática y de ansiedad constituyen las manifestaciones clínicas más frecuentes.

- Las variables relacionadas de manera positiva con la sintomatología somática de tipo psicológico y con la ansiedad son la dimensión de DP, el uso de la estrategia de ACEV y ser personal médico. Además, el estrés percibido está relacionado de manera específica con la sintomatología somática y el número de pacientes atendidos a diario con la ansiedad.

- La disfunción social está relacionada directamente con ser médico, con el uso del ACEV, con la experiencia profesional e inversamente al uso de la estrategia de ACP.

- La presencia de síntomas depresivos guarda relación positiva con el uso de la estrategia de ACEV, ser médico, con el incremento del número de pacientes atendidos a diario y negativa con el nivel de satisfacción laboral.

- El riesgo de constituir un caso psiquiátrico está constituido por el aumento de los niveles de AE, DP, el ACEV, ser médico y consumir tabaco. Por su parte, la práctica de ejercicio físico diario constituye un factor protector.

CONCLUSIONS



- The level of stress perceived by Emergency Room staff is moderate, with the problem-centred coping strategy prevailing. With respect to the dimensions of burnout, levels of emotional exhaustion are low, and levels of depersonalisation and personal fulfilment are moderate. In addition, the job satisfaction level is moderate. Somatic and anxiety symptoms are the most frequent clinical manifestations.

- Increased levels of emotional exhaustion, depersonalisation, avoidance-based coping, being a doctor, and consuming tobacco daily increase the risk of constituting a psychiatric case. Getting daily physical exercise, in contrast, is a protective factor.

- The variables positively related to psychological somatic symptomatology and anxiety are the dimension of depersonalisation, the use of avoidance-based coping strategies, and being a member of the medical staff. Perceived stress is specifically related to somatic symptomatology, and the number of patients treated daily, with anxiety.

- Social dysfunction is directly related to being a doctor, the use of avoidance-based coping mechanisms and, professional experience; and it is inversely related to the use of problem-centred coping strategies.

- The presence of depressive symptoms is positively related to the use of avoidance-based coping strategies, being a doctor, and an increase in the number of patients seen daily. It is negatively related, on the other hand, to high job satisfaction levels.

- The risk of constituting a psychiatric case is augmented by higher levels of emotional exhaustion, depersonalisation, avoidance-based coping, being a

doctor, and tobacco use. Engagement in daily physical exercise, in contrast, is a protective factor.

REFERENCIAS



1. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
2. Lumsden DP. Contributions to primary prevention in mental health: Working papers. Toronto: Canadian Mental Health Association; 1981.
3. Hinkle LE. The concept of «*stress*» in the biological and social sciences. Int J Psychiatry Med. 1974;5(4):335-57.
4. Álvarez M. El estrés: Un enfoque psiconeuroendocrino. La Habana: Científico Técnica; 1989.
5. Slipak, O. Historia y concepto del estrés. Rev Argent Clin Neuropsiquiatr. 1991;3: 355-60.
6. Cannon WB. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York: Appleton; 1915.
7. Cannon WB. The wisdom of the body. 2^a ed. New York: WW. Norton; 1932.
8. Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. Nature. 1936;138:32.
9. Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. J Clin Endocrinol. 1946;6(2):117-230.
10. Wolff HG. Stress and disease. Springfield: Charles C Thomas Publisher; 1953.
11. Masson JW. A review of psychoendocrine research on the pituitary-thyroid system. Psychosom Med. 1968;30(5):666-81.
12. Bregelman JC. Estrés y terapia contra el estrés. Un Proyecto internacional. En López MC, Alcalá F, editores. Progresos en Análisis y Modificación de Conducta. 1^a ed. Valencia: IFT Publicaciones; 1987.
13. Jones A, Pruessner JC, McMillan MR, Jones RW, Kowalik GT, Steeden JA, et al. Physiological adaptations to chronic stress in healthy humans – why might

the sexes have evolved different energy utilisation strategies? *J Physiol.* 2016;594(15):4297-307.

14. Kozusznik MW, Rodríguez I, Peiró JM. Eustress and distress climates in teams: Patterns and outcomes. *Int J Stress Manag.* 2015;22(1):1-23.

15. Rodríguez I, Kozusznik MW, Peiró JM. Development and validation of the Valencia Eustress-Distress Appraisal Scale. *Int J Stress Manag.* 2013;20(4):279-308.

16. Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV): Estructura factorial, propiedades psicométricas y datos normativos. *Rev Psicopatol Psicol Clin.* 2017;22(2):95-115.

17. De Jonge J, Dormann C. Why is my job so stressful? Characteristics, processes and models of stress at work. In Chmiel N, Fraccaroli F, Sverke M, editors. *An introduction to work and organizational psychology: An international perspective.* 3rd ed. Chichester:John Wiley & Sons; 2017.p.80-102.

18. Papathanasiou IV, Tsaras K, Neroliatsiou A, Roupá A. Stress: Concepts, theoretical models and nursing interventions. *Am J Nurs Sci.* 2015;4(2-1):45-50.

19. Phillips AC, Carroll D, Der G. Negative life events and symptoms of depression and anxiety: Stress causation and/or stress generation. *Anxiety Stress Coping.* 2015;28(4):357-71.

20. Mansueto G, Faravelli C. Recent life events and psychosis: The role of childhood adversities. *Psychiatry Res.* 2017;256:111-7.

21. Xavier A, Cunha M, Pinto Gouveia J. Deliberate self-harm in adolescence: The impact of childhood experiences, negative affect and fears of compassion. *Rev Psicopatol Psicol Clin.* 2015;20(1):41-9.

22. Kokoulina E, Fernández R. Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto. *Rev Psicopat Psicol Clin.* 2014;19(2):93-103.

23. Liu RT, Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(3):181-92.
24. Arnal RB, Martínez SG, Juliá BG, Sellés MD, Boira EJ. Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Rev Psicopat Psicol Clin.* 2016;21(2):129-36.
25. Lemos M, Agudelo DM, Ríos PC. Reflexiones en torno al estrés y su relación con la enfermedad cardiovascular. *Cuad Hispanoam Psicol.* 2015;15(2):5-22.
26. Nageishi Y. A critical review of Selye's stress theory: The statistical analyses of Selye's own experimental data disprove it. *Psychol.* 2015;6(14):1786-94.
27. McCarty R. The alarm phase and the general adaptation syndrome: Two aspects of Selye's inconsistent legacy. In Fink G, editor. *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior.* London: Elsevier; 2016. p.13-19.
28. Lazarus RS, Folkman S. The stress concept in the life sciences. In Lazarus RS, Folkman S, editors. *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer; 1984. p. 1-21.
29. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Pers.* 1987;1(3):147-69.
30. Biggs A, Brough P, Drummond S. Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. In Cooper CL, Campbell J, editores. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice.* 1ª ed. Chichester: Wiley Blackwell; 2017. p.351-65.
31. Tonhajzerova I, Mestanik M. New perspectives in the model of stress response. *Physiol Res.* 2017;66(S2):173-85.
32. Wichary S, Mata R, Rieskamp J. Probabilistic inferences under emotional stress: How arousal affects decision processes. *J Behav Decis Mak.* 2016;29(5):525-38.

33. Ali N, Nitschke JP, Cooperman C, Pruessner JC. Suppressing the endocrine and autonomic stress systems does not impact the emotional stress experience after psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2017;78:125-30.
34. Childs E, White TL, De Wit H. Personality traits modulate emotional and physiological responses to stress. *Behav Pharmacol*. 2014;25(5-6):493-502.
35. Oken BS, Chamine I, Wakeland W. A systems approach to stress, stressors and resilience in humans. *Behav Brain Res*. 2015;282:144-54.
36. Wu J, Yan J. Stress and cognition. *Front Psychol*. 2017;8:970.
37. Scott SB, Graham-Engeland JE, Engeland CG, Smyth JM, Almeida DM, Katz MJ, et al. The effects of stress on cognitive aging, physiology and emotion (ESCAPE) project. *BMC psychiatry*. 2015;15(1):146.
38. Young MP, Souk YK. Impacts of job stress and cognitive failure on patient safety incidents among hospital nurses. *Saf Health Work*. 2013; 4(4):210–215.
39. Richards G, Smith A. Caffeine consumption and self-assessed stress, anxiety, and depression in secondary school children. *J Psychopharmacol*. 2015; 29(12):1236-47.
40. Torres OV, O'dell LE. Stress is a principal factor that promotes tobacco use in females. *Prog Neuropsychopharmacology Biol Psychiatry*. 2016;65:260-8.
41. Spanagel R, Noori HR, Heilig M. Stress and alcohol interactions: Animal studies and clinical significance. *Trends Neurosci*. 2014;37(4):219-27.
42. Martin N, Vall J. Effects of the great recession on drugs consumption in Spain. *Econ Hum Biol*. 2016;22:103-16.
43. Fernandes L, Kröning Luna C, Rotenberg L, Silva-Costa A, Toivanen S, Araújo T, et al. Job strain and self-reported insomnia symptoms among nurses: What about the influence of emotional demands and social support? *Biomed Res Int*. 2015;2015:1-8.

44. Kocakulah MC, Kelley AG, Mitchell KM, Ruggieri MP. Absenteeism problems and costs: causes, effects and cures. *Int Bus Econ Res J.* 2016;15(3):89-96.
45. Poldrack RA, Monahan J, Imrey PB, Reyna V, Raichle ME, Faigman D, et al. Predicting violent behavior: What can neuroscience add? *Trends Cogn Sci.* 2018;2(2):111-23.
46. Holmes A. G2B Reviews: Stress at the intersection of anxiety, addiction and eating disorders. *Genes Brain Behav.* 2015;14(1):1-3.
47. Lovallo W. *Stress and health: Biological and psychological interactions.* 3rd ed. California: SAGE Publications; 2015.
48. Herman JP, McKlveen JM, Ghosal S, Kopp B, Wulsin A, Makinson R, et al. Regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical stress response. *Compr Physiol.* 2016;6(2):603-21.
49. Kogler L, Müller VI, Chang A, Eickhoff SB, Fox PT, Gur RC, et al. Psychosocial versus physiological stress - Meta-analyses on deactivations and activations of the neural correlates of stress reactions. *Neuroimage.* 2015;119:235-51.
50. International Labour Organization. *World employment social outlook.* Geneva: International Labour Organization; 2016.
51. Seňová A, Antošová M. Work stress as a worldwide problem in present time. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014;109:312-16.
52. Tziner A, Rabenu E, Radomski R, Belkin A. Work stress and turnover intentions among hospital physicians: The mediating role of burnout and work satisfaction. *Rev Psicol Trab Organ.* 2015;31(3):207-13.
53. Yang T, Guo Y, Ma M, Tian H, Deng J. Job stress and presenteeism among chinese healthcare workers: The mediating effects of affective commitment. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(9):e978.

54. Fishta A, Backé EM. Psychosocial stress at work and cardiovascular diseases: An overview of systematic reviews. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015;88(8):997–1014.
55. Navinés R, Martin-Santos R, Olive V, Valdes M. Work-related stress: Implications for physical and mental health. *Med Clin (Barc)*. 2016;146(8):359-66.
56. Gilbert-Ouimet M, Trudel X, Brisson C, Milot A, Vézina M. Adverse effects of psychosocial work factors on blood pressure: Systematic review of studies on demand-control-support and effort-reward imbalance models. *Scand J Work Environ Health*. 2014;40(2):109–32.
57. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med*. 2017;74(4):301-10.
58. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2015 6ª EWCS - España. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2017.
59. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Riesgos psicosociales en Europa: prevalencia y estrategias de prevención. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2014.
60. Hassard J, Teoh KR, Visockaite G, Dewe P, Cox T. The cost of work-related stress to society: A systematic review. *J Occup Health Psychol*. 2018;23(1):1-17.
61. Bhui K, Dinos S, Galant-Miecznikowska M, de Jongh B, Stansfeld S. Perceptions of work stress causes and effective interventions in employees working in public, private and non-governmental organisations: A qualitative study. *B J Psych Bull*. 2016;40(6):318-25.

62. Nadinloyi, KB, Sadeghi H, Hajloo N. Relationship between job satisfaction and employees mental health. *Procedia Soc Behav Sci.* 2013;84(9):293-97.
63. Health and Safety Executive. Work related stress, anxiety and depression Statistics in Great Britain. Bootle: Health and Safety Executive; 2018.
64. European Agency of Safety and Health for Work. Healthy workers: Manage stress. Luxemburg: European Agency of Safety and Health for Work; 2014.
65. International Labour Organization. A collective challenge world day for safety and health at work. Geneva: International Labour Organization; 2016.
66. World Health Organization. Stress at the workplace. Geneva: World Health Organization; 2017.
67. Balayssac D, Pereira B, Viroit J, Lambert C, Collin A, Alapini D, et al. Work-related stress, associated comorbidities and stress causes in French community pharmacies: A nationwide cross-sectional study. *Peer J.* 2017;5:e3973.
68. French JR, Kahn RL. A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. *J Soc Issues.* 1962;18(3):1-47.
69. Merín J, Cano A, Miguel JJ. Estrés Laboral: Bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y Estrés.* 1995;1(2-3);113-30.
70. McGrath JE. Stress and behavior in organizations. In Dunnette MD, editor. *Handbook of industrial and organizational psychology.* Chicago: RandMcNally; 1976. p.1351-1395.
71. Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 1979;24(2):285-308.
72. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Nota Técnica de Prevención 603: Riesgo psicosocial: El modelo demanda-control-apoyo social. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2001.

73. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*. 1988;78(10):1336-42.
74. Karasek R, Theorell T. Healthy work, stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
75. French JR, Caplan RD, Harrison RV. The mechanisms of job stress and strain. 1st ed. Chichester: Wiley series; 1982.
76. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/ low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(1):27-41.
77. Sonnentag S, Fritz C. Recovery from job stress: The stressor-detachment model as an integrative framework. *J Organ Behav*. 2015;36(S1):72-103.
78. Leka S, Van Wassenhove W, Jain A. Is psychosocial risk prevention possible? Deconstructing common presumptions. *Saf Sci*. 2015;71:61-7.
79. Freimann T, Merisalu E. Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: A cross-sectional study. *Scand J Public Health*. 2015;43(5):447-52.
80. Anbazhagan A, Soundar Rajan LJ, Ravichandran A. Work stress of hotel industry employees in Puducherry. *Asia Pac J Mark Manag Rev*. 2013;2(5):85-101.
81. Sun JW, Bai HY, Li JH, Lin PZ, Zhang HH, Cao FL. Predictors of occupational burnout among nurses: A dominance analysis of job stressors. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4286-92.
82. Bragard I, Dupuis G, Fleet R. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: A qualitative review. *Eur J Emerg Med*. 2015;22(4):227-34.

83. Basu S, Yap C, Mason S. Examining the sources of occupational stress in an emergency department. *Occup Med.* 2016;66(9):737-42.
84. Messina G, Vencia F, Mecheroni S, Dionisi S, Baragatti L, Nante N. Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: An Italian rural hospital. *Glob J Health Sci.* 2014;7(4):30-9.
85. Ríos MI, García M. Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016;59:60-7.
86. Johnston A, Abraham L, Greenslade J, Thom O, Carlstrom E, Wallis M et al. Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emerg Med Australas.* 2016;28(1):7-26.
87. Lambrou P, Papastavrou E, Merkouris A, Middleton N. Professional environment and patient safety in emergency departments. *Int Emerg Nurs.* 2015;23(2):150-5.
88. Gökçen C, Zengin S, Oktay M, Alpak G, Al B, et al. Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2013;14(2):112-28.
89. De Paiva LC, Canário AC, de Paiva China EL, Gonçalves AK. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics.* 2017;72(5):305-9.
90. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2017;32(4):475-82.
91. Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):254.

92. Peckham C. National physician burnout & depression. Report 2018. New York: Medscape; 2018.
93. Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S. To be or not to be empathic: The combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Fam Pract.* 2014;15(1):15.
94. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burn Res.* 2017;6:18-29.
95. Cañadas GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, Emilia I. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):240-9.
96. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues.* 1974;30(1):159-65.
97. Walker G. Burnout: From metaphor to ideology. *Can J Sociol.* 1986;11(1):35-43.
98. Greene G. A burnout case. London: William Heineman Ltd;1960.
99. Starrin B, Larsson G, Styborn S. A review and critique of psychological approaches to the burn-out phenomemo. *Scand J Caring Sci.* 1990;4(2):83-91.
100. Ginsburg S. The problem of the burned-out executive. *Personnel J.* 1974;48(8):598-600.
101. Maslach C. Burned-out. *Hum Behav.* 1976;5(9):16-22.
102. Maslach C, Pines A. The burnout syndrome in the day care setting. *Child Care Q.* 1977;6(2):100-13.
103. Maslach C Jackson S. Burned out cops and their families. *Psychol Today.* 1979;12(12):58-62.
104. Freudenberger H, Richelson G. Burnout: The high cost of high achievement. Nueva York: Anchor Press; 1980.

105. Cherniss C. Professional burnout in the human service organizations. New York: Praeger; 1980.
106. Edelwich J, Brodsky A. Burnout stages of disillusionment in the helping profession. New York: Human Sciences Press; 1980.
107. Brill PL. The need for an operational definition of burnout. *Fam Communit Health*. 1984;6(4):12-24.
108. Price DM, Murphy PA. Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Educ*. 1984;8(1):47-58.
109. Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *J Organ Behav*. 1991;12(2):123-144.
110. Kushnir T, Melamed S. The Gulf War and its impact on burnout and wellbeing of working civilians. *Psychol Med*. 1992;22(4):987-95.
111. Gil-Monte PR, Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis; 1997.
112. Ferrer R. Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Med Clin*. 2002;119(13):495-6.
113. Mingote JC, Pérez S. *Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador*. Madrid: Díaz de Santos; 2003.
114. Gil-Monte PR. *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide; 2005.
115. Cherniss C. *Staff burnout. Job stress in the human services*. London: Sage Publications; 1980.
116. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99-113.

117. Golembiewski RT, Munzenrider R, Carter D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *J Appl Behav Sci.* 1983;19(4):461-81.
118. Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organ Behav.* 1988;9(4):297-308.
119. Leiter M. Implications for personal control of psychological environments. In: Work presented at the Annual Convention of the Canadian Psychological Association. Halifax; 1989.
120. Leiter MP. Burnout as a development process: Consideration of models. In Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. *Professional Burnout: Recent developments in theory and research.* Washington: Taylor & Francis; 1993. p. 237-250.
121. Lee R, Ashforth B. A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *J Organ Behav.* 1993;14(1):3-20.
122. Lee R, Asforth, B. A longitudinal study of burnout among supervisors and managers-comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Glembiewski et al (1986) models. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1993;54(3):369-98.
123. Gil-Monte PR. El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería. [Tesis Doctoral]. Tenerife: Servicio de Publicaciones, Universidad de La Laguna; 1994.
124. Manzano G. Estrés en personal de enfermería. [Tesis Doctoral]. Bilbao: Servicio de Publicaciones, Universidad de Deusto; 1998.
125. Manzano G, Ramos F. La despersonalización: Clave para identificar el síndrome de burnout en personal de enfermería. *Enferm Cient.* 1999;206-207:69-78.

126. Van Dierendonck D, Schaufeli WB, Buunk BP. Toward a process model of burnout: Results from a secondary analysis. *Eur J Work Organ Psychol.* 2001;10(1):41-52.
127. Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD. Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés.* 2005;11(2-3);281-290.
128. Bandura A. *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales.* Barcelona: Martínez Roca; 1987.
129. Harrison WD. A social competence model of burnout. In Farber BA, editor. *Stress and burnout in the human services professions.* New York: Pergamon Press; 1983. p. 29-39.
130. Pines A. Burnout: An existencial perspective. In Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. *Professional burnout: Recent developments in theory and research.* Washington DC: Taylor & Francis; 1993. p. 19-32.
131. Cherniss C. The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. In Schaufeli WB, Moret T, Maslach C, editores. *Professional burnout: Recent developments in theory and research.* Washington DC: Hemisphere; 1993. p. 135-49.
132. Hall DT. *Careers in organizations.* California: Goodyear; 1976.
133. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol.* 1989;44(9);1175-84.
134. Thompson MS, Page SL, Cooper CL. A test of Caver and Scheier's selfcontrol model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Med.* 1993;9(4).221-35.
135. Carver CS, Scheier MF. A control process perspective on anxiety. *Anxiety Res.* 1988;1(1):17-22.

136. Buunk BP, Schaufeli WB. Burnout: A perspective from social comparison theory. In Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. Professional burnout: Recent developments in theory and research. United Kingdom: Taylor & Francis; 1993. p. 53-69.
137. Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: A general stress theory applied to *burnout*. In Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. Professional burnout: Recent developments in theory and research. United Kingdom: Taylor & Francis; 1993. p. 115-29.
138. Golembiewski RT, Boudreau RI, Goto K, Murati T. Transnational perspectives on job burnout: Replication of phase model results among Japanese respondents. *Int J Organ Anal*. 1993;1(1):7-27.
139. Cox T, Kuk G, Leiter M. Burnout, health, work stress and organizational healthiness. In Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. Professional burnout: Recent developments in theory and research. United Kingdom: Taylor & Francis; 1993. p.177-193.
140. Winnubst JA. Organizational structure, social support and burnout. In Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. Professional Burnout: Recent developments in theory and research. Washington DC: Hemisphere; 1993. p. 151-162.
141. Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P. A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. In: Work presented at the Seven European Congress on Work and Organisational Psychology. Győr; 1995.
142. Moreno-Jiménez B, Garrosa E, González JL. El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2000;3(1):18-28.

143. Demerouti E, Bakker AB, Naschreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):499-512.
144. Gómez-Urquiza JL, Monsalve CS, San Luis C, Fernández R, Aguayo R, et al. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: Una revisión sistemática. *Aten Primaria*. 2017;49(2):77-85.
145. Ritter KJ, Matthews RA, Ford MT, Henderson AA. Understanding role stressors and job satisfaction over time using adaptation theory. *J Appl Psychol*. 2016;101(12):1655-69.
146. Orgambidez A, Pérez PJ, Borrego Y. Estrés de rol y satisfacción laboral: Examinando el papel mediador del engagement en el trabajo. *Rev Psicol Trab Organ*. 2015;31(2):69-77.
147. Olivares VE, Gil-Monte PR, Mena L, Jélvez C, Figueiredo H. Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers. *Ter Psicol*. 2014;32(2):111-20.
148. Landa É, Rangel NE, Villavicencio MA, Weingerz S, Reyes MI, González VR, et al. Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: Un estudio correlacional. *Rev Psicol Salud*. 2017;27(2):245-54.
149. Fong TC, Ho RT, Au-Yeung FS, Sing CY, Law KY, Lee LF, et al. The relationships of change in work climate with changes in burnout and depression: A 2-year longitudinal study of Chinese mental health care workers. *Psychol Health Med*. 2016;21(4):401-12.
150. Bronkhorst B, Tummers L, Steijn B, Vijverberg, D. Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Manag Rev*. 2015;40(3):254-71.

151. Azmoon H, Nodooshan HS, Jalilian H, Choobineh A, Shouroki FK. The relationship between fatigue and job burnout dimensions in hospital nurses. *Health Scope*. 2018;7(2):e80335.
152. Grass Y, Castañeda M, Pérez G, Berenguer M, Eosell C. La iluminación como agente físico negativo en un servicio estomatológico. *MEDISAN*. 2017;21(3):259-65.
153. Alidosti M, Babaei Heydarabadi A, Baboli Z, Nazarbigi H, Mobasheri M. Association between job burnout and noise pollution among nurses in Behbahan city, Iran. *J Fund Ment Health*. 2016;18(2):103-8.
154. Upadyaya K, Vartiainen M, Salmela-Aro K. From job demands and resources to work engagement, burnout, life satisfaction, depressive symptoms, and occupational health. *Burn Res*. 2016;3(4):101-8.
155. Montgomery A, Spânu F, Băban A, Panagopoulou E. Job demands, burnout, and engagement among nurses: A multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork. *Burn Res*. 2015;2(2-3):71-9.
156. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*. 2017;17(1):264.
157. García R, Fernández J, Martínez F. Relationship between job demand and burnout in nurses: does it depend on work engagement? *J Nurs Manag*. 2016;24(6):780-8.
158. Fragoso ZL, Holcombe KJ, McCluney CL, Fisher GG, McGonagle AK, Friebe SJ. Burnout and engagement: Relative importance of predictors and outcomes in two health care worker samples. *Workplace Health Saf*. 2016;64(10):479-87.

159. Verweij H, van der Heijden FM, van Hooff ML, Prins JT, Lagro-Janssen AL, van Ravesteijn H, et al. The contribution of work characteristics, home characteristics and gender to burnout in medical residents. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2017;22(4):803-18.
160. Hung D, Chen PH. Ready for Change? The role of physician and staff engagement, burnout, and workplace Attributes. *J Ambul Care Manage.* 2017;40(2):150-7.
161. Mareiniss DP. Emergency Medicine burnout and abuse - One doctor's perspective. *Am J Emerg Med.* 2018;36(4):720-1.
162. Gittell JH. Rethinking autonomy: Relationships as a source of resilience in a changing healthcare system. *Health Serv Res.* 2016;51(5):1701-5.
163. Abarghouei MR, Sorbi MH, Abarghouei M, Bidaki R, Yazdanpoor S. A study of job stress and burnout and related factors in the hospital personnel of Iran. *Electron Physician.* 2016;8(7):2625.
164. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016;15(2):103-11.
165. McMillan K, Butow P, Turner J, Yates P, White K, Lambert S, et al. Burnout and the provision of psychosocial care amongst Australian cancer nurses. *Eur J Oncol Nurs.* 2016;22:37-45.
166. Baseman J, Revere D, Painter I, Stangenes S, Lilly M, Beaton R, et al. Impact of new technologies on stress, attrition and well-being in emergency call centers: The NextGeneration 9-1-1 study protocol. *BMC Public Health.* 2018;18(1):597.

167. Srivastava SC, Chandra S, Shirish A. Technostress creators and job outcomes: Theorising the moderating influence of personality traits. *Inf Syst J*. 2015;25(4):355-401.
168. Chin W, Guo YL, Hung YJ, Yang CY, Shiao JS. Short sleep duration is dose-dependently related to job strain and burnout in nurses: A cross sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):297-306.
169. Gómez-Urquiza JL, Vargas C, De la Fuente EI, Fernández R, Cañadas GA. Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: A meta-analytic study. *Res Nurs Health*. 2017;40(2):99-110.
170. Ramos R, Jenny G, Bauer G. Age-related effects of job characteristics on burnout and work engagement. *Occup Med (Lond)*. 2016;66(3):230-7.
171. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(2):186-94.
172. Tarcan GY, Tarcan M, Top M. An analysis of relationship between burnout and job satisfaction among emergency health professionals. *Total Qual Manag Bus*. 2017;28(11-12):1339-56.
173. O'Connor K, Neff DM, Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry*. 2018;53:74-99.
174. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):64-76.
175. Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(37):e8030.

176. Rabatin J, Williams E, Baier Manwell L, Schwartz MD, Brown RL, Linzer M. Predictors and outcomes of burnout in primary care physicians. *J Prim Care Community Health*. 2016;7(1):41-3.
177. Granek L, Krzyzanowska MK, Nakash O, Cohen M, Ariad S, et al. Gender differences in the effect of grief reactions and burnout on emotional distress among clinical oncologists. *Cancer*. 2016;122(23):3705-14.
178. Kocalevent RD, Klapp BF, Albani C, Brähler E. Gender differences in a resources-demands model in the general population. *BMC Public Health*. 2014;14(1):902.
179. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Association of goal orientation with work engagement and burnout in emergency nurses. *J Occup Health*. 2015;57(2):151-60.
180. Mijakoski D, Karadzinska-Bislimovska J, Milosevic M, Mustajbegovic J, Stoleski S, Minov J. Differences in burnout, work demands and team work between Croatian and Macedonian hospital nurses. *Cogn Brain Behav*. 2015;19(3):179-200.
181. Zou Z, Zhou B, Huang Y, Wang J, Xinghong LI, Ying HE. The relationship between job burnout and social support in medical staff. *Chin J Behav Med Brain Sci*. 2015;24(2):169-72.
182. Rössler W, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Angst J. Predictors of burnout: Results from a prospective community study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;265(1):19-25.
183. Nie Z, Jin Y, He L, Chen Y, Ren X, Yu J, et al. Correlation of burnout with social support in hospital nurses. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(10):19144-9.

184. Mashego TA, Nesengani DS, Ntuli T, Wyatt G. Burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction among nurses in the context of maternal and perinatal deaths. *J Psychol Afr.* 2016;26(5):469-72.
185. Fenwick J, Lubomski A, Creedy DK, Sidebotham M. Personal, professional and workplace factors that contribute to burnout in Australian midwives. *J Adv Nurs.* 2018;74(4):852-63.
186. Jordan K, Fenwick J, Slavin V, Sidebotham M, Gamble J. Level of burnout in a small population of Australian midwives. *Women Birth.* 2013;26(2):125-32.
187. Park C, Lee YJ, Hong M, Jung CH, Synn Y, Kwack YS, et al. A multicenter study investigating empathy and burnout characteristics in medical residents with various specialties. *J Korean Med Sci.* 2016;31(4):590-7.
188. Elmore LC, Jeffe DB, Jin L, Awad MM, Turnbull IR. National survey of burnout among US general surgery residents. *J Am Coll Surg.* 2016;223(3):440-51.
189. Dishon M. Burnout: Contributing and protecting factors within the work-family interface. *J Career Dev.* 2014;41(6):467-86.
190. Ayala Calvo JC, García GM. Hardiness as moderator of the relationship between structural and psychological empowerment on burnout in middle managers. *J Occup Organ Psychol.* 2018;91(2):362-84.
191. Bemana F, Bemana S, Farhadi P, Shokrpour N. A causal model of antecedents with burnout focusing on the intermediate role of hardy personality in Iranian nurses. *Health Care Manag.* 2014;33(1):75-81.
192. Kamath J, Hoover MR, Shanafelt T, Sood A, McKee PB, Dhanorker SR. Addressing burnout by enhancing resilience in a professional workforce: A qualitative study. *Manag Healthc.* 2017;2(2):165-78.

193. Wilmot MP, Haslam N, Tian J, Ones DS. Direct and conceptual replications of the taxometric analysis of type a behavior. *J Pers Soc Psychol*. En prensa 2018.
194. Włodarczyk D, Pawliszewska A. Type a behaviour as a predictor of burnout and job satisfaction in intensive care units nurses. *Med Pr*. 2015;66(2):213-24.
195. Orgambídez A, Borrego Y, Ruiz C. Empowerment, vulnerabilidad al estrés y burnout en enfermeros portugueses. *Ciên Saúde Coletiva*. 2018;23(1):259-66.
196. Jeung DY, Lee HO, Chung WG, Yoon JH, Koh SB, Back CY, et al. Association of emotional labor, self-efficacy, and type A personality with burnout in Korean dental hygienists. *J Korean Med Sci*. 2017;32(9):1423-30.
197. Galvin BM, Randel AE, Collins BJ, Johnson RE. Changing the focus of locus (of control): A targeted review of the locus of control literature and agenda for future research. *J Organ Behav*. 2018;39(7):820-833.
198. Wilski M, Chmielewski B, Tomczak M. Work locus of control and burnout in Polish physiotherapists: The mediating effect of coping styles. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015;28(5):875-89.
199. Fida R, Laschinger HK, Leiter MP. The protective role of self-efficacy against workplace incivility and burnout in nursing: A time-lagged study. *Health Care Manage Rev*. 2018;43(1):21-9.
200. Aloe AM, Amo LC, Shanaham ME. Classroom management self-efficacy and burnout: A multivariate meta-analysis. *Educ Psychol Rev*. 2014;26(1):101-26.
201. Ventura M, Salanova M, Llorens S. Professional self-efficacy as a predictor of burnout and engagement: The role of challenge and hindrance demands. *J Psychol*. 2015;149(3-4):277-302.

202. Orth U, Robins RW. The development of self-esteem. *Curr Dir Psychol Sci.* 2014;23(5):381-7.
203. Molero MDM, Pérez MDC, Gázquez JJ, Barragán AB. Burnout in health professionals according to their self-esteem, social support and empathy profile. *Front Psychol.* 2018;9:424.
204. Ding Y, Yang Y, Yang X, Zhang T, Qiu X, He X, et al. The mediating role of coping style in the relationship between psychological capital and burnout among Chinese nurses. *PloS One.* 2015;10(4):e0122128.
205. Shin H, Park YM, Ying JY, Kim B, Noh H, Lee SM. Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Prof Psychol Res Pr.* 2014;45(1):44-56.
206. Lizano EL. Examining the impact of job burnout on the health and well-being of human service workers: A systematic review and synthesis. *Hum Serv Organ Manag Leadersh Gov.* 2015;39(3):167-81.
207. Salvagioni DA, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, de Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies. *PloS One.* 2017;12(10):e0185781.
208. Kebza V, Šolcová I. Burnout syndrome, selected psychological variables, and risk factors of cardiovascular diseases. In Winston TN, editor. *Handbook on burnout and sleep deprivation: Risk factors, management strategies and impact on performance and behavior.* New York: Nova Science Publishers; 2015. p. 129-140.
209. Armon G, Melamed S, Toker S, Berliner S, Shapira I. Joint effect of chronic medical illness and burnout on depressive symptoms among employed adults. *Health Psychol.* 2014;33(3):264-72.

210. Madsen IE, Lange T, Borritz M, Rugulies R. Burnout as a risk factor for antidepressant treatment - a repeated measures time-to-event analysis of 2936 Danish human service workers. *J Psychiatr Res.* 2015;65:47-52.
211. López H, Pedrosa I, Vicente MO, Suárez J, Galindo MP, García E. Multivariate analysis of burnout syndrome in Latin-American priests. *Psicothema.* 2014;26 (2):227-34.
212. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Flichtentrei D, Prats M, Braga F, Font-Mayolas S, et al. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burn Res.* 2014;1(2):82-9.
213. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Rhanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:235.
214. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, et al. Longitudinal study evaluating the association between physician burnout and changes in professional work effort. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(4):422-31.
215. Edward KL, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: A systematic review. *Br J Nurs.* 2014;23(12):653-9.
216. Schooley B, Hikmet, N, Tarcan M, Yorgancioglu G. Comparing burnout across emergency physicians, nurses, technicians, and health information technicians working for the same organization. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(10):e2856.
217. Regehr C, Glancy D, Pitts A, LeBlanc VR. Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: A review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202(5):353-59.

218. Amutio A, Martínez C, Delgado LC, Hermosilla D, Mozaz MJ. Acceptability and effectiveness of a long-term educational intervention to reduce physicians' stress-related conditions. *J Contin Educ Health Prof.* 2015;35(4):255-60.
219. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol E, Berenguera A, Rodriguez T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: A pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof.* 2014;34(1):4-12.
220. Butow P, Brown R, Aldridge J, Juraskova I, Zoller P, Boyle F, et al. Can consultation skills training change doctors' behavior to increase involvement of patients in making decisions about standard treatment and clinical trials: A randomized controlled trial. *Health Expect.* 2015;18(6):2570-83.
221. Gunasingam N, Burns K, Edwards J, Dinh M, Walton M. Reducing stress and burnout in junior doctors: The impact of debriefing sessions. *Postgrad Med J.* 2015;91(1074):182-87.
222. Ripp JA, Bellini L, Fallar R, Bazari H, Katz JT, Korenstein D. The impact of duty hours restrictions on job burnout in internal medicine residents: A three-institution comparison study. *Acad Med.* 2015;90(4):494-99.
223. Verweij H, Waumans RC, Smeijers D, Lucassen PL, Donders AR, van der Horst HE, et al. Mindfulness-based stress reduction for GPs: Results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. *Br J Gen Pract.* 2016;66(643):e99-105.
224. Linzer M, Poplau S, Grossman E, Varkey A, Yale S, Williams E, et al. A cluster randomized trial of interventions to improve work conditions and clinician burnout in primary care: Results from the Healthy Work Place (HWP) study. *J Gen Intern Med.* 2015;30(8):1105-11.

225. Parshuram CS, Amaral AC, Ferguson ND, Baker GR, Etchells EE, Flintoft V, et al. Patient safety, resident well-being and continuity of care with different resident duty schedules in the intensive care unit: A randomized trial. *CMAJ*. 2015;187(5):321-9.
226. Shea JA, Bellini LM, Dinges DF, Curtis ML, Tao Y, Zhu J, et al. Impact of protected sleep period for internal medicine interns on overnight call on depression, burnout, and empathy. *J Grad Med Educ*. 2014;6(2):256-263
227. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174(4):527-33.
228. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):195-205.
229. Orgambidez A, Borrego Y. Apoyo social y engagement como antecedentes de la satisfacción laboral en personal de enfermería. *Enferm Glob*. 2017;16(48):208-25.
230. Carrillo C, Martínez ME, Gómez CI, Meseguer M. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: Análisis general y categorías laborales. *Anal Psicol*. 2015;31(2):645-50.
231. Automatic Data Processing. The work force view in Europe 2017. New Jersey: ADP; 2017.
232. Skaalvik EM, Skaalvik S. Teacher self-efficacy and perceived autonomy: Relations with teacher engagement, job satisfaction, and emotional exhaustion. *Psychol Rep*. 2014;114(1):68-77.

233. Zou Min. Gender, work orientations and job satisfaction. *Work Employ Soc.* 2015;29(1):3-22.
234. Almahdi HK. Moral incentives vehicle of job performance in Saudi Arabian banks. *J Manag.* 2017;5(2):17-23.
235. Lambert EG, Minor KI, Wells JB, Hogan NL. Social support's relationship to correctional staff job stress, job involvement, job satisfaction, and organizational commitment. *Soc Sci J.* 2016;53(1):22-32.
236. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In Dummette MD, editor. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally; 1976. p. 1297-1343.
237. Utriainen K, Ala-Mursula L, Kyngäs H. Hospital nurses' wellbeing at work: A theoretical model. *J Nurs Manag.* 2015;23(6):736-43.
238. Jeet V, Sayeeduzzafar. A study of HRM practices and it's impact on employees job satisfaction in private sector banks: A case study of HDFC bank. *Int J Adv Res Comput Sci Manag Stud.* 2014;2(1):62-8.
239. Nyantika DK, Kipchumba SK, Auka DO, Asienyo BO. Effect of Selected Motivational Factors on the Job Satisfaction of Civil Servants within Government Devolved Functions in Nakuru County. *Int J Innov Appl Stud.* 2015;12(1):287-99.
240. Peiró JM. *Psicología de la organización*. Madrid: UNED; 1984.
241. Gkliati A, Saiti A. Job Satisfaction in the Health Care Sector: Empirical Evidence from Medical Care in Greece. *Eur J Econ Bus Stud.* 2016;5(1):7-14.
242. Taylor FW. *Principies and methods of scientific management*. New York: Harper and Bros; 1911.
243. Uddin N, Hossain F. Evolution of modern management through Taylorism: An adjustment of scientific management comprising behavioral science. *Procedia Comput Sci.* 2015;62:578-84.

244. Mayo E. Human problems of an industrial civilization. 2nd ed. Boston: Harvard University Press; 1946.
245. Maslow A. Motivation and personality. New York: Harper; 1954.
246. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. New York: Wiley; 1959.
247. Damij N, Levnajić Z, Skrt VR, Suklan J. What motivates us for work? Intricate web of factors beyond money and prestige. PloS One. 2015;10(7):e0132641.
248. McLelland DC. La sociedad ambiciosa: Factores psicológicos en el desarrollo económico. Madrid: Guadarrama; 1968.
249. Atkinson JW, Birch D. An introduction to motivation. 2nd ed. New York: Van Nostrand; 1978.
250. Sahito Z, Vaisanen P. The diagonal model of job satisfaction and motivation: Extracted from the logical comparison of content and process theories. Int J High Educ. 2017;6(3):209-30.
251. Vroom VH. Work and motivation. 2nd ed. New York: Wiley and Sons; 1967.
252. Parijat P, Bagga S. Victor Vroom's expectancy theory of motivation—An evaluation. Int Res J Bus Manag. 2014;7(9):1-8.
253. Adams JS. Inequity in Social Exchange. Adv Exp Soc Psychol. 1965;2:267-99.
254. Cohen A. Organizational Justice. In Cohen A, editor. Fairness in the workplace. Palgrave Macmillan: London; 2015. p. 23-30.
255. Ryan JC. Old knowledge for new impacts: Equity theory and workforce nationalization. J Bus Res. 2015;69(5):1587-92.
256. Lawler EE. Motivation in work organizations. Monterey: Brooks/Cole; 1973.
257. Locke EA. Toward a theory of task motivation and incentives. Organ Behav Hum Perform. 1968;3(2):157-89.

258. Locke EA. What is job satisfaction? *Organ Behav Hum Perform.* 1969;4(4):309-36.
259. Locke EA, Latham GP. Breaking the rules: A historical overview of goal-setting theory. *Ad Motiv Sci.* 2015;2:99-126.
260. Dawis RV, Lofquist LH. A psychological theory of work adjustment. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1984.
261. Su R, Murdock CD, Rounds J. Person-environment fit. In Hartung PJ, Savickas ML, Walsh WB, editors. *APA handbook of career intervention.* Washington, DC: American Psychological Association. 2015. p.81-98.
262. Sozbilir F, Yesil S. The impact of cultural intelligence (CQ) on cross-cultural job satisfaction (CCJS) and international related performance (IRP). *J Hum Sci.* 2016;13(1):2277-94.
263. Proost K, Verboon P, Van Ruysseveldt J. Organizational justice as buffer against stressful job demands. *J Manag Psychol.* 2015;30(4):487-99.
264. Korman AK. *Psicología de la industria y de las organizaciones.* Madrid: Marova; 1978.
265. Salancik G, Pfeffer J. A social information processing approach to job attitudes and task desing. *Adm Sci Q.* 1978;23(2):224-53.
266. Boekhorst JA. The role of authentic leadership in fostering workplace inclusion: A social information processing perspective. *Hum Resour Manag.* 2015;54(2):241-64.
267. Quarstein VA, McAfee RB, Glassman M. The situational occurrences theory of job satisfaction. *Hum Relat.* 1992;45(8):859-73.
268. Bruggemann A. On different forms of job satisfaction. *Arbeit und Leistung.* 1974;28(11):281-84.

269. Caricati L, Sala RL, Marletta G, Pelosi G, Ampollini M, Fabbri A, et al. Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *J Nurs Manag.* 2014;22(8):984-94.
270. Pacheco G, Webber D. Job satisfaction: How crucial is participative decision making? *Pers Rev.* 2016;45(1):183-200.
271. Duffy RD, Autin KL, Bott EM. Work volition and job satisfaction: Examining the role of work meaning and person-environment fit. *Career Dev Q.* 2015;63(2):126-40.
272. Riisgaard H, Søndergaard J, Munch M, Le JV, Ledderer L, Pedersen LB, et al. Associations between degrees of task delegation and job satisfaction of general practitioners and their staff: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):44-52.
273. Athey EK, Leslie MS, Briggs LA, Park J, Falk NL, Pericak A, et al. How important are autonomy and work setting to nurse practitioners' job satisfaction? *J Am Assoc Nurse Pract.* 2016;28(6):320-6.
274. Alegre I, Mas-Machuca M, Berbegal-Mirabent J. Antecedents of employee job satisfaction: Do they matter? *J Bus Res.* 2016;69(4):1390-5.
275. Chang M, Cheng C. How balance theory explains high-tech professionals' solutions of enhancing job satisfaction. *J Bus Res.* 2014;67(9):2008–18.
276. Spence Laschinger HK, Fida R. Linking nurses' perceptions of patient care quality to job satisfaction: The role of authentic leadership and empowering professional practice environments. *J Nurs Adm.* 2015;45(5):276-83.
277. Arian M, Soleimani M, Oghazian MB. Job satisfaction and the factors affecting satisfaction in nurse educators: A systematic review. *J Prof Nurs.* 2018;34(5):389-99.

278. Lee AR, Son SM, Kim KK. Information and communication technology overload and social networking service fatigue: A stress perspective. *Comput Human Behav.* 2016;55(Part A):51-61.
279. Samani SA, Rasid SZ, Sofian SB. Perceived level of personal control over the work environment and employee satisfaction and work performance. *Perform Improv.* 2015;54(9):28-35.
280. Van Dierendonck D. The influence of planning, support and self-concordance on goal progress and job satisfaction. *Evidence-based HRM: A Global Forum for empirical scholarship.* 2015;3(3):206-21.
281. Atefi N, Abdullah KL, Wong LP, Mazlom R. Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: A qualitative study. *Int Nurs Rev.* 2014;61(3):352-60.
282. Noblet AJ, Allisey AF, Nielsen IL, Cotton S, LaMontagne AD, Page KM. The work-based predictors of job engagement and job satisfaction experienced by community health professionals. *Health Care Manage Rev.* 2017;42(3):237-46.
283. Wang Y, Liesveld J. Exploring job satisfaction of nursing Faculty: Theoretical approaches. *J Prof Nurs.* 2015;31(6):482-92.
284. Asegid A, Belachew T, Yimam E. Factors influencing job satisfaction and anticipated turnover among nurses in Sidama zone public health facilities, South Ethiopia. *Nurs Res Pract.* 2014;2014:1-26.
285. Mosadeghrad AM. Strategic collaborative quality management and employee job satisfaction. *Int J Health Policy Manag.* 2014;2(4):167-74.
286. Clarke N, Mahadi N. The significance of mutual recognition respect in mediating the relationships between trait emotional intelligence, affective commitment and job satisfaction. *Pers Individ Dif.* 2017;105:129-34.

287. Carvalho CR, Castro MA, Silva LP, Carvalho LO. The relationship between organizational culture, organizational commitment and job satisfaction. *REBRAE*. 2018 Apr 23;11(2):201-15.
288. Davidescu AA, Eid TM. Identifying the main determinants of retention in Jordanian hospitals: An empirical analysis based on McCloskey/Mueller Satisfaction Scale. *Ecof J*. 2017;6(1):1-9.
289. Jodoin EC, Ayers DF. Communication conflict styles, perception of ethical environment, and job satisfaction among college and university counselors. *J Coll Couns*. 2017;20(2):139-53.
290. Wisniewski D, Silva ES, Évora YD, Matsuda LM. The professional satisfaction of the nursing team vs. work conditions and relations: A relational study. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(3):850-8.
291. Samani SA, Eskandari A, Zadeh FO, Samani JE. The impact of environmental design on employee performance at PNPI Group. *Glob Bus Organ Excell*. 2018;37(2):41-8.
292. Read EA, Laschinger HK. The influence of authentic leadership and empowerment on nurses' relational social capital, mental health and job satisfaction over the first year of practice. *J Adv Nurs*. 2015;71(7):1611-23.
293. Saleem H. The impact of leadership styles on job satisfaction and mediating role of perceived organizational politics. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015;172:563-9.
294. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(1):652-66.

295. O'keeffe AP, Corry M, Moser DK. Measuring job satisfaction of advanced nurse practitioners and advanced midwife practitioners in the Republic of Ireland: A survey. *J Nurs Manag.* 2015;23(1):107-17.
296. Aras A, Guraksın A, Koşan Z, Çalikoğlu EO, Yerli EB. Burnout syndrome, job satisfaction and associated factors among primary health care doctors in Erzurum, Turkey. *J Surg Med.* 2018;2(2):105-10.
297. Djukic M, Kovner CT, Brewer CS, Fatehi F, Greene WH. Exploring direct and indirect influences of physical work environment on job satisfaction for early-career registered nurses employed in hospitals. *Res Nurs Health.* 2014;37(4):312-25.
298. Aamir A, Hamid AB, Haider M, Akhtar CS. Work-life balance, job satisfaction and nurses retention: Moderating role of work volition. *Int J Business Excellence.* 2016;10(4):488-501.
299. Rindell A, Svensson G, Mysen T, Billstrom A. Satisfaction as a mediator between quality metrics in manufacturer-supplier relationships. *Int J Bus Excell.* 2014;7(1):16-27.
300. Muindi F, K'Obonyo P. Quality of work life, personality, job satisfaction, competence, and job performance: A critical review of literature. *Eur Sci J.* 2015;11(26):223-40.
301. Steel P, Schmidt J, Bosco F, Uggerslev K. The effects of personality on job satisfaction and life satisfaction: A meta-analytic investigation accounting for bandwidth–fidelity and commensurability. *Hum Relat.* En prensa 2018.
302. Han K, Trinkoff AM, Gurses AP. Work-related factors, job satisfaction and intent to leave the current job among United States nurses. *J Clin Nurs.* 2015;24(21-22):3224-32.

303. Mathieu C, Neumann CS, Hare RD, Babiak P. A dark side of leadership: Corporate psychopathy and its influence on employee well-being and job satisfaction. *Pers Individ Dif*. 2014;59:83-8.
304. Iliopoulos E, Morrissey N, Baryeh K, Polyzois I. Correlation between workplace learning and job satisfaction of NHS healthcare professionals. *Br J Healthc Manag*. 2018;24(5):226-33.
305. Thielgen MM, Krumm S, Rauschenbach C, Hertel G. Older but wiser: Age moderates congruency effects between implicit and explicit motives on job satisfaction. *Motiv Emot*. 2015;39(2):182-200.
306. Chaudhuri K, Reilly KT, Spencer DA. Job satisfaction, age and tenure: A generalized dynamic random effects model. *Econ Lett*. 2015;130:13-6.
307. Carvajal MJ, Popovici I, Hardigan PC. Gender differences in the measurement of pharmacists' job satisfaction. *Hum Resour Health*. 2018;16(1):33.
308. Spencer ES, Deal AM, Pruthi NR, Gonzalez CM, Kirby EW, Langston J, et al. Gender differences in compensation, job satisfaction and other practice patterns in urology. *J Urol*. 2016;195(2):450-5.
309. David S, Gidwani R, Birthare N, Singh P. Impacts of job satisfaction and organizational commitment: A study describing influence of gender difference on job satisfaction and organizational commitment. *Int J Core Eng Manag*. 2015;2(1):93-111.
310. Schaumberg RL, Flynn FJ. Clarifying the link between job satisfaction and absenteeism: The role of guilt proneness. *J Appl Psychol*. 2017;102(6):982-92.
311. Thirulogasundaram VP, Sahu PC. Job satisfaction and absenteeism interface in Corporate Sector-A study. *J Humanit Soc Sci*. 2014;19(3):64-88.

312. Diestel S, Wegge J, Schmidt KH. The impact of social context on the relationship between individual job satisfaction and absenteeism: The roles of different foci of job satisfaction and work-unit absenteeism. *Acad Manag J*. 2014;57(2):353-82.
313. Tarigan V, Ariani DW. Empirical study relations job satisfaction, organizational commitment, and turnover intention. *Adv Manag Appl Econ*. 2015;5(2):21-42.
314. Galletta M, Portoghese I, Carta MG, D'aloja E, Campagna M. The effect of nurse-physician collaboration on job satisfaction, team commitment, and turnover intention in nurses. *Res Nurs Health*. 2016;39(5):375-85.
315. Dinis LI, Fronteira I. The influence of job rotation in the job satisfaction of nurses in a surgical service. *Rev Enferm Ref*. 2015;4(5):17-26.
316. Chen SY, Wu WC, Chang CS, Lin CT. Job rotation and internal marketing for increased job satisfaction and organisational commitment in hospital nursing staff. *J Nurs Manag*. 2015;23(3):297-306.
317. Khamisa N, Peltzer K, Ilic D, Oldenburg B. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study. *Int J Nurs Pract*. 2016;22(6):538-45.
318. Koy V, Yunibhand J, Angsuroch Y, Fisher ML. Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: Literature review. *Int J Res Med Sci*. 2015;3(8):1825-31.
319. Platis C, Reklitis P, Zimeras S. Relation between job satisfaction and job performance in healthcare services. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015;175:480-7.
320. Fu W, Deshpande SP. The impact of caring climate, job satisfaction, and organizational commitment on job performance of employees in a China's insurance company. *J Bus Ethics*. 2014;124(2):339-49.

321. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(2):186-94.
322. Xiao Y, Wang J, Chen S, Wu Z, Cai J, Weng Z, et al. Psychological distress, burnout level and job satisfaction in emergency medicine: A cross-sectional study of physicians in China. *Emerg Med Austral*. 2014;26(6):538-42.
323. Atefi N, Abdullah KL, Wong LP. Job satisfaction of Malaysian registered nurses: A qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2014;21(1):8-17.
324. Suárez M, Asenjo M, Sánchez M. Job satisfaction among emergency department staff. *Australas Emerg Nurs J*. 2017;20(1):31-6.
325. Holton MK, Barry AE, Chaney JD. Employee stress management: An examination of adaptative and maladaptive coping strategies on employee health. *Work*. 2016;53(2):299-305.
326. Frydenberg E. Coping research: Historical background, links with emotion, and new research directions on adaptive processes. *Aust J Psychol*. 2014;66(2):82-92.
327. Greenaway KH, Louis WR, Parker SL, Kalokerinos EK, Smith JR, Terry DJ. Measures of coping for psychological well-being. In Boyle GJ, Saklofske DH, Matthews G, editors. *Measures of personality and social psychological constructs*. California: Elsevier; 2015. p. 322-51.
328. Lazarus RS, Folkman S. Coping and adaptation. In Gentry WD, editor. *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford Press; 1984. p. 282-325.
329. Stephenson E, DeLongis KA. Coping process. In Fink G, editor. *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior: Handbook of stress series*. Cambridge: Academic Press; 2016. p.359-364.

330. Navarro E, Fernández JJ, Vázquez A, Vázquez J, Moret CMT, Civera C. Resilience and the aging process: Assessment tools and needs. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015;191:2008-11
331. Spuy H, Klerk H, Wenhold F, Vogel H. Strategies men use to cope with stress caused by severe obesity: A qualitative study. *J Psychol.* 2015;6(1):76-86.
332. Tavakoli Z, Montazeri A, Farshad AA, Lotfi Z, Hassim IN. Sources of stress and coping strategies among Iranian physicians. *Glob J Health Sci.* 2016;9(1):120-9.
333. Aldwin C. *Stress, coping and development: An integrative perspective.* 2nd ed. London: Guilford Press; 2009.
334. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. Conclusion: Goals and strategies for studying the development of coping. In Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ, editors. *The development of coping.* Switzerland: Springer; 2016. p.263-286.
335. Heckman A, Hoppmann C, Scott A. Goals, strategies, and well-being across adulthood: Integrating perspectives from the coping and everyday problem-solving literatures. In Verhaeghen P, Hertzog C, editors. *The Oxford handbook of emotion, social cognition, and problem solving in adulthood.* New York: Oxford University Press; 2014. p. 206-225.
336. Byrne D. The repression-sensitization as a dimension of personality. In Maher BA, editor. *Progress in experimental personality research.* New York: Academic Press; 1964. p. 169-220.
337. Truong EA, Olson KL, Emery CF. Repressive coping, stigmatization, psychological distress, and quality of life among behavioral weight management participants. *Eat Behav.* 2016;22:206-10.

338. Weinberger DA, Schwartz GE, Davidson RJ. Low-anxious, high anxious, and repressive coping styles: Psychosomatic patterns and behavioral and physiological responses to stress. *J Abnorm Psychol.* 1979;88(4):369-80.
339. Miller SM. Monitoring and blunting of threatening information: Cognitive interference and facilitation in the coping process. In Sarason IG, Pierce GR, Sarason GR, editors. *Cognitive interference: Theories, methods and findings.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1996. p. 175-190.
340. Kohlmann CW. Development of the repression-sensitization construct: With special reference to the discrepancy between subjective and physiological stress reactions. In Hentshel H, Smith G, Ehlers W, Draguns G, editors. *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology.* New York: Springer Verlag; 1993. p. 184-204.
341. Krohne HW. Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In Krohne HW, editor. *Attention and avoidance. Strategies in coping with aversiveness.* Seattle: Hogrefe & Huber; 1993. p. 19-50.
342. Zeidner M, Matthews G, Shemesh DO. Cognitive-social sources of wellbeing: Differentiating the roles of coping style, social support and emotional intelligence. *J Happiness Stud.* 2016;17(6):2481-501.
343. Wright RR, Mohr CD, Sinclair RR, Yang LQ. Sometimes less is more: Directed coping with interpersonal stressors at work. *J Organ Behav.* 2015;36(6):786-805.
344. Matheny KB, Aycock DW, Pugh JL, Curlette WL, Silva-Cannella, KA. Stress coping: A qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *Couns Psychol.* 1986;14(4):499-549.
345. Stone AA, Helder L, Schneider MS. Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. In Cohen LH, editor. *Life events and psychological*

functioning: Theoretical and methodological issues. California: Sage Publications; 1988. p. 182-210.

346. Snyder CR. Coping. The psychology of what works. New York: Oxford University Press; 1999.

347. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosom Med.* 1993;55(3):237-47.

348. Márquez S. Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: Fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *Int J Clin Health Psychol.* 2006;6(2):359-78.

349. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J Behav Med.* 1981;4(2):139-57.

350. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-96.

351. Girdano D, Everly GS. Controlling stress and tension. 2nd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.

352. Mechanic D. Social structure and personal adaptation: Some neglected dimensions. In Coelho G, Hamburg D, Adams J, editors. *Coping and adaptation.* New York: Basic Books; 1974. p. 32-44.

353. Lazarus RS. Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: DDB; 2000.

354. Buendía J. Estrés laboral y salud. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998.

355. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1989;56(2):267-83.

356. Schonfeld IS. Coping with job-related stress: The case of teachers. *J Occup Psychol.* 1990;63(2):141-49.

357. Törestad B, Magnusson D, Oláh A. Coping, control and experience of anxiety: An interactional perspective. *Anxiety Res.* 1990;3:1-16.
358. Endler NS, Parker JDA. Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychol Assess.* 1994;6(1):50-60.
359. Mikulincer M, Florian V. Coping and adaptation to trauma and loss. In Zeidner M, Endler NS, editors. *Handbook of Coping: Theory, research, applications.* New York: John Wiley & Sons; 1996. p. 554-572.
360. Holahan CJ, Moos RH, Schaefer JA. Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In Zeidner M, Endler NS, directors. *Handbook of Coping: Theory, research, applications.* New York: John Wiley & Sons; 1996. p. 24-43.
361. Rafferty AE, Jimmieson NL. Individual and external coping resources as predictors of employees' change attitudes. In Vakola M, Paraskevas P, editors. *Organizational Change. Psychological effects and strategies for coping.* London: Routledge; 2017. p. 47-64.
362. Dewe P. Coping and personality: Approaches, measurement and challenges. In Alexander-Stamatios A, Cary C, editors. *Coping, personality and the workplace.* London: Routledge; 2015. p. 33-50.
363. Afshar H, Roohafza HR, Keshteli AH, Mazaheri M, Feizi A, Adibi P. The association of personality traits and coping styles according to stress level. *J Res Med Sci.* 2015;20(4):353-8.
364. Krause N, Pargament KI, Ironson G. Assessing the relationships among spiritual social support, stress, and anxiety: Does extraversion also play a role in the coping process? *Curr Psychol.* En prensa 2017.

365. Fornés J, Garcia G, Frias D, Rosales G. Coping, stress, and personality in Spanish nursing students: A longitudinal study. *Nurse Educ Today*. 2016;36:318-23.
366. Magnano P, Paolillo A, Platania S, Santisi G. Courage as a potential mediator between personality and coping. *Pers Individ Dif*. 2017;111:13-8.
367. Pereira AJ, Adán A, López S, Forero DA. Personality traits and health-related quality of life: The mediator role of coping strategies and psychological distress. *Ann Gen Psychiatry*. 2018;17(1):25-33.
368. Buddelmeyer H, Powdthavee N. Can having internal locus of control insure against negative shocks? Psychological evidence from panel data. *J Econ Behav Organ*. 2016;122:88-109.
369. Shoji K, Cieslak R, Smoktunowicz E, Rogala A, Benight CC, Luszczynska A. Associations between job burnout and self-efficacy: A meta-analysis. *Anxiety Stress Coping*. 2016;29(4):367-86.
370. Morales F. Relaciones entre afrontamiento del estrés cotidiano, autoconcepto, habilidades sociales e inteligencia emocional. *Eur J Educ Psychol*. 2017;10(2):41-8.
371. Bélanger C, Di Schiavi MF, Sabourin S, Dugal C, El Baalbaki G, Lussier Y. Self-esteem, coping efforts and marital adjustment. *Eur J Psychol*. 2014;10(4):660-71.
372. Sladek MR, Doane LD, Jewell SL, Luecken LJ. Social support coping style predicts women's cortisol in the laboratory and daily life: The moderating role of social attentional biases. *Anxiety Stress Coping*. 2017;30(1):66-81.
373. Dobson KS, Quigley L, Dozois DA. Toward an integration of interpersonal risk models of depression and cognitive-behaviour therapy. *Aust Psychol*. 2014;49(6):328-36.

374. Hoyt MA, Austenfeld J, Stanton AL. Processing coping methods in expressive essays about stressful experiences: Predictors of health benefit. *J Health Psychol.* 2016;21(6):1183-93.
375. Suzuki M, Furihata R, Konno C, Kaneita Y, Ohida T, Uchiyama M. Stressful events and coping strategies associated with symptoms of depression: A Japanese general population survey. *J Affect Disord.* 2018;238:482-88.
376. Litt MD, Tennen H. What are the most effective coping strategies for managing chronic pain? *Pain Manag.* 2015;5(6):403-6.
377. Svensson T, Inoue M, Sawada N, Yamagishi K, Charvat H, Saito I, et al. Coping strategies and risk of cardiovascular disease incidence and mortality: The Japan Public Health Center-based prospective study. *Eur Heart J.* 2016;37(11):890-9.
378. Ianello P, Balzarotti S. Stress and coping strategies in the emergency room. *Emerg Care J.* 2014;10(2):72-5.
379. Mendonça R, Alcalá D, Pinto MH, Mendonça RDC. Coping strategies of nurses in hospital emergency care services. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(3):216-23.
380. Howlett M, Doody K, Murray J, Le Blanc-Duchin D, Fraser J, Atkinson PR. Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: A cross-sectional survey. *Emerg Med J.* 2015;32(9):722-7.
381. Stevens S. Five year forward view. London: NHS England; 2014.
382. Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. *PloS One.* 2014;9(8):e105471.
383. Hazo JB, Gandré C, Leboyer M, Obradors-Tarragó C, Belli S, McDaid D, et al. National funding for mental health research in Finland, France, Spain and the United Kingdom. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2017;27(9):892-9.

384. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review. *Psychol Med*. 2016;46(4):683-97.
385. Alslman ET, Ahmad MM, Hani MA, Atiyeh HM. Health: A developing concept in Nursing. *Int J Nurs Knowl*. 2017;28(2):64-9.
386. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1948 [acceso 27 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
387. Card AJ. Moving beyond the WHO definition of health: A new perspective for an aging world and the emerging era of value-based care. *World Med Health Policy*. 2017;9(1):127-37.
388. Amzat J, Razum O. Health, disease, and illness as conceptual tools. In Amzat J, Razum O, editors. *Medical sociology in Africa*. Switzerland: Springer; 2014. p. 21-38.
389. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. *BMJ Open*. 2016;6(1):e010091.
390. Bolier L, Ketelaar SM, Nieuwenhuijsen K, Smeets O, Gärtner FR, Sluiter JK. Workplace mental health promotion online to enhance well-being of nurses and allied health professionals: A cluster-randomized controlled trial. *Internet Interv*. 2014;1(4):196-204.
391. Organización Mundial de la Salud OMS. Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. Nota descriptiva N° 220. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [acceso 3 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

392. Keyes CLM. Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In Bauer GF, Hämmig O, editors. Bridging occupational, organizational and public health. Dordrecht: Springer; 2014. p. 179-192.
393. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 2015;14(2):231-3.
394. Bonino JL, Hanna FJ. Who owns psychopathology? The DSM: Its flaws, its future, and the professional counselor. *J Humanist Couns*. 2018;57(2):118-37.
395. Castro L. Modelo integrador en psicopatología: Un enfoque transdiagnóstico. En Caballo VE, Torres ICS, Isabel JAC, editores. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. 2ª edición. Madrid: Ediciones Pirámide; 2014. p. 45-79.
396. Ein-Dor T, Doron G. Attachment and psychopathology. In Simpson JA, Rholes S, editors. Attachment theory and research: New directions and emerging themes. Washington, DC: American Psychological Association; 2014. p. 346-373.
397. Krueger RF, Eaton NR. Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*. 2015;14(1):27-9.
398. Norton PJ, Paulus DJ. Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clin Psychol Rev*. 2017;56:122-37.
399. Ein-Dor T, Viglin D, Doron G. Extending the transdiagnostic model of attachment and psychopathology. *Front Psychol*. 2016;7:484-9.
400. Gumà J, Cámara A.D. ¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetivas de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud. *Rev Estad Esp*. 2014;56(183):61-76.

401. Eliassen M, Kreiner S, Ebstrup JF, Poulsen CH, Lau CJ, Skovbjerg S, et al. Somatic symptoms: Prevalence, co-occurrence and associations with self-perceived health and limitations due to physical health—a Danish population-based study. *PloS One*. 2016;11(3):e0150664.
402. Organización Internacional del Trabajo. Actividades normativas de la Organización Internacional del Trabajo en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo: Estudio detallado para la discusión con miras a la elaboración de un plan de acción sobre dichas actividades. Suiza: Organización Internacional del Trabajo; 2003.
403. Ronda-Pérez E, Moen BE. Labour trafficking: Challenges and opportunities from an occupational health perspective. *PLoS Med*. 2017;14(11):e1002440.
404. Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de la Seguridad y la salud en el Trabajo. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales; 1998.
405. Bakker AB, van Woerkom M. Strengths use in organizations: A positive approach of occupational health. *Can Psychol*. 2018;59(1):38-46.
406. Carvalho S, Carvalho OL, Moreira W, Ferreira MA, Odete M. Characterization of the physical symptoms of stress in the emergency health care team. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):720-7.
407. Akbar A, Moshtagh Z, Peyman A, Sabzi Z. The relationship between occupational burnout to mental health in pre-hospital emergency personnel. *Adv Environ Biol*. 2014;8(9):754-60.
408. Ríos MI, Godoy C. Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enferm Clin*. 2008;18(3):134-41.

409. Remor E, Carrobles JA. Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra de VIH+. *Ansiedad y estrés*. 2001;7(2-3):195-201.
410. Cohen S, Kamarak T, Mermeistein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-96.
411. Cohen S, Williamson GM. Perceived stress in a probability sample of the United States. In Spacapan S, Oskamp S, editors. *The social psychology of health*. Newbury Park: Sage; 1988.
412. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En Seisdedos N, editor. *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA Ediciones; 1997. p. 5-28.
413. Fernández O, Hidalgo C, Martín A, Moreno S, García del Río B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2007;19(3):116-21.
414. Aranaz J, Mira J. Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hospital*. 1988;52:63-6.
415. Crespo M, Cruzado, JA. La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Anal Modif Conducta*. 1997;23(92):797-830.
416. Lobo A, Pérez MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986; 16(1):135-40.
417. Consejería de Hacienda y Administración Pública. Informe de evaluación de impacto de género del presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2018. Sevilla: Junta de Andalucía; 2018.

418. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. 2018 [acceso 25 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/iea/consultasActividad.jsp?CodOper=64&sub=995>
419. Instituto Nacional de Estadística. Profesionales sanitarios colegiados en 2017. [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 2018 [acceso 29 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p416/a2017/&file=pcaxis>
420. Schmitz G, Clark M, Heron S, Sanson T, Kuhn G, Bourne C, et al. Strategies for coping with stress in emergency medicine: Early education is vital. *J Emerg Trauma Shock*. 2012;5(1):64-9.
421. Molina JM, Sánchez S, Herreros M, Vizcarro D, López C. Prevalencia de actividad física en profesionales de atención primaria de Cataluña. *Semergen*. 2017;43(5):352-7.
422. Márquez R, Beato P, Tormo MA. Hábitos de vida, de alimentación y evaluación nutricional en personal sanitario del hospital de Mérida. *Nutr Hosp*. 2015; 31(4):1763-70.
423. Hernández JM, Jadrake P, Sánchez AL, Gómez FJ. Prevalencia del consumo de tabaco entre los trabajadores del área de salud de la Isla de La Palma. *Med Gen Fam*. 2015;4(3):63-67.
424. Martínez C, Martínez JM, Antón L, Riccobene A, Fu M, Quirós N, et al. Prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores hospitalarios: Metaanálisis en 45 hospitales catalanes. *Gac Sanit*. 2016;30(1):55-8.

425. Juárez MV, Valverde FJ, Pérez A, Moreno A. Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía (España). *Semergen*. 2015;41(6):296-304.

426. Estryng-Behar M, Doppia MA, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians - results from the French SESMAT study. *Emerg Med J*. 2011;28(5):397-410.

427. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de población activa. [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 2018 [acceso 25 de mayo de 2018].

Disponible en:

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

428. Abraham L, Thom O, Greenslade J, Wallis M, Johnston A, Carlström E et al. Morale, stress and coping strategies of staff working in the emergency department: A comparison of two different-sized departments. *Emerg Med Austral*. 2018;30(3):375-81.

429. Organisation for Economic Cooperation and Development. Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2015.

430. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado: actividad en urgencias. 2018. [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social [acceso 3 de junio de 2018].

Disponible en:

<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/Comun/ArboINodos.aspx?idNodo=6372>

431. Eichler K, Hess S, Chmiel C, Bögli K, Sidler P, Senn O, et al. Sustained health-economic effects after reorganisation of a Swiss hospital emergency centre: a cost comparison study. *Emerg Med J.* 2014;31(10):818-23.
432. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Med Care Res Rev.* 2011;68(2):131-55.
433. Van Tiel S, Rood PP, Bertoli-Avella AM, Erasmus V, Haagsma J, van Beeck E, et al. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: State of the art. *Eur J Emerg Med.* 2015;22(5):306-15.
434. Soril LJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Reducing frequent visits to the emergency department: A systematic review of interventions. *PLoS One* 2015;10:e0123660.
435. Mirhaghi M, Sarabien S. Relationship between perceived stress and personality traits in emergency medical personnel. *J Fund Ment Health.* 2016;18(5):265-71.
436. Hutchinson TA, Haase S, French S, McFarlane TA. Stress, burnout and coping among emergency physicians at a major hospital in Kingston, Jamaica. *West Indian Med J.* 2014;63(3):262-66.
437. Wong M, Anderson J, Knorr T, Joseph J, Sánchez L. Grit, anxiety, and stress in emergency physicians. *Am J Emerg Med.* 2018;36(6):1036-9.
438. Nespereira T, Vázquez M. Emotional intelligence and stress management in Nursing professionals in a hospital emergency department. *Enferm Clin.* 2017;27(3):172-8.
439. Abdo SA, El-Sallamy RM, El-Sherbiny AA, Kabbash IA. Burnout among physicians and nursing staff working in the emergency hospital of Tanta University, Egypt. *East Mediterr Health J.* 2016;21(12):906-15.

440. Gómez JL, Emilia I, Albendín L, Vargas C, Ortega EM, Cañadas GA. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Crit Care Nurse*. 2017;37(5):e1-e9.
441. Ben-Itzhak S, Dvash J, Maor M, Rosenberg N, Halpern P. Sense of meaning as a predictor of burnout in emergency physicians in Israel: A national survey. *Clin Exp Emerg Med*. 2015;2(4):217-225.
442. Kolstad HA, Hansen AM, Kærgaard A, Thomsen JF, Kaerlev L, Mikkelsen S, et al. Job strain and the risk of depression: Is reporting biased? *Am J Epidemiol*. 2011;173(1):94-102.
443. Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emerg Med Australas*. 2013;25(6):491-5.
444. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(12):1600-13.
445. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-85.
446. Lu H, Barriball KL, Zhang X, While AE. Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2012;49:1017–38.
447. Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine: The ABEM longitudinal study of emergency physicians. *Ann Emerg Med* 2008;51(6):714-22.
448. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses

compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs.* 2010;36(5):420e7.

449. Tourangeau AE, Cummings G, Cranley LA, Ferron EM, Harvey S. Determinants of hospital nurse intention to remain employed: Broadening our understanding. *J Adv Nurs* 2010;66:22–32.

450. Kerai SM, Khan UR, Islam M, Asad N, Razzak J, Pasha O. Post-traumatic stress disorder and its predictors in emergency medical service personnel: A cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC Emerg Med.* 2017;17(1):26-32.

451. Ribeiro RM, Pompeo DA, Pinto MH, Ribeiro RD. Coping strategies of nurses in hospital emergency care services. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(3):216-23.

452. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag.* 2013;23(3):346-58.

453. Minnie L, Goodman S, Wallis L. Exposure to daily trauma: The experiences and coping mechanism of Emergency Medical Personnel. A cross-sectional study. *Afr J Emerg Med.* 2015;5(1):12-8.

454. Marco CA, Broderick K, Smith-Coggins R, Goyal DG, Joldersma KB, Coombs AB. Health and wellness among emergency physicians: Results of the 2014 ABEM longitudinal study. *Am J Emerg Med.* 2016;34(8):1715-6.

455. Ríos MIR, Fernández CG. Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *An Psicol.* 2011;27(1):71-9.

456. Momeni M, Fahim F, Vahidi E, Nejati A, Saeedi M. Evaluation of factors affecting psychological morbidity in emergency medicine practitioners. *World J Emerg Med.* 2016;7(3):203-7.

457. Burbeck R, Coomber S, Robinson SM, Todd C. Occupational stress in consultants in accident and emergency medicine: A national survey of levels of stress at work. *Emerg Med J.* 2002;19(3):234-38.
458. Goodwin L, Ben-Zion I, Fear NT, Hotopf M, Stansfeld SA, Wessely S. Are reports of psychological stress higher in occupational studies? A systematic review across occupational and population-based studies. *PLoS One.* 2013;8(11):e78693.
459. Wu H, Sun W, Wang L. Factors associated with occupational stress among Chinese female emergency nurses. *Emerg Med J.* 2012;29(7):554-8.
460. Sbarra DA, Hasselmo K, Bourassa KJ. Divorce and health: Beyond individual differences. *Curr Dir Psychol Sci.* 2015;24(2):109-13.
461. Nia RG. Evaluating the degree of stress, anxiety, and depression among the emergency personnel in Kerman University of medical sciences. *J Sci Res Essays.* 2016;2(1):1-6.
462. Dutheil F, Trousselard M, Perrier C, Lac G, Chamoux A, Duclos M, et al. Urinary interleukin-8 is a biomarker of stress in emergency physicians, especially with advancing age-the JOBSTRESS* randomized trial. *PloS One.* 2013;8(8):e71658.
463. Stults-Kolehmainen MA, Sinha R. The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports Med.* 2014;44(1):81-121.
464. Juranić B, Rakošec Ž, Jakab J, Mikšić Š, Vuletić S, Ivandić M, et al. Prevalence, habits and personal attitudes towards smoking among health care professionals. *J Occup Med Toxicol.* 2017;12(1):20-7.
465. Yates P, Benson EV, Harris A, Baron R. An investigation of factors supporting the psychological health of staff in a UK emergency department. *Emerg Med J.* 2012;29(7):533-5.

466. Healy S, Tyrrell M. Stress in emergency departments: Experiences of nurses and doctors. *Emerg Nurse*. 2011;19(4):31-7.
467. Moscone F, Tosetti E, Vittadini G. The impact of precarious employment on mental health: The case of Italy. *Soc Sci Med*. 2016;158:86-95.
468. Kimo J, Ramoska EA, Clark TR, Hansoti B, Dougherty J, Freeman W, et al. Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Acad Emerg Med*. 2014;1(9):1031-5.
469. Kim JS, Choi JS. Factors influencing emergency nurses' burnout during an outbreak of Middle East respiratory syndrome coronavirus in Korea. *Asian Nurs Res*. 2016;10(4):295-99.
470. Tarcan M, Hikmet N, Schooley B, Top M, Tarcan GY. An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. *Appl Nurs Res*. 2017;34:40-7.
471. Soltanifar A, Pishbin E, Attaran Mashhadi N, Najaf Najafi M, Siahtir M. Burnout among female emergency medicine physicians: A nationwide study. *Emerg Med Australas*. 2018;30(4):517-22.
472. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med*. 1994;12(4):559-65.
473. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: Four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med*. 1996;3(12):1156-64.
474. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71(3):293-303.

475. Popa F, Arafat R, Purcarea VL, Lala A, Popa-Velea O, Bobirnac G. Occupational burnout levels in emergency medicine - a stage 2 nationwide study and analysis. *J Med Life*. 2010;3(4):449-53.
476. García M, Ríos MI. The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. *Nurs Outlook*. 2012;60(5):322-9.
477. Shao J, Shen H. Emergency physician job satisfaction in Hong Kong. *J Emerg Crit Care Med*. 2014;21(5):273-82.
478. Sharifzadeh M. Does fitness and exercises increase productivity? Assessing health, fitness and productivity relationship. *Am J Manag*. 2013;13(1):32-52.
479. Azevedo BD, Nery AA, Cardoso JP. Occupational stress and dissatisfaction with quality of work life in nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(1): e3940015.
480. Zhang L, Huang L, Liu M, Yan H, Li X. Nurse - physician collaboration impacts job satisfaction and turnover among nurses: A hospital-based cross-sectional study in Beijing. *Int J Nurs Pract*. 2016;22(3):284-90.
481. Erol A, Sariçiçek A, Gülseren Ş. Burnout in residents: Association with job satisfaction and depression. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2007;8:241-7.
482. Zyga S, Mitrousi S, Alikari V, Sachlas A, Stathoulis J, Fradelos E, et al. Assessing factors that affect coping strategies among nursing personnel. *Mater Sociomed*. 2016;28(2):146-50.
483. Rubio L, Dumitrache CG, García AJ, Córdón E. Coping strategies in Spanish older adults: A MIMIC model of socio-demographic characteristics and activity level. *Aging Ment Health*. 2016;22(2):226-32.
484. Stefani D, Feldberg C. Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *An Psicol*. 2006;22(2):267-72.

485. Sumpter DA, García AJ, del Pozo J. The relationship between perceived exertion, physical activity and quality of life in older women. *Rev Psicol Deport.* 2015;24(2):281-7.
486. Meléndez JC, Mayordomo T, Sancho P, Tomas JM. Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *Span J Psychol.* 2012;15(3):1089-98.
487. Picco L, Yuan Q, Vaingankar JA, Chang S, Abdin E, Chua HC, et al. Positive mental health among health professionals working at a psychiatric hospital. *PloS One.* 2017;12(6):e0178359.
488. Roohafza H, Sadeghi M, Shirani S, Bahonar A, Mackie M, Sarafzadegan N. Association of socioeconomic status and life-style factors with coping strategies in Isfahan Healthy Heart Program, Iran. *Croat Med J.* 2009;15;50(4):380-6.
489. Hassanbeigi A, Askari J, Hassanbeigi D, Pourmovahed Z. The relationship between stress and addiction. *Procedia Soc Behav Sci.* 2013;84:1333-40.
490. Laal M, Aliramaie N. Nursing and coping with stress. *Int J Collab Res Intern Med Public Health.* 2010;2(5):168-81.
491. Cheng T, Mauno S, Lee C. The buffering effect of coping strategies in the relationship between job insecurity and employee well-being. *Econ Ind Democracy.* 2014;35(1):71-94.
492. Wallace J, Lemaire J. Physician coping styles and emotional exhaustion. *Ind Relat.* 2013;68(2):187-209.
493. Gandhi S, Sangeetha G, Ahmed N, Chaturvedi SK. Somatic symptoms, perceived stress and perceived job satisfaction among nurses working in an Indian psychiatric hospital. *Asian J Psychiatr.* 2014;12:77-81.
494. Arrogante O. Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. *Enferm Clin.* 2014;24(5):283-9.

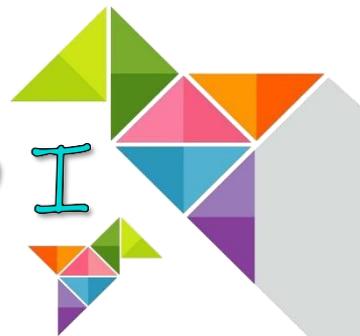
495. Guiyuan Z, Xiuying S, Xiaohong T, Chungin L, Guopeng L, Linghya K, et al. Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. *Ind Health*. 2016;54(5):389-395.
496. Jonsson A, Segesten K. Guilt, shame and need for a container: A study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Int Emerg Nurs*. 2004;12(4):215-23.
497. Rajaei AR, Khoynezhad GR, Javanmard J, Abdollahpour M. The relation between positive psychological states and coping styles. *J Fundam Ment Health*. 2015;18(1):57-63.
498. Sepehrmanesh Z, Moraveji AR, Saberi HR. Mental health of general practitioners in emergency wards. *Int Arch Health Sci*. 2015;2(1):39-43.
499. Smith JC. Effects of emotional exposure on state anxiety after acute exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 2013;45(2):372-8.
500. Emre N, Topal K, Bozkurt N, Topaktas E. Mental health screening and increased risk for anxiety and depression among treatment-seeking smokers. *Tob Induc Dis*. 2014;12:20-6.
501. Escribà V, Martín D, Pérez S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006; 80(2):127-33.
502. Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: A review. *Int J Epidemiol*. 2005;34(3):610-22.
503. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16):1987-93.

504. Wong MG, Poole CJ, Agius R. Attribution of mental illness to work: A delphi study. *Occup Med.* 2015;65(5):391-7.

505. Rozo JA, Olson DM, Thu H, Stutzman SE. Situational factors associated with burnout among emergency department nurses. *Workplace Health Saf.* 2017;65(6):262-5.

506. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Manual de estándares: Unidades de Gestión Clínica. Sevilla: Junta de Andalucía; 2018.

ANEXO I





Gregorio Jurado Cáliz, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba, comité constituido a tenor de lo establecido en el Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica de Andalucía (BOJA núm. 251 de 27 de diciembre) del que es Presidenta Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

CERTIFICA

Que en la reunión del Comité de Ética de Investigación de Córdoba celebrada el día 24 de febrero de 2016 (Acta nº 249, ref. 3050), se ha estudiado y evaluado el Proyecto de Investigación, titulado: "Efectividad de una intervención sobre los niveles de estrés del personal sanitario de urgencias hospitalarias", Cód. Protocolo POPI18, Protocolo y Hoja de Información al Paciente y Consentimiento informado versión 1.0 de 19/01/2016, en el que figura como Investigadora principal Dña. Silvia Portero de la Cruz, adscrita a la Universidad de Córdoba, habiendo considerado los integrantes de dicho Comité que el citado proyecto respeta los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964, de la Asociación Médica Mundial, y enmiendas posteriores, y en el Convenio del Consejo de Europa de 1996, relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, demostrando sus autores conocer suficientemente los antecedentes y el estado actual del tema que proponen investigar, estando bien definidos sus objetivos y siendo adecuada su metodología, por lo que hacen constar la viabilidad en todos sus términos del proyecto de investigación, estimando que los resultados pueden ser de gran interés.

Se hace constar, de acuerdo con el artículo 27,5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que la presente certificación se emite con anterioridad a la aprobación del acta correspondiente.

En Córdoba, a 4 de marzo de 2016

EL SECRETARIO

Fdo.: Gregorio Jurado Cáliz

LA PRESIDENTA



Fdo.: Inmaculada Concepción Herrera Arroyo



Gregorio Jurado Cáliz, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba, comité constituido a tenor de lo establecido en el Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica de Andalucía (BOJA núm. 251 de 27 de diciembre) del que es Presidenta Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

CERTIFICA

Que en la reunión del Comité de Ética de Investigación de Córdoba celebrada el día 24 de febrero de 2016 (Acta nº 249, ref. 3050), se ha estudiado y evaluado el Proyecto de Investigación, titulado: "Efectividad de una intervención sobre los niveles de estrés del personal sanitario de urgencias hospitalarias", Cód. Protocolo POP118, Protocolo y Hoja de Información al Paciente y Consentimiento informado versión 1.0 de 19/01/2016, en el que figura como Investigadora principal Dña. Silvia Portero de la Cruz, adscrita a la Universidad de Córdoba.

Que a dicha sesión asistieron los siguientes miembros:

PRESIDENTA

Dña. Inmaculada Concepción Herrera Arroyo. Jefe de Servicio Hematología del HURS.

VICEPRESIDENTE

D. José Luis Barranco Quintana. FEA Medicina Preventiva del HURS.

SECRETARIO

D. Gregorio Jurado Cáliz. Técnico de Función Administrativa. Licenciado en Derecho del HURS

VOCALES

D. Javier Caballero Villarraso, FEA Bioquímica Clínica del HURS

Dña. Sonia García Cabezas. FEA Oncología Radioterápica del HURS

D. Manuel Jesús Cárdenas Aranzana. Farmacéutico Hospitalario del HURS

D. Félix Igea Arisqueta. Médico de Familia Área Sanitaria Norte de Córdoba

Dña. Eva M^a Rojas Calvo. Auxiliar Administrativo HURS. Licenciada en Derecho

D. Eduardo Morán Fernández. FEA Medicina Intensiva H Infanta Margarita de Cabra

D. Juan Manuel Parras Rejano. Médico de Familia EBAP, Área Sanitaria Norte de Córdoba

D. Rafael Segura Saint-Gerons. Odontólogo C.S. La Carlota. Distrito Sanitario Guadalquivir

D. Pedro José Rodríguez Fernández. FEA Traumatología de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla.

Dña. Clara Inés Flórez Almonacid. Enfermera HURS

D. Carlos José Pérula de Torres. Enfermero de Familia de Atención Primaria. Distrito Sanitario Córdoba

Dña. María Pleguezuelo Navarro. FEA Digestivo del HURS

D. Ramón Cañete Estrada. Jefe de Sección Pediatría

D. Antonio Díaz Valenzuela. Enfermero de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir. CHARE Puente Genil.

Que dicho Comité está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

En Córdoba, a 4 de marzo de 2016

EL SECRETARIO

Fdo.: Gregorio Jurado Cáliz



Fdo.: Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

ANEXO II



HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Estrés laboral, burnout, satisfacción, afrontamiento y salud general en personal sanitario de urgencias.

INVESTIGADORES:

Silvia Portero de la Cruz.

Contacto: n92pocrs@uco.es

Jesús Cebrino Cruz.

Contacto: jcebrino@gmail.com

Javier Herruzo Cabrera.

Contacto: ed1hecaf@uco.es

Manuel Vaquero Abellán.

Contacto: mvaquero@uco.es

CENTRO: Universidad de Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda considerar su participación en este estudio. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar, cambiar su decisión o retirar el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Su participación consistirá en la cumplimentación de los siguientes formularios:

Formulario sobre datos sociodemográficos y laborales. Se ha diseñado uno original y específico de 10 ítems de respuesta estructurada.

Escala de Estrés Percibido (adaptación española). Está constituido por 14 ítems y mide el grado en que, durante el último mes, las personas se han sentido molestas o preocupadas por algo o, por el contrario, han percibido que las cosas les iban bien, o se han sentido seguras de su capacidad para controlar sus problemas personales. Utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas con un rango de 0 («nunca») a 4 («siempre»). La escala puntúa de 0 a 56, donde las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido.

Manual del Inventario Burnout de Maslach (adaptación española). Está constituido por 22 ítems y evalúa el nivel de desgaste profesional. Los participantes responden según la frecuencia

de vivencia de los sentimientos expresados desde nunca (0) a todos los días (6). La suma de las puntuaciones determina tres dimensiones de desgaste profesional: cansancio emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems), donde las puntuaciones resultantes se categorizarán para el agotamiento emocional (≤ 18 bajo, 19-26 medio y ≥ 27 elevado), para la despersonalización (≤ 5 bajo, 6-9 medio y ≥ 10 elevado) y para la realización personal (≤ 33 elevado, 34-39 medio y ≥ 40 bajo).

Cuestionario de Salud GHQ-28 (adaptación española). Consta de 28 ítems para la valoración de la salud mental. Está dividido en 4 subescalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. La puntuación se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte se sitúa en 6/7 (no caso/caso).

Cuestionario de Afrontamiento COPE-28 (adaptación española). Consta de 28 ítems los cuales se responden de acuerdo a las estrategias que los participantes usan para responder a una situación en una escala tipo Likert que oscila entre 0 («nada») a 3 («mucho»).

Cuestionario de Satisfacción laboral Font-Roja (adaptación española). Consta de 24 ítems y miden el grado de satisfacción ante diversas situaciones en relación con su ámbito laboral. Los ítems se encuentran agrupados en 9 factores que permiten explorar diferentes dimensiones que intervienen en la satisfacción laboral. La puntuación obtenida equivale a la suma simple de los ítems que lo componen, dividida por el número de éstos. El punto 3 se toma como grado medio de satisfacción. La satisfacción laboral global o total se obtuvo a partir de la suma de puntuaciones de los 24 ítems por lo que su valor oscila entre 24 y 120 puntos.

Usted está invitado a participar porque cumple estos criterios: es profesional de medicina o enfermería que lleva realizando su labor asistencial en la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias durante -al menos- un año, se encuentra en activo durante el período de recogida de datos, no está en tratamiento activo antidepresivo y/o ansiolítico y no se encuentra en período de formación especializada.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es probable que, tras la realización de los ejercicios de relajación, note que se incrementa el nivel de conciencia y el reposo, logrando un descanso más profundo y disminuya la tensión muscular y, con ello, los dolores. De la participación en el estudio no deriva ningún riesgo.

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos referentes a su participación en el estudio se almacenarán y analizarán en una base de datos electrónica, sin mención expresa de su nombre, de acuerdo con la legislación vigente (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal). De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Los resultados de este estudio podrán ser remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes. Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio. En tal caso, debe ponerse en contacto con alguno de los investigadores arriba citados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Estrés laboral en el personal sanitario de urgencias hospitalarias.

INVESTIGADORES:

Silvia Portero de la Cruz.

Contacto: n92pocrs@uco.es

Jesús Cebrino Cruz.

Contacto: jcebrino@gmail.com

Javier Herruzo Cabrera.

Contacto: ed1hecaf@uco.es

Manuel Vaquero Abellán.

Contacto: mvaquero@uco.es

Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado y acepto participar en él. He comprendido las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar las preguntas. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que de ello se derive ningún tipo de repercusión.

Doy

No doy

mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

Fecha:

Firma del/la participante:

Hacemos constar que han sido aclaradas las características y los objetivos del estudio y sus riesgos y beneficios a la persona que firma arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha:

Firma del investigador principal:

FORMULARIO SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

Sexo	Edad	Estado civil	Categoría profesional	Tipo de contrato
<input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre		<input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorciado/a	<input type="radio"/> Médico/a <input type="radio"/> Enfermero/a	<input type="radio"/> Propietario de plaza <input type="radio"/> Interinidad <input type="radio"/> Eventual
Tiempo trabajado en el actual servicio (años)			Tiempo de experiencia profesional (años)	

1. ¿Practica ejercicio físico diario?

- Sí No

2. ¿Consume tabaco a diario?

- No Sí

3. ¿Cuántos pacientes a diario tiene a su cargo? Ponga un número aproximado.

- _____pacientes

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos **DURANTE EL ÚLTIMO MES**. En cada caso, por favor indique con el valor que corresponda, cómo se ha sentido o ha pensado Usted en cada situación.

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

1	¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	
2	¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	
3	¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	
4	¿Con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	
5	¿Con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	
6	¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	
7	¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	
8	¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	
9	¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	
10	¿Con qué frecuencia se ha sentido al control de todo?	
11	¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	
12	¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?	
13	¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	
14	¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	

INVENTARIO DE BURNOUT

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. A cada una de las frases debe responder expresando **LA FRECUENCIA CON QUE TIENE ESE SENTIMIENTO** de la siguiente forma:

0 Nunca	1 Pocas veces al año o menos	2 Una vez al mes o menos	3 Unas pocas veces al mes	4 Una vez a la semana	5 Pocas veces a la semana	6 Todos los días
------------	---------------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------------	---------------------

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL

A continuación, encontrará una serie de situaciones en relación con su ámbito laboral. Indique sobre cada una de ellas, según su **GRADO DE ACUERDO**.

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

1	En mi trabajo me encuentro muy satisfecho	
2	Obtengo reconocimiento por mi trabajo	
3	La relación con mis jefes es muy cordial	
4	Sé lo que se espera de mi en el trabajo	
5	Mi trabajo en el centro es el mismo todos los días, no varía nunca	
6	Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo	
7	Al final de la jornada de trabajo, me suelo encontrar muy cansado	
8	Tengo poca independencia para organizar mi trabajo	
9	Tengo pocas oportunidades de aprender a hacer cosas nuevas	
10	Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo	
11	Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena	
12	Con frecuencia no desconecto del trabajo cuando estoy fuera del centro	
13	Las relaciones con mis compañeros son muy cordiales	
14	Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo	
15	Con frecuencia la competitividad o el estar a la altura de los demás, me causa estrés o tensión	
16	Tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	
17	Creo que mi trabajo es excesivo	
18	Con frecuencia no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable	
19	Tengo muchas posibilidades de promoción profesional	
20	Los problemas personales de mis compañeros de trabajo me suelen afectar	
21	El sueldo que percibo es adecuado	
22	Estoy convencido de que ocupo el puesto que me corresponde por capacidad y preparación	
23	Muy pocas veces me tengo que emplear a fondo para realizar mi trabajo	
24	Muy pocas veces mi trabajo en el centro altera mi ánimo, mi salud o mis horas de sueño	

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga el número que mejor refleje su propia **FORMA DE ENFRENTARSE AL PROBLEMA**:

0	1	2	3
En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho

1	Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer	
2	Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy	
3	Acepto la realidad de lo que ha sucedido	
4	Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente	
5	Me digo a mí mismo «esto no es real»	
6	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer	
7	Hago bromas sobre ello	
8	Me critico a mí mismo	
9	Consigo apoyo emocional de otros	
10	Tomo medidas para intentar que la situación mejore	
11	Renuncio a intentar ocuparme de ello	
12	Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables	
13	Me niego a creer que haya sucedido	
14	Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo	
15	Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor	
16	Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales	
17	Consigo el consuelo y la comprensión de alguien	
18	Busco algo bueno en lo que está sucediendo	
19	Me río de la situación	
20	Rezo o medito	
21	Aprendo a vivir con ello	
22	Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión	
23	Expreso mis sentimientos negativos	
24	Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo	
25	Renuncio al intento de hacer frente al problema	
26	Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir	
27	Me echo la culpa de lo que ha sucedido	
28	Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen	

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

Recuerde que solo debe responder **SOBRE LOS PROBLEMAS RECIENTES**, no sobre los que tuvo en el pasado. Rellene el círculo correspondiente en una única opción de respuesta.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- Mejor que lo habitual
 Igual que lo habitual
 Peor que lo habitual
 Mucho peor que lo habitual

A. 2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

A. 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

A. 4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

A. 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

A. 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

A. 7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B. 2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B. 3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B. 4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B. 5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B. 6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

B. 7. ¿Se ha notado nervioso y «a punto de explotar» constantemente?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- Más activo que lo habitual
 Igual que lo habitual
 Bastante menos que lo habitual
 Mucho menos que lo habitual

C. 2. ¿Le cuesta más tiempo para hacer las cosas?

- Menos tiempo que lo habitual
 Igual que lo habitual
 Más tiempo que lo habitual
 Mucho más tiempo que lo habitual

C. 3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- Mejor que lo habitual
 Igual que lo habitual
 Peor que lo habitual
 Mucho peor que lo habitual

C. 4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- Más satisfecho que lo habitual
 Igual de satisfecho que lo habitual
 Menos satisfecho que lo habitual
 Mucho menos que lo habitual

C. 5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- Más útil que lo habitual
 Igual de útil que lo habitual
 Menos útil que lo habitual
 Mucho menos útil que lo habitual

C. 6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más que lo habitual
 Igual que lo habitual
 Menos que lo habitual
 Mucho menos que lo habitual

C. 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- Más que lo habitual
 Igual que lo habitual
 Menos que lo habitual
 Mucho menos que lo habitual

D. 1. ¿Ha pensado que Usted es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

D. 2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

D. 3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- No, en absoluto
 No más que lo habitual
 Bastante más que lo habitual
 Mucho más que lo habitual

D. 4. ¿Ha pensado en la posibilidad de «quitarse de en medio»?

- No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

D. 5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

D. 6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

D. 7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente, lo he pensado



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA