

European Journal of Investigation in Health,
Psychology and Education
2019, Vol. 9, Nº 2 (Págs. 59-70)

© European j investiga
e-ISSN 2254-9625 //www.ejihpe.es
doi: 10.30552/ejihpe.v9i2.320

Desequilibrio esfuerzo-recompensa y quejas subjetivas de salud: Estudio exploratorio entre médicos en España

Gumersindo Tirado^{1,2}, Marta Llorente-Alonso^{2,3} y Gabriela Topa²
¹Universidad de Huelva (España); ²Universidad Nacional de Educación a Distancia,
UNED (España); ³Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (España)

Este estudio transversal tuvo como objetivo explorar si el impacto del desequilibrio de esfuerzo-recompensa en las quejas de salud es moderado por la sobreimplicación. Participó una muestra de 164 médicos españoles que llenaron un cuestionario de papel y lápiz. El efecto negativo del desequilibrio de esfuerzo-recompensa percibido en las quejas de salud subjetivas fue más fuerte para los empleados con sobreimplicación alta o media, mientras que fue positivo y no significativo para aquellos con una baja implicación. El presente estudio puede contribuir a una mejor comprensión de cómo y cuándo el desequilibrio de esfuerzo-recompensa aumenta el riesgo de quejas de salud subjetivas. En consecuencia, la intervención temprana diseñada para amortiguar los efectos negativos del desequilibrio de esfuerzo-recompensa debería centrarse en aumentar el nivel individual de sobreimplicación.

Palabras Clave: Desequilibrio de esfuerzo-recompensa, quejas de salud, sobreimplicación, médicos.

Effort-reward imbalance and subjective health complaints: exploratory study among physicians in Spain. This cross-sectional study aimed to explore whether the impact of Effort-Reward Imbalance (ERI) on health complaints was moderated by overcommitment. A sample of 164 Spanish medical doctors that filled in a paper and pencil questionnaire. The negative effect of perceived ERI on subjective health complaints was stronger for employees with high or medium overcommitment, while it was positive and non-significant for those with low overcommitment. The present study can contribute to a better understanding of how and when ERI boosts the risk of subjective health complaints. Accordingly, early intervention designed to buffer the negative effects of ERI would focus on increasing individual level of overcommitment.

Keywords: Effort-Reward Imbalance (ERI), health complaints, overcommitment, physicians.

Casi un 10% de los trabajadores en la Unión Europea están empleados en el sector de la salud y muchos de ellos son médicos. España es el séptimo país de la Unión Europea con mayor número de médicos en ejercicio. En concreto, 3.8 profesionales por cada 1.000 habitantes, según un informe comparativo de indicadores de los sistemas sanitarios de la UE, realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). El estrés laboral es uno de los riesgos psicosociales más destacados en la profesión médica, tal como reportan diversas investigaciones (Kumar, 2016; Lemaire y Wallace, 2017; Perdikaris, Kletsiou, Gymnopoulou, y Matziou, 2010). Su incidencia ha sido comprobada entre los profesionales en ejercicio y también entre los estudiantes de medicina y los médicos en prácticas (residentes). Cuando el estrés es alto, los médicos tienen mayor probabilidad de tomar decisiones desacertadas, mostrar actitudes hostiles con sus pacientes, cometer errores y también tener problemas de relación con sus compañeros y supervisores. En el plano personal, el estrés está relacionado estrechamente con diversos indicadores subjetivos de malestar, entre otros las quejas de salud (Dollard, LaMontagne, Caulfield, Blewett, y Shaw, 2007; van Vegchel, de Jonge, Bosma, y Schaufeli, 2005).

El modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa (Effort-Reward Imbalance, ERI) de Siegrist (1996) es uno de los modelos de estrés relacionados con el trabajo que más sólido apoyo empírico ha recibido dentro de psicología de las organizaciones. De acuerdo con este modelo, el estrés laboral es el resultado del desequilibrio entre los esfuerzos que el profesional invierte en el desempeño de su trabajo y las recompensas que recibe (Siegrist, 2008). Por lo tanto, el estrés laboral crónico se debe a un desequilibrio prolongado entre la cantidad de esfuerzo (demandas de trabajo extrínsecas y motivación intrínseca para cumplir con las demandas requeridas) que las personas dedican a su trabajo y la recompensa (en términos de estima, estatus, salario y seguridad, oportunidades de carrera y, de hecho, dinero) que reciben. La evidencia se ha acumulado en investigaciones efectuadas en muchos países (Basińska y Wilczek-Rużyczka, 2013). Aunque existen numerosas investigaciones empíricas relativas al estrés de los profesionales de la salud en España (González-Cabrera et al., 2018; Pérez-Fuentes, Molero, Martos, y Gázquez, 2018; Pérez-Fuentes et al., 2019), hay muy pocos estudios recientes aplicando el modelo ERI (Topa, Guglielmi, y Depolo, 2014; Topa, Guglielmi, y Depolo, 2016; Guglielmi, Mazzeti, Villano, y Topa, 2018) y ninguno de ellos se ha centrado exclusivamente en los médicos.

De acuerdo con este modelo, las quejas de salud relacionadas con el estrés se derivan de un desequilibrio entre el esfuerzo que los individuos dedican a su trabajo y la recompensa (de cualquier tipo) que reciban. La condición de desequilibrio puede provocar graves trastornos psicológicos, que en consecuencia afectan tanto la salud mental como la física. En concreto, varios estudios han analizado la relación entre el estrés en el trabajo y los síntomas de la enfermedad cardiovascular (Byrne y Espnes, 2008). En una revisión de cuarenta y cinco estudios de acuerdo al modelo ERI (van Vegchel et al., 2005), ocho

estudios mostraron una correlación significativa entre el estrés laboral y los resultados de enfermedades cardiovasculares (es decir, mortalidad y morbilidad) y otros diecisiete estudios una correlación entre ERI y síntomas cardiovasculares y factores de riesgo, como hipertensión y colesterol. Además, entre los empleados expuestos a ERI (Siegrist, 2010) se observaron un aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, y una secreción alterada de las hormonas del estrés.

El desequilibrio también se asoció con diferentes tipos de síntomas de salud psicósomática (por ejemplo, depresión y salud mental en general) y síntomas físicos. Por ejemplo, Dragano y sus colegas (2003) encontraron que el estrés laboral psicosocial estaba asociado con varias enfermedades musculoesqueléticas específicas. También se ha demostrado que ERI tiene un vínculo con un riesgo elevado de agotamiento emocional vital y más despersonalización (Bakker, Killmer, Siegrist, y Schaufeli, 2000), que son dimensiones del síndrome de *burnout*, así como con fatiga crónica (Fahren et al., 2006; Wada et al., 2008). Además, la investigación muestra una asociación relevante entre el estrés relacionado con el trabajo y los problemas de insomnio (Kudielka, Von Känel, Gander, y Fischer, 2004; Rugulies, Norborg, Sørensen, Knudsen, y Burr, 2009). Por último, hay evidencia de que los empleados que experimentan estrés crónico en el trabajo pueden sufrir de problemas gastrointestinales como el síndrome metabólico (Chandola, Brunner, y Marmot, 2006).

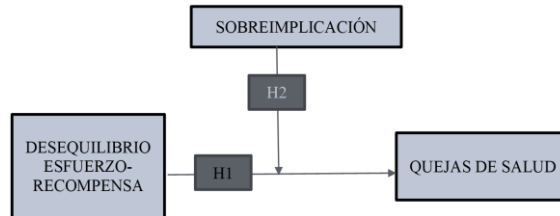
El papel moderador del compromiso excesivo en las relaciones de ERI-quejas de salud. De acuerdo con el modelo ERI, los trabajadores comprometidos juzgan mal el equilibrio entre las demandas y sus propios recursos, y su subestimación de las demandas externas contribuye a la exposición prolongada a intercambios desequilibrados, que conllevan para ellos un alto riesgo. La interacción entre un ERI asociado con un alto nivel de sobreimplicación conduce al mayor riesgo de mala salud y de malestar físico y psicológico. A pesar de este razonamiento, la investigación empírica encontró evidencia mixta. Primero, se ha demostrado un efecto de moderación de la sobreimplicación en la relación entre el desequilibrio y varios resultados (Feuerhahn et al., 2012). Pero la interacción de la sobreimplicación en las relaciones entre ERI y las quejas de salud no ha sido respaldada por todos los estudios (Preckel et al., 2007), mientras que sí ha sido apoyada por otros (Topa, Guglielmi, y Depolo, 2016). Por lo tanto, un segundo propósito de esta investigación es probar el papel moderador de la sobreimplicación en la relación entre ERI y las quejas de salud entre médicos españoles.

Sobre la base de la investigación presentada anteriormente, este estudio explora los efectos del estrés relacionado con el trabajo en problemas de salud específicos. Así, se proponen las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: El desequilibrio esfuerzo-recompensa estará relacionado directamente con las quejas subjetivas de salud. En presencia de un nivel de esfuerzo

superior al de recompensas esta relación será significativa, lo que evidencia la relación del estrés con las quejas de salud.

Figura 1. Hipótesis y modelo propuesto



Hipótesis 2: La relación entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y las quejas de salud estará moderada por la sobreimplicación. Las personas con alta sobreimplicación en su trabajo, en presencia de un desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, manifestarán menos quejas de salud. Por el contrario, las personas poco o nada sobreimplicadas expresarán más quejas de salud cuando haya mayor desequilibrio entre sus esfuerzos y sus recompensas. Las hipótesis y el modelo propuesto se desglosan en la figura 1.

MÉTODO

Participantes

La muestra definitiva fue de 164 médicos, con una media de edad de 51.88 años ($DT=10.91$), de los cuales un 36 % fueron mujeres. Las tablas 1 y 2 muestran los datos demográficos de los participantes.

Tabla 1. Datos demográficos (N=164)

	Nº	%	Media	D.T.
Edad			51.88	10.91
Mujeres	105	64		
Hombres	59	36		
Situación laboral:				
En activo	152	92.7		
Parado (menos de 6 meses)	2	1.2		
Parado (más de 6 meses)	4	2.4		
Baja por enfermedad	3	1.8		
Jubilado	1	0.6		
Tipo de trabajo:				
Cargo directivo	15	9.1		
Puesto intermedio	48	29.3		
Cuenta ajena (trabajo manual)	28	17.1		
Cuenta ajena (no manual)	49	29.9		
Autónomo	12	7.3		
Años en la profesión	16.84	10.77		
Tipo de empresa:				
Pública	113	68.9		
Privada	49	29.9		

Nota. Nº, número de personas; %, porcentaje; D.T., desviación típica

Tabla 2. Datos demográficos (N=164)

	Nº	%	Media	D.T.
Otros trabajos además del actual: Coempleo				
No	138	84.1		
Si	21	12.8		
Horas de trabajo semanales			38.84	8.35
Trabajo a turnos:				
No	100	61		
Si, con turno de noche	38	23.2		
Si, sin turno de noche	25	15.2		

Nota. Nº, número de personas; %, porcentaje; D.T., desviación típica

Instrumentos

Escala de desequilibrio esfuerzo-recompensa. El desequilibrio esfuerzo-recompensa fue evaluado mediante la escala validada al castellano en personal sanitario, por Macías et al. (2003). Este cuestionario está formado por dos componentes, extrínseco e intrínseco. El componente extrínseco lo constituye el esfuerzo extrínseco y las recompensas y el intrínseco, la sobreimplicación. El esfuerzo extrínseco está compuesto por seis ítems y en la presente investigación ha obtenido un índice de consistencia interna de $\alpha=.66$. La escala de recompensa se compone de 11 ítems, de los cuales 4 son inversos y requieren una codificación posterior. Ha obtenido un $\alpha=.80$. Siegrist et al. (2003) mostraron las propiedades psicométricas del cuestionario de esfuerzo-recompensa en un estudio comparativo de varios países europeos. Encontraron valores para el esfuerzo de .61 a .78, y para la recompensa de .70 a .88. Ejemplos de ítems de la escala de esfuerzo extrínseco son: “A menudo, estoy obligado a hacer horas extras”, “En los últimos años, cada vez tengo más trabajo”. Ejemplos de la escala de recompensa son “En las situaciones difíciles recibo el apoyo necesario”, “Mis compañeros me dan el reconocimiento que merezco”. Ambas han sido medidas con una escala de respuesta tipo Likert que iba de 1 (no me afecta) a 4 (me afecta muchísimo).

Se calculó una medida global del desequilibrio esfuerzo-recompensa con el fin de mostrar la cantidad de desequilibrio percibida por los trabajadores. En primer lugar, se calcularon ambas dimensiones por separado, sumando las puntuaciones de sus ítems y dividiéndolos entre el número de ítems de la escala correspondiente. En segundo lugar, se procedió a restar la dimensión de recompensa a la de esfuerzo extrínseco. De esta forma, si esta medida es elevada y positiva, significa que existe un desequilibrio a favor del esfuerzo extrínseco, lo que originaría mayores niveles de estrés.

Escala de sobreimplicación. La escala de sobreimplicación consiste en el componente intrínseco del modelo de desequilibrio de esfuerzo-recompensa. Se ha utilizado la versión validada al castellano por Macías et al. (2003) compuesta por 6 ítems. Uno de ellos es inverso y ha requerido la codificación posterior. Se evalúa la dedicación excesiva al trabajo, sentimientos negativos y positivos, y las actitudes relacionadas con el trabajo.

Otros autores han mostrado adecuados niveles de consistencia interna de la escala de sobreimplicación, de .64 a .80 (Siegrist et al., 2003). En este estudio se obtuvo un $\alpha=.71$.

Ejemplos de ítems son: “Si dejo sin hacer algo importante me quita el sueño” No puedo olvidarme del trabajo, incluso por la noche estoy pensando en él”. La escala de respuesta tipo Likert iba de 1 (No estoy en absoluto de acuerdo) a 4 (muy de acuerdo).

Escala de quejas subjetivas de salud. Los problemas de salud se evaluaron mediante el cuestionario de quejas subjetivas de salud de Eriksen, Ihlebaek, y Ursin (1999). Puede dividirse en varias subescalas, no obstante, en el presente estudio se usa la escala completa como medida global de problemas de salud. Está formada por 23 ítems, medidos en una escala de respuesta tipo Likert que va de 1 a 4, indicando valores inferiores, menos problemas de salud. Los ítems evaluados en este estudio miden el daño muscular, los problemas gastrointestinales y los síntomas pseudoneurológicos. La fiabilidad obtenida en este estudio mediante Alpha de Cronbach es de .88. Otros autores también han mostrado niveles adecuados de entre .75 y .82 (Eriksen et al., 1999).

Procedimiento

La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad. Se optó por un muestreo de conveniencia y se contactó con 226 potenciales participantes.

Los potenciales participantes fueron contactados en las Unidades del Hospital por dos colaboradores del equipo investigador, quienes facilitaron este trabajo a cambio de créditos académicos. Aquellos que aceptaron participar, recibieron un sobre con una carta de presentación con información sobre el objetivo del estudio, asegurándoles que la participación era voluntaria y que sus respuestas serían anónimas y confidenciales, y se utilizarían solo con fines de investigación. Además, no se solicitó información de identificación personal a los participantes para mantener su confidencialidad. En el mismo sobre se adjuntaba también el cuestionario escrito que se devolvería al grupo de investigación una vez completado por correo postal. Se recogieron 164 cuestionarios que constituyen la muestra del presente estudio (73% de tasa de respuesta).

Análisis de los datos

Los análisis de datos se realizaron utilizando el software SPSS (versión 24.0) utilizando los datos de la fila como entrada. Se calcularon las estadísticas descriptivas, así como la fiabilidad para todas las variables del estudio. Todas las variables exhiben normalidad multivariada. Para probar las hipótesis del estudio, se utilizó el modelo nº 1 de la macro PROCESS para SPSS (Hayes, 2013), que nos permitió realizar el análisis de moderación. El número de muestras Bootstrap seleccionadas fue de 10000.

RESULTADOS

Análisis descriptivo y correlaciones

Las medias, desviaciones típicas, y correlaciones de las variables del estudio se observan en la tabla 3. Se cumplen los supuestos de validez del modelo de regresión.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos y matriz de correlaciones (N=164)

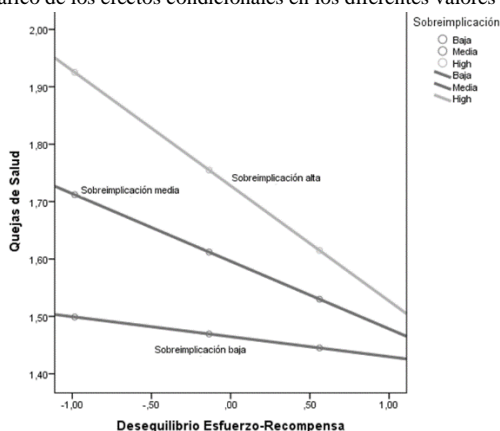
Variables	Media	DT	1	2	3	4	5
1. Esfuerzo extrínseco	2.26	0.57	-				
2. Recompensa	2.42	0.49	-.18*	-			
3. Desequilibrio E-R	-0.16	0.81	.80**	-.73**	-		
4. Sobreimplicación	2.52	0.51	-.41**	.24**	-.42**	-	
5. Quejas de salud	1.65	0.44	-.37**	.22**	-.40**	.43**	-

Nota. **. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral); *. La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

Prueba de hipótesis

En primer lugar, los resultados de la regresión mostraron que los efectos principales del desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre las quejas de salud no fueron significativos ($B=.30$; $p=.06$). La hipótesis 1 no se puede apoyar. En segundo lugar, la relación entre la sobreimplicación y las quejas de salud resultó significativa ($B=.26$; $p<.000$). Así como el efecto de la interacción entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y la sobreimplicación, sobre las quejas de salud ($B=-.17$; $p<.006$). Este resultado nos lleva a apoyar la hipótesis 2, o hipótesis de moderación. El signo negativo del coeficiente B no estandarizado indica que la relación entre desequilibrio y quejas de salud es negativa, ante la medida de sobreimplicación. En presencia de un desequilibrio entre el esfuerzo y las recompensas habrá menos quejas de salud, pero solamente cuando la sobreimplicación está presente.

Figura 2. Gráfico de los efectos condicionales en los diferentes valores del moderador



Por otro lado, se estudia el efecto condicional de la variable independiente sobre la dependiente en diferentes valores del moderador (Figura 2). El efecto del desequilibrio esfuerzo recompensa sobre los problemas de salud es estadísticamente significativo entre las personas con niveles medios ($B=-.18$; $p<.005$) y altos ($B=-.20$; $p<.000$) de sobreimplicación. Además, el efecto del desequilibrio sobre las quejas de salud es positivo y no significativo en aquellas personas cuya implicación es baja.

Estos efectos condicionales informan de que, cuando existe un desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa habrá menos problemas de salud, pero solo para aquellos médicos con sobreimplicación media y alta. Este efecto del desequilibrio sobre las quejas subjetivas de salud se incrementa a medida que aumenta la puntuación en sobreimplicación (Tabla 4).

Tabla 4. Efectos condicionales del desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre las quejas de salud en los diferentes niveles del moderador

Puntuación de sobreimplicación	Coefficiente B	Error estándar	t	p
1	0.13	0.10	1.26	.20
2	-0.03	0.05	-.064	.52
3	-0.20	0.05	-4.14	.0001
4	-0.36	0.09	-3.90	.0001

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio transversal se ha llevado a cabo para poner a prueba el impacto potencial del ERI en las quejas de salud subjetivas. Los resultados de este estudio confirman las principales hipótesis del modelo ERI (Siegrist, 2008), aplicadas a los médicos, y aumentan el cúmulo de evidencia que respaldan el modelo desde los estudios iniciales (Bosma et al., 1998). Además, estos hallazgos amplían la evidencia favorable al modelo ERI para incluir la moderación de la sobreimplicación en la relación de ERI-quejas de salud como lo habían sugerido algunos autores (Prekel et al., 2007).

En este estudio, las quejas de salud se utilizaron como un indicador del deterioro del bienestar personal entre los médicos, pero la investigación acumulada sobre el modelo ERI ha ampliado recientemente estas consecuencias. Los estudios empíricos proporcionan evidencia del impacto de las situaciones desequilibradas en los resultados que afectan a terceros, como la calidad percibida del servicio prestado a los pacientes (Klein et al., 2011), o incluso los indicadores de bienestar de los hijos de los empleados, como peso al nacer y la edad gestacional, cuando las trabajadoras embarazadas experimentan ERI (Lee et al., 2011).

Además, el efecto moderador de la sobreimplicación en la relación entre ERI y las quejas de salud también se ha confirmado, acumulando así evidencia favorable para la hipótesis de interacción del modelo ERI, como se señaló en estudios anteriores (Feuerhahn et al., 2012; Topa et al., 2016).

Asimismo, este hallazgo contradice otras investigaciones que no logran encontrar estos efectos de interacción (Derycke et al., 2013). En nuestro caso, el signo negativo de la interacción respalda la idea de que los médicos con una menor sobreimplicación serán aquellos que expresarán más quejas en comparación con los trabajadores más comprometidos, que se quejarán menos, incluso en situaciones más desequilibradas.

En resumen, en el presente trabajo, el efecto directo del ERI en las quejas de salud fue significativo en todos los casos de sobreimplicación media y alta, pero pierde su significación cuando los médicos tienen un bajo compromiso.

Limitaciones

A pesar del hecho de que este estudio proporciona una sólida evidencia de las relaciones entre los predictores y los correlatos del ERI, la investigación que se presenta en este documento tiene algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta al evaluar sus contribuciones a la teoría. En primer lugar, el presente estudio se basa totalmente en medidas autoinformadas. Aunque investigaciones anteriores indican que las quejas de salud son un indicador bastante confiable de la salud de los empleados, una evidencia más sólida debe provenir de medidas objetivas de bienestar. En segundo lugar, la selección de participantes puede estar sesgada por alguna variable de interés para el estudio, por ejemplo, los médicos menos comprometidos con sus trabajos pudieron declinar su participación en el estudio.

En tercer lugar, el cuestionario ERI evalúa todos los factores de estrés sin distinguir entre los que pueden considerarse obstáculos y los que pueden ser un desafío (Newman et al., 2015). Es posible que la información sobre estos dos tipos de factores de estrés nos ayude a comprender mejor las relaciones analizadas en este documento. El impacto negativo del desequilibrio entre esfuerzos y recompensas puede incrementarse aún más en un entorno laboral en el que la persona experimente muchos obstáculos y una escasez de desafíos. Además, como los obstáculos parecen estar acompañados por emociones negativas, el impacto negativo del ERI podría aumentar. Por lo tanto, parece apropiado que los estudios futuros incluyan medidas de factores estresantes que sean lo suficientemente sensibles para distinguir entre factores estresantes que son obstáculos y aquellos que pueden considerarse desafíos.

Los resultados de este estudio resaltan la importancia de ERI y la sobreimplicación para promover entornos de trabajo saludables. Además, el presente estudio hace contribuciones importantes a la literatura relativa a los médicos y, a la prevención del estrés en el trabajo. En primer lugar, este estudio confirma las hipótesis clásicas del modelo ERI en una muestra de médicos españoles.

En segundo lugar, los resultados de este estudio apuntan hacia el desequilibrio entre esfuerzos y recompensas en el ejercicio de la profesión médica que, además, se ha

revelado como un predictor de las quejas de salud. En este sentido, los gerentes de hospitales y centros sanitarios deben prestar la debida atención al impacto a largo plazo de las situaciones desequilibradas en los empleados. Si bien las percepciones de los individuos sobre el desequilibrio esfuerzo/recompensa pueden no ser directamente controlables, por el contrario, los eventos organizacionales que desencadenan tales percepciones están sujetos a intervención.

En tercer lugar, los hallazgos también sugieren que el compromiso excesivo es una estrategia de afrontamiento peligrosa desde el punto de vista del trabajador. En consecuencia, también se debe advertir a los administradores de los hospitales que, a corto plazo, las intervenciones dirigidas a aumentar el exceso de compromiso de los profesionales sanitarios pueden parecer beneficiosas. Pero las consecuencias a largo plazo deben ser tomadas en consideración. En este sentido, los estudios recientes no han podido encontrar relaciones a corto plazo entre el ERI y la baja por enfermedad, pero los mismos estudios verificaron los efectos del ERI en la baja por enfermedad a largo plazo (Derycke et al., 2013). Por lo tanto, esta evidencia se debe tener en cuenta en el reclutamiento y la selección del personal médico, a fin de identificar a las personas que demuestren actitudes y comportamientos conducentes a brindar servicios de alta calidad. Se puede capacitar al personal del hospital para reconocer estos factores de riesgo específicos y se puede educar sobre cómo prevenir mejor este estilo de afrontamiento inadecuado (Zhou et al., 2015).

REFERENCIAS

- Basińska B.A., y Wilczek-Rużyczka E. (2013). The role of rewards and demands in burnout among surgical nurses. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(4), 593-604.
- Bosma H., Peter R., Siegrist J., y Marmot M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88(1), 68-74.
- Chang V., Hiller, C., Keast, E., Nicholas, P., Su, M., y Hale, L. (2013). Musculoskeletal disorders in support workers in the aged care sector. *Physical Therapy Reviews*, 18(3), 185-206.
- Derycke H., Vlerick, P., Van de Ven, B., Rots, I., y Clays, E. (2013). The impact of effort-reward imbalance and learning motivation on teachers' sickness absence. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 29(1), 14-21.
- Elovainio M., van den Bos K., Linna A., Kivimäki M., Ala-Mursula L., Pentti J., y Vahtera J. (2005). Combined effects of uncertainty and organizational justice on employee health: testing the uncertainty management model of fairness judgments among Finnish public sector employees. *Social Science y Medicine*, 61(12), 2501-2512.
- Eriksen H.R., Ihlebaek, C., y Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(1), 63-72.
- Eriksen, H.R., Ihlebaek, C., y Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Psychology*, 1, 63-72.
- Fernández-López J.A., Martín-Payo, R., Fernández-Fidalgo, M., y Rödel A. (2006). Análisis factorial confirmatorio de la versión española del cuestionario Effort-Reward Imbalance, de medida del estrés laboral. [Confirmatory factor analysis of the Spanish version of

- Effort-Reward Imbalance Questionnaire of measure of work stress]. *Atención Primaria*, 38(8), 465-466.
- Feuerhahn, N., Kühnel, J., y Kudielka, B.M. (2012). Interaction effects of effort–reward imbalance and overcommitment on emotional exhaustion and job performance. *International Journal of Stress Management*, 19(2), 105-131.
- González-Cabrera, J., Fernández-Prada, M., Iribar, C., Molina-Ruano, R., Salinero-Bachiller, M., y Peinado, J. (2018). Acute Stress and Anxiety in Medical Residents on the Emergency Department Duty. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 506.
- Hayes, A.F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York, NY: The Guilford Press.
- Hayes, A.F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
- Kinnunen, U., Feldt, T., y Mäkikangas, A. (2008). Testing the effort-reward imbalance model among Finnish managers: The role of perceived organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(2), 114-127.
- Klein, J., Frie, K.G., Blum, K., y von dem Knesebeck, O. (2011). Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Services Research*, 11(1), 109.
- Kumar, S. (2016). Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Healthcare*, 4(3), 37.
- Lee, B.E., Ha, M., Park, H., Hong, Y.C., Kim, Y., Kim, Y.J., y Ha, E.H. (2011). Psychosocial work stress during pregnancy and birthweight. *Paediatric and Prenatal Epidemiology*, 25(3), 246-254.
- Lemaire, J.B., y Wallace, J.E. (2017). Burnout among doctors. *British Medical Journal*, 358.
- Lunau, T., Wahrendorf, M., Dragano, N., y Siegrist, J. (2013). Work stress and depressive symptoms in older employees: Impact of national labour and social policies.
- Macías, M.D., Fernández-López, J.A., Hernández-Mejía, R., Cueto-Espinar, A., Rancaño, I., y Siegrist, J. (2003). Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público español. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa. *Medicina Clínica*, 120(17), 652-657.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE*. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf
- Perdikaris, P., Kletsiou, E., Gymnopoulos, E., y Matziou, V. (2010). The relationship between workplace, job stress and nurses' tobacco use: a review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(5), 2362-2375.
- Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., Barragán, A.B., Simón, M.M., Martos, Á., y Gázquez, J.J. (2019). The Mediating Role of Perceived Stress in the Relationship of Self-Efficacy and Work Engagement in Nurses. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1), 1-12.
- Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., Martos, Á., y Gázquez, J.J. (2018). New Burnout Evaluation Model Based on the Brief Burnout Questionnaire: Psychometric Properties for Nursing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 1-12.
- Preckel, D., Meinel, M., Kudielka, B.M., Haug, H.J., y Fischer, J.E. (2007) Effort-reward-imbalance, overcommitment and self-reported health: Is it the interaction that matters? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 80(1), 91-107.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41.

- Siegrist, J. (2008). Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: Evidence from prospective studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 258, 115-119.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., y Peter, R. (2003). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science y Medicine*, 58, 1483–1499.
- Topa, G., Guglielmi, D., y Depolo, M. (2014). Mentoring and group identification as antecedents of satisfaction and health among nurses: What role do bullying experiences play? *Nurse Education Today*, 34(4), 507-512.
- Topa, G., y Moriano, J.A. (2013). Stress and nurses' horizontal mobbing: Moderating effects of group identity and group support. *Nursing Outlook*, 61(3), e25-e31.

Recibido: 27 de diciembre de 2018

Recepción modificaciones: 21 de enero de 2019

Aceptado: 22 de enero de 2019