

# Universidad de Huelva

Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud  
Pública



## Condiciones psicosociales de las enfermeras en el desempeño de sus funciones dentro del territorio español

Memoria para optar al grado de doctor  
presentada por:

**Juan Jesús García Iglesias**

Fecha de lectura: 11 de marzo de 2021

Bajo la dirección del doctor:

Juan Gómez Salgado

Huelva, 2021





Universidad de Huelva

# CONDICIONES PSICOSOCIALES DE LAS ENFERMERAS EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES DENTRO DEL TERRITORIO ESPAÑOL

TESIS DOCTORAL

HUELVA  
2021

Doctorando: **Juan Jesús García Iglesias**

Director: **Prof. Dr. Juan Gómez Salgado**





Universidad de Huelva

# CONDICIONES PSICOSOCIALES DE LAS ENFERMERAS EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES DENTRO DEL TERRITORIO ESPAÑOL

TESIS DOCTORAL  
HUELVA  
2021

**TESIS POR COMPENDIO**

Doctorando: *Juan Jesús García Iglesias*

Director: *Prof. Dr. Juan Gómez Salgado*



## AGRADECIMIENTOS

*Una sola persona por sí misma, con esfuerzo, sí puede conseguir un objetivo. Una persona, con la ayuda de las personas adecuadas de su entorno no consigue un objetivo, alcanza un logro. Sin ninguna duda, el hecho de elaborar una tesis doctoral es todo un reto no exento de dificultades, y las personas que han estado día a día en su desarrollo pueden dar buena cuenta de ello, por lo que me gustaría dedicar unas palabras hacia ellas.*

*En primer lugar, debo mostrar mi gratitud a mi director de tesis, Juan, por sus sabios consejos, por su atención prestada de forma continua, por su constancia y perseverancia con mi trabajo siendo mostrada día a día durante los años de tutela. Además de gran compañero de trabajo y excelente profesional, se podría decir que la tesis me ha dado un buen amigo.*

*A mis padres, Juan y Tere, por inculcarme los valores de la constancia, el esfuerzo, el tesón y el sacrificio. Por apoyarme en todo momento en todas las decisiones que he tomado en la vida, siendo guía y faro.*

*A mi hermana Patri, quien se privó por cuidarme cuando las cosas peor estaban en casa ofreciéndome, sin pedir nada a cambio, su tiempo y su paciencia.*

*A mi tío Miguel, al que sin palabras me enseñó con pleno lujo de detalles lo que son los valores de la humildad, de donde vengo y a donde quiero llegar.*

*A mi pareja, Inma, a la que le he quitado muchos momentos para conseguir mi meta. La que me ha entendido ni cuando yo mismo me entendía, la que me ha dado tiempo, paciencia y comprensión, y la que le ha dado orden a mi desorden.*

*A mis amigos, los de verdad, los que se han preocupado desinteresadamente por mí en algún momento de esta etapa de mi vida, que han compartido los buenos y malos ratos y han sentido como suyos mis logros y mis decepciones.*

*A todos aquellos compañeros de trabajo (docentes y sanitarios), a todos aquellos alumnos de los que aprendí cuando pensaba que era yo el que enseñaba y a los profesionales sanitarios que han estado en la brecha en estos tiempos tan complicados. En definitiva, a todas aquellas personas que de una forma u otra me han hecho crecer como persona y entender el significado de la vida.*

*A todos ellos, un pedacito de este trabajo es suyo.*

Gracias.



## GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

a. C.	Antes de Cristo
AP	Atención Primaria
ATS	Ayudantes Técnicos Sanitarios
d. C.	Después de Cristo
CES-D	Center for Epidemiology Scale for Depression
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIN	Clinical Initiatives Nurse
COPSOQ-istas21	Versión española del Copenhagen Psychosocial Questionnaire
COVID-19	Enfermedad por coronavirus 2019 ( <i>coronavirus disease 2019</i> )
DASS-21: Ansiedad	Depression Anxiety Stress Scales: Anxiety subscale
DASS-21: Depresión	Depression Anxiety Stress Scales: Depression subscale
DASS-21: Estrés	Depression Anxiety Stress Scales: Stress subscale
DCCU/SUEE	Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias / Servicios de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias
DeCS	Descriptores de Ciencias de la Salud
DGP	Dirección de Grupos de Pacientes
EBAP	Equipo Básico de Atención Primaria
EE.UU.	Estados Unidos
EIR	Enfermera Interna Residente
EPA/APRNs	Enfermera de Práctica Avanzada / Advanced Practice Registered Nurses
ESENER-2	Segunda Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes ( <i>Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks</i> )
ESENER-3	Tercera Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes ( <i>Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks</i> )
EU-OSHA	Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo
FT	Fast Track
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder
GHQ-12	Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire)
HAMA-14	Hamilton Anxiety Scale
HAMD-17	Hamilton Depression Scale
IC	Intervalo de confianza
IES-R	Impact of Event Scale - Revised
INE	Instituto Nacional de Estadística

INSST	Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
ISTAS	Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud
JBI	Joanna Briggs Institute
MBE	Medicina Basada en la Evidencia
MeSH	Medical Subject Headings
MIR	Médico Interno Residente
NTP	Nota Técnica de Prevención
PHQ-9	Patient Health Questionnaire depression module
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcomes
PE	Prescripción enfermera
PI	Prescripción independiente
PRIMA-EF	Marco Europeo para la Gestión de Riesgos Psicosociales ( <i>European Framework for Psychosocial Risk Management</i> )
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
PROSPERO	International Prospective Register for Systematic Reviews
PTSD	Síndrome de estrés post-traumático ( <i>Posttraumatic stress disorder</i> )
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds ratio
RGS	Recursos Generales de Resistencia
RITZ	Intervention and Treatment Zone
SARS-CoV-2	Coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo ( <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i> )
SAS	Self-Rating Anxiety Scale
SDS	Self-rating Depression Scale
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOC	Sentido de Coherencia ( <i>Sense of Coherence</i> )
SOS	Stress Overload Scale
SUSESO	Superintendencia de Seguridad Social
TENP	Transitional Emergency Nurse Practitioner
UE	Unión Europea
UWES	Utrecht Work Engagement Scale
vs	Versus (contra, frente a)



*Sapere aude (Epístola II de Horacio del Epistularum liber primus)*

*“De la conducta de cada uno depende el destino de todos” (Alejandro Magno)*

*“Después de escalar una montaña muy alta, descubrimos que hay muchas otras montañas por escalar”  
(Nelson Mandela)*

# RESUMEN

## **Título**

Condiciones psicosociales de las enfermeras en el desempeño de sus funciones dentro del territorio español.

## **Introducción**

Los riesgos laborales han acompañado a los trabajadores a lo largo de la historia. En ciertas profesiones como es el caso de la de las enfermeras, están expuestas en el ejercicio de sus funciones a multitud de riesgos y condiciones laborales adversas, como pueden ser la escasez de personal, las cargas excesivas de trabajo, el trabajo nocturno, los largos turnos de trabajo, un elevado número de horas trabajadas a la semana, una elevada frecuencia de rotación entre servicios y una elevada carga psicológica debida al manejo de situaciones de carácter crítico, entre otras. Todas estas condiciones laborales hacen que el trabajo que realizan las enfermeras sea particularmente estresante y diverso, en el que coexisten riesgos de diversa índole donde los factores de riesgo de tipo psicosocial son los más frecuentes que, si no se toman las medidas oportunas ni existen los recursos laborales adecuados, pueden generar manifestaciones de desgaste, una pérdida de compromiso laboral y una repercusión negativa sobre la propia salud del trabajador, especialmente en servicios donde la sobrecarga laboral es superior, como en el caso de los servicios de Urgencias.

## **Objetivos**

El objetivo de este estudio fue describir el compromiso laboral, los riesgos psicosociales y el bienestar psicológico de una muestra de enfermeras españolas pertenecientes a distintas áreas asistenciales, analizando las relaciones existentes entre estas variables y sus efectos sobre la salud mental de las enfermeras.

## **Hipótesis**

Las enfermeras que sufren sobrecarga laboral excesiva ofrecen niveles altos de burnout y moderados de compromiso laboral, por lo que aquellas que tienen una percepción de la salud regular o pésima un tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas subjetivos de distrés psicológico.

Así mismo, las demandas laborales elevadas aumentan la probabilidad de desgaste laboral, mientras que la existencia de recursos laborales aumenta el compromiso laboral de las enfermeras, especialmente en situaciones con una gran sobrecarga laboral como es el caso de la situación provocada por el SARS-CoV-2.

## **Metodología**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y de aproximación cuantitativa. Para su consecución se dividió en 2 fases:

- Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible a través de un análisis bibliográfico.
- Fase 2. Estudio de campo.

Para la primera fase, se realizó un análisis bibliográfico de la evidencia disponible a través de 3 revisiones sistemáticas.

Para la segunda fase, se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y de aproximación cuantitativa, con una muestra de 1704 enfermeras españolas entre enero de 2019 y enero de 2020, utilizando un cuestionario autoadministrado que contenía variables sociodemográficas, la versión española del Copenhagen Psychosocial Questionnaire (CoPsoQ-istas21) para la evaluación de riesgos psicosociales, la Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) para analizar el compromiso laboral y el General Health Questionnaire (GHQ-12) para hacer un cribado de posibles problemas psiquiátricos no psicóticos de la población objetivo.

## **Resultados**

Más del 50% de las enfermeras perciben un nivel de riesgo alto en el ejercicio de sus funciones; salvo en la dimensión Compensaciones, en la que presentaron un nivel medio-alto. Además, se observó una prevalencia superior en los servicios de Urgencias para las cinco dimensiones, sobre todo en las dimensiones Exigencias psicológicas y Apoyo social a las empresas con 80'5% y 79'2% respectivamente. En contraposición, las enfermeras de Atención Primaria presentaron una menor percepción de riesgo, con respecto al resto de servicios, siendo la prevalencia inferior al 50% en las dimensiones Trabajo activo y desarrollo de habilidades (39'3%), Compensaciones (33'1%) y Doble presencia (48'7%) donde se pudo afirmar que el riesgo es medio-alto.

Por otro lado, más del 75% de las enfermeras de Atención Primaria obtuvieron un porcentaje promedio de 5 o 6 en todas las subescalas y en el puntaje total para la escala UWES-9. En lo que respecta a las enfermeras de Urgencias, los porcentajes asociados a promedios de 5 o 6 fueron del 57'72% en vigor, 71'14% en dedicación y 62'42% en absorción; mientras que, para el Resto de áreas los porcentajes fueron 58'46%, 69'61% y 69'81% respectivamente y en ambos servicios este porcentaje del total fue ligeramente superior al 62%. Concretamente, en todas las áreas bajo estudio, más del 30% reportó que experimenta estos sentimientos todos los días.

Respecto a la evaluación del bienestar psicológico, un 41'14% de las enfermeras puntúan el test GHQ-12 con valores superiores a 3, siendo inferior en el caso de las enfermeras de Atención Primaria (30'52%), ligeramente superior para las enfermeras de Urgencias (47'65%) y muy similar en el Resto de áreas (42'98%). En los tres modelos, enfermeras de Atención Primaria, enfermeras de Urgencias y Resto de áreas, las variables salud percibida y subescala vigor del test UWES presentaron carácter predictor. La edad fue significativa en los grupos de enfermeras de Atención Primaria y Resto de áreas; mientras que el sexo y la subescala dedicación del test UWES únicamente fueron significativas en el último grupo. La subescala absorción y la escala total del test UWES no fueron significativas en ninguno de los tres modelos.

## **Discusión**

En este estudio se ha constatado, en una muestra de 1704 enfermeras españolas, cómo los riesgos psicológicos, el nivel de engagement o el bienestar psicológico presentaron diferencias significativas entre los diferentes tipos de servicios: Urgencias, Atención Primaria y resto de áreas.

En lo referente a la evaluación de los riesgos psicosociales, en cuatro de las cinco las dimensiones (CoPsoQ-istas21: Exigencias psicológicas, Trabajo activo y desarrollo de habilidades, Apoyo social a las empresas y Doble presencia) predomina una prevalencia con nivel alto en los tres grupos bajo estudio.

Los niveles de compromiso laboral fueron altos en una cantidad considerable de los sanitarios bajo estudio, superando puntuaciones medias superiores a 4 sobre 6 en las tres dimensiones, con más de un 30% de las enfermeras que afirmaron haber experimentado sentimientos de compromiso laboral a diario.

Según los datos que arroja nuestro estudio, se observa que cuatro de cada diez profesionales sanitarios pueden presentar deterioro en su salud mental (GHQ>3).

La variabilidad encontrada entre servicios podría ser explicada por ciertas variables que pueden aumentar la percepción de riesgo como ser mujer joven, tener una percepción de salud regular o pésima, tener un bajo compromiso laboral y trabajar en servicios con un alto nivel de estrés como en el caso de los servicios de Urgencias.

## **Conclusiones**

La probabilidad que tiene una enfermera de desarrollar desgaste ocupacional y los niveles que ofrece de compromiso laboral van a depender de multitud de factores. Entre ellos, ciertas condiciones laborales como la sobrecarga laboral, el tipo de turno, el tipo de servicio, entre otros; y la presencia o no de ciertos recursos personales, situacionales y organizacionales

como el capital psicológico del individuo, la percepción de apoyo social o ciertos valores personales, pueden ser factores especialmente influyentes. Así mismo, una situación como la provocada por la COVID-19, afecta a la salud mental de enfermeras en el ejercicio de sus funciones, especialmente en aquellas que se encuentran en trabajando en primera línea de batalla contra el virus, debido al tiempo de trabajo, el miedo de poder contagiarse y contagiar a seres queridos y/o a pacientes, la preocupación en el control de la epidemia, entre otros.

Por servicios, la mitad de las enfermeras de Atención Primaria experimentaron sentimientos de compromiso laboral a diario, presentando niveles más altos de compromiso laboral y más bajos de percepción de riesgos psicosociales que las enfermeras de Urgencias y del Resto de áreas. Además, 4 de cada 10 enfermeras ofrecieron puntuaciones por encima del punto de corte para comenzar a padecer problemas de salud mental, siendo superior en las enfermeras de Urgencias e inferior en las enfermeras de Atención Primaria.

La implantación de una figura como la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) podría ofrecer ventajas muy importantes para la mejora del sistema sanitario público, tanto en términos de costo-eficiencia como en términos de mejora de la accesibilidad y la calidad de los servicios prestados al ciudadano, especialmente en servicios como los Servicios de Urgencias.

**Palabras clave:** Enfermeras; Salud ocupacional; Riesgos laborales; Riesgos psicosociales; Condiciones de trabajo; Salud mental; Compromiso de trabajo; Desgaste ocupacional; Salud autopercebida; Salud pública; Servicios de salud; Atención Primaria; Servicios médicos de emergencia.

# ABSTRACT

## **Title**

Psychosocial conditions of nurses in the performance of their functions within the Spanish territory.

## **Introduction**

Occupational hazards have accompanied workers throughout history. In certain professions, such as nursing, professionals are exposed to a multitude of adverse risks and working conditions in the exercise of their duties, such as staff shortages, excessive workloads, night shifts, long work shifts, a high number of hours worked per week, a high frequency of rotation between services, and high psychological burden due to the management of critical situations, among others. All these working conditions make the work carried out by nurses particularly stressful and diverse, in which risks of various kinds coexist where psychosocial risk factors are the most frequent and, if appropriate measures are not taken or adequate work resources do not exist, can thus lead to manifestations of exhaustion, loss of work engagement, and a negative impact on the worker's own health, especially in services where work overload is higher, as in the case of emergency services.

## **Objectives**

The objective of this study was to describe the work engagement, psychosocial risks, and psychological well-being of a sample of Spanish nurses belonging to different areas of care, analysing the relationships between these variables and their effects on the mental health of nurses.

## **Hypothesis**

Nurses who suffer excessive work overload show high levels of burnout and moderate work engagement, so those who have a mediocre or poor perception of health are at increased risk of developing subjective symptoms of psychological distress.

Likewise, high labour demands increase the likelihood of job burnout, while the existence of work resources increases the engagement of nurses, especially in situations with a high work overload such as the situation caused by SARS-CoV-2.

## **Methodology**

An observational, descriptive, cross-sectional, and quantitative approximation study was carried out. To achieve this, it was divided into 2 phases:

- Phase 1. Description and identification of the evidence available through a bibliographic analysis.

- Phase 2. Field study.

For the first phase, a bibliographic analysis of the available evidence was performed through 3 reviews (one narrative and two systematic).

For the second phase, an observational, descriptive, cross-sectional, and quantitative approximation study was carried out on a sample of 1704 Spanish nurses between January 2019 and January 2020, using a self-administered questionnaire containing sociodemographic variables, the Spanish version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (CoPsoQ-istas21) for the assessment of psychosocial risks, the Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) to analyse work engagement, and the General Health Questionnaire (GHQ-12) to screen potential psychiatric, not psychotic, problems of the target population.

## **Results**

More than 50% of nurses perceived a high level of risk in the exercise of their duties, except in the Compensations dimension, in which they showed an intermediate-high level. In addition, a higher prevalence was observed in the Emergency Services for the five dimensions, especially in the Psychological requirements and Social support for companies dimensions, with 80'5% and 79'2%, respectively. As opposed, Primary Care nurses had a lower perception of risk as compared to those from other services, with the prevalence being less than 50% in the dimensions: Active work and skills development (39'3%), Compensation (33'1%), and Double Presence (48'7%), where it could be said that the risk is intermediate-high.

On the other hand, more than 75% of Primary Care nurses achieved a mean percentage of 5 or 6 in all subscales and in the total score for the UWES-9 scale. For Emergency nurses, the percentages associated with means of 5 or 6 were 57'72% in the Vigour dimension, 71'14% in Dedication, and 62'42% in Absorption. However, for the rest of the areas, the percentages were 58'46%, 69'61%, and 69'81%, respectively, and in both services this percentage of the total was slightly higher than 62%. Specifically, in all areas under study, more than 30% reported experiencing these feelings daily.

With regard to the assessment of psychological well-being, 41'14% of nurses scored values above 3 in the GHQ-12 test, being these figures lower for Primary Care nurses (30'52%), slightly higher for Emergency nurses (47'65%), and very similar in the rest of areas (42'98%). In all three models, Primary Care nurses, Emergency nurses, and other areas, the perceived and subscale health variables of the UWES test were predictive. Age was significant in the Primary Care and Other areas nurses groups, while sex and the dedication subscale of the UWES test were only significant in the last group. The absorption subscale and the total scale of the UWES test were not significant in any of the three models.

## **Discussion**

This study found, in a sample of 1704 Spanish nurses, how psychological risks, the level of engagement, or psychological well-being showed significant differences between the different types of services: Emergency Services, Primary Care, and other areas.

With regard to the assessment of psychosocial risks, in four of the five dimensions (CoPsoQ-istas21: Psychological requirements, Active work and skills development, Social support for companies, and Double presence), a prevalence of high level predominates in the three groups under study.

Work engagement levels were high for a considerable number of health workers under study, exceeding mean scores above 4 out of 6 in all three dimensions, with more than 30% of nurses claiming to have experienced feelings of work engagement daily.

According to the data presented by our study, it is observed that four out of ten healthcare professionals may have impaired mental health (GHQ>3).

The variability found between services could be explained by certain variables that can increase the perception of risk such as being a young woman, having a mediocre or poor perception of health, low work engagement, and being working in services with a high level of stress as in the case of Emergency services.

## **Conclusions**

A nurse's likelihood of developing job burnout and the levels of work engagement shown will depend on a multitude of factors. These include certain working conditions such as work overload, shift type, type of service, among others, and the presence or not of certain personal, situational and organisational resources such as the psychological skills of the individual, the perception of social support, or certain personal values, that can be particularly influential factors. Likewise, a situation such as that caused by COVID-19 affects the mental health of nurses in the exercise of their functions, especially of those who are working on the front line against the virus, due to working hours, the fear of being able to spread the virus and infect loved ones and/or patients, concern about controlling the epidemic, among others.

As for services, half of Primary Care nurses experienced feelings of daily work engagement, presenting higher levels of work engagement and lower perception of psychosocial risks than Emergency nurses and those from other areas. In addition, 4 out of 10 nurses showed above-cut-off scores to develop mental health problems, being higher among Emergency nurses and lower in Primary Care nurses.

The implementation of a figure such as the Advanced Practice Nurse (APN) could offer very important advantages for improving the public health system, both in terms of cost-

efficiency and in terms of improving the accessibility and quality of the services provided to citizens, especially in services such as Emergency ones.

**Keywords:** Nurses; Occupational Health; Occupational Risks; Psychosocial Risks; Work Conditions; Mental Health; Work Engagement; Burnout; Self-Perceived Health; Public Health; Health Services; Primary Care; Emergency Medical Services.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	11
ABSTRACT	15
ÍNDICE DE CONTENIDOS	19
ÍNDICE DE TABLAS	22
ÍNDICE DE FIGURAS	24
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>27</b>
1.1. MARCO TEÓRICO	27
1.1.1. <i>El concepto de salud. Salud autopercebida</i>	27
1.1.2. <i>Modelo salutogénico</i>	32
1.1.3. <i>Condiciones laborales y riesgos en el trabajo</i>	37
1.1.4. <i>Estrés laboral</i>	44
1.1.5. <i>Modelo Trabajo-Demanda-Control-Apoyo</i>	47
1.1.6. <i>Modelo de demandas y recursos laborales</i>	50
1.1.7. <i>Compromiso laboral (work engagement)</i>	52
1.1.8. <i>Desgaste ocupacional (burnout)</i>	55
1.1.9. <i>Importancia de la salud mental en el trabajo</i>	56
1.1.10. <i>Salud Laboral. Perfil de la enfermera y condiciones laborales.</i>	68
1.2. ANTECEDENTES	79
1.2.1. <i>Evaluación del compromiso laboral de las enfermeras</i>	79
1.2.2. <i>Evaluación de la Salud General mediante el General Health Questionnaire (GHQ-12)</i>	80
1.2.3. <i>Evaluación los riesgos psicosociales en las enfermeras</i>	81
1.2.4. <i>Salud autopercebida</i>	82
<b>2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	<b>83</b>
2.1. HIPÓTESIS	83
2.2. OBJETIVOS	83
2.2.1. <i>Objetivo general</i>	83
2.2.2. <i>Objetivos específicos</i>	83
<b>3. METODOLOGÍA</b>	<b>85</b>
3.1. Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: análisis bibliográfico	85
3.1.1. <i>Objetivo 3. Describir la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada en los servicios de urgencias alrededor del mundo y los beneficios que puede suponer su futura implementación dentro del ámbito sanitario español.</i>	85
3.1.2. <i>Objetivo 4. Describir los factores que influyen en los niveles de burnout y compromiso laboral en los médicos y las enfermeras.</i>	87
3.1.3. <i>Objetivo 5. Analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan atención a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2</i>	91
3.2. Fase 2. Estudio de campo	95
3.2.1. <i>Diseño</i>	95
3.2.2. <i>Población de estudio</i>	95

3.2.3. Muestra	96
3.2.4. Instrumentos de medida	96
3.2.5. Variables de estudio	97
3.2.6. 3.2.6 Procedimiento	105
3.2.7. Análisis estadístico	105
3.2.8. Consideraciones éticas	106
3.2.9. Limitaciones	107
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>109</b>
4.1. Resultados de la Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: Análisis bibliográfico	109
4.1.1. Resultados del objetivo 3. Describir la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada en los servicios de urgencias alrededor del mundo y los beneficios que puede suponer su futura implementación dentro del ámbito sanitario español: Descripción e identificación de la evidencia disponible.	109
4.1.2. Resultados del objetivo 4. Describir los factores que influyen en los niveles de burnout y compromiso laboral en los médicos y las enfermeras: Descripción e identificación de la evidencia disponible.	122
4.1.3. Resultados del objetivo 5. Analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan atención a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2: Descripción e identificación de la evidencia disponible.	131
4.2. Resultados de la fase 2: Estudio de campo	139
4.2.1. Depuración de la base de datos	139
4.2.2. Estudio descriptivo: Análisis de los datos obtenidos	140
4.2.3. Resultados descriptivos	146
4.2.4. Resultados analíticos de contraste de hipótesis	150
4.2.5. Regresión logística binaria	160
<b>5. DISCUSIÓN</b>	<b>165</b>
5.1. Discusión de la Fase 1. Análisis bibliográfico	165
5.1.1. La Enfermera de Práctica Avanzada en los servicios de urgencias	165
5.1.2. Factores que influyen en los niveles de burnout y compromiso laboral en los médicos y las enfermeras	166
5.2. Discusión de la Fase 2. Estudio de campo	170
5.2.1. Discusión de los resultados descriptivos	170
5.2.2. Discusión de los resultados analíticos de contraste de hipótesis	173
5.3. Implicaciones prácticas	173
5.4. Futuras líneas de investigación	174
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>175</b>
<b>7. CONCLUSIONS</b>	<b>177</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>179</b>

<b>9. ANEXOS</b>	<b>207</b>
9.1. Anexo 1. Número de Enfermeras por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, edad y sexo. INE (2018)	209
9.2. Anexo 2. Cuestionario Estudio Psicosocial en los Profesionales de Enfermería	213
9.3. Anexo 3. Certificado de la Comisión de Ética del Consejo General de Enfermería	223
9.4. Anexo 4. Ficha para instituciones: Estudio Psicosocial para Profesionales de Enfermería	227
<b>10. INDICIOS DE CALIDAD</b>	<b>237</b>
10.1. PUBLICACIONES	239
10.1.1. <i>Publicación 1</i>	241
10.1.2. <i>Publicación 2</i>	244
10.1.3. <i>Publicación 3</i>	285
10.1.4. <i>Publicación 4</i>	315
10.1.5. <i>Publicación 5</i>	325

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias entre el modelo Salutogénico y Patogénico	33
Tabla 2. Efectos de los factores psicosociales en la empresa y en el trabajador	39
Tabla 3. Propuestas de mejora para atender las demandas laborales, el control y el apoyo social	50
Tabla 4. Competencias psicosociales de los empleados comprometidos	53
Tabla 5. Trastornos mentales derivados del ámbito laboral	58
Tabla 6. Definición y características de las patologías organizacionales en el trabajo	59
Tabla 7. Medidas colectivas en el ámbito laboral para prevenir el estrés	63
Tabla 8. Pregunta de investigación y formato PICO	86
Tabla 9. Palabras clave. Formato PICO	86
Tabla 10. Formato PICO: palabras clave	87
Tabla 11. Estrategia de búsqueda utilizada según la base de datos	88
Tabla 12. Puntuaciones de los estudios observacionales transversales	90
Tabla 13. Formato PICO: palabras clave	91
Tabla 14. Términos empleados en la búsqueda	92
Tabla 15. Estrategia de búsqueda	92
Tabla 16. Puntuaciones de los estudios cualitativos	94
Tabla 17. Puntuaciones de los estudios observacionales transversales	94
Tabla 18. Estructura del Cuestionario SUSESO-ISTAS 21 versión breve	100
Tabla 19. Puntajes de la versión breve del Cuestionario SUSESO-ISTAS 21	102
Tabla 20. Ítems para las subdimensiones vigor, dedicación y absorción de la escala UWES-9	102
Tabla 21. Modelo normalizado para la interpretación de los valores obtenidos en los valores medios de la escala UWES-9	103
Tabla 22. Codificación y clasificación de la frecuencia de los sentimientos en relación al trabajo (respuestas del cuestionario UWES)	103
Tabla 23. Resultados de búsqueda bibliográfica	110
Tabla 24. Resultados y principales hallazgos	111
Tabla 25. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática	124
Tabla 26. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática	132
Tabla 27. Distribución de la muestra por sexo y servicio	140
Tabla 28. Edad y distancia media al centro de trabajo de la muestra	141
Tabla 29. Provincias de trabajo y residencia de la muestra	143
Tabla 30. Tiempo de trabajo en el centro actual	143
Tabla 31. Tipo de relación laboral con la entidad actual	144
Tabla 32. Tipo de contrato	144
Tabla 33. El trabajo que realiza se corresponde a la categoría profesional	144
Tabla 34. Ascenso de categoría profesional	145
Tabla 35. Horario de trabajo	145
Tabla 36. Cambios en horario o turnos de trabajo	145
Tabla 37. Importe neto aproximado que cobra al mes	146
Tabla 38. Necesidad de ejecutar tareas fuera de su horario de trabajo para su actividad profesional	146

Tabla 39. Número de casos, porcentaje, puntuaciones medias y desviaciones típicas de los tres test analizados: CoPsoQ-istas21, UWES y GHQ para cada una de las dimensiones	147
Tabla 40. Prevalencia de niveles de riesgo por dimensión y servicio	148
Tabla 41. Prevalencia de las seis categorías de las escalas vigor, dedicación, absorción y total, distinguiendo grupos de atención al paciente	149
Tabla 42. Descriptiva del test GHQ-12 para los servicios EBAP, urgencias-SUEE, resto de áreas y total de profesionales	150
Tabla 43. Número de casos, porcentaje, puntuaciones medias y desviaciones típicas de los tres test analizados: CoPsoQ-istas21, UWES y GHQ para cada una de sus dimensiones. Test de Kruskal-Wallis de muestras independientes	151
Tabla 44. Estadísticos y p-valores asociados a la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes	152
Tabla 45. N° de casos, porcentajes y puntuaciones medias de las dimensiones del CoPsoQ-istas21	153
Tabla 46. Prueba Kolmogorov-Smirnov para CoPsoQ-istas21 por dimensión y grupo	153
Tabla 47. Test de Kruskal-Wallis de muestras independientes para CoPsoQ-istas21	154
Tabla 48. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Urgencias/SUEE vs Atención primaria) para CoPsoQ-istas21	154
Tabla 49. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Atención primaria vs Resto de áreas) para CoPsoQ-istas21	155
Tabla 50. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Urgencias vs Resto de áreas) para CoPsoQ-istas21	155
Tabla 51. N° de casos, porcentajes y puntuaciones medias de las dimensiones del UWES	156
Tabla 52. Prueba Kolmogorov-Smirnov para UWES por dimensión y grupo	156
Tabla 53. Test de Kruskal-Wallis de muestras independientes para UWES	157
Tabla 54. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Urgencias/SUEE vs Atención primaria) para UWES	157
Tabla 55. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Atención primaria vs Resto de áreas) para UWES	158
Tabla 56. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Urgencias vs Resto de áreas) para UWES	158
Tabla 57. Número de casos, porcentaje, puntuaciones medias y desviaciones típicas del test GHQ	158
Tabla 58. Prueba Kolmogorov-Smirnov para GHQ por dimensión y grupo	159
Tabla 59. Test de Kruskal-Wallis de muestras independientes para GHQ	159
Tabla 60. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Urgencias/SUEE vs Atención primaria) para GHQ	160
Tabla 61. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Atención primaria vs Resto de áreas) para GHQ	160
Tabla 62. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Urgencias vs Resto de áreas) para GHQ	160
Tabla 63. Análisis bivariado*	161
Tabla 64. Modelo de regresión logística binario para distrés psicológico por especialidad	163
Tabla 65. Número de Enfermeras por Comunidades, Ciudades autónomas y provincias de colegiación, edad y sexo. INE (2018)	211

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Continuo salud-enfermedad	30
Figura 2. Modelo conceptual: el proceso de evaluación de la salud individual	32
Figura 3. Representación de la metáfora La Salud en el Río de la Vida de Antonovsky	34
Figura 4. La salutogénesis como modelo de desarrollo de la salud	35
Figura 5. Factores psicosociales en el trabajo	39
Figura 6. Factores psicosociales de riesgo en los entornos de trabajo	42
Figura 7. Riesgos de estrés relacionados con el trabajo	45
Figura 8. Modelo de demanda-control de Karasek y Theorell	48
Figura 9. El modelo tridimensional explicativo del Modelo demanda-control-apoyo	49
Figura 10. Organigrama del Modelo de demandas y recursos laborales: el clima laboral	51
Figura 11. Modelo bidimensional del bienestar subjetivo en el ámbito laboral	54
Figura 12. Niveles competenciales de las Enfermeras de Práctica Avanzada	74
Figura 13. Flujograma de la Tesis: Metodología	85
Figura 14. Proceso de preselección de artículos	109
Figura 15. Resultados de la búsqueda (Diagrama de flujo - PRISMA)	123
Figura 16. Resultados de la búsqueda (Diagrama de flujo - PRISMA)	131
Figura 17. Diagramas de puntuaciones GHQ para los servicios EBAP, urgencias-SUEE, resto de áreas y total de profesionales.	149

*Los lectores de este presente documento deben tener constancia de que, de acuerdo con las normas actuales, se ha optado por el masculino como género gramatical no marcado, especificándose el femenino cuando procede. Sin menoscabo de lo anterior y siguiendo las recomendaciones de diversos organismos internacionales se ha decidido usar el término enfermera como término inclusivo para los profesionales de ambos sexos.*



## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Marco teórico

#### 1.1.1. El concepto de salud. Salud autopercibida

##### 1.1.1.1. Salud vs. Enfermedad. Un breve bosquejo a lo largo de la historia

Los conceptos de salud y de enfermedad han tenido un paralelismo evolutivo antagónico a lo largo de la historia según el contexto sociológico y cultural imperante, el contexto filosófico y antropológico y los avances científico-técnicos que iban acaeciendo a lo largo de los tiempos (Catalán y Talavera, 2012).

En las primeras civilizaciones existía una concepción mágica de la salud-enfermedad, siendo ésta última causada por un castigo divino o por el azar. Para pedir la clemencia de los dioses y como punto de unión entre las deidades y los hombres, existía la figura del chamán o curandero que mediante sus conocimientos en la elaboración de brebajes y rituales diversos invocaba a los dioses para solicitar el perdón divino para el desdichado. Las cuatro posibles causas para contraer una enfermedad eran: una infracción de un tabú, un hechizo, una posesión del cuerpo por un espíritu maligno y la pérdida del alma (Castro y Arias, 2014; García, 2015).

Siglos más tarde, entre los años 3200 y 3800 a. C. los sumerios se asentaron en una llanura fértil comprendida entre los ríos Tigris y Éufrates dando lugar a la civilización mesopotámica. Esta civilización al igual que la anterior seguía con una concepción mágico-religiosa de la salud-enfermedad donde distinguían la existencia de dioses sanadores y otros productores de enfermedades en base a consideraciones teúrgicas, astrológicas y aritméticas. De esta manera, la salud dependería de la intención de los dioses y los signos de una enfermedad revelarían una “mala conducta” (Rivière, 2016; Annus, 2019).

En el Mundo Clásico coexistían varias civilizaciones con consideraciones muy diferentes entre ellas. Por un lado, resalta las civilizaciones de la antigua Grecia donde predominaba la vertiente religiosa en la que destacaban dioses como Esculapio (Dios de la salud y la enfermedad) e *Hygieia* (Diosa de la curación, la limpieza y la sanidad). Sin menoscabo de lo anterior, en esta cultura aparece de forma incipiente una vertiente contrapuesta que postulaba que la enfermedad estaba causada por factores sociales (costumbres, trabajo, etc.) y ecológicos o naturalistas (agua, alimentación, etc.) rompiendo con el mito divino. Siguiendo esta última vertiente destaca la figura de Hipócrates de Cos, considerado el padre de la medicina racional y científica. Hipócrates postuló, en base a sus estudios para comprender las causas naturales de la enfermedad en relación con el medio, que la salud está basada en el

equilibrio de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra; y su desequilibrio provocaba la enfermedad. Platón por su parte, consideraba que la salud y la enfermedad se veían influenciadas por un principio no material: el alma. Por otro lado, en Roma destacó la figura de Galeno en el que sus trabajos en el ámbito biológico y fisiológico perduraron hasta la caída del Imperio romano de Occidente en el siglo V y de igual forma, en el pueblo romano se aplicaron conocimientos de carácter urbanístico a la salud pública, construyendo grandes acueductos para la dotación de agua potable y para el alejamiento de las sustancias de desecho. A la par, otra parte de la población seguía profesando fe hacia *Salus* (diosa de la Salud - equivalente a *Hygieia* en la antigua Grecia).

A partir de la caída del Impero Romano (año 476 d. C.) una nueva y prolongada etapa histórica aparecía, la Edad Media. Durante este período existía una amplia variabilidad de interpretaciones en materia de salud según el período o incluso la religión predominante en la zona debido a que coexistían las civilizaciones cristianas, judías y musulmanas. De forma general, seguía existiendo una enorme influencia religiosa donde se consideraba que la enfermedad era causada por castigo divino (ej.: peste negra) y por ende, la curación era por consecuencia de la gracia divina.

De forma más detallada, se puede precisar que en la civilización cristiana las principales labores de sanación se desarrollaban en los monasterios por lo que las creencias religiosas en materia de salud-enfermedad estaban bastante arraigadas, pero permitían ser complementadas con conocimientos tradicionales provenientes de los textos que se traducían en las bibliotecas en base a la experimentación en las enfermerías, a las sustancias que podían ser provechosas en las huertas y boticas, así como ciertas tradiciones populares de origen mágico. En el caso de los judíos, tenían una clara interpretación teológica de la salud-enfermedad. En contra parte, los musulmanes integraron consideraciones biológicas, psíquicas y sociales al proceso de enfermar en base a una serie de principios: aire puro, moderación en el comer y el beber, descanso, trabajo, vigilia, sueño y reacciones emocionales. Según el equilibrio o el desequilibrio de estos seis principios se mantenía la salud o se precipitaba la enfermedad (García, 2015).

Ya en la Edad Moderna (Siglos XV a XVIII), con la Reforma y el Renacimiento se rescataron documentos de la época greco-romana e hicieron resurgir la medicina como disciplina científica suscitando una preocupación por la salud enfocada hacia un prisma social donde, con la invención del microscopio por Zacharias Janssen en 1590 permitió poder visualizar organismos causantes de enfermedades ofreciendo una interpretación materialista causante de la enfermedad. A consecuencia de ello, cobró especial relevancia el Modelo

Ecológico teniendo en cuenta que la enfermedad podía ser consecuencia de la interacción con factores externos.

La última etapa que comenzó con la Revolución Francesa en el siglo XVIII hasta la actualidad fue llamada Edad Contemporánea. En esta época, los cambios a nivel social (Revolución Francesa y Revolución Industrial), los avances científico técnicos, el avance en el conocimiento de las causas de la enfermedad, la mejora de los sistemas de información y comunicación y la continua interacción del individuo con el medio, fueron es sustrato perfecto para un cambio de visión, para un cambio de paradigma. A nivel individual, destacan figuras que con su pensamiento provocaron un giro en la concepción del constructo salud-enfermedad. Por el año 1700, un médico italiano llamado Bernardino Ramazzini comienza a estudiar las relaciones entre la enfermedad y las condiciones de trabajo llegando a establecer relaciones entre la condición socioeconómica y la salud de la población, pudiendo enfatizar la necesidad de promoción de medidas de protección básicas para trabajadores a través de su libro “*De morbis artificum diatriba*” sobre enfermedades profesionales e higiene industrial cobrando más importancia si cabe la Salud Pública.

No es hasta la década de los años 40 del siglo XX cuando se abandona la concepción negativa del concepto de salud siendo considerada hasta esa fecha la salud como “*la ausencia de enfermedad*”. Este cambio de concepción se desarrolla gracias a Sigerist (1943) quien indicó que la salud era mucho más que la ausencia de la enfermedad, siendo algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo. En base a su definición, define las tareas de la medicina en 4 niveles: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención y la rehabilitación.

Estas ideas fueron elementos clave y vertebradores para la actual definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, en su Carta Magna de 1948, definió la salud como “*el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”.

La definición de la OMS supuso toda una revolución por dos aspectos fundamentales: el primero, por aportar una acepción positiva de la salud y, el segundo, por incluir la idea del individuo como un todo, sujeto a dimensiones físicas, mentales y sociales.

Por el contrario, recibe aun hoy en día críticas por considerarla utópica, estática y subjetiva. Basándose en estas críticas, algunos autores coinciden en que exigir un estado completo de salud convertiría en enfermos a la mayoría de las personas quienes envejecer con enfermedades crónicas actualmente puede ser considerado como normal y por consiguiente,

se tendería a la medicalización de la sociedad para conseguir un estado completo de bienestar (Salleras-Sanmartí, 1989).

Autores como Terris (1980) mantienen que la palabra “completo” no debería estar presente pues, tanto en la salud como en la enfermedad, pueden presentar distintos grados. De igual forma, el mismo autor postula que tanto salud como enfermedad tienen factores objetivos y subjetivos. En el caso de la salud sostiene como aspecto subjetivo el bienestar (sentirse bien según diferentes grados de salud) y como aspecto objetivo la capacidad de funcionamiento (según los mismos índices). En contrapartida, la enfermedad también está sujeta a dos aspectos: el primero, el aspecto subjetivo entendido como malestar (sentirse mal según diferentes grados) y, el segundo, el aspecto objetivo con la capacidad de funcionamiento (según diferentes grados). Por todo ello, para Terris la salud puede ser considerada como “*el estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”.

Según Salleras-Sanmartí (1985), la salud y la enfermedad no deben ser considerados como constructos estáticos pues entre ellos existe una zona “neutra” y muchas veces presenta una alta dificultad para discernir entre lo normal y lo patológico, por lo que entre la zona neutra y los extremos existen diferentes grados de pérdida de salud (enfermedad) y de salud. Siguiendo este punto de vista como un continuo entre salud y enfermedad, Salleras-Sanmartí (1985) define la salud como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad (Figura 1).

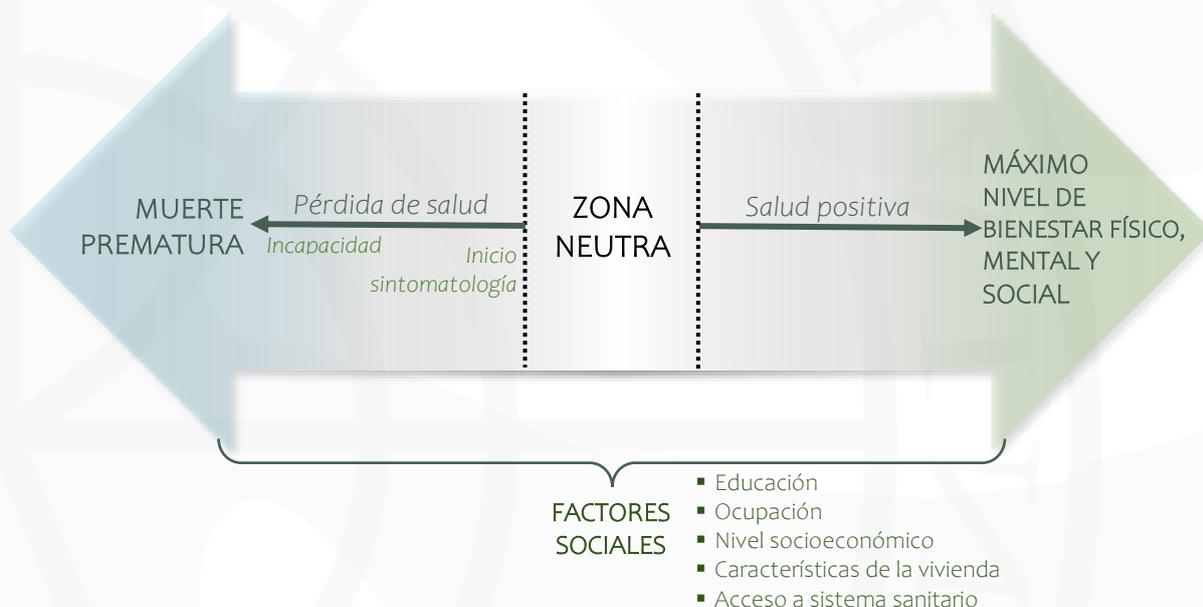


Figura 1. Continuo salud-enfermedad  
Fuente: Salleras-Sanmartí (1985)

### 1.1.1.2. Salud autopercebida

Dentro de las limitaciones que ofrecen algunos autores sobre el concepto de salud, cobra especial relevancia e interés la dificultad para medir la salud (Salleras-Sanmartí, 1989). Es por ello que algunos autores recurren a la salud autopercebida para minimizar en lo posible esta limitación. La salud autopercebida es definida como la valoración global y subjetiva de una persona sobre su estado de salud y se considera un poderoso predictor de morbilidad y mortalidad futuras (Nery-Guimarães et al., 2012), de hecho, es considerada un indicador de salud poblacional e individual. Este hecho empezó a cobrar importancia a partir de los estudios de Singer, Garfinkel, Cohen y Srole (1976), Mossey y Shapiro (1982) y Kaplan y Camacho (1983).

La salud autopercebida es un concepto estable a lo largo de la vida de una persona siempre que ésta experimente los mismos sentimientos internos (Vie, Hufthammer, Holmen, Meland y Breidablik, 2014) y de igual forma ocurre en todas las culturas, grupos poblaciones y comunidades (Lorem, Cook, Leon, Emaus y Schirmer, 2020). Este fenómeno se podría explicar por la carga de enfermedad, por la salud mental y por el contexto social (Lorem, Schirmer, Wang y Emaus, 2017).

Los autores Knäuper y Turner (2003) crean un modelo explicativo mediante el cual se puede entender el proceso por el que las personas crean su propio concepto de salud y cómo perciben la misma (“en qué estado se encuentra mi salud”). En primer lugar, las personas elaboran en su mente una representación de lo que entienden por “su” salud, posteriormente, van a incorporar una serie de factores susceptibles de modificar y de tener influencia sobre la misma, es decir, tanto factores sociodemográficos como personales de cada individuo y, tras ello, en base a una escala preestablecida, determinar en qué punto se encuentra. En definitiva, el resultado final de salud autopercebida de un individuo va a depender de lo que un individuo entiende por salud y de lo influyentes que puedan ser esos componentes personales, contextuales, etc., así como el tipo de escala usada para su determinación (Jylhä, 2009). En la **figura 2** se puede ver el proceso de evaluación cognoscitivo que realiza una persona para determinar cómo su salud individual.

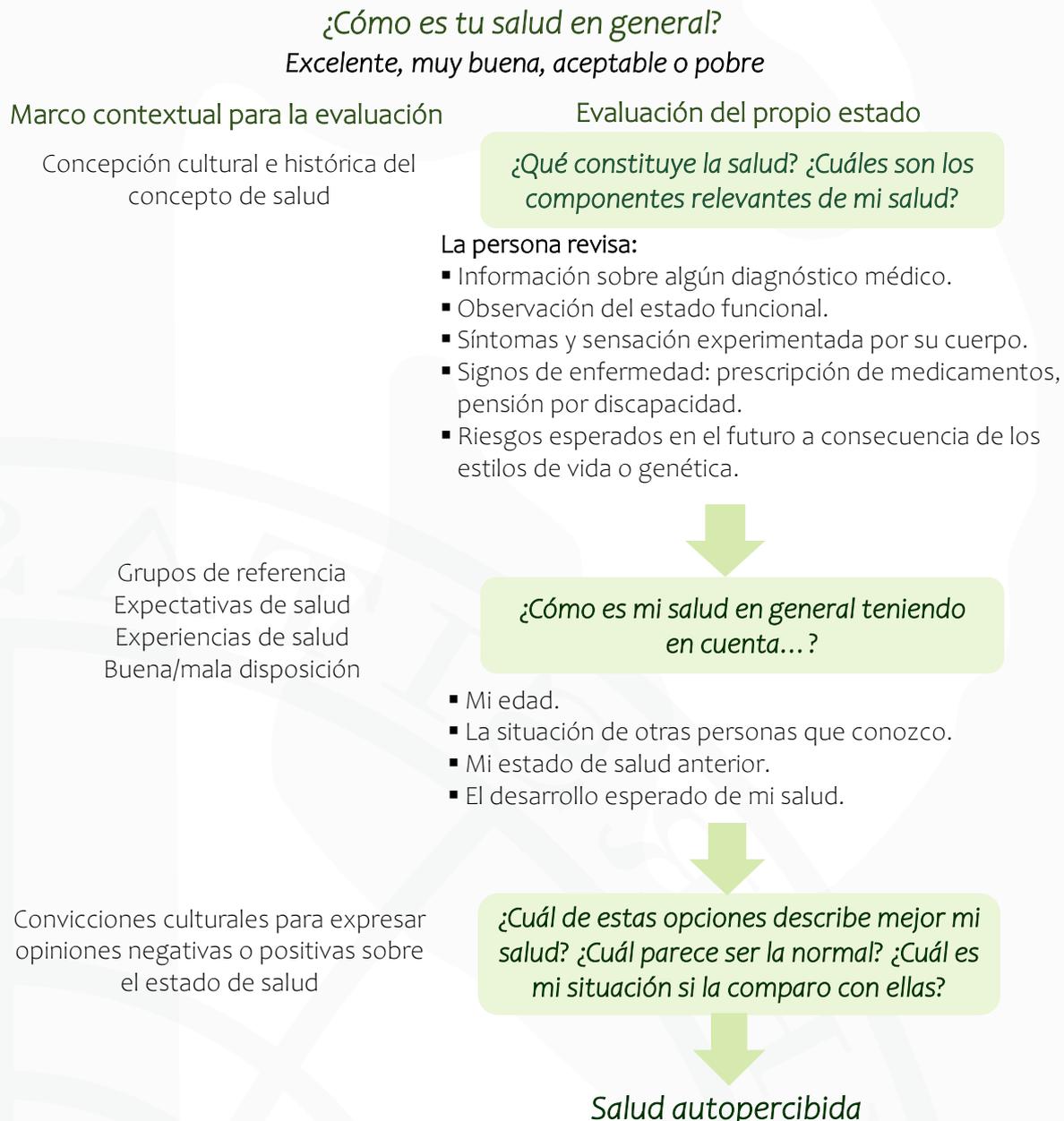


Figura 2. Modelo conceptual: el proceso de evaluación de la salud individual

Fuente: Jylhä (2009)

### 1.1.2. Modelo salutogénico

Como modelo complementario al modelo patogénico (Leavell y Clark, 1976), comienza a desarrollarse en la década de los años setenta un modelo donde todo gira sobre un neologismo, la salutogénesis (Antonovsky, 1987). En la **tabla 1** se pueden observar las diferencias entre ambos modelos.

Orientación salutogénica	Orientación patogénica
Heterostasis	Homeóstasis
Health ease-dis/ease continuum	Dicotomía salud-enfermedad
Historia de la persona	Diagnósticos de enfermedad
Factores saludables	Factores de riesgo
Los agentes estresores tienen la posibilidad de ser patogénicos, neutrales o beneficiosos	Los agentes estresores son patogénicos
Adaptación activa	<i>Magic bullet</i> . Solución mágica
The “deviant” case. El caso “desviado”	Confirmación de la hipótesis

Tabla 1. Diferencias entre el modelo Salutogénico y Patogénico  
Fuente: Antonovsky (1987)

El máximo exponente y precursor del modelo salutogénico fue Aaron Antonovsky (1979). Este autor se centró en sus inicios en investigar una muestra de mujeres nacidas en Europa central entre 1914 y 1923, víctimas muchas de ellas del Holocausto, y pese a los horrores que pudieron ver, sentir y oír, tres de cada diez mujeres manifestaron tener buena salud mental. Antonovsky, ante estos hallazgos, desarrolló su teoría basándose en tres preguntas (Antonovsky, Maoz, Dowty y Wijsenbeek, 1971; Vinje, Langeland y Bull, 2017):

- ¿Por qué las personas se mantienen saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales?
- ¿Cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades?
- ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?

El concepto de Salutogénesis (*Salus* del latín, salud y *Genesis* del griego, origen) propuesto por Antonovsky (1979) permite explicar cómo las personas pueden mantener y mejorar su nivel de salud ante las dificultades que les plantea la vida, a través de la adopción de medidas y estrategias encaminadas a tal fin y con un claro enfoque hacia la Promoción de la Salud, incluso en grupos vulnerables como las personas que presentan enfermedades crónicas, personas mayores, niños y embarazadas (Casado y Valls, 2014). Siguiendo este enfoque, la salud y la enfermedad son los dos polos de un continuo (continuo salud-enfermedad), donde la salud puede ser entendida como bienestar y la enfermedad como malestar. Para explicar la teoría de Antonovsky, Lindström y Eriksson (2006) recurren a una metáfora denominada “La Salud en el Río de la Vida” (Figura 3).



Figura 3. Representación de la metáfora La Salud en el Río de la Vida de Antonovsky  
Fuente: Lindstrom y Eriksson (2006)

En esta metáfora, el río simboliza el transcurso de la vida con dos orillas: una orilla de aguas tranquilas que representa la salud (enfoque salutogénico) y otra orilla con aguas embravecidas que simbolizan la enfermedad (enfoque patogénico), para acabar en una cascada que representa la muerte. En el modelo salutogénico, el discurrir general del río (alegoría a la vida) tiene una dirección horizontal con posibles desplazamientos verticales, en el que una persona puede encontrar tanto recursos como obstáculos al caer al río (nacer). Algunas personas nacen en la orilla de aguas tranquilas y además de saber/poder nadar, tiene los recursos necesarios para poder optimizar su nivel de salud y poder mejorar su calidad de vida. Por el contrario, otras personas nacen sobre las aguas bravas, con una cantidad importante de obstáculos y en algunos casos, con una incapacidad para nadar y para identificar los posibles recursos que puede ofrecer el río (Rivera de los Santos, Ramos-Valverde, Moreno-Rodríguez y Hernán-García, 2011).

Por tanto, este modelo no trata de explicar por qué las personas no saben nadar o por qué se encuentran más cerca de una orilla u otra, más bien la finalidad se centra en que las personas naden correctamente para no ser arrastradas por la corriente. Para poder ayudar a nadar a estas personas, se pueden observar cuatro etapas o fases en las que las personas se pueden encontrar:

- **Etapa 1. Curación/tratamiento de enfermedades.**  
Cuando la persona está a punto de caer por la cascada, necesita de herramientas tecnológicas complejas y costosas y profesionales altamente cualificados para evitar que las personas “se ahoguen en el río”.
- **Etapa 2. Protección de la salud/prevenición de enfermedades.**  
Se realizan intervenciones con el fin de evitar factores de riesgo. Éstas son:

- Protección de la salud. Suponen todos aquellos recursos y medidas encaminados a evitar los riesgos de “caer enfermo” desde un papel pasivo representados mediante barreras en la metáfora.
  - Prevención de la enfermedad. Desde un papel activo, se proporcionan “chalecos salvavidas” para evitar que las personas se ahoguen en el río.
- **Etapa 3. Educación para la Salud y Promoción de la Salud.**
    - Educación para la Salud. El objetivo de los profesionales estaría focalizado en “enseñar a nadar” a las personas y a los grupos, para lograr evitar y poder sortear los riesgos y para mantener/mejorar su nivel de salud. En este caso, la persona tendría un papel principalmente pasivo.
    - Promoción de la Salud. Los profesionales deben apoyar y ofrecer alternativas en materia de salud, siendo las personas sujetos activos con la capacidad de tomar decisiones.
  - **Etapa 4. Mejora de la percepción de la salud, bienestar y calidad de vida.**  
El principal objetivo en esta etapa es crear y facilitar unas condiciones de vida óptimas para que, las personas puedan reflexionar y elegir con los suficientes conocimientos, aquello que le aporte un mayor beneficio en materia de salud

En la **figura 4**, se observa cómo Bauer, Davies y Pelikan (2006) entienden el desarrollo de la salud según la perspectiva patogénica o salutogénica.

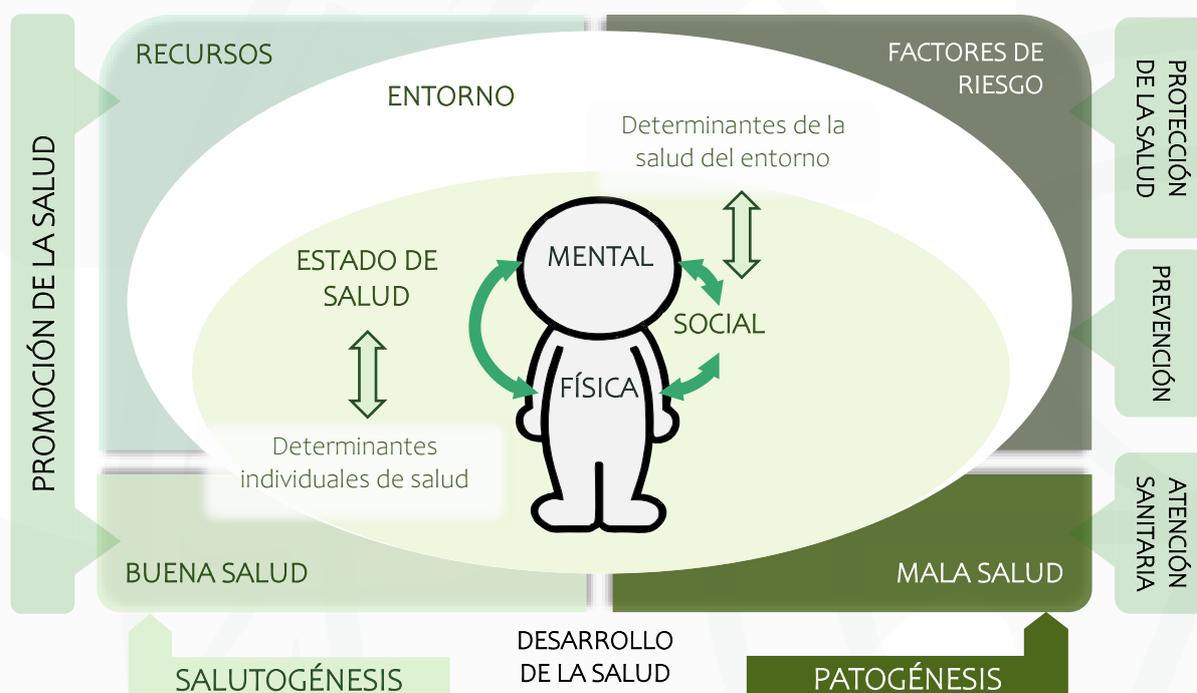


Figura 4. La salutogénesis como modelo de desarrollo de la salud  
Fuente: Bauer, Davies y Pelikan (2006)

A partir del modelo Salutogénico propuesto por Antonovsky (1979), se establecieron las bases necesarias para conceptualizar y contextualizar el concepto de Promoción de la salud. De hecho, presenta una serie de características que permiten explicar el concepto desde el prisma del modelo:

- 1) Se persigue ofrecer soluciones ante posibles problemas que pudieran aparecer.
- 2) En el río, puede haber recursos a disposición de las personas para mejorar la percepción de la salud, el bienestar y la calidad de vida, siendo categorizados en el modelo como Recursos Generales de Resistencia (RGR).
- 3) Por último, existe una orientación que permite a las personas poder elegir entre los factores y recursos de los que dispone, con autonomía y capacidad de adaptación con vistas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas. Esta orientación, se denominó Sentido de Coherencia (SOC, del inglés “Sense of Coherence”).

Siguiendo este contexto, se observa que el modelo de Antonovsky gira en torno a dos conceptos claves: los RGR y el SOC. Por un lado, los RGR pueden ser entendidos como cualquier herramienta o característica de tipo material, física, cognitiva, emocional, actitudinal, de relación y/o sociocultural, provenientes del medio, de la propia persona o de la comunidad en la que un individuo interactúa, con la capacidad de evitar o disminuir los factores estresantes que puedan concurrir en la vida de una persona, en caso de necesidad. Más allá de poseer estos RGR, Antonovsky (1979) incide en que lo importante es tener la capacidad de poder identificar y movilizar estos recursos con un SOC, llegando a influir en este SOC la personalidad del individuo, el estilo de afrontamiento, el apoyo social del que dispone, el nivel de autoestima, entre otros factores. Si bien es cierto, se observa que las personas que presentan un SOC alto, suelen presentar una percepción menor de riesgo ante situaciones estresantes de la vida, una mayor autoestima, una mayor sensación de alegría y tienden a adoptar conductas saludables de forma más frecuente en comparación con las personas que ofrecen un SOC bajo. Para llegar a esta conclusión, Eriksson y Lindström (2007) concluyeron que el SOC era un constructo formado por tres componentes o subdimensiones:

- 1) La comprensibilidad (componente cognitivo), definida como la capacidad que tiene una persona de percibir estímulos de forma clara y ordenada y de cómo está organizada su vida.
- 2) La manejabilidad (componente instrumental o comportamental), que permite a la persona tener consciencia de los recursos que están a su disposición para atender cualquier estímulo y tener capacidad de poder manejarlos.
- 3) La significatividad (componente motivacional), es el propósito o valor que le da una persona a la vida con orientación hacia unas metas que se pretenden alcanzar.

Tomando como base el modelo salutogénico propuesto por Antonovsky, se observan ciertas similitudes cuando se compara con el ámbito laboral (Schmidt y Dantas, 2011). De hecho, es inherente a cualquier puesto de trabajo que, en el desarrollo de una jornada laboral, puedan acaecer una serie de problemas o riesgos de diversa índole (obstáculos en el río) e incluso efectos del propio desempeño laboral según sea la profesión en cuestión. Además, para resolver estos problemas e intentar superar los efectos negativos propios del trabajo, las personas trabajadoras pueden tener a su disposición recursos (RGR) y de forma autónoma poder orientarlos hacia la resolución de la problemática en cuestión (SOC). Muchos de estos efectos pueden suponer un desafío a nivel cognitivo, comportamental y motivacional, susceptibles de plantearse como posible riesgo.

### 1.1.3. Condiciones laborales y riesgos en el trabajo

Los riesgos laborales han acompañado a los trabajadores a lo largo de la historia. Si bien es cierto, la mejora en las condiciones laborales ha ayudado a disminuir los posibles riesgos a los que un trabajador pudiera estar expuesto e incluso minimizar la gravedad de los mismos. Por ello, se puede deducir que las condiciones laborales pueden desempeñar un papel importante a la hora de influir en la salud de las personas. De acuerdo con la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, se entiende por condición de trabajo a cualquier característica del éste que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador.

Esta mejora en las condiciones laborales empieza a coger fuerza a partir de la Revolución Francesa donde se consolida como un derecho, pero no es hasta la década de los 70 cuando empieza a coger cuerpo. A nivel comunitario, en 1975 se creó la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo con el objetivo de recoger información sobre las condiciones de vida y de trabajo en los diferentes países, estudiarlas y difundir sus conclusiones. A nivel nacional, se han promulgado numerosas iniciativas legislativas como la regulación de la jornada de trabajo, la protección de colectivos sensibles (menores de edad, mujeres embarazadas, entre otros), el derecho a la participación, representación y consulta de los trabajadores y leyes a favor de la seguridad e higiene en el trabajo (Jiménez y León, 2010).

Según define la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales en su artículo 4, el riesgo del trabajo es la posibilidad que tiene un trabajador de sufrir un determinado daño derivado de su trabajo. Dentro de la extensa casuística, se pueden desarrollar riesgos físicos, químicos, mecánicos, ambientales, biológicos, psicosociales y ergonómicos para el trabajador (Ministério da Saúde do Brasil, 2001). Este fenómeno se debe a

la continua evolución social, política y tecnológica que ha sufrido el ámbito laboral y por ende, las condiciones laborales. Estas condiciones laborales adecuadas deben ser preservadas por parte del empresario y de la Administración, en virtud de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores (*Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2018*). Así, desde la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, en su objetivo 8'8, se enfatiza la necesidad de proteger los derechos laborales y promover entornos laborales seguros para todos los trabajadores a nivel físico, mental, ambiental y social (*Naciones Unidas, 2015*).

#### 1.1.3.1. Los riesgos psicosociales en el trabajo

Pese a que los riesgos físicos, químicos, biológicos, mecánicos y ambientales, relacionados con la Higiene y la Seguridad laboral, han provocado a lo largo de la historia un elevado número de accidentes y enfermedades (cabe especial mención la obra de Bernardino Ramazzini (1700) "*De morbis artificum diatriba*": Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores), los riesgos psicosociales en el trabajo no se empiezan a considerar hasta la década de los 60 con investigaciones sobre los entornos de trabajo y la psicología Ocupacional, para posteriormente la OIT (1986) establecer los cimientos para el control y el estudio de los factores psicosociales en el trabajo.

Antes de proseguir, se deben establecer diferencias entre dos constructos aparentemente similares pero que presentan matices: los factores psicosociales del trabajo y los factores psicosociales de riesgo del trabajo. En este sentido, los factores psicosociales van a depender fundamentalmente de cómo está organizada una empresa y/o un puesto de trabajo, con especial énfasis a las propias condiciones psicosociales del trabajo, el estilo de liderazgo que la organización adopte y el diseño del propio puesto de trabajo (*Kalimo et al., 1988*). Por el contrario, los factores psicosociales de riesgo suponen todas aquellas situaciones susceptibles de presentar un efecto nocivo/lesivo en los trabajadores (*Benavides, et al., 2002*). En definitiva, los factores psicosociales ofrecen un carácter descriptivo de la organización y pueden tener consecuencias tanto negativas como positivas y, en el caso de los factores psicosociales de riesgo suelen presentar un carácter predictivo de riesgo por lo que indican cierta probabilidad para afectar de forma negativa tanto la salud como el bienestar de un trabajador o grupo de trabajadores.

## FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

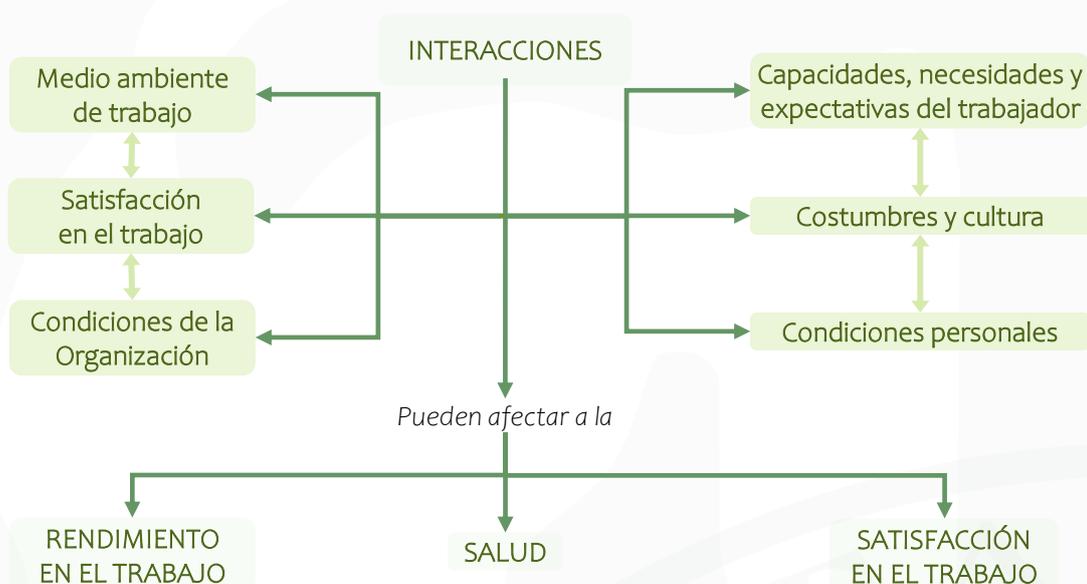


Figura 5. Factores psicosociales en el trabajo  
Fuente: Kalimo et al. (1988)

Según Kalimo, El-Batawi y Cooper (1988), los factores psicosociales por tanto pueden generar tanto en el trabajador como en la empresa, tanto efectos positivos como negativos. En la **tabla 2** se detallan los efectos y consecuencias que estos factores pueden desencadenar:

Efectos	Consecuencias
Problemas relacionados con la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud Física</li> <li>- Salud Mental</li> <li>- Consumo de sustancias</li> <li>- Trastornos psicosomáticos</li> </ul>
Actitudes ante la empresa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción laboral</li> <li>- Implicación laboral</li> <li>- Conductas contraproducentes</li> </ul>
Tiempos de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotación de personal</li> <li>- Presentismo</li> <li>- Bajas laborales</li> <li>- Duración de las bajas</li> </ul>
Costes económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accidentes de trabajo</li> <li>- Pérdida de materiales</li> <li>- Rendimiento</li> <li>- Productividad</li> </ul>

Tabla 2. Efectos de los factores psicosociales en la empresa y en el trabajador  
Fuente: Roozeboom, Houtman y Van den Bossche (2008)

Autores como Roozeboom *et al.* (2008) y Jiménez y León (2010) distinguían entre dos tipos de factores: organizacionales y laborales.

- **Factores organizacionales.** Entre los que destacan:
  - La política de la empresa, en cuanto a la relación trabajo-familia, la gestión de los Recursos Humanos, la adopción de políticas en materia de salud y seguridad, etc.;
  - La cultura organizacional de la empresa que incluye el tipo de comunicación, supervisión y liderazgo.
  - Las relaciones laborales que hace referencia tanto al clima laboral, a los representantes de los trabajadores y los convenios colectivos a los que está suscrita la empresa.
  
- **Factores laborales.** Entre los que destacan:
  - Las condiciones de empleo (tipo de contrato, salario y oportunidades de promoción y desarrollo personal).
  - Las características del propio puesto de trabajo.
  - La calidad en el trabajo, según las habilidades personales, las demandas laborales, la capacidad de control y seguridad en el trabajo, el apoyo social y la duración del trabajo.

Por su parte, los factores psicosociales de riesgo pueden aumentar por tanto la probabilidad de aparición y desarrollo de los riesgos psicosociales. La OIT en el año 1986 definió los riesgos psicosociales como aquellas interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores, por otro, pudiendo estas interacciones ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencias (OIT, 1986). Además, los continuos cambios en el entorno laboral y las formas de trabajo pueden originar nuevos factores de riesgo, haciendo que esta definición pueda evolucionar (OIT, 2016). Años después, Cox y Griffiths (1995) acuñaron una de las definiciones más aceptadas en la actualidad y concluían que los problemas psicosociales eran todos aquellos aspectos del diseño del trabajo y la organización y gestión del trabajo, y su contexto social y ambiental, que pueden tener el potencial de causar daño psicológico o físico.

Estos factores de riesgo psicosocial suelen presentar dificultades tanto en materia de legislación como a la hora de medirlos, por lo que pueden surgir ciertos obstáculos cuando se pretende intervenir sobre ellos. De igual forma puede influir en el resto de riesgos anteriormente expuestos y pueden presentar una cierta variabilidad según las condiciones personales del trabajador y del contexto organizacional donde éste desarrolla sus funciones (Moreno-Jiménez, 2011). Por todo ello, los factores psicosociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender, dado que representan una serie de percepciones y experiencias propias

de cada trabajador y abarcan un sinnúmero de aspectos organizacionales, situacionales y contextuales (OIT, 1986).

En materia de riesgos psicosociales, de forma general destacan situaciones de violencia laboral, de acoso sexual y/o laboral, situaciones de inseguridad a consecuencia del contrato laboral, un posible conflicto trabajo-familia y situaciones de estrés laboral, siendo este último el más frecuente.

Uno de los factores de riesgos psicosociales que están cobrando más relevancia es la violencia ocupacional. Como resulta bien conocida, la Violencia Ocupacional, también denominada Violencia Laboral de origen externo, se entiende como aquella acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra, no perteneciente a la organización laboral, en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma (OIT, 2003). En determinadas actividades laborales, los trabajadores están sometidos a riesgos que pueden afectar a su seguridad y salud y que tienen un origen externo a la organización, como son los que se derivan de situaciones de violencia externa.

La prolija producción científica sobre “violencia en los lugares de trabajo” (*workplace violence*) maneja vocablos tan diversos y heterogéneos como los de violencia, agresión, abuso, lesión, amenaza, asalto, intimidación, acoso, acoso en el trabajo, maltrato o victimización (*violence, aggression, abuse, injury, threat, assault, intimidation, harassment, mobbing, battering o victimizing*) e incluye desde investigaciones que tratan sobre cualquier tipo de incidente violento en general (Farell, Bobrowski y Bobrowski, 2006) hasta las que llegan a distinguir 14 categorías de agresión y violencia ocupacionales (Ryan y Maguire, 2006). La violencia ocupacional fue ya catalogada por la OMS en 1996 como un problema de salud pública, cada vez más palpable en instituciones, organizaciones y empresas, siendo el sector sanitario, uno de los ámbitos más afectados.

Habiendo sido considerada durante mucho tiempo una cuestión de rango menor, casi privada y de escasa trascendencia social y organizacional, se ha ido convirtiendo, a lo largo de los últimos lustros, en una preocupación prioritaria para los más diversos organismos internacionales interesados en la calidad de vida y el bienestar humano, que la presentan como un importante factor de riesgo psicosocial en el trabajo, como un problema de derechos humanos y como una cuestión socialmente urgente y económicamente relevante que concierne tanto al bienestar de las personas como a la salud de los ambientes laborales, a la efectividad y a la eficiencia de las organizaciones y también a la calidad de los servicios que prestan a la ciudadanía. (OIT, 2002)

Las primeras listas de riesgos psicosociales fueron amplias y abarcaban gran cantidad de aspectos como la sobrecarga en el trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas de las relaciones laborales y el trabajo por turnos (OIT, 1986). Hoy en día se mantienen con escasos cambios. Siguiendo las orientaciones de las OMS (2008a) en su Marco Europeo para la Gestión de Riesgos Psicosociales (*European Framework for Psychosocial Risk Management [PRIMA-EF]*), los factores psicosociales de riesgo podían estar relacionados con (Figura 6):



Figura 6. Factores psicosociales de riesgo en los entornos de trabajo

Fuente: Leka, Griffiths y Cox (2003)

- **El contenido de trabajo.** Se da en trabajos donde no hay una variabilidad en las tareas y puede resultar en muchos casos un trabajo monótono, además puede darse el caso que el trabajador no le encuentre sentido a lo que realiza y pueda estar sometido de forma continua a la gente y/o la clientela.
- **La carga y/o el ritmo de trabajo.** Tanto un exceso de carga como una carga de trabajo insuficiente, sumado a un ritmo de trabajo demasiado alto o impuesto y/o inadecuado, una presión de tiempo elevada (en muchos casos a consecuencia de una mala planificación), en la que se requieren amplios períodos de concentración/atención y desarrollo de sus funciones en un escenario imprevisible, puede suponer un factor de riesgo social para el trabajador.
- **La duración o tiempo de trabajo.** Se observan en trabajos con una elevada complejidad o sin sentido aparente, con una duración excesiva o mínima, repetitivos, con una alta exigencia cognitivo-emocional y una alta susceptibilidad de agresión a consecuencia de terceras personas. Además, los trabajos nocturnos, con jornadas de trabajo extenuantes y muy largas, sin una regularidad en los turnos de trabajo y con poco descanso puede llegar a afectar a la salud del trabajador en todas sus esferas.

- **La participación y el control.** Los factores psicosociales de riesgos que se pueden observar en este ámbito son relativos a una escasa autonomía ofrecida al trabajador para poder decidir y participar sobre aspectos relevantes de su trabajo.
- **El desempeño de rol.** En algunos casos, los trabajadores pueden desconocer cuál es su rol dentro de la empresa, y puede afectar el hecho de tener otros trabajadores bajo su responsabilidad.
- **El desarrollo profesional y personal.** Se dan en trabajos con poco reconocimiento social, en el que el trabajador tiene pocas posibilidades de promoción dentro de la empresa, además los trabajadores pueden considerar que sus condiciones contractuales, la remuneración que perciben y el reconocimiento dentro de la empresa no son adecuados para el trabajo que realiza.
- **Las relaciones interpersonales.** Puede suponer un factor de riesgo psicosocial cuando el trabajador percibe un escaso apoyo social, tienen mala relación con sus compañeros y/o superiores y de forma recurrente está expuesto a situaciones conflictivas. El trabajador suele manifestar esta problemática mediante actitudes de desconfianza, conductas inadecuadas, aislamiento social, etc.
- **Los equipos de trabajo y la exposición a otros riesgos.** Puede darse el caso que los trabajadores no dispongan de un equipamiento y/o unas herramientas para el desempeño de sus funciones por lo que aumenta el riesgo de exposición a factores físicos, químicos, biológicos, mecánicos, ergonómicos y/o psicosociales, según sea el caso, en un entorno de trabajo que puede tener unas condiciones ambientales deficientes de espacio, ruido, luminosidad, etc.
- **La cultura organizacional.** Hace referencia tanto a los estilos de gestión y liderazgo dentro de la empresa y puede suponer un elemento de riesgo cuando las comunicaciones son pobres o inexistentes, cuando no se favorece el desarrollo personal de los trabajadores, cuando los procedimientos son engorrosos y arbitrarios y cuando existe una falta de definición de los objetivos.
- **Interacción casa-trabajo.** Algunos trabajadores por las altas demandas que se les solicita desde el ámbito familiar y del laboral son susceptibles de desarrollar problemas relacionados con la conciliación casa-trabajo (doble presencia) debido a un conflicto de exigencias.

Entre estos factores de riesgo psicosocial o agentes estresantes, se pueden identificar dos grupos relacionados con el contenido del trabajo y con el contexto del trabajo (Cox, Griffith y Rial-González, 2000; OIT, 2016). Los factores de riesgo psicosociales relacionados con la organización de trabajo y sus condiciones forman parte del grupo “contenido del trabajo” y aquellos factores que hacen referencia a la organización del trabajo y las relaciones laborales pertenecen al grupo “contexto del trabajo” (OIT, 2016). La Agencia Europea para la Seguridad y la salud en el Trabajo (2009a) sobre riesgos psicosociales emergentes aportó en su estudio 42 riesgos psicosociales, donde se refiere que la mayoría de estos están causados por dos fenómenos, la expansión de los sectores terciario de producción y el sector servicios y la globalización actual en todos sus ámbitos, incluido el mercado laboral (Moreno-Jiménez, 2011).

A este respecto, un informe de la Comisión Europea realizado por Parent-Thirion *et al.* (2017), concluyó que la mitad de los trabajadores de la Unión Europea trabajaba a una velocidad excesiva y con plazos ajustados, además un 45% de los encuestados informaron que, por lo general, su trabajo era monótono y siempre realizaba la misma tarea. Por otro lado, según la Tercera encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER 3) elaborada por la Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo (2019) [*European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA*], determinaron que un 60% de los trabajadores reportaron como factor de riesgo psicosocial tener que tratar con clientes difíciles, pacientes, alumnos, etc., un 45% de los trabajadores indicaron problemas relacionados con las presiones por limitaciones de tiempo y en menor medida notificaron mala comunicación o apoyo dentro de la organización (18%), miedo a perder el trabajo (13%) y horas de trabajo largas o irregulares (22%).

En la actualidad, la pérdida de la fuerza de la economía real y del protagonismo de las empresas ha contribuido a un hundimiento del mercado del trabajo y ha originado un aumento de la inseguridad laboral en todas sus formas, principalmente de la contractual. Esta inseguridad ha generado uno de los más importantes riesgos psicosociales en la actualidad a nivel mundial, la incertidumbre laboral. La incertidumbre es generadora de un estrés ante el miedo a la pérdida del trabajo, el cual puede producir más daño que el propio problema según varios estudios (Moreno-Jiménez, 2011). Es abundante la evidencia donde se demuestra que el estrés derivado de la falta de control ante las tensiones prolongadas sufridas por la falta de capacidades, conocimientos y habilidades en el individuo para hacer frente a las demandas y presiones del trabajo, pueden originar enfermedades mentales de carácter más grave. Ello nos sugiere que se debe prestar especial interés en el tratamiento preventivo de trastornos mentales comunes o afecciones con un bajo umbral que eviten llegar a este extremo (Stavroula-Leka, 2017).

#### 1.1.4. Estrés laboral

Según los datos expuestos en la Segunda Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (*Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks [ESENER-2]*) realizada por La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, casi en el 80% de las empresas en Europa el estrés es una de las principales preocupaciones, señalando además, que menos del 30% de las organizaciones encuestadas tienen protocolos en el lugar de trabajo para tratar esta afección (Irastorza, Milczarek y Cockburn, 2016; OIT, 2016).

Con estos datos, las continuas situaciones de estrés en el lugar de trabajo se pueden suceder con asiduidad y pese a ello, las empresas y organizaciones no le suelen presentar la importancia que se merece. En este sentido, los lugares de trabajo pueden ser lugares idóneos para poner en marcha programas de salud para un manejo efectivo del estrés con orientación hacia una prevención primaria, pero en el caso que exista algún programa con esta temática, éstos suelen proponer medidas reactivas una vez que el problema ya se ha desencadenado (prevención secundaria o terciaria) (Hampson y Jacob, 2020).

El estrés laboral se puede entender como aquella respuesta a un desequilibrio entre las demandas físicas, psicológicas, sociales y organizativas de un trabajo y los recursos de los que dispone un individuo (Bakker y Demerouti, 2007). La casuística por la que se puede desarrollar sintomatología afín al estrés puede ser muy variada. Entre las posibles causas que existen, según la Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo (2009) se pueden destacar:

- Los cambios en la organización, en la gestión o en el diseño del trabajo.
- La precariedad de los contratos.
- La inseguridad laboral.
- El exceso de la carga y velocidad de trabajo.
- Las altas exigencias emocionales a los trabajadores.
- Situaciones de violencia y acoso psicológico, incluido el *mobbing*.
- Deficiencias en la conciliación entre el trabajo-vida personal.

La exposición a estas condiciones laborales puede generar estrés entre los empleados, pudiendo provocar un menoscabo en el rendimiento y en la motivación del trabajador, así como problemas de salud de diversa índole (Figura 7).



Figura 7. Riesgos de estrés relacionados con el trabajo

Fuente: Kompier y Marcelissen (1990)

Se entiende por tanto que puede provocar consecuencias tanto en la organización como en el propio individuo y algunos síntomas y/o manifestaciones que pueden orientar sobre la problemática (Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo, 2009):

- Consecuencias y manifestaciones del estrés laboral en la organización
  - Absentismo laboral.
  - Cambio continuo en las plantillas.
  - Problemas disciplinarios.
  - Violencia y mobbing.
  - Menor productividad.
  - Aumento de la accidentabilidad.
  - Aumento en los costes.
  
- Consecuencias y manifestaciones del estrés laboral en el trabajador afectado:
  - Reacciones emocionales (irritabilidad, ansiedad, problemas relacionados con la calidad y cantidad del sueño, depresión, fatiga emocional, problemas familiares, etc.).
  - Reacciones cognitivas (disminución en la atención, concentración, capacidad para aprender cosas nuevas y dificultad para tomar decisiones).
  - Reacciones conductuales (abuso de alcohol, drogas y/o tabaco).
  - Reacciones fisiológicas (lumbalgias y cervicalgias, deterioro del sistema inmune, problemas gastrointestinales, hipertensión, etc.).

El estrés laboral se puede desarrollar por un desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, es decir, por un alto esfuerzo y una baja recompensa. Según Siegrist *et al.* (2014), el trabajador puede obtener como recompensas una retribución económica, la posibilidad de crecimiento y reconocimiento laboral, etc. Por ello, la capacidad que tienen los trabajadores para gestionar la tensión va a depender de los determinantes sociales que giren en torno a su trabajo y su vida, las experiencias vitales y los recursos de los que disponga el trabajador (Eriksson y Lindström, 2008).

Además, puede darse el caso que el trabajador tenga un manejo óptimo de la situación que genera estrés e impactar de forma positiva o neutra en la salud del trabajador. En contraposición, se puede dar el caso que el trabajador no tenga un correcto manejo de los factores que pueden desencadenar la situación de estrés y ello provoca consecuencias físicas, mentales y/o sociales (Antonovsky, 1988). Por lo tanto, la habilidad que poseen los trabajadores para manejar las situaciones de estrés van a depender de los determinantes sociales, de las experiencias vitales y de los RGR. De forma más pormenorizada se explica en los modelos de Trabajo-Demanda-Control-Apoyo y en el de Demandas y recursos laborales.

### 1.1.5. Modelo Trabajo-Demanda-Control-Apoyo

El modelo de Trabajo-Demanda-Control-Apoyo (*Job-Demand-Control-Support Model*) se sustenta en el modelo primario denominado (*Job Demand-Control model*) de Karasek (1979). Este modelo primigenio originado a partir de los avances sociológicos de la época, consideraba dos aspectos fundamentales en el trabajo: las demandas psicológicas y el control. Mientras que las demandas psicológicas están relacionadas con las exigencias derivadas del propio trabajo (carga de trabajo, presión, tiempo de trabajo, entre otras), el control, también llamado latitud de decisión, hace referencia a los recursos propios de la persona y son capaces de amortiguar o reducir el impacto de las demandas psicológicas. Posteriormente, Johnson y Hall (1988) incluyeron al modelo un tercer aspecto influyente, el apoyo social que puede ser aportado por superiores, por iguales o por terceras personas como pueden ser clientes, pacientes, etc. y permitiría conformar el modelo de Trabajo-Demanda-Control-Apoyo (*Job-Demand-Control-Support Model*).

Según este modelo, un ambiente de trabajo podría circunscribirse en un compendio de demandas laborales propias de cada puesto de trabajo, un nivel de control que los trabajadores poseen (o no) para contrarrestar esas demandas y el nivel de apoyo que reciben los trabajadores de sus superiores y/o compañeros (Karasek y Theorell, 1990). Por tanto, el modelo de Trabajo-Demanda-Control-Apoyo puede ser útil para evaluar las condiciones psicosociales en el entorno laboral e indica que las demandas laborales pueden producir tensiones en el trabajador en el ejercicio de sus funciones y según el control que posea el trabajador y/o el apoyo social del que disponga, podría minimizar o exacerbar una posible situación de tensión (Del Pozo-Antúnez, Ariza-Montes, Fernández-Navarro y Molina-Sánchez, 2018). Además, conviene recordar que cada trabajo tiene su idiosincrasia tanto en cuanto son diferentes en términos de demandas laborales y control laboral.

Por tanto, según Karasek y Theorell (1990) este paradigma permite clasificar cuatro tipos de escenarios en los que un trabajador se puede encontrar (**Figura 8**):

- 1) Escenario de alta tensión, en el que existen altas demandas y escaso control por parte del trabajador
- 2) Escenario de baja tensión, en el que existen escasas demandas laborales y el trabajador posee de un elevado control
- 3) Escenario de trabajo pasivo, caracterizado por una baja demanda laboral y un control por parte del trabajador también escaso y
- 4) Escenario de trabajo activo, en el que las altas demandas laborales cohabitan con un elevado control por parte del trabajador.

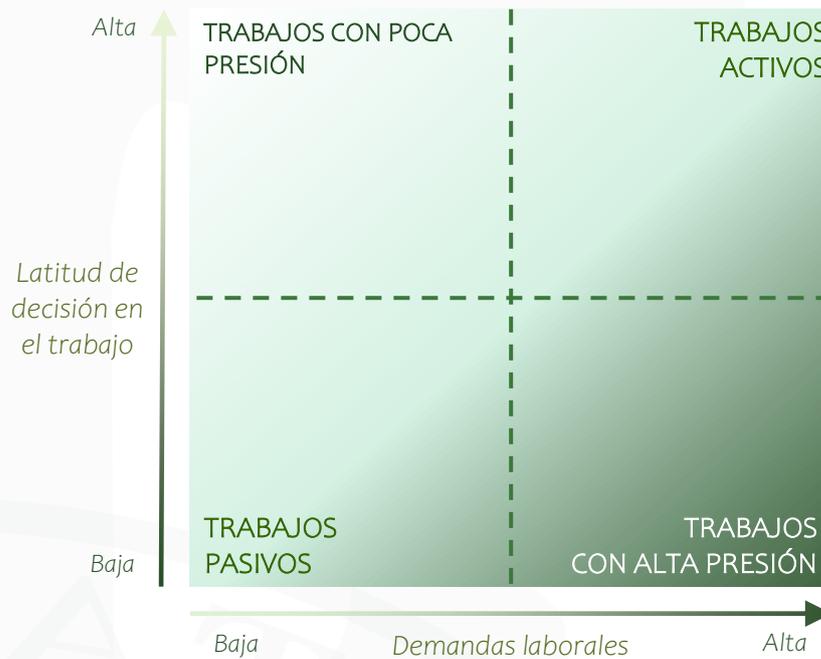


Figura 8. Modelo de demanda-control de Karasek y Theorell  
Fuente: Karasek y Theorell (1990)

A este respecto se pueden plantear dos hipótesis: la hipótesis de la tensión y la hipótesis del aprendizaje. La primera hipótesis intenta explicar que los trabajos que tienen altas demandas y bajo control por parte del trabajador son susceptibles que el trabajador muestre problemas de salud a nivel físico y psicológico. En este caso, un apoyo social alto puede amortiguar la situación de estrés y reducir el impacto del efecto estresor en el trabajador tanto a nivel de salud (biopsicosocial) como a nivel de productividad. La hipótesis del aprendizaje por el contrario se da en escenarios en los que se aprecia altos niveles tanto de control como de demanda, el trabajador suele ofrecer una buena salud y una situación de compromiso laboral con su trabajo. En este sentido la peor situación que puede soportar un trabajador es aquella con elevadas demandas laborales, bajo control y escaso apoyo social (*de Lange, Taris, Kompier, Houtman y Bongers, 2003; Portoghese et al., 2020*).

Con la incorporación de la dimensión apoyo social, el Modelo de demanda-control de Karasek y Theorell (1990) incluye 4 nuevos escenarios adicionales a través del modelo de Trabajo-Demanda-Control-Apoyo en los que el trabajador se puede encontrar:

- 1) el líder participativo, caracterizado por situaciones de alto control y alto apoyo social
- 2) el camarada obediente, con un bajo control y alto apoyo social
- 3) el héroe vaquero, en el que coexiste un elevado control laboral con un bajo apoyo social y,
- 4) el prisionero aislado, en el que se observan situaciones de bajo control laboral y bajo apoyo social (Figura 9).

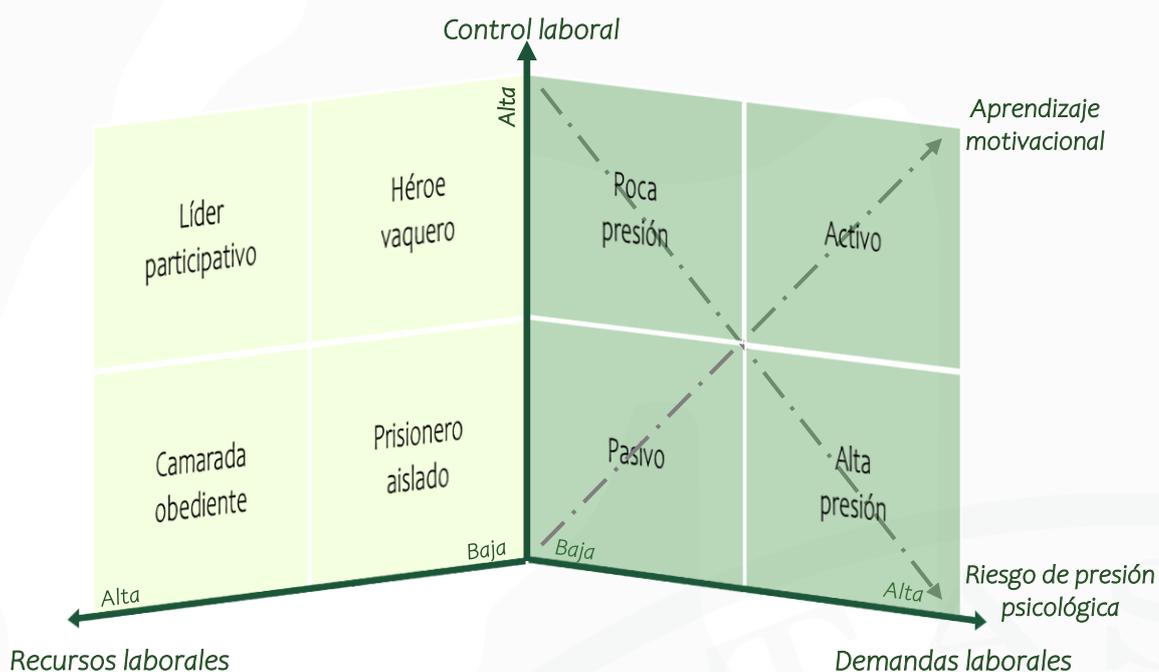


Figura 9. El modelo tridimensional explicativo del Modelo demanda-control-apoyo  
Fuente: Adaptado de Karasek y Theorell (1990)

En España se llevó a cabo una serie de medidas encaminadas a una prevención primaria orientadas hacia el diseño, a la organización y a la gestión del ambiente laboral tomando forma como Nota Técnica de Prevención (NTP) en el año 2001. La NTP 604: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II) ofrece a los supervisores una serie de propuestas para atender a las demandas laborales, propuestas para mejorar el control y actividades para intervenir sobre el apoyo social. Estas propuestas están incluidas en la **tabla 3**:

#### Propuestas para atender a las demandas

- Establecer objetivos de trabajo claros.
- Distribuir de forma equitativa las tareas, teniendo en cuenta el contenido y el tiempo disponible para su consecución.
- Se debe tener en cuenta tanto las capacidades como los recursos de los que dispone el trabajador.
- Ofrecer una dotación de personal suficiente y sustituir de forma adecuada las bajas laborales.
- Establecer períodos de descanso, especialmente después de realizar tareas especialmente exigentes
- Establecer mecanismos que permitan al trabajador tomar decisiones sobre la gestión de su propio trabajo.

#### Propuestas para mejorar el control

- Ofrecer al trabajador la posibilidad de tomar decisiones relacionadas con los métodos a emplear y en qué orden realizar las tareas.
- Asegurar mecanismos de consulta.
- Proporcionar tareas con un sentido y que suponga un reto para el trabajador.
- Ofrecer oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional/personal que incentive la autorrealización.

- Poner a disposición del trabajador actividades de formación continua y específica con el fin de aumentar las competencias del mismo.
- Aplicar ampliación y diversificación entre tareas más y menos creativas.
- Negociar con los trabajadores sistemas de rotación, especialmente en puestos o áreas con peores condiciones psicosociales.
- Proporcionar una dotación adecuada de medios materiales y humanos.
- Evitar la excesiva burocratización de las tareas.

#### Actividades para intervenir sobre el apoyo social

- Crear grupos de consulta donde compartir dudas y poner en común experiencias.
- Potenciar el trabajo en equipo y la comunicación.
- Establecer objetivos compartidos que favorezcan la colaboración entre compañeros.
- Ofrecer mecanismos de recompensa, reconocimiento y retroalimentación sobre su desempeño.
- Mantener informados a los trabajadores sobre los temas que puedan ser de su incumbencia.
- Proporcionar a los mandos intermedios formación en materia de dirección/gestión de personal.
- Establecer medidas que impidan las conductas competitivas entre los trabajadores (sistemas de remuneración, acceso a formación, información, sistemas de promoción, etc.).
- Hacer declaración pública sobre el rechazo de cualquier forma de acoso en la empresa.

Tabla 3. Propuestas de mejora para atender las demandas laborales, el control y el apoyo social  
Fuente: Vega-Martínez (2001)

#### 1.1.6. Modelo de demandas y recursos laborales

El modelo de demandas y recursos laborales (*Job Demands-Resources Model* - JD-R Model), a diferencia del anterior, nace a principios del siglo XXI (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001; Bakker y Demerouti, 2007). Este modelo gira en torno a dos conceptos principales: las demandas laborales y los recursos laborales (Demerouti et al., 2001; Bakker y Demerouti, 2017).

Las demandas laborales se refieren a todos los aspectos físicos, psicológicos, sociales y organizativos relacionados con el trabajo que necesitan de cierto esfuerzo y habilidades físicas y/o psicológicas que pueden perdurar en el tiempo. Para contrarrestar estas demandas laborales los trabajadores disponen de una serie de recursos laborales físicos, psicológicos, sociales u organizativos del trabajo que permiten la consecución de los objetivos laborales, ayudan a reducir las demandas laborales y los costos fisiológicos y psicológicos asociados, y estimulan crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo profesional (Bakker y Demerouti, 2007). Cuando entran confluencia las demandas y los recursos laborales, los trabajadores pueden sufrir un proceso de deterioro de su salud o bien, un proceso motivacional. El deterioro de la salud se puede dar cuando existe un desequilibrio entre las demandas y los recursos, siendo estos últimos insuficientes para contrarrestar las demandas, pudiendo provocar un menoscabo en la salud del trabajador (ansiedad, agotamiento, alteraciones cardiovasculares y musculoesqueléticas, entre otras). Por el contrario, cuando los trabajadores detectan una adecuada disponibilidad de los

recursos, pueden ofrecer un esfuerzo compensatorio capaz de satisfacer las demandas, especialmente en el ámbito psicológico (Vander Elst et al., 2019).

Además de las demandas y de los recursos laborales, algunos autores han incorporado en el modelo una serie de características o aspectos psicológicos capaces de mediar, intervenir o moderar en las demandas y los recursos laborales, denominados recursos personales (Schaufeli y Taris, 2014). Estos recursos personales pueden ayudar al trabajador a amortiguar el posible agotamiento que con un exceso de demandas se podría desarrollar y ayudar a los trabajadores a movilizar de forma eficiente los recursos laborales a través la motivación y del compromiso laboral (Figura 10). Por ello, el modelo de demandas y recursos laborales permite explicar y pronosticar el bienestar de los empleados (p. ej., el burnout, la salud, la motivación, el engagement) y el rendimiento laboral (Bakker y Demerouti, 2013).

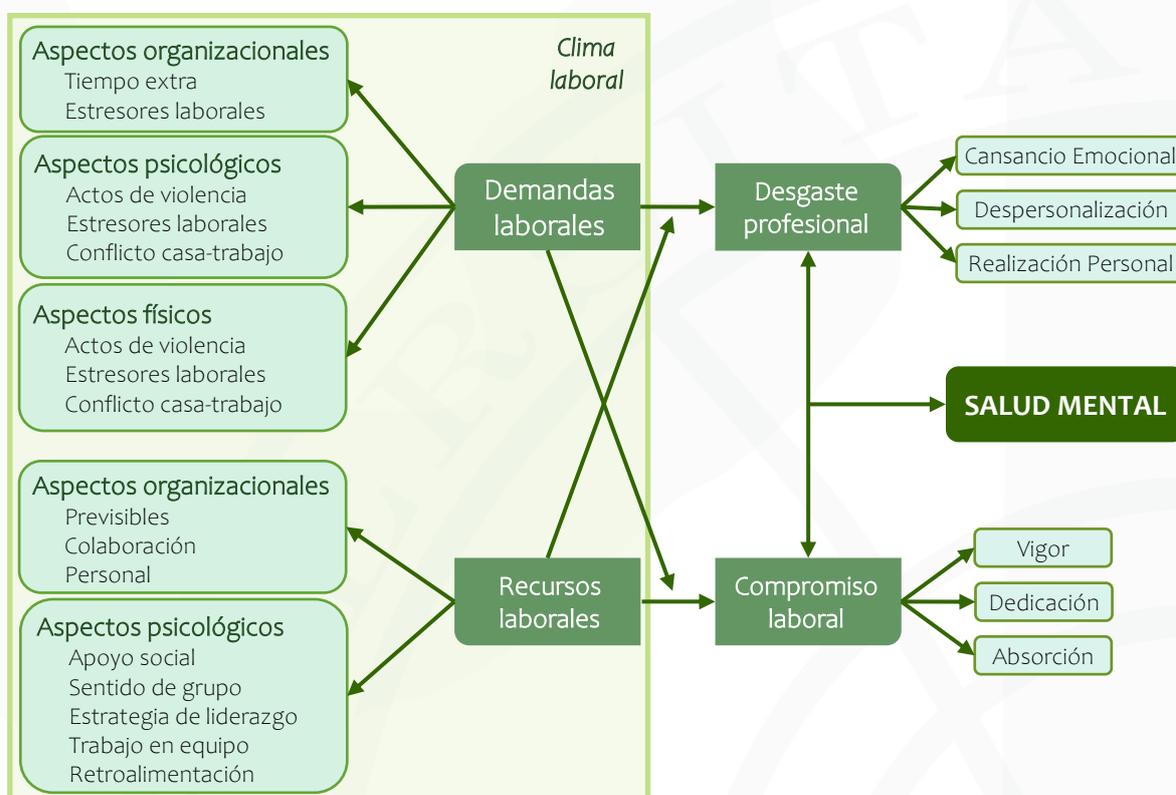


Figura 10. Organigrama del Modelo de demandas y recursos laborales: el clima laboral  
Fuente: Van den Broeck, Schreurs, Guenter y van Emmerik (2015)

Siguiendo el Modelo de demandas y recursos laborales, tanto las demandas como los recursos van a depender en buena medida del clima laboral en el que un trabajador realice sus funciones. El clima laboral se entiende como la percepción que tiene un trabajador de la estructura y las interacciones psicosociales que se desarrollan en su ambiente de trabajo (Bronkhorst, Tummers, Steijn y Vijverberg, 2015) y puede tener influencia tanto en la satisfacción laboral de las enfermeras como en los niveles de estrés, ansiedad y compromiso laboral (Gago,

Martínez y Alegre, 2017). Por tanto, el clima laboral está caracterizado por factores organizacionales como la organización del trabajo y la cultura organizacional, y personales como actitudes, valores y creencias capaces de deteriorar o empoderar la salud física, mental y social de un trabajador. Según Mana, Benheim y Sagy (2017), las comunidades mejor cohesionadas y con mejores vínculos sociales, son más susceptibles de mantener la salud de sus trabajadores pese a que aparezcan dificultades.

### 1.1.7. Compromiso laboral (*work engagement*)

Desde el paradigma de la Psicología Positiva, ha cobrado especial relevancia en Salud Laboral el término compromiso laboral o *work engagement*. El compromiso laboral es entendido como un estado mental positivo beneficioso tanto para el individuo como para la institución en la que presta sus servicios y muy cercano al bienestar laboral y a la satisfacción personal (Leiter y Bakker, 2010; Schaufeli, 2018). Kahn (1990) fue el primer teorizador que definió el compromiso laboral como la inversión de energía cognitiva, física y emocional en un rol laboral y según este mismo autor, los trabajadores comprometidos (*engaged*), al identificarse con su trabajo y sentirse satisfechos con el mismo, se esforzaban más en su trabajo basado en tres condiciones: significación, seguridad y disponibilidad de recursos físicos y psicológicos.

Años después, Schaufeli y Bakker (2003) definieron los tres componentes psicológicos del compromiso laboral como dedicación, absorción y vigor. Rodríguez-Muñoz y Bakker (2013) indicaron que la dedicación hace referencia a un sentido de alta implicación laboral y a la importancia, entusiasmo, orgullo y desafío que siente un trabajador con su trabajo. El vigor por su parte, se caracteriza por altos niveles de energía y resiliencia mental durante el trabajo, existiendo un deseo de esforzarse con el trabajo si fuera necesario y perseverar pese a las dificultades. Por último, la absorción de manifiesta cuando una persona está completamente absorta en su trabajo a nivel de concentración, se le pasa el tiempo con rapidez y puede presentar alguna dificultad para que la persona se separe de su trabajo.

La relevancia no debe centrarse tanto en los factores de riesgos que pueden traer consecuencias negativas, sino en los factores de protección que pueden facilitar la prevención de dichos riesgos, propiciando estados de bienestar subjetivo por parte del profesional sanitario (Pérez-Fuentes, Molero-Jurado, Gázquez-Linares y Simón-Márquez, 2019).

Los trabajadores con altos niveles de compromiso laboral suelen mostrar actitudes proactivas con el trabajo y con todo lo que rodea a la organización en la que trabaja. Esto hace que las personas comprometidas con su trabajo muestren sentimientos de satisfacción y actitud proactiva con su trabajo, tengan una intención menor de rotar o cambiar de empresa y presenten

una mayor resiliencia para superar las adversidades o los conflictos (Schaufeli y Bakker, 2004). La **tabla 4** muestra las características de los empleados comprometidos.

<b>Competencias emocionales</b>
Inteligencia emocional y empatía
Optimismo, esperanza, confianza y autoestima
<b>Competencias cognitivas</b>
Vigilancia, atención y concentración
Creatividad e innovación
<b>Competencias motivacionales</b>
Curiosidad y apertura a nuevas experiencias
Voluntad de aprendizaje y desarrollo
Autoeficacia
Autocontrol
Iniciativa personal, proactividad
Energía
<b>Competencias conductuales</b>
Habilidades para la gestión de tiempo
Habilidades de negociación
Habilidades sociales, interpersonales y de comunicación

Tabla 4. Competencias psicosociales de los empleados comprometidos

Fuente: Schaufeli y Bakker (2004)

En materia económica los trabajadores comprometidos con su trabajo suelen ser personas que aportan una mayor productividad a la empresa y a nivel de salud suelen presentar menos enfermedades relacionadas con el estrés o la depresión (Demerouti, Bakker, de Jonge, Janssen y Schaufeli, 2001). En este sentido, es importante destacar que las organizaciones deben ofrecer las condiciones óptimas para que surja el compromiso laboral. Los estudios han analizado las variables tanto personales como situacionales que pueden llevar al desarrollo del engagement. En relación a las variables situacionales, ponen de manifiesto que existen situaciones que pueden constituirse en causas del engagement, como los recursos personales y laborales o el contagio emocional, y otras sin embargo, sobre las que puede influir, como las actitudes hacia las tareas o hacia la institución, el desempeño en las tareas o en la salud, y la autoeficacia (Diener, 2009).

Muy relacionados con estos conceptos, la pasión puede ser definida como una fuerte inclinación hacia una actividad que a la gente le gusta, que encuentran importante, y en la que invierten tiempo y energía, pudiendo ser relacionada en el contexto laboral con el deterioro de la salud y con la motivación hacia el trabajo (Vallerand et al., 2003).

El Modelo de demandas y recursos laborales postula las demandas laborales pueden ser factores predictores del burnout y los recursos laborales factores predictores del compromiso laboral (Schaufeli y Taris, 2014; Lesener, Gusy y Wolter, 2019).

Tradicionalmente, se ha pensado que el compromiso laboral y el burnout son las dos caras de una misma moneda, es decir, polos contrapuestos en un continuo, donde el burnout es el extremo negativo y el compromiso laboral es el extremo positivo, en el que uno no se entiende sin el otro (Maslach y Leiter, 1997; Rodríguez-Muñoz y Bakker, 2013). De forma más reciente, el constructo compromiso laboral ha empezado a cobrar importancia como ente con identidad propia, siendo términos aparentemente antagónicos entre sí pero no necesariamente mutuamente excluyentes, puesto que puede haber trabajadores con altos niveles de burnout y altos niveles de compromiso laboral (Schaufeli y Bakker, 2004; Salanova y Schaufeli, 2009).

Si bien es cierto, Schaufeli, Taris y Van Rhenen (2008) indicaron que la dimensión Absorción puede estar presentes en trastornos como la adicción al trabajo. Pese a que es un problema no muy estudiado, este trastorno del comportamiento puede influir negativamente en la salud del trabajador, de hecho, se podría definir como una necesidad incontrolable de trabajar incesantemente (Quinones y Griffiths, 2015; Dutheil et al., 2020), aun cuando no es necesario ni esperable (Schaufeli, Taris y Bakker, 2008). La adicción al trabajo puede tener consecuencias negativas en el trabajador como niveles más bajos de salud y un mayor número de conflictos familiares a consecuencia del trabajo, y positivos como mayores niveles de satisfacción (Dutheil et al., 2020). En la **figura 11** se observan posibles manifestaciones del trabajador según el nivel de activación y de agrado con su trabajo.

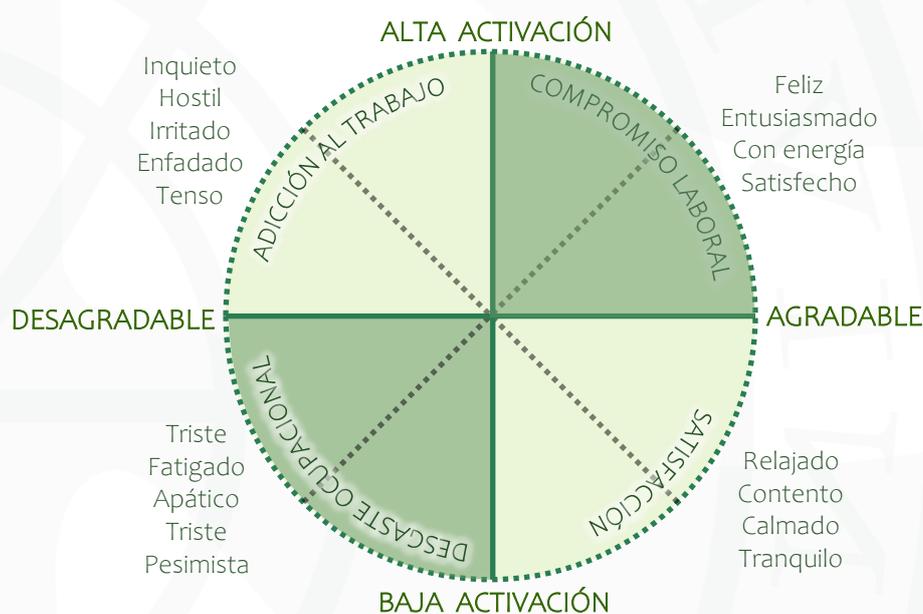


Figura 11. Modelo bidimensional del bienestar subjetivo en el ámbito laboral  
Fuente: Rodríguez-Muñoz y Bakker (2013)

### 1.1.8. Desgaste ocupacional (*burnout*)

El desgaste ocupacional o agotamiento, también conocido como *burnout*, es un síndrome caracterizado por una disminución de energía física, mental y emocional asociado a un estrés continuado en el trabajo (*Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli y Schwab, 1986*). El concepto surgió en EE.UU. en la década de 1970, Freuderberger (1974) lo definió como una combinación de cansancio emocional crónico, fatiga física, pérdida de interés por la actividad laboral y deshumanización en el cuidado y atención a los usuarios.

Este estrés continuado puede ser a consecuencia de la falta de recursos, de control y de justicia, por una sobrecarga de trabajo, por conflictos de valores, etc., en definitiva, puede estar relacionada tanto con el ritmo como con el lugar de trabajo. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (2018), el Síndrome de desgaste ocupacional es un síndrome que se puede definir como el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo tras un manejo ineficaz del mismo. Se caracteriza por tres dimensiones (*Maslach et al., 1986; Maslach, 1993*):

- 1) Agotamiento emocional, manifestado por sentimientos de falta de energía, fatiga, depresión y desesperanza;
- 2) Despersonalización, caracterizada por un aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo y conductas insensibles y negativas hacia los demás; y
- 3) Logro personal bajo, en el que los propios trabajadores se catalogan como incompetentes y fracasados y ofrecen una escasa contribución a su trabajo.

El desgaste ocupacional, además de los problemas de salud que ocasionan en los trabajadores, tiene consecuencias negativas en la empresa. En los trabajadores provocan cefaleas, fatiga, depresión, conflictos, absentismo, bajo compromiso con la organización, poca motivación, etc., lo que conlleva una reducción en la calidad y en el rendimiento del trabajo que realiza, una mayor probabilidad para que se desarrollen accidentes de trabajo y costes económicos en la empresa por la menor productividad (*Maslach et al., 1986*).

La mayoría de las veces que se detectaban problemas relacionados con el desgaste laboral, el enfoque que se daba era una vez el síndrome ya se había manifestado por lo que imperaba el paradigma patogénico. De un tiempo a esta parte, algunas organizaciones están poniendo en valor el paradigma salutogénico mediante el cual se pretende proporcionar a los trabajadores las herramientas suficientes para el control de los factores de riesgos antes de que el desgaste laboral aparezca (*Loerbroks, Glaser, Vu-Eickmann y Angerer, 2017*).

### 1.1.9. Importancia de la salud mental en el trabajo

El entorno laboral tiene una amplia repercusión sobre la salud de las personas a nivel biopsicosocial derivado de los continuos cambios estructurales y organizativos a los que está sometido el trabajador llegando a provocar importantes complicaciones de salud mental. La globalización y el uso de las nuevas tecnologías en el trabajo, en la comunicación, las nuevas formas de organización del trabajo y los diferentes modelos de empleo, el aumento del volumen de la información con la cual se trabaja, la proliferación en la externalización de los servicios y la subcontratación de los mismos, unido todo ello a los cambios y reformas derivadas de una crisis económica mundial, donde el trabajador ha asumido una progresiva carga en cuanto al volumen y tipo de capacidades exigidas, ha dado origen a conflictos en la distribución del tiempo de trabajo, haciendo cada vez más difícil la compatibilidad entre el trabajo y las necesidades familiares y/o sociales. A ello, hay que añadirle los cambios y las reformas derivadas de una crisis económica mundial donde el trabajador ha asumido una progresiva carga en cuanto al volumen y tipo de capacidades exigidas. Además, son diversos y complejos los efectos que el trabajo produce en la salud mental, pudiendo ser positivos cuando éste aporta satisfacción y contribuye a la auto-realización personal, ya sea por las relaciones o por la seguridad económica o, por el contrario, cuando existe una organización inadecuada en el trabajo, escasez del mismo, o la pérdida del empleo, éste puede contribuir a la aparición de efectos negativos para la salud mental (Alastruey et al., 2012; Becerra-Basterrechea, 2016; OIT, 2016; Stavroula-Leka, 2017). Del mismo modo, cada vez hay más personas que el trabajo es en general bueno para la salud y el bienestar, siempre y cuando sea de calidad y adaptado a las necesidades individuales de la persona (Stavroula-Leka, 2017).

#### 1.1.9.1. Salud mental en el lugar de trabajo. Magnitud del Problema a nivel mundial y europeo.

La creciente evidencia y conciencia sobre la magnitud de los problemas de salud mental, cuyo peso representa una tremenda carga para la sociedad y la economía y para aquellas personas que la padecen como resultado de un aumento en la incidencia de enfermedades mentales relacionadas con el trabajo en la mayoría de los países europeos. Ello se traduce a nivel cuantitativo en un mayor número de jubilaciones anticipadas, absentismo, y presentismo, entendido este término como la reducción de productividad en el trabajo por causas de salud del trabajador, aunque en la actualidad su significado se ha ampliado y abarca a aquellos trabajadores que, en sus puestos de trabajo, realizan en una parte de la jornada laboral, tareas que no son productivas para la empresa (Cooper et al., 2001); y a nivel cualitativo en un empeoramiento en las relaciones laborales, falta de motivación y de creatividad del personal, baja satisfacción, cambios en la organización del trabajo, como el aumento de la rotación del personal,

traslados internos y reconversión, así como una imagen pública negativa. Todos estos problemas tienen una considerable repercusión en la productividad, en los costes y en las capacidades de la empresa con vistas a ser competitivos en el mercado (OIT, 2016; Stavroula-Leka, 2017). Por ello, es necesario incluir la salud mental entre las principales prioridades en materia de salud pública, donde la promoción de la salud mental y el desarrollo de medidas de prevención de la enfermedad mental son posibles mecanismos capitales para la resolución de esta problemática (Stavroula-Leka, 2017).

Datos aportados por un informe realizado por el Parlamento Europeo indican que los factores determinantes de la salud mental y el bienestar difieren entre hombres y mujeres y entre los diferentes grupos de edad, incidiendo en que las mujeres sufren una mayor exposición a factores como la desigualdad de género, diferencias en los ingresos, una mayor exposición a la pobreza, al exceso de trabajo, la discriminación socioeconómica, la violencia de género, el hambre o la malnutrición, siendo todos ellos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de padecer problemas de salud mental en el colectivo femenino. En este sentido, se estima que los casos de depresión son aproximadamente el doble de frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. A grandes rasgos las mujeres presentan tasas superiores en cuanto a depresión, estrés, ansiedad, somatización y trastornos de la alimentación, mientras que los hombres tienen mayores índices de abuso de sustancias y trastornos antisociales. Este mismo informe afirma que el 49'1% de los casos de discapacidad por trastornos depresivos se dan en mujeres y que el 29'3% entre hombres, enfatizando que la salud mental y el bienestar de las mujeres se ve afectado por la imposición de roles de género tradicionales imperantes en la sociedad actual (Becerra-Basterrechea, 2016). Además de ello, en la mayoría de las sociedades las mujeres son las principales responsables de las labores domésticas no remuneradas como cocinar, limpiar y cuidar a los niños, soportando un doble rol en caso de estar empleadas. Es también mayor el número de cuidadoras familiares de género femenino que no perciben una remuneración. La búsqueda de un equilibrio por parte de la mujer en estas condiciones conlleva en muchos casos a la fatiga, la depresión y el estrés (OIT, 2016; Yew, Yong, Tey, Cheong y Ng, 2018).

Durante las últimas décadas las cifras de bajas por enfermedad, junto con las jubilaciones anticipadas, derivadas ambas de problemas de salud mental han ido en aumento. Se cree que ello no parece deberse a un aumento de la prevalencia, sino a una menor estigmatización y marginación de aquellas personas que padecen problemas mentales, originando el reconocimiento de aquello que antes se ocultaba (Stavroula-Leka, 2017). El coste total que la Unión Europea asume debido a la depresión relacionada con el trabajo alcanza los 617 billones de euros anuales, de los cuales 272 billones de euros son a consecuencia de pérdidas relacionadas con el absentismo y el presentismo, 242 billones de euros los costes derivados de la pérdida de

productividad, 63 billones de euros por gastos directos para el tratamiento y la sanidad pública y aproximadamente unos 39 billones de euros para el gasto generado por las indemnizaciones percibidas por discapacidad (OIT, 2016).

### 1.1.9.2. Clasificación de alteraciones mentales y su relación con el trabajo. Principales trastornos psicológicos asociados al trabajo.

Los trastornos mentales en el ámbito laboral pueden ser de todo tipo ya que este entorno es generador de riesgos psicopatológicos (Alastruey et al., 2012). En su mayoría se encuadran dentro de los ejes I, II, y IV, acogiéndonos a la nosología del DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), comprendiendo los trastornos clínicos, de personalidad y los problemas psicosociales y ambientales. Un ámbito laboral donde existan descompensaciones en la organización del trabajo puede dar como resultado una serie de trastornos mentales tales como los que pueden apreciarse en la **tabla 5**.

Trastornos	Casuística
Trastornos psicóticos relacionados concomitantes con el ámbito laboral	Estos son originados por diferentes causas como las provocadas por exposiciones a agentes químicos que contengan en su composición cantidades significativas de tolueno, arsénico, plomo, sulfuro de carbono o mercurio. Del mismo modo, son causantes de brotes psicóticos o exacerbaciones patológicas previas el abuso de ciertas sustancias psicoactivas o medicamentos como el alcohol, la cocaína, el cannabis, algunos esteroides anabolizantes y las anfetaminas.
Trastornos neuróticos concomitantes con el trabajo	Están vinculados a actividades concretas pudiendo o no, haber exposición a ambientes tóxicos. La neurosis hace referencia a la reacción del trabajador al desequilibrio por la frustración ante una imposición: la voluntad del empleador sobre la del empleado y tanto la elección como pérdida del empleo.
Trastornos cognitivos relacionados con el trabajo	La elevada exposición a algunos pesticidas y herbicidas pueden producir daños en el sistema nervioso, y afectación a largo plazo de su capacidad para procesar y recordar la información, desarrollando estados demenciales.
Trastornos derivados del estrés laboral	Cuando el trabajador es sometido a una fuerte presión para que este cumpla con cierta demanda o con las expectativas puestas en él, puede generar en este, ante la incapacidad de cumplir con esta demanda o de adaptación, disfunciones de tipo psicológica, física o social. Ello puede tener una incidencia de trastornos psicosomáticos, que, en un contexto clínico constituyen las definidas como “enfermedades del estrés”.
Trastornos por abuso a sustancias psicoactivas en ámbito laboral	Etiológicamente las adicciones poseen un componente altamente multicausal, ya que implica a factores interpersonales, socioeconómicos, laborales, culturales y étnicos, farmacológicos y psiquiátricos. Señalar, que es frecuente el trastorno dual, llamado así por la comorbilidad entre los trastornos psíquicos y las drogodependencias.
Trastornos autolíticos	El suicidio en el ámbito laboral no siempre posee el mismo significado, tampoco es manifiesto, por el contrario, suele adoptar formas ocultas o equivalentes.

Tabla 5. Trastornos mentales derivados del ámbito laboral  
Fuente: Alastruey et al. (2012)

La falta de control, atenuación o eliminación de aquellos riesgos psicosociales inherentes a desajustes en la organización del trabajo a niveles de relaciones humanas pueden ser el origen de diversas patologías organizacionales tales como el *burnout* o el *mobbing*. Por el contrario, cuando estos desajustes afectan a la organización del espacio y del tiempo de trabajo, son denominadas *disfunciones del teletrabajo* y *trabajo por turnos* respectivamente, también la *ergodependencia* cuando hablamos de una situación de extrema interiorización de la demanda laboral, entre otras. Pueden observarse sus definiciones y características en la **tabla 6**.

Término	Definición	Características
<i>Burnout</i>	Es una respuesta al estrés laboral crónico.	Agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, desmotivación laboral y comportamiento paranoide y agresivo, insomnio, algias osteomusculares, absentismo laboral, adicciones, conflictos laborales y familiares, distanciamiento emocional.
<i>Mobbing</i>	Conductas abusivas, que atentan contra la dignidad o la integridad psíquica con carácter de exclusión como final de estas actuaciones perversas.	Trastornos dermatológicos, digestivos, endocrinos, neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, genitales, etc.
<i>Teletrabajo</i>	Es una actividad laboral que se realiza a distancia y fuera del entorno laboral haciendo uso de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones.	Aquellas personalidades débiles o inseguras se podrían ver afectadas por los riesgos psicosociales dándose diferentes alteraciones psicopatológicas.
<i>Trabajo a turnos</i>	Forma organizativa del trabajo donde el trabajador o grupos de trabajadores trabajan sucesivamente para establecer un ritmo en una modalidad de servicio o producción. Ello puede forzar los ritmos biológicos originando una repercusión fisiológica.	Bajo rendimiento laboral, absentismo, cansancio, más accidentes, trastornos de sueño, problemas digestivos y nerviosos.
<i>Ergodependencia</i>	Una dependencia al trabajo exagerada con carácter morboso.	Podría considerarse una pseudodependencia. Puede, en casos extremos ser causante de muerte.

Tabla 6. Definición y características de las patologías organizacionales en el trabajo

Fuente: Alastruey et al. (2012)

### 1.1.9.3. El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales para el diagnóstico, tratamiento y prevención.

La salud mental puede verse alterada por numerosos factores del ámbito laboral generados en su mayoría por una interacción inadecuada entre la organización y dirección de la empresa, el tipo de trabajo, las capacidades y competencias del personal y el apoyo ofrecido para el desarrollo del trabajo (OMS, 2019). Ello pone de manifiesto la complejidad en cuanto a la prevención, detección y tratamiento de la misma. A esto se debe añadir el estigma que crea

en aquellas personas que la padecen y que según algunas estimaciones contribuye a que menos de una tercera parte del total de las personas que padecen alguna enfermedad mental reciban asistencia sanitaria. La perspectiva multidisciplinar tanto en atención primaria como en atención especializada es de vital importancia en el manejo de estos pacientes pero debe ir acompañado de la colaboración de las propias empresas. La calidad de vida de cada individuo, su nivel de satisfacción o insatisfacción en el trabajo, su grado de estrés tanto en su vida personal como en el trabajo está condicionado por la actitud que éste presenta en función a su estado de salud, sus capacidades, su perspectiva en la vida, su educación y sus motivaciones (Mingote-Adán *et al.*, 2011).

Según la directiva Europea 89/391/CEE (Directiva Marco) es el empresario quien “debe garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo” como un principio general, incluyendo la prevención de riesgos laborales (PRL) en la organización general de la empresa, abarcando tanto su área de actividad y estructura jerárquica. Del mismo modo, se deben desarrollar protocolos de actuación específicos, ofreciendo los recursos necesarios para minimizar el impacto de los factores de riesgo a los que el trabajador pudiera ser vulnerable, desarrollándose aquellas actividades de coordinación preventiva que sean necesarias. Algunas de las actuaciones que se plantean pueden ir enfocadas en la flexibilidad horaria, la adaptación de las tareas, la lucha contra las dinámicas negativas y la fluidez en la comunicación de problemas, a este fenómeno se le denomina “ajuste razonable” (OMS, 2019). Ello implica también una cierta responsabilidad por parte del trabajador tanto en el ámbito general como específico, que deberá conocer y actuar en base a las normas establecidas, informando de anomalías en caso de ser detectadas (Mingote-Adán y Núñez-López, 2011).

Tanto los roles sociales y familiares, como el rol laboral pueden verse deteriorados cuando se padece un trastorno mental, llevando al individuo a conductas inadecuadas, abuso de confianza, negligencias, omisión o dejadez en sus funciones. Del mismo modo, los trastornos mentales como aquellos relacionados con el consumo de sustancias que puedan crear adicción o los trastornos mentales graves del estado de ánimo pueden interferir en el desarrollo del rol profesional ya que alteran las capacidades psicomotoras, emocionales y cognitivas de la persona. Todo ello unido a los problemas en la asistencia que derivan del no reconocimiento de la enfermedad por parte del individuo que la padece, o la negación de aspectos como la gravedad, repercusiones a terceros e incluso para la propia persona, etc., complica el que la persona asuma el papel de enfermo, haciéndose necesario la presencia de mecanismos organizativos que permitan una rápida detección del problema, una pronta instauración del tratamiento y mecanismos de prevención de aquellas complicaciones más

habituales. Entre los comportamientos de riesgo y signos de alarma que deben ser motivo de alerta por su posible asociación a un trastorno mental destacan (Mingote-Adán y Núñez-López, 2011):

- **Cambios en la personalidad:** tristeza, ira, angustia, ansiedad, hostilidad, expresiones donde se aprecia una percepción de sí mismo desvalorizada o una permanente desesperanza.
- **Cambios conductuales:** disminución en el rendimiento laboral, cambio negativo en la calidad del trabajo, continuos retrasos y ausencias en las tareas transcendentales, pensamientos de autolesionarse, conflictos interpersonales continuados o una continua búsqueda de un trato especiales.
- **Cambios físicos:** hábitos de salud básicos y aspecto externo descuidados, alteraciones en el patrón del sueño, cambios importantes en el peso, cansancio excesivo, signos de adicción.
- **Otras señales:** quejas repetidas de compañeros y/o usuarios, ausencias injustificadas, conflictos extra-laborales añadidos, entre otros.

Aunque en primera instancia es el propio trabajador quien toma la decisión de comunicar que está sufriendo un problema, siendo capital para el afrontamiento y toma de conciencia de la enfermedad, es posible que tanto en el ámbito laboral mediante los mecanismos de prevención, como su médico de atención primaria en una revisión o consulta detecte la problemática en cuestión (Mingote et al., 2011).

En la actualidad las herramientas más utilizadas en la clasificación de trastornos mentales son dos, el CIE-11 (OMS, 2018) y el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), sin embargo, la necesidad de un mejor y más extenso desarrollo de algunos de sus diagnósticos alejan estos sistemas de la realidad clínica de ámbito laboral. La evidencia científica recomienda una medicina personalizada para una práctica clínica de calidad. El adecuado diagnóstico requiere de la realización de una completa evaluación con el objetivo de identificar aquellos signos y síntomas que ayuden a determinar un diagnóstico, establecer un plan de intervención (terapia laboral, farmacológico y psicosocial), la correcta elección de las intervenciones en función del estado del paciente, de sus características y del contexto, y por último el registro y valoración de los resultados de la misma. Dentro de la estrategia de diagnóstico se puede recurrir a procedimientos básicos como la entrevista y el uso de cuestionarios de evaluación. En las entrevistas se debe recoger información sobre datos de la conducta, actitudes del paciente y emociones tanto pasadas como actuales, detallándose la problemática que el individuo presenta, además de un historial minucioso de la vida de éste, incluyendo el ámbito laboral. La evaluación de la salud mental comprenderá los puntos que se detallan a continuación (Mingote et al., 2011):

- **Aspecto y conducta** (forma de vestir, higiene personal, expresiones faciales y motrices, etc.).
- **Procesos de pensamiento** (de forma aproximada a través de la continuidad, contenido y velocidad del habla).
- **Estado emocional y afecto** (estado de ánimo predominante, *¿es concordante su estado con los datos que aporta?*).
- **Actividad intelectual** (vocabulario, uso de abstracciones o metáforas, etc.).
- **Sensorio**, *¿es consciente de su entorno?* (persona/espacio/tiempo).

Existen instrumentos de medición en la evaluación psicológica que pueden ser usados de manera complementaria junto a otros métodos de diagnósticos, los cuales están supeditados a su fiabilidad y validez, o en el caso de los cuestionarios a la percepción subjetiva del individuo que los realiza, por lo que no deben ser interpretados como criterio único en el diagnóstico (Mingote et al., 2011).

La intervención ante los problemas de salud mental en el ámbito laboral, deben realizarse tanto en las condiciones del trabajo, como en el individuo y sus características o efectos derivados del problema de salud mental. Existen tres tipos de actuaciones preventivas (Mingote et al., 2011; Wynne et al., 2014):

- La **prevención primaria** está orientada a evitar la aparición de los factores que den origen al problema de salud mental tanto en el trabajo como en el individuo.
- La **secundaria** tiene la finalidad de controlar a aquella población que ya está afectada por algún tipo de trastorno mental, mejorando su capacidad para hacer frente a los peligros psicosociales mediante formación y concienciación.
- La **terciaria**, normalmente enfocada a la reincorporación y rehabilitación de aquellos trabajadores que padecen algún problema de salud mental.

En este sentido la iniciativa PRIMA-EF financiada por la Comisión Europea, propone un marco de evaluación de riesgos psicosociales con capacidad para adaptarse a múltiples escenarios, aportando una guía y acceso a herramientas útiles para la evaluación de los factores de riesgo, proporcionando también la base normativa y de investigación para este marco (Roozeboom et al., 2008).

Los múltiples factores personales en cada individuo hacen que la percepción del estrés sea compleja y variable debido a la distinta capacidad que cada persona tiene para adaptarse a los requerimientos en el ámbito laboral y social (Otero-Dorrego y Gálvez-Herrer, 2014). Diferentes estudios demuestran que la exposición a altos niveles de estrés laboral pueden ser el origen de problemas relacionados con la salud mental como el cansancio, burnout, ansiedad o la

depresión entre otros, influyendo también en la salud física generando por ejemplo trastornos cardiovasculares o musculoesqueléticos entre otros. También se ha demostrado el efecto que el estrés tiene sobre los hábitos de conducta de las personas asociándose con el consumo de alcohol, tabaco, drogas, un menor descanso, una dieta inadecuada y poco saludable, un elevado número de siniestros laborales y el aumento de enfermedades crónicas. Ello tiene como resultado un elevado impacto en la economía y productividad, competitividad e imagen pública de las empresas. La OIT (2016) ha definido algunas medidas políticas y programas de prevención encaminadas a reducir o eliminar el estrés en el ámbito laboral para así mejorar la salud de los trabajadores. Algunas de estas medidas pueden verse en la **tabla 7**.

Factores	Medidas
Control	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar un ratio de personal adecuado.</li> <li>- Permitir al trabajador opinar cómo debe llevar a cabo su trabajo.</li> </ul>
Carga de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar regularmente los tiempos disponibles y asignar plazos razonables.</li> <li>- Asegurar que el horario laboral es previsible y razonable.</li> </ul>
Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir el contacto social entre los trabajadores.</li> <li>- Asegurar un ambiente de trabajo libre de violencia física y psicológica.</li> <li>- Fomentar las relaciones de apoyo entre supervisores y trabajadores.</li> <li>- Proporcionar una infraestructura en la que los mandos intermedios se hagan responsables de los trabajadores y en la que exista un nivel adecuado de contacto.</li> <li>- Alentar a los trabajadores para trasladar cualquier demanda relacionada con conflictos entre la vida laboral y la vida familiar.</li> <li>- Reforzar la motivación, haciendo hincapié en los aspectos positivos y útiles del trabajo.</li> </ul>
Equiparar el trabajo al trabajador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asignar los puestos de trabajo a los empleados que cumplan con las habilidades psicológicas y físicas que requiere la tarea.</li> <li>- Asignar las tareas de acuerdo con la experiencia y la competencia.</li> <li>- Asegurar una utilización correcta de las habilidades de cada trabajador.</li> </ul>
Entrenamiento y educación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofrecer la formación adecuada para garantizar que las habilidades de los trabajadores cumplen con los requisitos del puesto de trabajo.</li> <li>- Proporcionar información sobre los riesgos psicosociales y el estrés laboral y cómo prevenirlo.</li> </ul>
Transparencia y justicia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar que las tareas están claramente definidas.</li> <li>- Asignar roles claros, evitando el conflicto de rol y la ambigüedad de rol.</li> <li>- Asegurar las medidas de seguridad adecuadas en la medida de lo posible.</li> <li>- Proporcionar una remuneración acorde a la tarea realizada.</li> <li>- Garantizar la transparencia y la equidad en los procedimientos de tramitación de solicitudes por parte de los trabajadores.</li> </ul>
Ambiente físico laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar unas condiciones de iluminación, equipamiento, aireación y ruido apropiados.</li> <li>- Evitar la exposición a agentes nocivos.</li> <li>- Tener en cuenta aspectos ergonómicos para limitar el estrés de los trabajadores.</li> </ul>

Tabla 7. Medidas colectivas en el ámbito laboral para prevenir el estrés

Fuente: OIT (2016)

#### 1.1.9.4. Beneficios y promoción de la salud en el trabajo. Cómo crear un entorno saludable en el trabajo.

Con el respaldo de la Comisión Europea, la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP) elaboró en el año 1997 la Declaración de Luxemburgo, asumido por todos los miembros de este organismo y en el cual se presentan las directrices básicas de actuación y el marco de referencia para una correcta gestión de la salud en el ámbito laboral. En él, la promoción de la salud en el trabajo se instaure como una estrategia de empresa que contribuye a la prevención de riesgos laborales, incrementando además, las capacidades del individuo para el mantenimiento de su salud y bienestar (*Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo, 1997*).

Se puede hablar de promoción de la salud en el ámbito laboral cuando existe una implicación o compromiso por parte de empresas, trabajadores y sociedad en establecer unas condiciones organizativas y medioambientales saludables para los trabajadores mediante (*Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2010*):

- **La aplicación de medidas adecuadas que permitan mejorar el sistema de organización**, por ejemplo, la adaptación de horarios en función a las necesidades del trabajador o incentivar el teletrabajo (trabajo en domicilio), oportunidades de formación.
- **La construcción de un entorno de trabajo saludable**, por ejemplo, fomentando el compañerismo, ofreciendo a los empleados formar parte del proceso de mejora en el trabajo, ofreciendo una dieta saludable.
- **Incentivar actividades saludables** entre los empleados, por ejemplo, ofertar clases de deportes o facilitar bicicletas dentro de los grandes centros de trabajo para el recorrido de grandes distancias.
- **Fomento del desarrollo personal**, por ejemplo, ofreciendo formación en competencias sociales, control del estrés o ayuda a los empleados para dejar de fumar.

La importancia que la promoción de la salud en el lugar de trabajo (PSLT) tiene no solo radica en la obligación legal que las empresas tienen de evitar daños para la salud de los trabajadores, además, esta tiene un claro impacto en el descenso de trabajadores que enferman, número de accidentes profesionales y los costes que de ello derivan. Del mismo modo, la PSLT contribuye a que los trabajadores estén más motivados contribuyendo al buen clima laboral y por ende al incremento de la productividad en la empresa (*Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo, 1997*).

#### 1.1.9.5. La valoración de la salud mental como causa de baja laboral y la reincorporación al trabajo.

La incapacidad laboral es un recurso que será aplicable en aquellos casos en los que las medidas de intervención no han contribuido a mejorar el estado del trabajador donde es evidente una imposibilidad para el desarrollo de su actividad laboral habitual, sin poder recurrir a la adopción

de medidas dentro de la organización de la empresa. Los trastornos mentales pueden dividirse en dos grupos con rasgos bien diferenciados: por un lado están aquellos trastornos graves que afectan las facultades superiores de forma progresiva y que, dependiendo de su evolución (favorable/desfavorable) y criterios de severidad podrá o no ser compatible con la práctica laboral; y las menos graves en las que las facultades superiores siguen intactas, presentando limitaciones en aspectos como la motivación, emotividad, aislamiento, etc., y que suelen permitir la actividad laboral, recomendada incluso como terapia beneficiosa en el tratamiento o la rehabilitación (Mingote-Adán y Núñez-López, 2011).

En la actualidad, debido a una respuesta inadecuada por parte de las diferentes estructuras o sistemas sanitarios al volumen de trastornos mentales existente sigue habiendo una gran diferencia en todo el mundo entre la necesidad de tratamiento y la capacidad de prestación. A ello debemos añadir la deficiente calidad asistencial que muchos de estos casos reciben, y según datos aportados por la OMS, una escasez de recursos que abarquen las necesidades en salud mental, además de una distribución desigual y un uso no eficiente de estos. El número de profesionales especialistas de la salud mental es manifiestamente insuficiente en aquellos países con unos ingresos medios y bajos con ratio psiquiatra/paciente de 1/200.000, siendo mayor la escasez en el caso de otros profesionales capacitados en salud mental (OMS, 2013).

En ese sentido, la OMS aporta una serie de herramientas y directrices técnicas con el fin de fomentar la mejora de la calidad y el acceso a la asistencia de la salud mental, la mejora de la calidad y el respeto a los derechos de aquellas personas que padecen trastornos mentales en los servicios sanitarios y el en el auxilio y la reconstrucción del sistema de salud tras una catástrofe. El programa de acción de la OMS para superar las brechas en salud mental (2008), junto con otros recursos, aporta una serie de herramientas técnicas, instrumentos y módulos de capacitación con base científica que ayudan a ampliar las capacidades de los servicios en salud mental de los países, sobre todo en aquellos donde es más necesario. Este se centra en un enfoque integrador que fomente la salud mental en todos los planos asistenciales, mediante la formación del profesional no especializado y busca paliar una serie de afecciones prioritarias (OMS, 2008b; OMS, 2013).

Los recursos disponibles en la Red de Salud Pública en coordinación con el servicio de prevención de riesgos laborales SPRL y una gestión adecuada y combinada de los recursos laborales establecidos dentro de un Plan de Ayuda al Empleado (*Employee Assistance Programmel, EAP*) son fundamentales para una óptima reinserción laboral, elaborando bajo recomendaciones internacionales como los de la ESENER-2 entre otras, guías de buenas prácticas con el objetivo de evitar altas laborales prematuras o inadecuadas (Van den Heuvel, Roozeboom, Eekhout y Venema, 2019).

### 1.1.9.6. Aspectos éticos y legales para la protección de la salud mental de los trabajadores.

En Europa, desde finales del siglo pasado se han sucedido un sinnúmero de acuerdos y normativas que protegen la salud mental de los trabajadores. Cabe destacar el Acuerdo Marco de la Comisión Europea (2016) sobre el Estrés laboral cuyo objetivo fue incrementar la sensibilización y la comprensión de los empleadores, los trabajadores y de sus representantes sobre el abordaje del estrés y su relación con el trabajo, proporcionándoles un marco para identificar, prevenir y tomar medidas respecto al estrés relacionado con el trabajo. Del mismo modo y con unos objetivos similares, el Acuerdo Marco Sobre el Acoso y la Violencia en el Trabajo de la Comisión Europea (2007) vino a reconocer la violencia y el acoso laboral como una realidad que puede afectar en cualquier ámbito de acción y a cualquier trabajador sin importar el tamaño de la empresa, la relación de trabajo o contrato. Siguiendo esta misma línea el Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar de la Comisión Europea (2008) pone de manifiesto que la salud mental y el bienestar de la población son un factor decisivo en el éxito de la Unión Europea como sociedad y como economía basada en el conocimiento, reconociendo la salud mental como un derecho humano, poniendo de relieve el aumento de los trastornos mentales en la Unión Europea (cerca de un 11% de la población, unos 50 millones de personas), la importancia del suicidio como causa de muerte dada por la depresión y el intenso sufrimiento que este genera en todos los ámbitos personal, familiar, comunidad, etc., además del efecto negativo que esta discapacidad ejerce en los aspectos económicos, de salud, educación, ámbito laboral y todos aquellos sistemas de bienestar social que existen en el Unión Europea, recomendando el esfuerzo conjunto entre los diferentes estados de la Unión Europea el abordaje de estos nuevos retos mediante el refuerzo de acciones preventivas, autoayuda y apoyo a aquellas personas y familias con problemas de salud mental que lo necesiten. Para ello se pidió de forma prioritaria acción en 5 áreas concretas:

- 1) Prevenir la depresión y el suicidio.
- 2) Promover la salud mental mediante la educación entre los jóvenes.
- 3) Promover la salud mental en el trabajo.
- 4) Promover y actuar en salud mental en las personas mayores.
- 5) Erradicar la estigmatización y la exclusión social.

En el año 2000 la Unión Europea creó un plan de desarrollo denominado Estrategia de Lisboa o Agenda de Lisboa donde se estableció el objetivo de *“hacer de Europa en 2010 la economía más próspera, dinámica y competitiva del mundo, capaz de crecer económicamente*

de manera sostenible con más y mejores empleos y con mayor cohesión social”. Para ello se plantearon estrategias globales orientadas a reforzar la competitividad y la innovación además de buscar un pleno mercado interior, luchar contra la exclusión social e invertir en recursos humanos para así modernizar el modelo social europeo y dar equilibrio al crecimiento económico y las perspectivas de crecimiento continuo a través de políticas macroeconómicas interrelacionadas (Consejo Europeo, 2020).

De cara a afianzar en todos los estados miembros de la Unión Europea el compromiso en materia de promoción de la salud de los trabajadores la “Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo (2014-2020)”, identifica tres retos principales en este contexto, encaminados a mejorar la aplicación de las actuales normativas, mejorar la prevención de aquellas enfermedades relacionadas con el trabajo y tener presente el envejecimiento de la fuerza laboral dentro del espacio de la Unión Europea. Para ello, la Comisión Europea (2014) ha propuesto una serie de objetivos estratégicos clave encaminados a:

- Consolidar las estrategias nacionales.
- Dar apoyo para el cumplimiento de la legislación en materia de salud y seguridad en el trabajo, en concreto a las pequeñas empresas.
- Aportar mejoras para así dar más garantías en el cumplimiento de la legislación por parte de los estados miembros en materia de salud y seguridad laboral.
- Simplificar la legislación vigente.
- Abordar el envejecimiento de la fuerza laboral, los nuevos riesgos emergentes, además de la prevención de las enfermedades profesionales y aquellas relacionadas con el trabajo.
- Mejorar la obtención información y desarrollo de la base de datos.
- Establecer una mejor coordinación de los esfuerzos, tanto internacionales con en la Unión Europea para una mejor gestión de la salud y la seguridad en el trabajo y reforzar la colaboración con organizaciones internacionales.

En este sentido la Comisión Europea (2014) posee herramientas como el Fondo Social Europeo del cual hacen uso sus estados miembros aportando mejoras en sus políticas nacionales de salud y seguridad en el trabajo, promoviendo el empleo de calidad, el programa operativo para el Empleo y la Innovación Social que permite la financiación de aquellas operaciones que favorezcan la cooperación, la comunicación y la colección de información relacionada con el ámbito de la salud y la seguridad en el trabajo o el nuevo Programa Marco de Investigación e Innovación de la Unión Europea para 2014-2020 (Horizonte 2020) que servirá para abordar retos sociales de salud, cambio demográfico y bienestar mediante financiación.

### 1.1.10. Salud Laboral. Perfil de la enfermera y condiciones laborales.

El ámbito sanitario está considerado como uno de los más expuestos a riesgos psicosociales. El trabajador sanitario puede ver comprometida su salud laboral por exposición frecuente, continuada y persistente a riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales de diverso ámbito y naturaleza (*Organización Panamericana de la Salud, 2001*). Además, se encuentra sometido a condiciones laborales idiosincrásicas relacionadas, por ejemplo, con turnos de trabajo intensivos y rotatorios que inciden en el desarrollo de enfermedades psicológicas (*Ceballos-Vásquez et al., 2015*).

Los trabajadores del ámbito de la salud experimentan de forma recurrente sintomatología en relación a condiciones psicosociales de su desempeño: altos niveles de estrés, ansiedad, sobrecarga emocional o fatiga por empatía, principalmente como consecuencia de la naturaleza de su trabajo y del lugar en el que desarrollan su labor. Estas circunstancias psicosociales adversas, además, se relacionan con una reducción autopercebida de su salud y bienestar (*Mcdonald, Jackson, Wilkes y Vickers, 2012*) y en general, de su calidad de vida.

Fruto de esas evidencias, a lo largo de los últimos años, la preocupación por la salud laboral del colectivo de profesionales sanitarios ha dado lugar al desarrollo de estudios relacionados con patologías y rasgos vinculados con el desempeño profesional. Los datos obtenidos evidencian la necesidad de abordar esta problemática que causa sufrimiento y menoscabo profesional y personal y que incide de forma muy directa en la calidad asistencial.

En este contexto, se requieren perspectivas que permitan reenfocar la comprensión y la intervención del contexto psicosocial y su interacción con la persona, siendo de interés la orientación hacia premisas que pongan en valor el capital positivo de las personas y del contexto organizacional en el que se desarrollan laboral y personalmente.

#### 1.1.10.1. El perfil de la enfermera

Actualmente, las enfermeras que se encuentran trabajando en activo son tituladas universitarias con el Grado en Enfermería o con la Diplomatura en Enfermería, debido a que en 1977, las antiguas Escuelas de Enfermería pasaron a formar parte de la Universidad y desapareció la denominación de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). Las actividades que pueden realizar las enfermeras presentan una amplia variabilidad pero están englobadas de forma sucinta en cuatro roles o esferas de actuación según el artículo 52 del Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería: rol asistencial, rol de investigación, rol de gestión y rol docente y de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

La profesión enfermera, por su historia, ha sido considerada desde siempre una disciplina ampliamente feminizada (Romero, 2017) y queda refrendado en los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el que se constata que el 84'16% de los profesionales de enfermería son mujeres. Además, la edad media de la población activa de enfermería ha ido aumentando de forma progresiva y la ratio enfermera/paciente es de 5'45 por cada 1.000 habitantes cuando en Europa es de 8'2 por cada 1.000 habitantes (Sherman, Chiang-Hanisko y Koszalinski, 2013; Graham et al., 2014).

#### 1.1.10.2. Condiciones laborales de la enfermera

Las enfermeras, en el ejercicio de sus funciones están expuestas a multitud de riesgos dentro de su entorno laboral y constituyen por tanto un grupo de riesgo ante la exposición a posibles factores de riesgos y condiciones laborales adversas. Estas funciones que realizan las enfermeras requieren el desarrollo de multitud de habilidades que necesitan atención y precisión para satisfacer los requerimientos que necesitan el paciente (administración de medicación, canalización de vías periféricas, y un largo etcétera) y su familia (Kowalczyk et al., 2019; Othman y Nasuridin, 2019). Este vínculo enfermera-paciente-familia juega un papel fundamental y es clave en la relación de ayuda, pero puede suponer una sobrecarga mental y física importante debido a que las enfermeras pasan la gran parte de su tiempo en contacto directo con los pacientes y sus familiares (Misiak et al., 2020).

A este hecho habría que sumarle que las enfermeras se encuentran expuestas a condiciones laborales exigentes como pueden ser la escasez de personal, las cargas excesivas de trabajo, los trabajos nocturnos, los largos turnos de trabajo, un elevado número de horas trabajadas a la semana (Caruso, 2014), alta frecuencia en cambios de servicio y elevada carga psicológica debida al manejo de situaciones de carácter crítico, entre otras (Vásquez, Suazo y Klijn, 2014; Gago et al., 2017).

En definitiva, el trabajo que realizan las enfermeras es particularmente estresante y cambiante, en el que coexisten riesgos de diversa índole donde los riesgos de tipo psicosocial son los más frecuentes y pueden generar manifestaciones de desgaste y una repercusión negativa sobre la propia salud del trabajador (Vásquez et al., 2014; Hunsaker, Chen, Maughan y Heaston, 2015).

En este sentido, Leitão, McCarthy y Greiner (2018) indicaron que las condiciones psicosociales relacionadas con las demandas, autonomía y apoyo, y las condiciones organizativas (estilo de liderazgo y sobrecargas de trabajo) pueden afectar más a las enfermeras que los posibles riesgos físicos a los que puedan estar expuestas.

Por otro lado, la escasez de enfermeras es considerada un problema a nivel mundial (Aluttis, Bishaw y Frank, 2014) tanto por déficit de enfermeras graduadas como por las políticas de austeridad (Scheil-Adlung, 2015). La consecuencia más clara del recorte en enfermeras, es el aumento de las cargas de trabajo (Scherlowski-Leal, Chaves-Mauro, Gomes-Silva, de Souza-Pinheiro y Henriques-da Silva, 2009; Batista-Gil et al., 2010; Pérez-Ciordia, Guillén-Grima, Brugos y Aguinaga, 2013) pese a que aún sigue siendo una variable difícilmente cuantificable. Aunque se identifiquen factores protectores, una de las cuestiones decisivas en la aparición de este fenómeno evidenciado en numerosos estudios es el aumento en la presión asistencial (Navarro-González, Ayechu-Díaz y Huarte-Labiano, 2015). Este hecho, muestra una tendencia a crecer en el futuro debido al perfil de paciente demandante de atención y donde las enfermeras que están contratadas tengan que realizar muchas más horas a la semana de trabajo y perciban que existe un desequilibrio entre las demandas y los recursos (Mudallal, Othman y Al Hassan, 2017), teniendo que asumir un mayor número de pacientes (Hudson y Shen, 2015). Las largas jornadas de trabajo, especialmente las desarrolladas en el ámbito hospitalario, puede provocar fatiga y disminución del bienestar laboral entre las enfermeras y alteraciones de diversa índole como problemas de insomnio, trastornos musculoesqueléticos, accidentes de trabajo (como pinchazo accidental), entre otras (Bae, Hwang y Lee, 2018).

Según el estudio RN4Cast realizado en 13 países entre los que se encuentra España, se determinó que la mitad de las enfermeras estaban insatisfechas con su horario y sus turnos de trabajo (Gómez-García et al., 2016). Entre las posibles causas de dicha insatisfacción se pueden encontrar: una menor cantidad y calidad de sueño, peor salud, la propia calidad del trabajo que proveían y conflictos entre la vida familiar y el trabajo (Dall'Ora, Griffiths, Ball, Simon y Aiken, 2015). Este último elemento puede tener un sentido de bidireccionalidad, es decir, el trabajo puede afectar a la relación con la familia y la familia puede afectar la relación laboral (Dåderman y Basinska, 2016), y más cuando existen largas jornadas de trabajo las 24 horas del día y los 365 días del año como es el caso de las enfermeras (Navajas-Romero, Ariza-Montes y Hernández-Perlines, 2020). Cuando existe una disarmonía entre la esfera laboral y familiar, la enfermera tiende a buscar un nuevo servicio que le permita una mejor compatibilidad o incluso se puede plantear la búsqueda de un nuevo puesto de trabajo (Dåderman y Basinska, 2016; Lee et al., 2016). Desde la Unión Europea, a través de la Cumbre Social para el Empleo Justo y el Crecimiento se estableció la conciliación laboral como un derecho pero, debido a las condiciones propias de la profesión enfermera, no ha sido posible hasta la fecha alcanzar este hito (Cramer y Hunter, 2019; Navajas-Romero et al., 2020). Cuando una enfermera puede encontrar la adecuada conciliación entre su familia y su trabajo, se correlaciona con una mayor

calidad de la atención que presta, un mayor compromiso laboral y una menor intención de dejar el servicio (Liu, Zhang, Hennessy, Zhao y Ji, 2019; Lecca et al., 2020; Misiak et al., 2020)

El entorno de trabajo y el clima laboral es otro elemento capital para el desarrollo o no de problemas relacionados con la salud mental de las enfermeras. Las enfermeras necesitan un entorno en el que se desarrollen o potencien sus capacidades laborales y cuando en una organización coexisten características organizacionales óptimas y actitudes comportamentales de los compañeros, los superiores y de la propia enfermera adecuadas, ésta puede desarrollar sentimientos de satisfacción laboral, de empoderamiento y de compromiso laboral (Wan, Li, Zhou y Shang, 2018; Leontiou, Merkouris, Papastavrou y Middleton, 2021), además tienden a ofrecer una menor intención de cambiar de servicio (Bruyneel, Thoelen, Adriaenssens y Sermeus, 2017) y se suele reflejar en una mejora de calidad con la que prestan sus servicios (Mudallal et al., 2017). Por el contrario, si la enfermera percibe un entorno laboral inadecuado, amentarán las exigencias físicas y mentales, los niveles de agotamiento (Gómez-Salgado, Navarro-Abal, López-López, Romero-Martín y Climent-Rodríguez, 2019) y disminuirá el nivel de compromiso laboral (da Silva et al., 2020). Desde el Consejo Internacional de Enfermeras (2008) se enfatizó la necesidad de establecer entornos de trabajo óptimos que permitan ofrecer una adecuada calidad asistencial preservando la seguridad del paciente y favoreciendo el bienestar de las enfermeras.

De forma general, las enfermeras suelen percibir que trabaja en un entorno laboral con multitud de agentes estresores, entre los que destacan la escasez de personal, los recursos limitados y las altas presiones (Milisen et al., 2006). Las características que debe cumplir un óptimo entorno de trabajo deben incluir buenas relaciones profesionales entre sus miembros, con un estilo de liderazgo en el que se tenga en cuenta a todos los trabajadores, con un horario de trabajo equilibrado en el que se pueda conciliar familia y trabajo, en el que exista un equilibrio entre las demandas y los recursos y los trabajadores cuenten con los recursos suficientes, con la suficiente autonomía y posibilidad de crecimiento personal y laboral (Copanitsanou, Fotos y Brokalaki, 2017). Dicho crecimiento personal y laboral puede verse reducido a la amplia concatenación de contratos laborales que una enfermera puede firmar a lo largo de un año, especialmente las enfermeras con poca experiencia y/o méritos puntuables en bolsa, a lo que habría que sumarle, a diferencia de los médicos, una amplia rotación interservicios (Carrillo-García, Ríos-Rísquez, Escudero-Fernández y Martínez-Roche, 2018).

Sin menoscabo de lo anterior, en muchos casos, cuando las demandas laborales son elevadas, las enfermeras recurren a equipo para satisfacer dichas demandas donde el mantenimiento de la estructura y el clima del equipo, las estrategias de resolución de problemas, la comunicación con el equipo, el manejo de la carga de trabajo y las características

del grupo, pueden minimizar estas exigencias en los servicios de urgencias (*Schneider, Wehler y Weigl, 2019*). Según el Modelo Trabajo-Demanda-Control-Apoyo, las enfermeras se encuentran en el llamado “campo activo”, que se consideraba preferible al “cuadrante de alta tensión” con altas exigencias y poco control sobre la situación laboral (*Wålinder et al., 2018*). Para crear entornos de trabajo saludables, *Disch, Walton y Barnsteiner (2001)* consideraron parte fundamental la inclusión de enfermeras especialistas o enfermeras de práctica avanzada en entornos de cuidados críticos. La inclusión de estas figuras permite mejorar los resultados en los pacientes, acortando los tiempos de estancia, la satisfacción del paciente e incluso la mortalidad (*Jennings, Clifford, Fox, O’Connell y Gardner, 2015; Woo et al., 2017*). Por el contrario, las enfermeras con menos conocimientos y menos experiencia pueden presentar más dificultades a la hora de enfrentarse a cargas de trabajo excesivas con la consiguiente aparición de fatiga (*Liu et al., 2016; Chou, Chen, Yang y Hsu, 2016*).

De este entorno de trabajo, va a depender en buena parte el servicio o el tipo de empresa en el que la enfermera va a desarrollar su práctica profesional y las exigencias o demandas que debe resolver (*Adriaenssens, De Gucht, Van Der Doef y Maes, 2011*). Las enfermeras de Atención Primaria se ven sometidas a una escasez de tiempo para el ejercicio de sus funciones pudiendo estar relacionado con el cupo de pacientes que les corresponde, un exceso de tareas burocráticas (*Gómez-Urquiza et al., 2017*), están sujetas a una dispersión geográfica al tener que atender fuera de su centro de salud y en muchos casos, trata a una población con un nivel de dependencia y complejidad elevadas (*Cortés-Rubio et al., 2003*). En el caso de las enfermeras de atención primaria suelen presentar niveles altos de satisfacción laboral por el reconocimiento que reciben por parte de las familias debido a la cercanía con los pacientes y sus familias y a la continuidad de los cuidados que pueden prestar. Este fenómeno puede hacer que las enfermeras de atención primaria presenten un nivel de compromiso laboral mayor que sus homólogas del ámbito hospitalario. Si bien es cierto, existen pocos estudios que explican las condiciones laborales de las enfermeras de atención primaria, pero se conoce que ciertas condiciones laborales, un exceso de distancia al hospital de referencia, etc., pueden reducir estos niveles (*da Silva et al., 2020*). Además, es habitual entre las enfermeras de atención primaria los turnos fijos de 8 horas.

Por el contrario, las enfermeras de urgencias suelen atender a un número de pacientes agudos superior al de las enfermeras de atención primaria y esto puede provocar que la calidad de la atención prestada se vea reducida, que pueda existir un mayor riesgo para el paciente en materia de seguridad y las condiciones de trabajo de las enfermeras se vean perjudicadas (*Rubio-Navarro, García-Capilla, Torralba-Madrid y Ruddy, 2019*). La actividad asistencial que se desarrollan en los servicios de Urgencias requiere tomar decisiones rápidas y actuaciones ágiles

y certeras, provocando mayor estrés que en otras modalidades asistenciales (*Frates-Cuduro y Macedo-Kalckmann, 2018*), a lo que habría que sumarle que son ámbitos en los que se suelen realizar turnos de 12 y 24 horas de trabajo (*Cañadas-De la Fuente et al., 2016*), con la consiguiente aparición de fatiga, alteraciones del sueño e insatisfacción laboral (*Dall’Ora et al., 2015*). Según *Adriaenssens, de Gucht y Maes (2015)*, el 26% de las enfermeras de urgencias han informado sintomatología afín a burnout, siendo este porcentaje algo superior en los estudios de *Lu et al. (2015)* y *Johansen y Cadmus (2016)*.

En el caso de las enfermeras que trabajan en los Servicios de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias, se ha observado una elevada presencia de sintomatología relacionada con el estrés laboral (cansancio físico y emocional, sobrecarga, tensión y ansiedad) que pueden suponer riesgo de alteración en la salud mental de las enfermeras que trabajan en este entorno (*Miret y Martínez-Larrea, 2010; Barroeta-Urquiza y Boada-Bravo, 2011; Yu, Qiao y Gui, 2021*).

Así mismo, en los servicios de urgencias tanto hospitalaria como extrahospitalaria, las enfermeras presentan una mayor susceptibilidad de ser víctimas de agresión verbal y física por parte de los pacientes y sus familiares (*Wolf, Perhats, Clark, Moon y Zavotsky, 2018; Schneider, Wehler y Weigl, 2019; Havaei, Astivia y MacPhee, 2020*). Además, otra posible fuente de conflicto en el trabajo puede encontrarse ante otras enfermeras o ante los superiores inmediatos (*Kowalczyk et al., 2019*).

#### 1.1.10.3. La Enfermera de Práctica Avanzada en los Servicios de Urgencias

Para *Debout (2018)* la incorporación de figuras como la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) o *Advanced Practice Registered Nurses (APRNs)* en estos servicios, mejora la calidad, la agilidad y la seguridad de la atención así como la satisfacción de los usuarios.

La EPA surgió por primera vez en Estados Unidos en 1960 y posteriormente se fueron incluyendo en países como Reino Unido, Irlanda, Canadá, Australia, entre otros (*Jennings, et al., 2015; Evans et al., 2018*). En este sentido, según el Consejo Internacional de Enfermería (2002) la Enfermera de Práctica Avanzada es definida como una enfermera especialista que ha adquirido una serie de conocimientos en calidad de experta, unas capacidades para la adopción de decisiones potencialmente complejas y unas competencias clínicas necesarias para su ejercicio profesional, cuyas competencias vienen determinadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer.

Si bien es cierto, esta figura no está reconocida como tal legalmente en toda España, pero en comunidades como Cataluña sí ha cobrado especial relevancia como indica *Valenzuela (2013)*. En el caso de Andalucía, la EPA se desarrolla como figuras específicas en un ámbito concreto de actuación como es el caso de la gestión de casos, la atención a personas con

heridas crónicas complejas, la atención a personas con ostomías y la atención a personas con procesos oncológicos complejos. En muchos casos, es necesario para ser EPA tener conocimientos expertos en el área en cuestión obtenidos mediante formación específica y acreditada y poseer una experiencia clínica mínima (Lafuente-Robles et al., 2019).

Para Benner (2004), una enfermera comienza como principiante y puede llegar a experta. Para su consecución, es necesaria una formación por competencias que se verán reflejadas en el ejercicio de sus funciones.

En entornos como los servicios de Urgencias, competencias como el trabajo en equipo, la adopción de decisiones rápidas y efectivas en la resolución de conflictos, pueden suponer la vida o la muerte de un paciente (Carrillo-Algarra, García-Serrano, Cárdenas-Orjuela, Díaz-Sánchez y Yabrudy-Wilches, 2013). En la **figura 12**, se observan las competencias que tienen las EPAs según Sastre-Fullana et al. (2015).

DOMINIOS COMPETENCIALES DE LA EPA	Práctica basada en la evidencia	Liderazgo	Promoción de la salud
	Investigación	Educación y docencia	Habilidades comunicativas
	Mentoría	Colaboración interdisciplinar	Competencia intercultural
	Juicio clínico de experta	Práctica basadas en aspectos éticos y legales	Abogacía
	Autonomía para la toma de decisiones	Gestión de la calidad y la seguridad	Gestión para el cambio
	Consultoría	Gestión de cuidados	

Figura 12. Niveles competenciales de las Enfermeras de Práctica Avanzada  
Fuente: Sastre-Fullana et al. (2015)

Autores como Woo, Lee y Tan (2017) consideran a las EPAs como profesionales capaces de influir en su entorno laboral a través de la transferencia de conocimiento basado en evidencias. En este sentido, Gutiérrez-Rodríguez et al. (2019) indicaron que el contexto de práctica de las EPA no influía en sus niveles competenciales.

#### 1.1.10.4. Relaciones existentes entre la salud mental de la enfermera y la calidad de la atención

A lo largo de los últimos años, la preocupación por la salud laboral del colectivo de profesionales de Enfermería ha dado lugar al desarrollo de estudios relacionados con patologías y rasgos vinculados con el desempeño profesional (Kowalczyk et al., 2019). Los datos obtenidos evidencian la necesidad de abordar esta problemática que causa sufrimiento y menoscabo profesional y personal y que incide de forma directa en la calidad de los cuidados prestados (Lourenção, 2018).

Las enfermeras son un colectivo numeroso, con capacidad de impacto en la reducción de costes del sistema (Dall, Chen, Seifert, Maddox y Hogan, 2009), que ha sufrido recortes por la crisis económica. Como síntoma han ido apareciendo líneas de investigación que han tratado de verificar cómo afecta esto al receptor de la asistencia: el paciente. Estos trabajos se han centrado clásicamente en los problemas que afectan a la atención hospitalaria, dejando de lado los que afectan a la puerta de entrada a la atención sanitaria: la atención primaria (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski y Silber, 2002; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval y Wilt, 2007; Aiken et al., 2014).

En los últimos años la producción científica en esta línea dentro de la atención primaria ha crecido, y si bien se ha tratado de investigar acerca de cómo afecta al receptor de la asistencia, también ha habido autores que han seguido un camino paralelo y menos conocido, el de intentar saber qué sucede con aquel que presta la atención, y cómo se relaciona con el resultado del cuidado (Kinnersley et al., 2000).

Dentro de la profesión, hay mecanismos que ayudan a suavizar los efectos de esta situación (Reyes-Revuelta, 2014; Fernández-Merino y Yáñez-Gallardo, 2014; González-Esteban, Ballesteros-Álvaro, Crespo-de las Heras y Pérez-Alonso, 2015), si bien se encuentra que aparece agotamiento del profesional (Maissiat, Lautert, Pai y Tavares, 2015) y, centrados en atención primaria, aparecen como variables relacionadas a esta sobrecarga el deterioro de la salud de los profesionales (dos Santos et al., 2012), la disminución en la calidad de la atención (Shihundla, Lebeso y Maputle, 2016) y la afectación de la seguridad del paciente a la que se da gran importancia en el Sistema Nacional de Salud y en la propia profesión enfermera (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

En lo relativo al deterioro de la salud de las enfermeras se ha incidido en la temática del agotamiento profesional o burnout (Gómez-Urquiza et al., 2017) y su relación con la satisfacción laboral (Liu, Aunguroch y Yunibhand, 2016), calidad de vida en el trabajo y riesgo suicida, además de la calidad y seguridad en la atención y satisfacción del paciente (Salyers et al., 2017). El alcance del problema es global, pues se encuentran estudios en distintos contextos

laborales, a nivel internacional (*Karanikolos et al., 2013*). Por tanto, es razonable pensar que también lo harán las variables ya mencionadas en relación con este fenómeno: salud del profesional, disminución en la calidad de la atención y seguridad del paciente.

Existen estudios que establecen una relación entre el aumento de la carga de trabajo con el aumento de la mortalidad en pacientes en atención hospitalaria (*Aiken et al., 2014*) y además de este aumento de mortalidad, también se demuestra una relación directa entre el aumento de pacientes asignados por enfermera con el aumento del personal con burnout (*Aiken et al., 2002*). Si bien existen estudios en atención hospitalaria, es complejo identificar estudios, en atención primaria, que cuantifiquen la relación entre sobrecarga de trabajo y salud del profesional, la calidad en la atención y la seguridad del paciente. Los servicios sanitarios tienen como puerta de entrada la atención primaria, y esta puerta acusa en los últimos años pérdida de calidad del servicio, con menos recursos y un alto ritmo de trabajo, e inseguridad en pacientes (*Cezar-Vaz et al., 2009*). Los efectos del burnout profesional, y de las cargas de trabajo pueden estar detrás del fenómeno (*Shihundla, Lebeso y Maputle, 2016; Salyers et al., 2017*).

En el entorno hospitalario, las consecuencias pueden cobrar más importancia si cabe. Las condiciones laborales a las que están sujetas las enfermeras tales como el trabajo nocturno, los turnos largos y la imprevisibilidad de sus actividades aumentan la posibilidad de fatiga, lo que puede reducir su rendimiento y capacidad física, con el consiguiente aumento en la posibilidad del desarrollo de errores en la práctica enfermera (*Abbasi et al., 2016*). De hecho, estas condiciones pueden afectar a los indicadores de calidad y seguridad del paciente comprobables mediante encuestas de satisfacción del paciente y registros de mortalidad, comorbilidad y cuantificación de eventos adversos por servicio (*Aiken et al., 2014*).

Se ha constatado que las largas jornadas de trabajo y los turnos nocturnos en las enfermeras pueden provocar que exista un mayor número de errores relacionados con la medicación, un mayor porcentaje de aparición de enfermedades nosocomiales, heridas por presión, etc., con las consiguientes consecuencias que en el paciente puede acarrear (*Harris, Sims, Parr y Davies, 2015; Bae, Hwang y Lee, 2018*).

#### 1.1.10.5. Salud mental de la enfermera y COVID-19

Las condiciones laborales a las que estaban expuestas las enfermeras se han visto modificadas por la irrupción de la pandemia por SARS-CoV-2 (del inglés, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* o coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo). Para contrarrestar esta crisis sanitaria, los gobiernos de todos los países han tomado medidas para reducir el embate de la enfermedad y minimizar las consecuencias sanitarias, económicas y sociales derivadas de la misma (*OMS, 2020*). En países como España,

desde la entrada en vigor del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 (Wilches-Visbal y Castillo-Pedraza, 2020), se han ido tomando una serie de medidas, según iba avanzando el brote, tales como medidas de distanciamiento social, medidas para la limitación de la movilidad de las personas (confinamientos, supresión temporal del derecho a la libre circulación de personas y vehículos, etc.) (López-Bueno et al., 2020), propuestas de medidas higiénicas (lavado de mano, higiene respiratoria, uso de mascarilla, entre otras) y búsqueda y rastreo de contactos, con el único fin de evitar la propagación del virus y evitar la sobrecarga de los servicios asistenciales (Chakraborty y Maity, 2020). Pese a ello, en algunos territorios de España, especialmente en las grandes ciudades, los servicios sanitarios y los profesionales que trabajaban en primera línea de batalla frente al virus, tanto el personal sanitario (médicos, enfermeras, entre otros) como el personal no sanitario (celadores, personal de limpieza, personal de seguridad y fuerzas del estado, entre otros) se han visto ampliamente desbordados a todos los niveles (Herreros, Gella y Real de Asua, 2020). A nivel organizacional, se ha necesitado reestructurar todas las unidades asistenciales para hacer frente a la enfermedad (plantas COVID-19, Unidades de Cuidados Críticos adaptadas, itinerario limpio e itinerario COVID-19 para la entrada de pacientes y reubicación del personal, etc.) (Allande-Cussó, Navarro-Navarro y Porcel-Gálvez, 2020). A ello habría que sumar la falta de recursos materiales para los pacientes, como respiradores y gafas nasales, y equipos de protección individual para los profesionales como guantes, batas y mascarillas, siendo en algunos casos reutilizados (Livingston, Desai y Berkwits, 2020), tanto en centros sanitarios (hospitales y centros de salud) como en centros sociosanitarios (residencias de ancianos). Tanto la falta de material como la cercanía en el trato de pacientes contagiados por SARS-CoV-2, hace que los profesionales sanitarios tengan un mayor riesgo de ser contagiados, especialmente entre las enfermeras al ser el colectivo que más tiempo y más técnicas realizan sobre el paciente (Butler et al., 2020).

Ser enfermera asistencial en tiempos de COVID-19 puede ser una profesión complicada y no exenta de riesgos. Además de los expuestos con anterioridad (falta de equipos de protección, riesgo de contagio y reestructuración de servicios), la salud mental de las enfermeras en el desempeño de sus funciones se ha visto perjudicada (Luo, Guo, Yu, Jiang y Wang, 2020) y se han manifestado síntomas relacionados con el estrés, la depresión, la ansiedad, el insomnio, etc. A lo largo de las largas jornadas de trabajo, las enfermeras se han enfrentado a difíciles juicios éticos y morales, han acompañado a los pacientes en la soledad y se han despedido de ellos en sus últimas horas, han pasado largas horas equipadas con equipos de protección individual completos que les han provocado heridas y agotamiento

físico, han visto cómo sus compañeros se han contagiado y han tenido miedo y preocupación por contagiar a sus familias tras el trabajo (Gómez-Durán, Martín-Fumadó y Forero, 2020; Hu et al., 2020). Aunque gran parte de la sociedad ha visto a las enfermeras como heroínas, han existido pequeños focos en la sociedad en los que las enfermeras han sido víctimas de la estigmatización como “portadoras de la enfermedad” (Gómez-Durán et al., 2020).

Pese a todos estos condicionantes negativos, las enfermeras han seguido prestando servicio. Este hecho puede ser explicado por los propios atributos individuales de las enfermeras utilizados para desarrollar cierta resiliencia (Babu et al., 2020), resistencia, vigor y autoeficacia, siendo éstos posibles factores protectores para la salud mental de las enfermeras ante una situación adversa como es el caso de una crisis sanitaria (Prete et al., 2020). A nivel organizativo, percibir apoyo por parte de la sociedad, tener confianza en el equipo y sentirse parte útil y necesaria del mismo (sentido de pertenencia) (Babu et al., 2020; González-Sanguino et al., 2020), poseer equipos de protección y recibir soporte formativo, psicológico y emocional, pueden reducir el estrés, el agotamiento y mejorar la salud mental de las enfermeras, así como mostrar un mayor compromiso con su trabajo (Prete et al., 2020). Este nivel de compromiso hacia su profesión y hacia su sociedad y en base a motivos éticos y morales, ha llevado a muchas enfermeras jubiladas y estudiantes del Grado de Enfermería a postularse como voluntarias para ayudar en la crisis sanitaria, en aquellos territorios en los que los recursos humanos eran escasos (Collado-Boira et al., 2020), e incluso en aquellos que, pese a haber suficientes profesionales, se postulaban como recursos si la situación empeoraba.

#### 1.1.10.6. Dilemas éticos de las enfermeras frente a la COVID-19

Las enfermeras han sufrido el embate de la enfermedad y han sido espectadoras de primera línea de las consecuencias que ha provocado la enfermedad, teniendo que acompañar en los últimos momentos a personas que se han contagiado sin que las familias pudieran estar presentes para ello, especialmente en unidades de cuidados intensivos y en centros sociosanitarios. Además, la escasez de recursos puede suponer una dificultad a la hora de cómo distribuir de manera justa unos recursos escasos, como pueden ser las camas de las unidades de cuidados intensivos y los ventiladores, ya que la respuesta determinará quién vive y quién muere (Kim y Grady, 2020).

## 1.2. Antecedentes

### 1.2.1. Evaluación del compromiso laboral de las enfermeras

De todos los instrumentos validados que existen para medir el compromiso laboral (Gallup Q12, Cuestionario de *engagement* personal, Utrecht Work Engagement Scale Cuestionario de Seis Áreas de la Vida Laboral, entre otros), la escala de compromiso laboral de Utrecht (Utrecht Work Engagement Scale - UWES) ha sido la herramienta más usada para medir los niveles de compromiso laboral entre las enfermeras como indican García-Sierra, Fernández-Castro y Martínez-Zaragoza (2016a).

La UWES en su versión corta de 9 ítems (UWES-9), por su confiabilidad y sencillez en la cumplimentación resulta ideal para un entorno hospitalario y de hecho, ha sido una herramienta ampliamente utilizada a nivel mundial en estudios como los de Shimazu *et al.* (2008), Seppälä *et al.* (2009), Sinval, Marques-Pinto, Queirós, C y Marôco (2018), Petrović, Vukelić y Čizmić (2017). Además, centrados en el territorio nacional, destacan estudios realizados en enfermeras españolas como en los de Jenaro, Flores, Orgaz y Cruz (2011), García-Sierra y Fernández-Castro (2018), Orgambidez, Borrego y Vázquez-Aguado (2019), entre otros. En este sentido, el nivel de compromiso laboral entre las enfermeras se categorizaba como moderado, con puntuaciones más altas en las dimensiones de vigor y dedicación y más baja en la dimensión de absorción (Orgambidez *et al.*, 2018). Si bien es cierto, algunas variables como el servicio en el que la enfermera trabaja (Sanclémente-Vinué, Elboj-Saso y Íñiguez-Berrozpe, 2017), la presión asistencial que soporta, etc., pueda influir en el nivel de compromiso laboral que perciba la enfermera. Si bien es cierto, en la mayoría de los casos en los que se ha usado la UWES, se ha acompañado de otros instrumentos de medida para valorar diversos factores como la satisfacción personal, estilo de liderazgo, autoeficacia, desgaste profesional, etc. (Walter y Terry, 2021).

Como indica García-Lourenção (2018), los niveles de compromiso laboral esperados entre las enfermeras deben estar en valores medio-altos, pero pueden presentar una cierta variabilidad según el ámbito de estudio, el servicio y la región en la que se realice el estudio. Si bien es cierto, se ha constatado que en el ámbito de Atención Primaria, las enfermeras suelen ofrecer puntuaciones mayores de compromiso laboral que sus homólogas de Atención hospitalaria. Según da Silva *et al.* (2020) este fenómeno podría ser explicado por la diversidad de tareas, por el apoyo social y organizacional, la autonomía e incluso al establecerse vínculos de amistad entre los trabajadores de los centros de salud de Atención Primaria.

Además, de forma general se espera que existan niveles superiores en la escala de Dedicación respecto a las otras y que las variables sociodemográficas como edad, experiencia en el servicio, nivel de estudios alcanzados, etc., tengan influencia en los niveles de compromiso laboral (Silva, Queirós, Cameira, Vara y Galvão, 2015; Maio, 2016; Guo y Zhu, 2018; García-Lourençã, 2018; Cao y Chen, 2019; Martí et al., 2019).

### 1.2.2. Evaluación de la Salud General mediante el *General Health Questionnaire* (GHQ-12)

En materia de cribado de ciertos trastornos relacionados con la salud mental de los trabajadores, se han usado instrumentos de medida como el SF-12 (*Short Form Health Survey*), las escalas de distrés psicológico de Kessler en sus diferentes versiones (K10 y K6, *Kessler Psychological Distress Scale*), entre otros. Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols (2011) indican que el GHQ-12 es un instrumento ampliamente usado y muy recomendado para las encuestas de salud a nivel poblacional. En el caso de la última encuesta de salud realizada en España por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018), se aprecian valores medios de 1'4 (SD=2'6), siendo algo superior en mujeres (1'6; SD=2'8) con respecto a los 1'1 (SD=2'3) de los hombres. Así, este informe muestra que a medida que aumenta la edad, se observan puntuaciones superiores. Además, el 6'7% de los adultos refiere padecer ansiedad crónica y depresión y un 10'7% manifiesta consumir psicofármacos, entre los que destacan tranquilizantes, relajantes o pastillas para conciliar el sueño.

En el ámbito sanitario, las enfermeras son el colectivo que presentan una mayor probabilidad de padecer enfermedades y trastornos mentales, especialmente relacionados con su trabajo y por las situaciones estresantes a las que tienen que hacer frente, especialmente en servicios como Urgencias por lo que hay un mayor riesgo de desarrollar desgaste profesional (Albaladejo et al., 2004; Escribà-Agüir y Pérez-Hoyos, 2007; Bergerman, Corabian y Harstall, 2009; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009; Adriaenssens, De Gucht, Van Der Doef y Maes, 2011).

A nivel internacional se han realizado diversos estudios en enfermeras usando el GHQ en sus diferentes versiones y esta diversidad puede tener una serie de consecuencias. Por un lado, existen varias versiones del GHQ que se han usado y dentro de cada versión se puede usar diferentes formas para establecer las puntuaciones según cada ítem por lo que obtener valores comparativos entre muestras puede suponer una dificultad si no se plasma valores de prevalencia a modo de porcentajes. Al igual como ocurre con el compromiso laboral y los riesgos psicosociales, el estudio de la variable en cuestión (cribado de síntomas subjetivos de

distrés psicológico) está acompañada de un surtido variado de variables situacionales, personales, comportamentales, etc.

En el estudio de Li, Zhang, Wang y Guo (2019) realizado en una muestra de enfermeras chinas, se obtuvo una puntuación media de 2'24 (SD=0'41). En tiempos de COVID-19, destacan estudios como el de Gómez-Salgado *et al.* (2021) en el que el 80'6% de los profesionales sanitarios informaron malestar psicológico, con unos niveles de compromiso laboral altos (5'04; SD=1'14), donde los que mostraron altos niveles de angustia ofrecieron menores niveles de compromiso laboral.

### 1.2.3. Evaluación los riesgos psicosociales en las enfermeras

Según Ginger-Alegría (2012), para evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo se pueden utilizar multitud de herramientas como el Método de evaluación de riesgos psicosociales FPSICO, el Cuestionario del método de evaluación de factores psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el Cuestionario de factores psicosociales para la identificación de situaciones de riesgo del Instituto Navarro de Salud Laboral, el Cuestionario multidimensional DECORE de la Universidad Complutense de Madrid, entre otros.

Según Kristensen, Hannerz, Høgh y Borg (2005), el COPSQ I (*Copenhagen Psychosocial Questionnaire*) se desarrolló originalmente en Dinamarca en 1997, capturando una amplia gama de condiciones de trabajo psicosociales para ser validado por primera vez en Dinamarca (COPSQ II).

Cabe destacar el estudio *WorkSafeMed* realizado en una muestra de 381 médicos y 567 enfermeras alemanas, en el que los médicos calificaron las condiciones de trabajo psicosociales y el clima de seguridad del paciente de manera más positiva que las enfermeras, pese a estar en el mismo entorno laboral. Con respecto a la seguridad ocupacional, las enfermeras confirmaron mayores riesgos ocupacionales que los médicos (Wagner *et al.*, 2019). En otro estudio realizado en médicos y enfermeras se determinó que ambos grupos tenían altas exigencias sensoriales, un alto compromiso laboral, una alta percepción de inseguridad en su trabajo y altas responsabilidades en el trabajo, a pesar del bajo grado de autonomía (Ilić, Arandjelović, Jovanović y Nešić, 2017).

#### 1.2.4. Salud autopercebida

La salud autopercebida es una variable predictiva del estado de salud objetivo según Wu *et al.* (2013) y Cislighi y Cislighi (2019) e incluso de la mortalidad en hombres según Baćak y Ólafsdóttir (2017).

La medición de este parámetro puede realizarse por una simple pregunta (“¿Cómo considera su salud?”) y por su sencillez, se ha empleado en multitud de encuestas nacionales en muchos países del mundo. A este respecto, según el INE (2019), en España un 18’7% de personas mayores de 16 años manifestaban tener un estado de salud autopercebida muy bueno, un 56’6% un estado de salud bueno, un 17’5% un estado de salud regular, un 5’6% un estado malo de salud y un 1’5% un estado muy malo de salud.

La salud autopercebida se ha valorado en diferentes muestras de enfermeras. Por un lado, en el estudio de Cheng *et al.* (2019) realizado en una muestra de enfermeras en Taiwán, un 56% de las mismas manifestaron tener buena salud y factores relacionados como conflictos entre el trabajo y la familia y la poca calidad del sueño podían perjudicar dicho nivel de salud autopercebida. En otros estudios, las cifras eran algo inferiores. Por ejemplo, el 32’5% de las enfermeras en EE.UU. según el estudio de Jordan, Khubchandani y Wiblishauser (2016) tenían buena salud, cercanos a los 35% de las enfermeras japonesas estudiadas en la muestra del estudio de Arimura, Imai, Okawa, Fujumura y Yamada (2010).

## 2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### 2.1. Hipótesis

- **Hipótesis 1.** Existen relaciones significativas entre las variables sociodemográficas y laborales con las áreas del compromiso laboral.
- **Hipótesis 2.** Las enfermeras que trabajan en servicios con una sobrecarga laboral excesiva ofrecen niveles altos de burnout y moderados de compromiso laboral.
- **Hipótesis 3.** Las enfermeras con un nivel formativo superior presentan mayores niveles de compromiso laboral y un riesgo menor de desarrollar burnout.
- **Hipótesis 4.** Las enfermeras que tienen una percepción de la salud regular o pésima tiene mayor riesgo de desarrollar síntomas subjetivos de distrés psicológico.
- **Hipótesis 5.** Las demandas laborales aumentan la probabilidad de desgaste laboral, mientras que los recursos laborales aumentan el compromiso laboral de las enfermeras.
- **Hipótesis 6.** La salud mental de las enfermeras se ve mermada por la atención prestada durante la pandemia por SARS-CoV-2.

### 2.2. Objetivos

#### 2.2.1. Objetivo general

El objetivo de este estudio fue describir el compromiso laboral, los riesgos psicosociales y el bienestar psicológico de una muestra de enfermeras españolas pertenecientes a distintas áreas asistenciales, analizando las relaciones existentes entre estas variables y sus efectos sobre la salud mental de las enfermeras.

#### 2.2.2. Objetivos específicos

- **Objetivo específico 1:** Identificar las características sociodemográficas y laborales de los grupos según el nivel de compromiso laboral (H1).
- **Objetivo específico 2:** Elaborar modelos predictivos sobre la salud mental de las enfermeras según el tipo de servicio donde desarrollan sus funciones (H2, H4).
- **Objetivo específico 3:** Analizar la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada en los servicios de urgencias alrededor del mundo y los beneficios que puede suponer su futura implementación dentro del ámbito sanitario español (H3).
- **Objetivo específico 4:** Describir los factores que influyen en los niveles de burnout y compromiso laboral en los médicos y las enfermeras (H5).
- **Objetivo específico 5:** Analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan atención a pacientes durante la pandemia por SARS-CoV-2 (H6).



### 3. METODOLOGÍA

El estudio de investigación desarrollado en la presente Tesis se organizó en dos fases. En la primera, se realizaron 3 revisiones sistemáticas con el objetivo de describir y analizar la evidencia disponible de la temática en cuestión (objetivos 3, 4 y 5). En la segunda, se desarrolló un estudio descriptivo transversal basado en un cuestionario autoadministrado (objetivos 1 y 2). En la **figura 13** se puede observar el flujograma que se ha seguido para la realización del estudio desde un prisma metodológico.

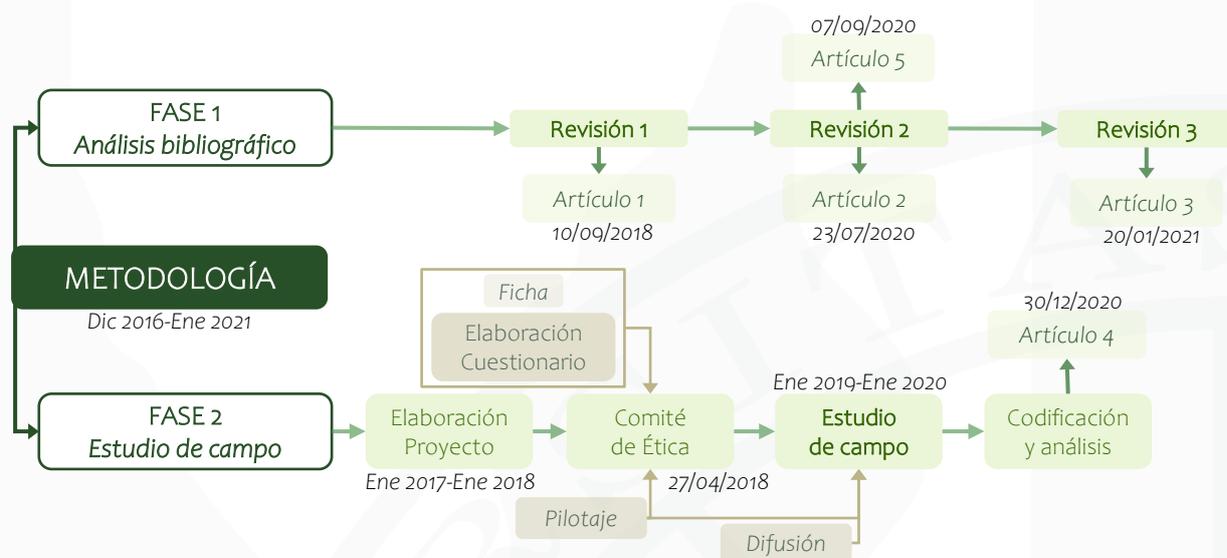


Figura 13. Flujograma de la Tesis: Metodología

#### 3.1. Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: análisis bibliográfico

Para la descripción e identificación de la evidencia disponible, se ofrecerá la información oportuna relacionada con la metodología empleada para cada uno de los objetivos identificados.

##### 3.1.1. Objetivo 3. Describir la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada en los servicios de urgencias alrededor del mundo y los beneficios que puede suponer su futura implementación dentro del ámbito sanitario español.

###### 3.1.1.1. Diseño del estudio

Para atender el objetivo 3, se planteó una revisión basada en un protocolo elaborado previamente con el fin de minimizar el riesgo de cometer sesgo de publicación y de selección, y asegurando una correcta estructuración y contenido a partir de las normas PRISMA (Urrútia y Bonfill, 2010; Perestelo-Pérez, 2013). Siguiendo el formato PICO (Tabla 8) se obtienen los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y *Medical Subject Headings* (MeSH) utilizados, así como la ecuación de búsqueda (Tabla 9).

## 3.1. Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: análisis bibliográfico

<b>Pregunta de búsqueda</b>	¿Cuál es el beneficio en la implementación de puestos de trabajo de enfermeras de práctica avanzada en el servicio de urgencias?
<b>Población</b>	Enfermeras de Práctica Avanzada en los servicios de urgencias
<b>Intervención</b>	Medir los resultados en el sistema de salud que aportan
<b>Comparador</b>	-
<b>Resultados/Outcomes</b>	Aumento de competencias enfermeras, mejorar relación coste-efectividad en el servicio, conseguir una atención holística del paciente

Tabla 8. Pregunta de investigación y formato PICO

Siglas PICO	Palabras MeSH	Palabras DeCS
P	<i>Advanced Practice Nursing, Emergency Service</i>	Enfermería de Práctica Avanzada, Servicio de Urgencias
I	<i>Efficiency, Health system</i>	Eficiencia, Sistema de Salud
C	-	-
O	<i>Prescription, Competence Nursing, Professional Autonomy</i>	Prescripción, Competencia Enfermera, Autonomía Profesional

Tabla 9. Palabras clave. Formato PICO

La búsqueda bibliográfica se realizó entre el 8 de febrero y el 15 de marzo de 2017 y se realizaron en las bases de datos: *Web of Science*, *Medline*, *Cuiden*, *Cochrane*, *CINAHL*, *LILACS*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* y *GuíaSalud*.

## 3.1.1.2. Criterios de selección

Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios observacionales y ensayos clínicos aleatorizados sobre la Práctica Avanzada en enfermería en los servicios de atención urgente que hubieran investigado sobre resultados en salud y/o económicos, escritos en inglés, español o portugués y publicados a partir del 2006, al ser la fecha a partir de la cual se encuentran los artículos de mayor trascendencia sobre el tema. Se excluyeron los estudios centrados en la Práctica Avanzada en Enfermería en servicios distintos al de atención urgente, los estudios sobre protocolos de actuación concretos de Enfermería de Práctica Avanzada en servicios de urgencias en determinados campos, los editoriales o artículos de opinión y las revisiones bibliográficas.

## 3.1.1.3. Evaluación de la calidad metodológica

Para evaluar la calidad metodológica de los trabajos y asegurar una correcta selección de los artículos, se utilizaron las escalas recomendadas según el informe publicado por Wells, Shukla, Bak y Bai (2012) en nombre de la *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH). Entre ellas, están la escala *AMSTAR 2005* (*Assessment of Multiple Systematic Reviews*) para las revisiones sistemáticas y la escala *SIGN 50 2004* (*Scottish Intercollegiate Guidelines*

Network) para los ensayos controlados aleatorizados y estudios observacionales (estudios de cohorte y de caso-control). Así mismo, para el análisis de los estudios descriptivos se utilizó la escala *Queen's Joanna Briggs Collaboration*.

Las variables del estudio se agruparon según los objetivos marcados previamente para la revisión sistemática: competencias profesionales, resultados sobre coste-efectividad, seguridad del paciente y satisfacción del paciente.

#### 3.1.1.4. Limitaciones

La principal limitación de esta revisión ha sido la reducida muestra de artículos encontrada sobre los parámetros de estudio y especialmente sobre la educación sanitaria en el rol de la EPA de urgencias. Además, al no existir esta figura de forma normalizada en España, todos los datos recopilados en la revisión derivan de entornos distintos, países en los que la organización sanitaria puede no resultar comparables con el Sistema Nacional de Salud (SNS). Así mismo, se han rechazado estudios por razones idiomáticas, pudiendo darse el caso de dejar fuera artículos que cumplieran el resto de requisitos de inclusión.

### 3.1.2. Objetivo 4. Describir los factores que influyen en los niveles de burnout y compromiso laboral en los médicos y las enfermeras.

#### 3.1.2.1. Diseño del estudio

Siguiendo los criterios de la Declaración PRISMA (Urrutia y Bonfill, 2010), se realizó una revisión sistemática de estudios que indagaran sobre los factores que influyen en los niveles de burnout y compromiso laboral entre los médicos y las enfermeras. Para ello, los autores se basaron en un protocolo para realizar esta revisión sistemática siendo registrado en el *International Prospective Register for Systematic Reviews* (PROSPERO) con el código de identificación CRD42020214983.

#### 3.1.2.2. Estrategia de búsqueda

Haciendo uso del formato PICO (*Population, Intervention, Comparison, Outcomes*) se formuló la pregunta de investigación de la que se obtendrían las palabras clave usadas (Tabla 10).

Población	Médicos y enfermeras
Intervención	Niveles de compromiso laboral y niveles de burnout
Comparador	Otros factores
Outcomes /Resultados	Impacto, correlación o tamaño del efecto
Pregunta de investigación	¿Qué factores influyen en los niveles de burnout y compromiso laboral en los profesionales sanitarios?

Tabla 10. Formato PICO: palabras clave

## 3.1. Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: análisis bibliográfico

La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas: Pubmed, Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycINFO y ScienceDirect, a partir de las palabras claves resultantes del PICO. Los descriptores MeSH usados fueron: *Health personnel*, *Work engagement* y *Professional burnout*. Para mejorar el alcance de la búsqueda se emplearon términos sinónimos para completar la misma en base a los descriptores MeSH, siendo unidos mediante los operadores booleanos *and* y *or* de forma que la estrategia de búsqueda general fue: [“*Health personnel*” OR *nurses* OR *physicians* OR “*health care workers*” OR “*health care professionals*”] AND [“*Work engagement*” OR “*job engagement*” OR “*employee engagement*”] AND [“*Professional Burnout*” OR *Burnout* OR “*Occupational Burnout*”].

La **tabla 11** recoge la estrategia de búsqueda empleada, realizada el día 21 de noviembre de 2.020 para cada una de las bases de datos durante el proceso de búsqueda.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Fecha de búsqueda	Resultados	Seleccionados
Pubmed	((“ <i>Health personnel</i> ”[Title/Abstract] OR <i>nurses</i> [Title/Abstract] OR <i>physicians</i> [Title/Abstract] OR “ <i>health care workers</i> ”[Title/Abstract] OR “ <i>health care professionals</i> ”[Title/Abstract]) AND (“ <i>Professional Burnout</i> ”[Title/Abstract] OR <i>Burnout</i> [Title/Abstract] OR <i>Occupational Burnout</i> [Title/Abstract])) AND (“ <i>Work engagement</i> ”[Title/Abstract] OR “ <i>job engagement</i> ”[Title/Abstract] OR “ <i>employee engagement</i> ”[Title/Abstract]). Filters: from 2015 - 2020	21/11/20	77	19
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (“ <i>Health personnel</i> ” OR <i>nurses</i> OR <i>physicians</i> OR “ <i>health care workers</i> ” OR “ <i>health care professionals</i> ”) AND TITLE-ABS-KEY (“ <i>Work engagement</i> ” OR “ <i>job engagement</i> ” OR “ <i>employee engagement</i> ”) AND TITLE-ABS-KEY (“ <i>Professional Burnout</i> ” OR <i>burnout</i> OR <i>occupational AND burnout</i> )) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2015-2020)	21/11/20	172	13
Web Of Science	Buscó: TEMA: (“ <i>Health personnel</i> ” OR <i>nurses</i> OR <i>physicians</i> OR “ <i>health care workers</i> ” OR “ <i>health care professionals</i> ”) AND TEMA: (“ <i>Work engagement</i> ” OR “ <i>job engagement</i> ” OR “ <i>employee engagement</i> ”) AND TEMA: (“ <i>Professional Burnout</i> ” OR <i>Burnout</i> OR <i>Occupational Burnout</i> ) Refinado por: AÑOS DE PUBLICACIÓN: (2020 OR 2015 OR 2019 OR 2018 OR 2017 OR 2016)	21/11/20	347	8
CINAHL	AB (“ <i>Health personnel</i> ” OR <i>nurses</i> OR <i>physicians</i> OR “ <i>health care workers</i> ” OR “ <i>health care professionals</i> ”) AND AB (“ <i>Work engagement</i> ” OR “ <i>job engagement</i> ” OR “ <i>employee engagement</i> ”) AND AB (“ <i>Professional Burnout</i> ” OR <i>Burnout</i> OR <i>Occupational Burnout</i> ) Limitadores - Fecha de publicación: 20150101-20201231	21/11/20	48	5
PsycInfo	ab(“ <i>Health personnel</i> ” OR <i>nurses</i> OR <i>physicians</i> OR “ <i>health care workers</i> ” OR “ <i>health care professionals</i> ”) AND ab(“ <i>Work engagement</i> ” OR “ <i>job engagement</i> ” OR “ <i>employee engagement</i> ”) AND ab(“ <i>Professional Burnout</i> ” OR <i>Burnout</i> OR <i>Occupational Burnout</i> ) Limitadores - Fecha de publicación: 20150101-20201231	21/11/20	38	2
ScienceDirect	<i>Health personnel</i> AND “ <i>Work engagement</i> ” AND <i>Professional Burnout</i> Limitadores - Fecha de publicación: 20150101-20201231	21/11/20	96	4
<b>Total</b>			<b>778</b>	<b>51/30*</b>

\* Tras eliminar duplicados

Tabla 11. Estrategia de búsqueda utilizada según la base de datos

### 3.1.2.3. Criterios de selección

Para la selección de los artículos se utilizaron los siguientes criterios:

#### **Criterios de inclusión:**

- Artículos originales publicados en inglés, español, francés y portugués.
- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Tipología: artículos originales, metaanálisis y comunicaciones breves/cortas.
- Artículos disponibles a texto completo y sometidos a revisión por pares.
- Población: médicos y enfermeras.
- Artículos que midan alguno de los siguientes valores y/o efectos: los niveles de compromiso laboral y burnout, y 1) midan la correlación, el impacto o el tamaño del efecto entre los niveles de compromiso laboral y burnout (y/o sus dimensiones) respecto a otros factores, 2) establezca modelos predictivos de compromiso laboral y burnout en profesionales sanitarios, 3) cómo influyen las variables organizacionales, personales y sociodemográficas en los niveles de compromiso laboral y burnout.

#### **Criterios de exclusión:**

- Población: estudiantes, otros profesionales sanitarios diferentes a médicos y enfermeras, muestra interdisciplinaria donde haya menos de un 75% de médicos y/o enfermeras o no se pueda establecer el número de médicos/enfermeras.
- Tipología: artículos de opinión, editoriales y cartas al director/editor.
- Estudios de baja calidad científico-técnica tras aplicar la herramienta de evaluación de la calidad.
- Estudios donde la recogida de datos fue anterior a 2010.
- Artículos que no den respuesta a la pregunta de investigación y no estén relacionados con el objetivo de la revisión.

### 3.1.2.4. Recogida y extracción de datos

Dos investigadores realizaron de manera independiente la búsqueda y selección de los artículos incluidos según los criterios establecidos, consensuando posteriormente los resultados. Las discrepancias las resolvió un tercer autor.

### 3.1.2.5. Evaluación de la calidad metodológica

Dos revisores determinaron de forma independiente la calidad metodológica de los estudios seleccionados mediante las herramientas de evaluación crítica para estudios no randomizados del *Joanna Briggs Institute* (JBI) de la Universidad de Adelaida (Australia) (Jordan, Lockwood, Munn y Aromataris, 2019). Estas herramientas permiten evaluar la calidad metodológica de un estudio y determinar en qué medida un estudio ha excluido o minimizado la posibilidad de sesgo en su diseño, conducta y/o análisis. Se usó la versión para estudios cuantitativos transversales propuesta por Moola *et al.* (2015) de 8 ítems, situando el punto de corte en 6 para aceptar su inclusión en esta revisión (**Tabla 12**).

## 3.1. Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: análisis bibliográfico

Estudio	JB1	Los participantes y el entorno se describen en detalle	Los criterios de inclusión son definidos con claridad	La exposición fue medida de forma válida y confiable	El criterio utilizado para medir la condición fue objetivo	Se identificaron los factores de confusión	Estrategias para hacer frente a los factores de confusión	Resultados medidos de forma válida y confiable	Se usó un análisis estadístico apropiado
Ada et al., 2020	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Mullins et al., 2020	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
McKenna & Jeske, 2020	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cheng et al., 2020	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Klein et al., 2020	6/8	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Contreras et al., 2020	6/8	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
Sawhney et al., 2020	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Lachowska & Minda, 2020	6/8	Sí	No	Sí	Sí	NC	Sí	Sí	Sí
Remegio et al., 2020	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Huber et al., 2019	6/8	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Faria et al., 2019	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Penz et al., 2019	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Solms et al., 2019	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Domínguez et al., 2018	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Havens et al., 2018	6/8	Sí	No	Sí	Sí	NC	Sí	Sí	Sí
Saito et al., 2018	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bogaert et al., 2018	7/8	Sí	NC	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Marqués-Pinto et al., 2018	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Loerbroks et al., 2017	6/8	Sí	No	Sí	Sí	NC	Sí	Sí	Sí
Adriaenssens et al., 2017	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Matziari et al., 2017	7/8	Sí	NC	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Pisanti et al., 2016	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Fragoso et al., 2016	7/8	Sí	Sí	Sí	Sí	NC	Sí	Sí	Sí
Gabel-Shemueli et al., 2016	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Vander Elst et al., 2016	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
García-Sierra et al., 2016b	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Adriaenssens et al., 2015	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Mijakoski, Karadzinska-Bislimovska, Basarovska, Montgomery, et al., 2015	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Montgomery et al., 2015	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Mijakoski, Karadzinska-Bislimovska, Basarovska, Minov, et al., 2015	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

NC: No queda claro

Tabla 12. Puntuaciones de los estudios observacionales transversales

### 3.1.2.6. Limitaciones

Esta revisión presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, se debe comentar que se han rechazado estudios por razones idiomáticas, pudiendo darse el caso de dejar fuera artículos que cumplieran el resto de requisitos de inclusión. Además, se han rechazado estudios que no han sido revisados por pares y que no presentaran datos comprobables de los niveles de compromiso laboral y burnout de la muestra en cuestión. En segundo lugar, al tratarse todos los trabajos incluidos de estudios observacionales de corte transversal, permiten examinar las condiciones de salud de una población en un tiempo y lugar definidos, pero no permiten hacer inferencias de causalidad, a lo que habría que sumarle la no representatividad de las muestras. En tercer lugar, no todos los autores han usado los mismos instrumentos de medida por que los resultados pueden que no sean homogéneos.

### 3.1.3. Objetivo 5. Analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan atención a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2

#### 3.1.3.1. Diseño del estudio

Basándonos en el concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE), y siguiendo los criterios de la Declaración PRISMA (Urrútia y Bonfill, 2010), se realizó una búsqueda sistemática de estudios que indagaran sobre la salud mental en los profesionales sanitarios que prestaban asistencia a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2. Haciendo uso del formato PICO se formuló la pregunta de investigación de la que se obtendrían las palabras clave usadas (Tabla 13).

<b>Población</b>	Profesionales sanitarios
<b>Intervención</b>	Medir la salud mental
<b>Comparador</b>	Niveles antes de la COVID-19
<b>Outcomes /Resultados</b>	Nivel de <i>burnout</i> , estrés y ansiedad, número de casos de personas con depresión, comparación de niveles de antes vs durante la pandemia de COVID-19 y comparación según tipo de profesión/servicio
<b>Pregunta de investigación</b>	¿Cómo se ve afectada la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan asistencia a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2?

Tabla 13. Formato PICO: palabras clave

#### 3.1.3.2. Estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas *Pubmed*, *Scopus*, *Web of Science*, *CINAHL*, *PsycINFO* y *ScienceDirect*, a partir de las palabras clave resultantes del PICO. Los descriptores MeSH usados fueron: *health personnel*, *sars-cov-2*, *mental health*, *professional burnout*, *physiological stress*, *anxiety* y *depression*. Para mejorar el alcance de la búsqueda se emplearon términos sinónimos para completar la misma en base a los descriptores MeSH (Tabla 14), siendo unidos mediante los operadores booleanos *and* y *or*.

## 3.1. Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: análisis bibliográfico

MeSH	Términos
Health personnel	healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers or physician or nurse or doctor
SARS-CoV-2	COVID-19 or coronavirus or 2019-ncov or SARS-CoV-2 or cov-19
Mental health	mental health
Professional burnout	burnout or burn-out or burn out
Physiological stress	stress or occupational stress or compassionate fatigue
Anxiety	anxiety
Depression	depression

Tabla 14. Términos empleados en la búsqueda

La **tabla 15** recoge la estrategia de búsqueda empleada, realizada el día 17 de mayo de 2020 para cada una de las bases de datos durante el proceso de búsqueda.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Fecha de búsqueda	Resultados	Seleccionados
Pubmed	((healthcare professionals[Title/Abstract] OR healthcare workers[Title/Abstract] OR healthcare providers[Title/Abstract] OR physician[Title/Abstract] OR nurse[Title/Abstract] OR doctor)) AND (covid-19[Title/Abstract] OR coronavirus[Title/Abstract] OR 2019-ncov[Title/Abstract] OR sars-cov-2[Title/Abstract] OR cov-19[Title/Abstract])) AND (mental health[Title/Abstract] OR burnout[Title/Abstract] OR burn-out[Title/Abstract] OR burn out[Title/Abstract] OR stress[Title/Abstract] OR occupational stress[Title/Abstract] OR compassionate fatigue[Title/Abstract] OR anxiety[Title/Abstract] OR depression[Title/Abstract]) AND (“2019/12/31”[PDat] : “2020/05/17”[PDat]))	17/05/20	65	11
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (healthcare AND professionals) OR TITLE-ABS-KEY (healthcare AND workers) OR TITLE-ABS-KEY (healthcare AND providers) OR TITLE-ABS-KEY (physician) OR TITLE-ABS-KEY (nurse) OR TITLE-ABS-KEY (doctor) AND TITLE-ABS-KEY (covid-19) OR TITLE-ABS-KEY (sars-cov-2) OR TITLE-ABS-KEY (2019-ncov) OR TITLE-ABS-KEY (cov-19) AND TITLE-ABS-KEY (mental AND health) OR TITLE-ABS-KEY (burnout) OR TITLE-ABS-KEY (stress) OR TITLE-ABS-KEY (occupational AND stress) OR TITLE-ABS-KEY (anxiety) OR TITLE-ABS-KEY (depression)) AND PUBYEAR > 2019	17/05/20	80	10
Web Of	TEMA: (healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers or physician or nurse or doctor) AND TEMA: (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19) AND TEMA: (mental health or burnout or burn-out or burn out or stress or occupational stress or compassionate fatigue or anxiety or depression) Refinado por: Año 2020 y tipos de documentos (artículo)	17/05/20	19	7
CINAHL	AB (healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers or physician or nurse or doctor) AND AB (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19) AND AB (mental health or burnout or burn-out or burn out or stress or occupational stress or compassionate fatigue or anxiety or depression). Limitadores - Fecha de publicación: 20191201-20201231	17/05/20	27	1
Psycinfo	(healthcare professionals OR healthcare workers OR healthcare providers OR physician OR nurse OR doctor) AND (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19) AND (mental health or burnout or burn-out or burn out or stress or occupational stress or compassionate fatigue or anxiety or depression) 2020	17/05/20	7	1
ScienceDirect	(Healthcare professionals OR healthcare workers) AND (coronavirus OR covid-19) AND (mental health OR burnout OR anxiety OR depression). 2020	17/05/20	124	6
Other sources	Artículos identificados a través de otros recursos	17/05/20	5	1
		Total	327	37/13*

\*Tras eliminar duplicados

Tabla 15. Estrategia de búsqueda

### 3.1.3.3. Criterios de selección.

Para la selección de los artículos se utilizaron los siguientes criterios:

#### **Criterios de inclusión:**

- Artículos originales publicados en inglés, español, francés y portugués.
- Artículos publicados en los últimos 5 meses.
- Tipología: artículos originales, metaanálisis, comunicación breve/corta y reporte de casos.
- Artículos disponibles a texto completo.
- Artículos sometidos a revisión por pares.
- Artículos que midieran alguno de los siguientes valores y/o efectos: nivel de burnout, nivel de depresión, nivel de estrés y nivel de ansiedad, número de casos de profesionales con depresión, estrés y/o ansiedad, comparación de niveles de antes frente a durante la pandemia de COVID-19, y comparación según país/tipo de profesión/servicio.

#### **Criterios de exclusión:**

- Estudios con un idioma diferente a inglés, español, francés y portugués.
- Estudios de baja calidad científico-técnica tras aplicar la herramienta de evaluación de la calidad.
- Artículos que no dieran respuesta a la pregunta de investigación y no estuvieran relacionados con el objetivo de la revisión.
- Profesiones: dentistas y farmacéuticos.
- Tipología: revisiones sistemáticas, artículos de opinión, editoriales y cartas al director/editor.

### 3.1.3.4. Recogida y extracción de datos.

Dos investigadores realizaron de manera independiente la búsqueda y selección de los artículos incluidos según los criterios establecidos, consensuando posteriormente los resultados. Las discrepancias las resolvió un tercer autor.

### 3.1.3.5. Evaluación de la calidad metodológica.

Dos revisores determinaron de forma independiente la calidad metodológica de los estudios seleccionados mediante las herramientas de evaluación crítica para estudios no randomizados del JBI de la Universidad de Adelaida (Australia) (*Jordan et al., 2019*). Estas herramientas permiten evaluar la calidad metodológica de un estudio y determinar en qué medida un estudio ha excluido o minimizado la posibilidad de sesgo en su diseño, conducta y/o análisis. Se usaron las versiones para estudios cuantitativos transversales de Moola *et al.* (2015) de 8 ítems y para estudios cualitativos de 10 ítems (*Lockwood, Munn y Porritt, 2015*), situando el punto de corte en 6 para aceptar su inclusión en esta revisión (**Tabla 16** y **tabla 17**).

3.1. Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: análisis bibliográfico

Estudio	Yin y Zeng, 2020	He et al, 2020
	8/10	7/10
Congruencia entre la perspectiva filosófica establecida y la metodología de investigación	😊	😊
Congruencia entre la metodología y la pregunta u objetivos	😊	😊
Congruencia entre la metodología y el método usado para recoger los datos	😊	😊
Congruencia entre la metodología y la representación y el análisis de datos	😊	😊
Congruencia entre la metodología y la interpretación de los resultados	😊	😞
Localización cultural y teórica	😊	😊
Influencia del investigador con la muestra y viceversa	😊	😊
Representatividad de los participantes	😞	😞
Aprobación ética por parte de un organism apropiado	😞	😞
Relación de las conclusion con el análisis o interpretación de los datos	😊	😊

Sí: 😊 , No: 😞 , No queda claro o no es aplicable: 😞

Tabla 16. Puntuaciones de los estudios cualitativos

Estudio	Mo et al, 2020	Zhang et al, 2020	Lai et al, 2020	Chew et al, 2020	Huang y Zhao,	Kang et al, 2020	Li et al, 2020	Wu et al, 2020	Tan et al, 2020	Lu et al, 2020	Wang et al, 2020
	7/8	7/8	8/8	6/8	6/8	6/8	6/8	8/8	6/8	6/8	7/8
Los participantes y el entorno se describen en detalle	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Los criterios de inclusión son definidos con claridad	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
La exposición fue medida de forma válida y confiable	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
El criterio utilizado para medir la condición fue objetivo	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Se identificaron los factores de confusión	😊	😊	😊	😞	😞	😞	😞	😊	😞	😞	😊
Estrategias para hacer frente a los factores de confusión	😞	😞	😊	😞	😞	😞	😞	😊	😞	😞	😞
Resultados medidos de forma válida y confiable	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Se usó un análisis estadístico apropiado	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊

Sí: 😊 , No: 😞 , No queda claro o no es aplicable: 😞

Tabla 17. Puntuaciones de los estudios observacionales transversales

### 3.1.3.6. Limitaciones

El presente estudio ofrece una serie de limitaciones. En primer lugar, se debe comentar que se rechazaron estudios escritos en alemán y chino, pudiéndose darse el caso de excluir artículos que cumplieran el resto de criterios de inclusión por razones idiomáticas. Además, se rechazaron seis estudios que estaban en formato *Pre-Print* por no haber pasado en el momento de la búsqueda la revisión por pares. En segundo lugar, diez de los trece estudios se realizaron en China, por lo que la representatividad de los resultados seleccionados no puede ser extrapolada al resto de profesionales sanitarios que desarrollan su labor asistencial en el resto de países del mundo. En tercer lugar, se debe señalar que en algunos estudios no se pudieron establecer diferencias entre los tipos de profesionales, por lo que se decidió tratar los datos como un solo conjunto. Por último, se debe hacer constar que la fecha en la que se realizaron los estudios pudo afectar a los resultados por la propia progresión de la pandemia.

## 3.2. Fase 2. Estudio de campo

### 3.2.1. Diseño

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y de aproximación cuantitativa.

### 3.2.2. Población de estudio

Se consideró población de estudio a las 286860 enfermeras españolas colegiadas (número total de enfermeras colegiadas menores de 65 años en el 2019) (**Anexo 1**).

El ámbito de estudio fue a nivel nacional y abarcó cualquier ámbito en el que las enfermeras podían ejercer actividades propias de su profesión (actividades de gestión, de docencia, de investigación y asistencial). Por tanto se recogieron datos de enfermeras que trabajaban tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, para el Servicio Nacional de Salud o para cualquier empresa privada, en centros para mayores, en universidades, en institutos y colegios, en Fundaciones para la investigación y en clínicas privadas.

Según el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria [INGESA] (2018) dependiente del Ministerio de Sanidad, en el año 2018 había 185835 enfermeras trabajando en el Sistema Nacional de Salud de las que 30499 trabajaban en Atención Primaria, 150269 en Atención Especializada (AE) (8101 formaban parte de los Servicios de Urgencias Hospitalarias [SUH]) y 3061 en los Servicios de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias (SUEE); y 15716 enfermeras

### 3.2. Fase 2. Estudio de campo

---

trabajaban en el sector sanitario privado (de las que 1754 trabajaban en los SUH privados). El resto de enfermeras (85309) pueden estar colegiadas y trabajar en el ámbito educativo, de gestión o en investigación y otras, pese a estar colegiadas, pueden estar desempleadas o realizando otro tipo de trabajo lejos de las funciones de la enfermera.

#### 3.2.3. Muestra

Para esta población se estima una muestra necesaria de 386 enfermeras para un error 5%, con una confianza del 95% y una heterogeneidad del 50%. Como criterios de inclusión se siguieron: i) enfermeras que desarrollan una labor asistencial, docente, de gestión y/o de investigación propias de su profesión, ii) residentes en el territorio nacional (España), iii) enfermeras en activo y, iv) que hayan aceptado el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: i) no realizar funciones propias de la enfermera y, ii) enfermeras españolas que trabajan actualmente fuera de España.

Se siguió un método de muestreo accidental o causal, obteniendo una muestra de 1808 participantes. Del total, se eliminaron aquellos cuestionarios que no estaban completamente cumplimentados o presentaban inconsistencias, por lo que un 5'75% de los mismos fueron apartados del estudio (pérdidas), quedando la muestra final en 1704 participantes.

Además, los participantes se clasificaron según el lugar en el que desempeñan sus funciones. Se estableció un grupo de enfermeras de Atención Primaria, un grupo de enfermeras de Atención Especializada (enfermeras de Urgencias) y un grupo que incluyó el Resto de enfermeras. Se hicieron estos grupos pues son considerados los grupos más heterogéneos entre sí en cuanto a funciones, niveles de estrés, tipos de turnos y horarios de trabajo, gravedad del paciente al que debe atender y perfil profesional (Cortés-Rubio *et al.*, 2003; Aboshaiqah, Hamadi, Salem y Zakari, 2016; Cañadas-De la Fuente *et al.*, 2016; Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2019).

#### 3.2.4. Instrumentos de medida

Para recabar la información oportuna, se recurrió a un cuestionario online (**Anexo 2**). Este cuestionario distingue cuatro partes:

- 1) variables sociodemográficas,
- 2) evaluación de riesgos psicosociales,
- 3) valoración del engagement, así como
- 4) evaluación del bienestar psicológico y detección de problemas psiquiátricos no psicóticos.

### 3.2.5. Variables de estudio

#### 3.2.5.1. Variables independientes

- **Variables sociodemográficas:**
  - **Edad:** variable cuantitativa discreta (años).
  - **Sexo:** variable cualitativa dicotómica nominal (hombre/mujer)
  - **Lugar de residencia:** variable cualitativa politómica nominal (50 provincias y 2 ciudades autónomas).
  - **Lugar de trabajo:** variable cualitativa politómica nominal (50 provincias y 2 ciudades autónomas).
  - **Nombre del centro de trabajo:** variable cualitativa politómica nominal (libre cumplimentación).
  - **Distancia al lugar de trabajo:** variable cuantitativa continua (km).
  - **Tipo de entidad en la que trabaja:** variable cualitativa politómica nominal (Centro de salud, Hospital Público, Hospital Privado, Otro Servicio Público, Otro Servicio Privado).
  - **Puesto de trabajo que ocupa en la actualidad:** variable cualitativa politómica nominal (EIR, Empleado/a o trabajador/a, Supervisor/a, Mando intermedio, Directivo/a, Alta dirección/dirección general, Otros).
  - **Tipo de servicio:** variable cualitativa politómica nominal (Maternidad, Med. Interna, Psiquiatría, Quirófano, Laboratorio, UCI, Digestivo, Traumatología, Oncología, Radiología, SUEE, EBAP, Pediatría, Neurología, Cirugía, Hematología, Otros).
  - **Categoría profesional:** variable cualitativa politómica nominal.
  - **Tiempo de trabajo en el centro actual:** variable cualitativa politómica nominal.
  - **Posibilidad de ascenso:** variable cualitativa dicotómica nominal (sí/no)

- **Tipo de relación laboral:** variable cualitativa politómica nominal.
- **Tipo de contrato:** variable cualitativa politómica nominal.
- **Horario/jornada de trabajo:** variable cualitativa politómica nominal.
- **Posibilidad de cambios de turnos:** variable cualitativa dicotómica nominal (sí/no).
- **Posibilidad de cambios de turnos (tiempo de antelación):** variable cualitativa politómica nominal.
- **Número de horas de trabajo:** variable cuantitativa continua.
- **Motivo si trabaja menos de 35 horas:** variable cualitativa politómica nominal.
- **Tipo de salario:** variable cualitativa politómica nominal.
- **Cantidad de salario:** variable cualitativa politómica ordinal.
- **Adecuación tarea-salario:** variable cualitativa dicotómica nominal (sí/no).
- **Número de bajas laborales:** variable cuantitativa discreta.
- **Consumo de sustancias** (Sustancias relajantes, Café, Sustancias estimulantes, Alcohol, Tabaco, Marihuana, Cocaína, Otras): variable cualitativa politómica ordinal (Todos los días, Varias veces a la semana, 1 vez a la semana, Cada 15 días, 1 vez al mes, 2 o 3 veces al año, Nunca).
- **Nivel de percepción de salud general:** variable cualitativa politómica ordinal (Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala)

Tanto la evaluación de riesgos psicosociales, como los niveles de compromiso laboral como el cribado de posibles trastornos psiquiátricos no psicóticos, vienen definidos por los instrumentos de medida que se pasan a desarrollar.

## 3.2.5.2. CoPsoQ-istas21

El CoPsoQ-istas21 es un instrumento de evaluación orientado a la evaluación de riesgos psicosociales, identificando y localizando dichos riesgos y facilitando el diseño e implementación de medidas preventivas (Moncada, Serrano, Kristensen y Martínez, 2000; Moncada, Llorens, Andrés, Moreno y Molinero, 2014). Los resultados de la aplicación del CoPsoQ-istas21 deben ser considerados como oportunidades para la identificación de aspectos a mejorar de la organización del trabajo, como paso previo para llegar a una prevención racional y efectiva.

La metodología COPSOQ ha sido usada como método de referencia en organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (Leka y Jain, 2010), mostrado como ejemplo de buena práctica por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo y el Institute of Work, Health and Organisations (Leka, Hassard, Jain, Makrinov y Cox, 2008), y utilizado en investigaciones de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Schütte et al., 2014).

En la **tabla 18** se observa que la estructura del Cuestionario SUSES-ISTAS 21 versión breve consta de 5 dimensiones que son: exigencias psicológicas, trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa, compensaciones y doble presencia. Se usó una escala tipo Likert de cinco anclajes: *Siempre / La mayoría de las veces / Algunas veces / Sólo unas pocas veces / Nunca*.

Dimensiones	Subdimensiones	Nº preguntas	Definición
Exigencias psicológicas	Exigencias cuantitativas	1	Exigencias necesarias para realizar una cantidad de trabajo concreta. Se considera carga excesiva cuando no se puede realizar una tarea dentro del tiempo asignado para su consecución.
	Exigencias cognitivas	1	Exigencias relacionadas con procesos mentales como la atención, la memoria y la toma de decisiones. Además, hace referencia a la responsabilidad existente por las consecuencias de lo que se hace.
		1	Exigencia de mantenerse emocionalmente distante en situaciones de trabajo en las que hay obligación de relacionarse a nivel personal con los usuarios. Este tipo de exigencias se puede dar cuando se espera del usuario del servicio algún cambio conductual (pacientes, alumnos, etc.), cuando la vida de otra persona depende de las acciones del trabajador (rescatistas, profesionales sanitarios de urgencias) o incluso cuando los usuarios pueden agredir al trabajador.
	Exigencias de esconder emociones	1	Mantener una actitud neutral o fría ante el comportamiento de los usuarios o pacientes.
	Exigencias sensoriales	1	Exigencia de utilizar los sentidos, en especial la vista, con una alta atención y alerta a los detalles.
	Trabajo activo y desarrollo de habilidades	Influencia en el trabajo	1
Posibilidades de desarrollo		1	Oportunidades que ofrece el trabajo para poner en práctica y desarrollar los conocimientos y habilidades que tiene la persona, y el grado de monotonía de la tarea.
Control sobre el tiempo del trabajo		1	Posibilidad de interrumpir momentáneamente la tarea, sea para un descanso breve, por atender obligaciones personales o para tomar vacaciones. Esta dimensión complementa la de influencia.
Sentido del trabajo		1	Relación que establece el trabajo con valores o fines que trascienden el fin más inmediato (ingreso económico).
Integración en la empresa		1	Identificación de cada persona con la empresa o institución en general. No se refiere al contenido del trabajo en sí.

Tabla 18. Estructura del Cuestionario SUSESO-ISTAS 21 versión breve

Apoyo social y calidad de liderazgo	Claridad de rol	1	Grado de definición de las acciones, responsabilidades y recursos disponibles en la tarea asignada.
	Conflicto de rol	1	Exigencias contradictorias que se presentan en el trabajo que pueden generar conflictos de carácter profesional o ético, cuando las exigencias de lo que hay que hacer son diferentes de las normas y valores personales.
	Calidad de liderazgo	1	Conductas y atributos del jefe o supervisor directo que permiten juzgar su valor como líder. Incluye la capacidad de dirimir conflictos, planificar y distribuir el trabajo en forma ecuánime, preocupación por el bienestar de sus subordinados y habilidades de comunicación. Dimensión vinculada al apoyo social de superiores.
	Calidad de la relación con superiores.	1	Atributos tanto del jefe directo como de la organización en general que posibilita recibir el tipo de ayuda e información que se necesita y en el momento adecuado para realizar el trabajo. Significa disponer de la información adecuada, suficiente y a tiempo para poder realizar de forma correcta el trabajo y para adaptarse a los cambios (futuras-reestructuraciones, nuevas tecnologías, nuevas tareas, nuevos métodos y asuntos parecidos).
	Calidad de la relación con compañeros de trabajo	1	Relaciones con los compañeros de trabajo que se expresan tanto en formas de comunicación como en la posibilidad de recibir ayuda para realizar el trabajo en el momento adecuado, así como el sentido de pertenencia a un equipo.
Compensaciones	Nivel de estima	1	Reconocimiento y apoyo de los superiores y compañeros por el esfuerzo realizado para desempeñar el trabajo. Incluye recibir un trato justo.
	Inseguridad respecto del contrato de trabajo	1	Preocupación por las condiciones del contrato, estabilidad o renovación, variaciones del sueldo, forma de pago del sueldo, posibilidades de despido y ascenso.
	Inseguridad respecto de las características del trabajo	1	Inseguridad sobre las condiciones en que se realiza el trabajo, incluye la definición de funciones (cambios de tareas), los cambios geográficos (cambios de lugar de trabajo, de sucursal, región), cambio de jornada y horario.
Doble presencia	Preocupación por tareas domésticas	1	Intranquilidad provocada por las exigencias domésticas que puedan afectar el desempeño laboral. Es más frecuente en las mujeres, por lo que se produce una inequidad de género.

Fuente: Candia y Pérez-Franco (2020)

El sumatorio simple de los puntos totales permitió determinar el puntaje de cada dimensión. Con este puntaje se calculó la cantidad de trabajadores que se encontraban en los niveles de riesgo bajo, medio o alto (**Tabla 19**). En relación a la fiabilidad presenta una consistencia interna con un alfa de Cronbach alto, en un rango de 0'66 a 0'92. Las correlaciones Inter-ítems dentro de cada escala oscila entre 0'2 y 0'5 (Moncada et al., 2005).

Dimensión	Nivel de riesgo		
	Bajo	Medio	Alto
Exigencias psicológicas	0-8	9-11	12-20
Trabajo activo y desarrollo de habilidades	0-5	6-8	9-20
Apoyo social en la empresa	0-3	4-6	7-20
Compensaciones	0-2	3-5	6-12
Doble presencia	0-1	2-3	4-8

Tabla 19. Puntajes de la versión breve del Cuestionario SUSESO-ISTAS 21  
Fuente: Candia y Pérez-Franco (2020)

### 3.2.5.3. Utrecht Work Engagement Scale

Este instrumento consta de nueve ítems distribuidos en tres ítems para cada dimensión del *engagement* (*vigor*, *dedicación* y *absorción*), con una escala tipo Likert de siete anclajes los cuales comienzan desde *nunca* o *ninguna vez*, hasta *siempre* o *todos los días*. Una mayor puntuación implica que la persona tiene un mayor *engagement*, una mayor implicación, dedicación y motivación por el trabajo.

Los ítems para cada subdimensión están recogidos en la **tabla 20**:

Vigor
En mi trabajo me siento lleno de energía
Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo
Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar
Dedicación
Estoy entusiasmado con mi trabajo
Mi trabajo me inspira
Estoy orgulloso del trabajo que hago
Absorción
Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo
Estoy inmerso en mi trabajo
Me “dejo llevar” por mi trabajo

Tabla 20. Ítems para las subdimensiones vigor, dedicación y absorción de la escala UWES-9

Los índices de fiabilidad alfa de Cronbach son los siguientes: vigor ( $\alpha=0'82$ ), dedicación ( $\alpha=0'89$ ) y absorción ( $\alpha=0'74$ ) (Schaufeli, Bakker y Salanova, 2006). Además, la herramienta mostró una adecuada validez a nivel transcultural del modelo de los tres factores y siendo España uno de los países que conforman la base de datos internacional del UWES con una muestra de 1832 individuos (Schaufeli y Bakker, 2003). En la **tabla 21** se puede observar el modelo normalizado para la interpretación de los valores obtenidos en la UWES-9 y en la **tabla 22** se aprecian las norams de codificación y clasificación de la frecuencia de los sentimientos en relación al trabajo para la escala UWES.

	Vigor	Dedicación	Absorción	Puntuación total
Muy bajas	$\leq 2'00$	$\leq 1'33$	$\leq 1'17$	$\leq 1'77$
Bajas	2'01-3'25	1'34-2'90	1'18-2'33	1'78-2'88
Moderadas	3'26-4'80	2'91-4'70	2'34-4'20	2'89-4'66
Altas	4'81-5'65	4'71-5'69	4'21-5'33	4'67-5'50
Muy altas	$\geq 5'66$	$\geq 5'70$	$\geq 5'34$	$\geq 5'51$
<b>Media (SD)</b>	<b>3'99 (1'08)</b>	<b>3'81 (1'31)</b>	<b>3'56 (1'10)</b>	<b>3'82</b>
Rango	0-6	0-6	0-6	0-6

Tabla 21. Modelo normalizado para la interpretación de los valores obtenidos en los valores medios de la escala UWES-9

Fuente: Schaufeli y Bakker (2003)

Clasificación	Frecuencia de los sentimientos en relación al trabajo (respuestas del cuestionario UWES)
Muy bajo	0 a 0'99 = 1 (Algunas veces por año)
Bajo	1 a 1'99 = 2 (Una vez o menos por mes)
Medio	2 a 2'99 = 3 (Algunas veces por mes) 3 a 3'99 = 4 (Una vez por semana)
Alto	4 a 4'99 = 5 (Algunas veces por semana)
Muy alto	5 a 6 = 6 (Todos los días)

Tabla 22. Codificación y clasificación de la frecuencia de los sentimientos en relación al trabajo (respuestas del cuestionario UWES)

#### 3.2.5.4. Cuestionario General de Salud de Goldberg

El *General Health Questionnaire* (GHQ-12), elaborado por Goldberg y Williams (1988) es un test auto-administrado de cribado que detecta posibles trastornos psiquiátricos no psicóticos. Entre ellos, explora los posibles síntomas subjetivos de distrés psicológico, las manifestaciones somáticas frecuentemente asociadas a la ansiedad, la depresión, las dificultades de relación y de cumplimiento de los roles sociales, familiares y profesionales.

### 3.2. Fase 2. Estudio de campo

---

Está formado por 12 ítems, siendo 6 de ellos frases positivas y 6 sentencias negativas. Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), que puede ser transformada en una puntuación dicotómica (0-0-1-1), llamada puntuación GHQ (escala dicotómica).

El punto de corte usado fue de  $>3$  de acuerdo con el punto de corte que usados en las encuestas nacionales en España y siguiendo a los autores Rocha *et al.* (2011), Rocha *et al.* (2015), Ballbè *et al.* (2015), Gotsens *et al.* (2015), Esteban-Gonzalo, Salvador-Piedrafita, Malmusi y Borrell (2017), Aparicio y Estaban-Gonzalo (2018), Mosquera-Metcalfe *et al.* (2019), Ronda-Pérez, Martínez, Reid y Agudelo-Suárez (2019), Henares-Montiel, Ruiz-Pérez y Sordo (2020), entre otros, que han usado este punto de corte común para sus estudios en la población general y en grupos específicos en España. Además, Rocha *et al.* (2011) señalaban que este instrumento es adecuado como *screening* utilizándose su puntuación total tras haber reconvertido las puntuaciones obtenidas en una escala dicotómica (GHQ).

El GHQ-12 presenta una buena fiabilidad en los diferentes estudios realizados con alfas de Cronbach que varían entre 0'82 y 0'86 (Goldberg *et al.*, 1997). El índice de consistencia interna obtenido fue  $\alpha=0'905$ .

#### 3.2.5.5. Violencia en el lugar de trabajo

Se diseñó un instrumento de evaluación *ad hoc*. Esta prueba consiste en una entrevista semiestructurada con la finalidad de obtener la información sobre posibles situaciones de violencia que se hayan producido en el contexto laboral. Consta de 7 preguntas conformadas por diferentes tipos de respuesta.

#### 3.2.5.6. Felicidad

Se diseñó un instrumento de evaluación *ad hoc*. Dicha prueba está conformada por 22 ítems cuya finalidad es llevar a cabo un *screening* sobre las diferentes variables individuales, y organizaciones que se describen en la literatura como factores de protección y riesgo en el desempeño profesional. Los participantes deben responder sobre el nivel de felicidad que pueden llegar a sentir con cada uno de uno de esos factores. El formato de respuesta es de tipo Likert con 6 alternativas de respuesta que oscilan entre “mucho” a “nada”.

#### 3.2.5.7. Percepción de salud

Se diseñó un instrumento de evaluación *ad hoc*. Esta prueba evalúa la percepción que tiene la persona sobre determinadas variables relacionadas con sus hábitos de vida y salud. Se valoran dos momentos concretos, más específicamente, la situación actual, y en el pasado, en el período comprendido entre 7 y 10 años. Para ello, deberá puntuar de 1 a 10,

siendo la puntuación 1 la situación menos favorable para la salud, y opuestamente, el valor 10 la situación más favorable.

### 3.2.6. Procedimiento

Una vez diseñado el cuestionario, se realizó el pilotaje sobre una muestra de 15 personas para valorar la idoneidad de la prueba, tiempo de cumplimentación y posibles erratas no detectadas con anterioridad. Tras ello, se solicitó al Comité de Ética del Consejo General de Enfermería la aprobación del estudio (**Anexo 3**).

Posterior a la aprobación del proyecto por el Comité de Ética de la Investigación de referencia, se diseñó un *dossier* informativo para acompañar el estudio con el fin de explicar cuál era la motivación por la que se realizaba el estudio, los instrumentos utilizados y los resultados esperados en el que se resaltaba el carácter voluntario y anónimo del mismo. Este dossier o Ficha para instituciones acompañaba a la prueba (**Anexo 4**) y fue enviado a los responsables de cada institución. El cuestionario fue distribuido por el Consejo General de Enfermería y los Colegios de Enfermería de cada provincia española mediante un enlace vía web a Google Forms®, siendo difundidos a través de sus páginas oficiales y sus redes sociales.

### 3.2.7. Análisis estadístico

Las estadísticas descriptivas fueron presentadas como porcentajes y frecuencias. La prueba de Kolmogorov-Smirnov se utilizó para determinar si los datos mostraban un comportamiento normal. El test de Kruskal-Wallis se empleó para comprobar si existían diferencias en los grupos analizados respecto a la valoración de las distintas dimensiones y la prueba de U de Mann-Whitney, con corrección de Bonferroni, para analizar qué subgrupos diferían entre sí.

En el cuestionario CoPsoQ-istas21 la sumatoria simple de los puntos totales permitió determinar el puntaje de cada dimensión. Con este puntaje se calculó la cantidad de trabajadores que se encontraban en niveles de riesgo bajo, medio o alto, es decir, se midió la prevalencia, utilizando límites establecidos (*Candia y Pérez-Franco, 2020*).

El cuestionario UWES arrojó tres puntajes promedios parciales, correspondientes a cada subescala, y un puntaje total dentro del rango de 0 a 6 puntos. Además, se comparó porcentajes del puntaje de acuerdo con la siguiente recodificación: 1 (Algunas veces por año) de 0 a 0'99, 2 (Una vez o menos por mes) de 1 a 1'99, 3 (Algunas veces por mes) de 2 a 2'99,

4 (Una vez por semana) de 3 a 3'99, 5 (Algunas veces por semana) de 4 a 4'99 y 6 (Todos los días) de 5 a 6.

Para el GHQ-12 las respuestas se valoraron con una escala Likert, de 0 a 3 puntos; las puntuaciones 0 y 1 fueron recodificadas como 0 y las puntuaciones 2 y 3 como 1. La puntuación total se calculó sumando las puntuaciones obtenidas en todos los enunciados de la escala dicotómica y se consideró 3 como punto de corte para este instrumento unidimensional de cribado, con un rango entre 0-12 puntos. Se determinó el porcentaje de individuos considerados como altos en términos de deterioro de la Salud Mental, a partir del número de individuos con puntuaciones atípicas superiores.

El análisis bivariado, entre las variables bajo estudio y el hecho de tener o no distrés psicológico, recoge el valor la significación estadística con Chi-cuadrado, los riesgos estimados a partir de los ODD Ratios (OR) y los intervalos de confianza para éstos. Para la estimación de los coeficientes se recurrió al cálculo de estimaciones de máxima verosimilitud, con selección automática hacia adelante y se estableció como criterio para considerar que existe un efecto estadísticamente significativo, un nivel de confianza igual o mayor a 0'05. El test de Wald evaluó la significación estadística individual de cada uno de los coeficientes estimados y los valores de los OR permitieron valorar el papel de las variables predictoras.

Por último, con el objeto de predecir la probabilidad de que un profesional sanitario presente distrés se llevó a cabo un análisis de regresión logística a partir de aquellos factores que tras el estudio preliminar fueron considerados más influyentes (sexo, edad, servicio en el que trabaja, salud general percibida, UWES vigor, UWES dedicación, UWES absorción y UWES total).

Para el estudio se utilizó el software SPSS versión 20.0.

### 3.2.8. Consideraciones éticas

Los participantes respondieron al cuestionario de forma voluntaria y aceptaron el consentimiento informado. El cuestionario explicaba con detalle el objeto del estudio e incluía el consentimiento del participante. Las respuestas de los participantes se grabaron de forma anónima y la información fue tratada confidencialmente.

El estudio se realizó bajo el amparo de los “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” recogidos en la última versión de la Declaración de Helsinki (Enmienda de Fortaleza, Brasil, octubre de 2013). Asimismo, fue aprobado por la Comisión de Ética del Consejo General de Enfermería (España) en abril de 2018.

Los datos obtenidos durante el estudio se trataron de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

### 3.2.9. Limitaciones

Este trabajo no está exento de limitaciones, que conviene tener en cuenta al considerar los resultados.

En primer lugar, podría existir un posible sesgo de selección en la población de estudio, especialmente motivado por el tipo de muestreo no probabilístico (sesgo de muestreo). Este tipo de muestreo no probabilístico permite tener una aproximación a los resultados pero no una representatividad de la muestra. Para intentar controlar este sesgo de selección se recurrió a un muestreo por cuotas: a nivel de Comunidad Autónoma y Ciudad Autónoma y a nivel del lugar/servicio en el que las enfermeras realizan sus funciones, estando todas las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas representadas y la mayor parte de los servicios representados.

A este respecto, se debe tener en cuenta que por el tamaño de la población diana, resulta prácticamente imposible que la herramienta llegue a todas las enfermeras colegiadas, pero se usaron medios de comunicación afines a los Colegios Oficiales de Enfermería de cada provincia y del Consejo General de Enfermería a nivel estatal, para minimizar dicho sesgo. Además, puede que el propio estado afectivo de las enfermeras pueda condicionar la respuesta, haciendo que las enfermeras insatisfechas o poco motivadas no contesten.

En relación a los sesgos de medición, pudo existir en algunos participantes fatiga durante la cumplimentación de la herramienta por su duración (oscilaba entre los 15 y 20 minutos). Sin menoscabo de lo anterior, por el uso de cuestionarios autoadministrados, los investigadores deben confiar en la veracidad de los datos propuestos por las personas que han participado en el estudio, eliminando cualquier posible discrepancia o duplicidad en los resultados obtenidos. Si bien, pudo existir sesgo de Hawthorne al sentirse observados (pudo darse el caso en preguntas como la del salario). En este sentido, se ofreció la posibilidad a los participantes de notificar cualquier incidencia o aclaración tras acabar la cumplimentación de la herramienta. Además, antes de su cumplimentación se dejó una nota aclaratoria en la que se aseguraba que los datos iban a tratarse de forma confidencial.

En algunos participantes pudo existir sesgo de recuerdo o de memoria (*recall bias*) debido a que algunas preguntas iban enfocadas a circunstancias acaecidas en etapas previas de la vida, en las que existe la posibilidad de olvido, en especial si las mediciones son de alta

*3.2. Fase 2. Estudio de campo*

---

variabilidad (dificultad a la hora de recordar de forma precisa y completa hechos o experiencias previas)

Por último, se recurrió a un nivel de significación en todas las pruebas estadísticas con un intervalo de confianza del 95% para minimizar los posibles errores aleatorios. Se debe destacar que los resultados apuntan a asociaciones, pero no permiten establecer relaciones de causa-efecto al tratarse de un estudio de naturaleza transversal.

## 4. RESULTADOS

Los resultados que se muestran a continuación, se han dividido según la fase de estudio a la que pertenece. Para la fase 1, que consiste en la descripción e identificación de la evidencia disponible, se ha dado respuesta a los objetivos 3, 4 y 5. En el caso de la fase 2 o estudio de campo, se exponen los principales hallazgos encontrados para dar respuesta a los objetivos 1 y 2.

### 4.1. Resultados de la Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: Análisis bibliográfico

4.1.1. Resultados del objetivo 3. Describir la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada en los servicios de urgencias alrededor del mundo y los beneficios que puede suponer su futura implementación dentro del ámbito sanitario español: Descripción e identificación de la evidencia disponible.

La **figura 14** se despliega el proceso de preselección de artículos con las principales causas de exclusión de los estudios.



Figura 14. Proceso de preselección de artículos

En la **tabla 23** se incluyen los resultados de búsqueda bibliográfica y en la **tabla 24** se recogen los principales hallazgos y características de los 13 estudios incluidos.

<i>Bases de datos</i>	<i>Número total de artículos</i>	<i>Artículos preseleccionados</i>	<i>Artículos seleccionados</i>
Web of Science	24	0	0
Medline	29	2	2
Cuiden	39	0	0
Cochrane	4	0	0
CINAHL	183	16	12
LILACS	0	-	-
Cochrane Database of Systematic Reviews	0	-	-
GuíaSalud	0	-	-

Tabla 23. Resultados de búsqueda bibliográfica

Resultados			
Autor	Año	Tipo de estudio	País
Black y Dawood	2013	Descriptivo	Reino Unido
Intervención			
Comparar la prescripción enfermera independiente (PI) con la prescripción por dirección de grupos de pacientes (DGP) en las EPA de un servicio de urgencias.			
Escala			
Queen's Joanna Briggs Collaboration			
Puntuación			
Grado B			
<p>Total pacientes tratados: 1423 (PI= 655; DGP= 768), de la que se incluyó en el estudio una muestra aleatorizada de 617 (PI=382; DGP=235).</p> <p>COMPETENCIAS PROFESIONALES: 403 diagnósticos de 382 episodios de cuidado de las PI, de los que el 51'6% recibieron prescripción. En grupo DGP de 235 episodios de cuidado el 32'3% requirió medicación.</p> <p>Mayor presentación en el grupo PI: afectación del tejido blando (27'3%), laceraciones (10'4%) y fracturas de hueso (9'9%). Incremento del porcentaje de fracturas (17'3%) en grupo DGP. En el tratamiento del PI se incluye respecto a la DGP, el manejo de reacciones alérgicas, la retirada de suturas, sinusitis, verrugas y esguinces de cuello.</p> <p>Principales fármacos prescritos con PI: analgésicos (31%), antibióticos (24'8%) y AINES (24'5%).</p> <p>Principales: analgésicos en primer lugar, seguido de AINES.</p> <p>SEGURIDAD DEL PACIENTE: Con PI, la historia médica y medicaciones habituales de los pacientes se recogieron en un 97'4% de los casos; de los casos omitidos sólo 2 recibieron medicación. Respecto al DGP grupo, la historia clínica fue completada en el 88'9% de los pacientes y 5 de los pacientes mal documentados recibieron tratamiento. El tratamiento habitual de los pacientes se recogió en un 86'4% de los pacientes, y a 6 pacientes dentro del grupo de los omitidos.</p> <p>Interacciones en pacientes polimedificados registradas: 49 casos en grupo de PI y 11 casos en grupo DGP, ninguno con interacción posible en este último grupo; en el 87'5% de las prescripciones PI no había interacción probable, en dos ocasiones no se prescribió por el riesgo a interacción, en tres se avisó del peligro y en una sin posibilidad de interacción al ser un tratamiento rápido. Un caso dentro de este grupo, de error de documentación. Registro de alergias: 96'3% en el grupo PI, recibiendo medicación solo 1 caso entre los 14 que no estaba la documentación al respecto. De los casos documentados, a una paciente se le administró un medicamento al que tenía alergia; el resto se manejaron adecuadamente o no recibieron tratamiento. Entre el grupo de DGP la documentación de alergias estuvo completa en 84'7% de los casos, 100% de los casos en los que había alergias se trataron adecuadamente. Entre los 36 casos omitidos, recibieron tratamiento 8 pacientes.</p> <p>De las 274 prescripciones por PI, sólo en un caso no fue apropiada. Sobre el grupo DGP, el 93'4% de los pacientes que recibieron prescripción tenía una documentación completa sobre el historial médico, las alergias o el tratamiento habitual de sus pacientes. Se detectaron 9 (11'8%) casos dentro de este grupo en el que administraron fármacos a los que estos enfermeros no tienen acceso, sin quedar claro según las notas clínicas sobre si se los prescribió otro profesional que si tuviera acceso a ellos.</p> <p>Significación en la frecuencia en la que recibían tratamiento en los casos de daño a tejidos blandos.</p> <p>82'5% fueron tratados con independencia por los PI, en el caso del grupo de DPG en un 81'2%. No hubo diferencia significativa en completar los cuidados de un paciente entre el grupo de PI y el de DPG.</p>			

Tabla 24. Resultados y principales hallazgos

Resultados			
Autor	Año	Tipo de estudio	País
Black y Dawood	2014	Descriptivo	Reino Unido
Intervención			
Aplicación y seguridad de la prescripción autónoma enfermera en casos de accidente y urgencias (AU); y salud sexual (SS).			
Escala			
Queen's Joanna Briggs Collaboration			
Puntuación			
Grado A			
<p>REVISIÓN DE NOTAS CLÍNICAS: 382 pacientes en ambos grupos. 4 enfermeras de PI y 6 de DGP en AU; 15 EPA en SS, de las que 9 eran PI.</p> <p>FRECUENCIA DE PRESCRIPCIÓN: 403 diagnósticos de 382 episodios de cuidado de las PI en AU, de los que 51'6% recibieron prescripción, mientras que, en 235 episodios de cuidado para DGP, 29'8% requirieron medicación; de 382 episodios de cuidado para PI en SS, salieron 272 diagnósticos y 357 pruebas de salud, de las que el 55'5% necesitaron prescripción. En el caso de las enfermeras sin PI, de 255 episodios de cuidado, el 49'9% requirió demanda de medicación.</p> <p>RANGO DE DIAGNÓSTICOS: en AU: mayor presentación de afectación del tejido blando (27'3%), laceraciones (10'4%) y fracturas de hueso (9'9%). En SS: manejo de contactos sexuales (22'1%), infecciones fúngicas (14'7%) y vaginosis bacterianas (12'9%).</p> <p>RANGO DE MEDICACIÓN: las PI en AU prescribieron 274 veces, 29 fármacos distintos. Principales: analgésicos (31%), antibióticos (24'8%) y AINES (24'5%).</p> <p>En SS se prescribieron 295 veces con 27 fármacos diferentes. Principales: antibióticos (54'9%), antifúngicos (23'7%) y anticonceptivos (9'2%).</p> <p>SEGURIDAD DEL PACIENTE: En AU la historia médica y medicaciones habituales de los pacientes se recogieron en 97'4% de los casos; de casos omitidos sólo 2 recibieron medicación. En SS, 85'3% fueron documentados y de los casos omitidos a 22 pacientes se les prescribió. Hubo 5 embarazadas en SS que recibieron tratamiento de forma segura. Interacciones en pacientes polimedificados registradas: 49 casos en UA y en 44 casos en SS; 87'5% de las prescripciones AE no había interacción probable y en 65'9% referente al SS. Registro de alergias: 96'3% en UA y 86'9% en SS. De los casos sin completar sólo 2 pacientes recibieron medicación sin tener ningún dato en el historial previo.</p> <p>De 274 prescripciones por PI en AU, sólo un caso inapropiado y en SS, un 10% no se realizó de forma apropiada (en 2'7% de los casos se requirió mejorar la documentación previa del paciente y en 0'7% se prescribió sin historial médico previo, de alergias o de medicación habitual).</p> <p>En total, PI de ambos departamentos completaron el 88'5% (n = 676) de casos; si no lo completaron en AU fue por consejo médico o porque se trataba de medicación controlada o fuera de la competencia de las EPA.</p> <p>Asociación significativa (p&lt;0'001) entre la existencia de las PI y el fin de proceso de cuidado en las SS; no la hubo (p=0'710) en relación a esa figura en las AU.</p> <p>ESTUDIO OBSEVACIONAL: 11 pacientes tuvieron una documentación clínica elaborada por las PI adecuada y completa, de los cuáles el 50% necesitaron prescripción. En 9 ocasiones los pacientes recibieron explicaciones sobre regímenes de medicación y efectos Adversos sin tener un historial médico completo</p>			

Resultados			
Autor	Año	Tipo de estudio	País
Considine et al.	2006	Descriptivo	Australia
Intervención			
Observar el ámbito de práctica de los Candidatos a ser EPA de urgencias (TENP) en un servicio de urgencias del hospital de Victoria.			
Escala			
Queen's Joanna Briggs Collaboration			
Puntuación			
Grado B			
Resultados			
COMPETENCIAS PROFESIONALES: PERFIL DE PACIENTES: total de 476 pacientes atendidos, de los que 4 fueron transferidos a la atención medicalizada por superar las competencias de la práctica clínica de EPA, y 5 pacientes se atendieron en conjunto con el médico. Media de pacientes atendidos de 6 por cada 7'6h de turno. Mayoría de pacientes no urgentes (ATS 4= 62'8%; ATS 5= 28'6%). La mayoría dentro de tratamientos por guías de práctica clínica.			
NATURALEZA DEL ROL EPA: 55% del tiempo dedicado a la práctica clínica, el 25% al desarrollo de guías de práctica clínica y el 15% a las sesiones formativas. Otras actividades: asistencia a congresos y foros profesionales y las sesiones clínicas a otros profesionales.			
PRÁCTICA AVANZADA: prescripción de medicamentos, petición de pruebas diagnósticas, elaborar informes de baja o certificados de estudio y derivación a especialistas. 49'6% requirieron medicación. Fármacos más utilizados: analgésicos orales (50'4%), inmunizaciones (24'5%), anestésicos locales (22'4%) y antibióticos intravenosos. Con menor frecuencia fluidoterapia (n = 11), analgesia intravenosa (n = 11) y antieméticos (n = 7). De 367 pacientes dados de alta, el 52'8% requirió instrucciones sobre el uso de analgésicos sin receta y el resto prescripción al alta (analgésicos y antibióticos orales). Pruebas de imagen solicitadas: rayos X, ultrasonido o tomografía computerizada. 51% de pacientes requirieron pruebas de imagen, dentro de los cuales el 48'4% solicitadas por el equipo médico de evaluación rápida o las enfermeras de triage. No hubo significación en la frecuencia de rayos X solicitados por el equipo de médicos de valoración rápida y el de las EPA en el caso de lesiones tisulares o fracturas.			
8.6% requirieron pruebas patológicas; y de este porcentaje solo en un 7'3% de los casos fueron solicitadas por el equipo de evaluación rápida de médicos.			
72'5% de los pacientes requirieron procedimientos de la EPA: yesos, consejos sobre manejo de heridas y vendaje; en menor proporción sutura de heridas y por debajo del 3% apósitos de heridas. Los partes de baja o certificados de estudio los completaron en un 16'3%.			
Resultados			
Autor	Año	Tipo de estudio	País
Considine et al.	2012	Descriptivo	Australia
Intervención			
Examinar y comparar tres tipos de EPA: la EPA de "Vía rápida" (FT), "la EPA de iniciativa clínica" (CIN) y "la EPA de intervención rápida y zona de tratamiento" (RITZ).			
Escala			
Queen's Joanna Briggs Collaboration			
Puntuación			
Grado A			
Resultados			
N=551.			
COMPETENCIAS PROFESIONALES: Mayor muestra de pacientes con ATS de 3 en el grupo CIN (36'5%) respecto grupos RITZ (15'5%) y FT (11%) (p<0'001). CIN Y RITZ manejan mayor número de pacientes con 4 y 5 de ATS (p<0'001). Rango de admisión de pacientes significativamente mayor en el CIN (15'3%), respecto el de FT (0'5%) y RITZ (0'5%).			
Tiempos de espera de los CIN significativamente bajos (23 min), respecto los de FT (40 min) y los de RITZ (35 min) (p=0'001). No hay diferencias significativas en cuanto al tiempo en el que fueron atendidos los pacientes por los médicos dentro del tiempo de espera; sí fue significativamente menor el tiempo en el que lo fueron según su ATS dentro del grupo de los CIN (39'1%), respecto el de los FT (70'2%) y el de los RITZ (53'4%) (p=<0'001).			
Proporción de pacientes con tiempo de estancia <4h significativamente mayor en el grupo CIN respecto los otros dos (tamaño de muestra menor). Significativamente mayor el tiempo de estancia de los pacientes en el grupo de los CIN (3'3h), respecto las otras, FT (2h) y RITZ (2'5h) (p<0'001).			
Peticiónes de analíticas y administración de analgesia más común en CIN (p<0'001). Sin diferencias significativas entre peticiones de pruebas de imagen.			
Tiempos de obtención de resultados medios para las pruebas de imagen y para las analíticas mayores en el FT y menores en el CIN, pero sin significación (p>0'05)			

## 4.1. Resultados de la Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: Análisis bibliográfico

Resultados				
<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>País</b>	<b>Resultados</b>
Dinh M. et al.	2012	Observacional Estudio de Cohortes	Australia	COMPETENCIAS PROFESIONALES: Tiempo de espera medio entre médico (M) y EPA: 53 min. 60% de los pacientes atendidos dentro de las marcas en tiempo de espera establecidas en la ATS según la categoría. 9% ingresados. Puntuación media de satisfacción del paciente: 22 sobre 25. 84% declararon haber recibido unos cuidados “muy buenos” o “excelentes”; 13% indicaron ser “buenos”; y 3% lo describieron como “normal”. Ninguna calificación como “pobre”. 75% de los pacientes fueron contactados a las dos semanas para comprobar el estado de salud. Media y Desviación estándar del índice de componentes físicos (ICF) y mentales (ICM) evaluados, fueron respectivamente, $47.8 \pm 8.7$ (95% IC 49.5-49.1) y $51.5 \pm 9.5$ (95% CI 50.1—53.0). Diferencia de 7 min en tiempos de espera en el grupo de EPA respecto el de M ( $p=0.06$ ), resto de características demográficas similares entre grupos. 68% de pacientes que definieron los cuidados recibidos como “excelentes” en grupo EPA, respecto un 50% en grupo M. ( $p=0.02$ ) Puntuaciones totales de cuestionarios de satisfacción significativamente altas en grupo EPA, respecto el M [(23, IQR 20—24 vs. 21 (16—24) $p=0.002$ ]]. Media de puntuación de EPA superó en 15 puntos al grupo M en cuanto tiempos de espera ( $p=0.004$ , IC=95%).
SIGN methodology Checklist: Cohort Studies				
<b>Puntuación</b>	+1	En resultados sobre el estado de salud de los pacientes a las 2 semanas, estado de salud excelente se manifestó en el 31% de los pacientes de EPA respecto a un 13% en los de M. ( $p=0.015$ ). Sin diferencias significativas en las puntuaciones de ICF e ICM. Recidivas al servicio no planeadas o fracturas sin identificar: 6% en el grupo M y en un 9% en el EPA ( $p=0.22$ ). SEGURIDAD DEL PACIENTE: Reingresos no planeados o fracturas sin detectar: 8% (18/236), mayoría de poca relevancia clínica y sin intervención adicional o derivación. No hubo quejas. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: 66% (103/155) de pacientes de M completaron los cuestionarios de satisfacción y el 81% (133/165) en el caso de los EPA. El ratio de pacientes con seguimiento a las 2 semanas fue respectivamente de 71% (71/103) y 79% (105/133).		
<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>País</b>	<b>Resultados</b>
Fry M y Rogers	2009	Descriptivo Intervención	Australia	COMPETENCIAS PROFESIONALES: Media de 20 pacientes por 15 h de trabajo. Total de 2730 pacientes (10%) atendidos, de los que el 68% (n=1987) del grupo “ver y tratar”, el 32% en el “colaborativo” (n=721) (trabajo conjunto de EPA y médico) y el “consultativo” (n=22) (EPA realiza determinados procedimientos). Auditoría sobre manejo de documentación: Todas las puntuaciones por encima de 22 (máx. 25 en cada categoría). SEGURIDAD DEL PACIENTE: La supervisión médica por la escala Likert. Todas las puntuaciones estaban entre 6 y 9 relativas a la supervisión general, y de 7 y 9 sobre la precisión en el diagnóstico, la calidad de documentación, las medicaciones requeridas y las investigaciones y patología determinadas (puntuación máx. 10). Resultados sobre el manejo del paciente, las investigaciones y derivaciones fueron apropiadas dentro de las guías de práctica clínica para urgencias según la evaluación médica.
Queen's Joanna Briggs Collaboration				
<b>Puntuación</b>	Grado B			

			Resultados
Autor	Año	Tipo de estudio	País
Hart L y Mirabella	2009	Descriptivo	EE.UU.
Intervención			
Disposición del paciente de servicio de urgencias para ser tratado por un EPA.			
Escala			
Queen's Joanna Briggs Collaboration			
Puntuación			
Grado B			
			Resultados
Autor	Año	Tipo de estudio	País
Jennings N et al.	2014	Ensayo clínico aleatorizado	Australia
Intervención			
Evaluación de la efectividad de la EPA de urgencias en relación a la calidad de los cuidados y la capacidad de respuesta (Comparación entre profesionales médicos y EPA). Presentación del estudio.			
Escala			
SIGN methodology Checklist: Controlled Trials			
Puntuación			
+1			
			Resultados
Autor	Año	Tipo de estudio	País
Jennings N et al.	2015	Ensayo clínico aleatorizado	Australia
Intervención			
Evaluación de la efectividad de la EPA de urgencias en relación a la calidad de los cuidados y la capacidad de respuesta.			
Escala			
SIGN methodology Checklist: Controlled Trials			
Puntuación			
+1			

## 4.1. Resultados de la Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: Análisis bibliográfico

			Resultados
Autor	Año	Tipo de estudio	País
Jennings N et al.	2015	Ensayo clínico aleatorizado	Australia
Intervención			
Evaluación de la efectividad de la EPA de urgencias en relación a la calidad de los cuidados y la capacidad de respuesta.			
Escala			
AMSTAR 2005 (Assessment of Multiple Systematic Reviews)			
Puntuación			
8			
<p>COSTE: McClellan compara costes entre médicos o fisioterapeutas y EPA en lesiones tisulares. Generalización dudosa. Igualdad de costos.</p> <p>CALIDAD DE CUIDADO: Ratio de calidad en cuidados de un 68% de EPA respecto un 50% de la atención medicalizada (M) (Dinh et al. 2012). Reducción de pacientes que se fueron del servicio de urgencias sin ser tratados (Colligan et al. 2011; Dinh et al. , 2012; Nash et al. 2006; Fry et al. 2011).</p> <p>Reingresos no esperados: 2'3% EPA VS 4'2% M, mientras que en otro estudio los datos fueron de un 2% y de un 1%, respectivamente. Sin diferencias significativas respecto fallos o manejo inapropiado de pacientes entre ambos grupos (Nash et al. 2006; Colligan et al. 2011).</p> <p>SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: Aumento de la calidad de cuidado, reducción de tiempos de espera e incremento de la satisfacción del paciente en grupo EPA respecto M (Dinh et al. 2012). Diferencias significativas en nivel de satisfacción de pacientes; de un total de 16 preguntas, 12 mostraron significación a favor de la EPA respecto la M (<math>p&lt;0'005</math>) (Jennings et al. 2009). 100% de pacientes EPA en área de FT, definían trato enfermero como bueno o excelente (Nash et al. 2006).</p> <p>TIEMPOS DE ESPERA: Diferencia significativa entre el grupo de EPA y el grupo M, con reducción significativa (<math>p&lt;0'05</math>) a favor de las EPA, de hasta 15 minutos en el menor de los casos (Colligan et al. 2011; Jennings et al. 2008; Fry et al. 2011; Van der Linden et al. 2010; Considine et al. 2010; Carter and Chochinov. 2007; Wilson et al. 2009). Similares tiempos de espera entre M, EPA y de fisioterapeutas (McClellan et al. 2012). Menores tiempos de espera en grupo EPA respecto el M (<math>p=0'06</math>) (Dinh et al. 2012).</p>			
Resultados			
Autor	Año	Tipo de estudio	País
Lutze M et al.	2011	Descriptivo	Australia
Intervención			
<p>Conocer el ámbito de trabajo de un Candidato a ser EPA de urgencias (TENP) en dos servicios de urgencias de hospitales urbanos; identificar las características demográfica de los pacientes tratados en este estudio; e identificar la calidad de los cuidados y los tiempos empleados.</p>			
Escala			
Queen's Joanna Briggs Collaboration			
Puntuación			
Grado B			
<p>N=482.</p> <p>COMPETENCIA PROFESIONAL: 1.04 paciente/hora en Hospital 1 (H1) y 0'63 pacientes/h en Hospital 2 (H2). En el equipo de "ver y tratar" (See and Treat), se atendieron 412 (84%), mientras que 70 (16%) pacientes pasaron por la "vía rápida" (Fast Track).</p> <p>423 pacientes tuvieron puntuación de 4-5 según la ATS.</p> <p>Diagnósticos más repetidos: musculoesqueléticos y relativos a diagnósticos de heridas; en menor frecuencia las revisiones planeadas.</p> <p>Media de duración de estancia por paciente: 180 minutos (mediana=142 min). 96% tratados en &lt;8h; 91% en &lt;6h; 78'5% en &lt;4h.</p> <p>SEGURIDAD DEL PACIENTE: No hubo reingresos de los pacientes llevados por las TENP fuera de lo esperado o de forma inapropiada.</p> <p>No se detectaron efectos adversos, quejas o elementos relativos a la seguridad del paciente; tampoco solicitud de pruebas diagnósticas de forma inapropiada.</p>			

Resultados				
Autor	Año	Tipo de estudio	País	<p>Total 347 cuestionarios dados, porcentaje de respondidos fue de un 32% (111). REINGRESOS INESPERADOS AL SU: 4 (3'6%) entre los 7 días posteriores de la atención.</p> <p>DIGNÓSTICOS: afectación del tejido blando en MMII (32'4%), incluidos esguinces de tobillo y aplastamientos; problemas oculares (16'2%), afectación del tejido blando en MMSS (11'7%), heridas (10'8%) y fracturas o dislocamientos (10'8%).</p> <p>TIEMPOS DE ESPERA: media 22 minutos (máx. 120 min; mínimo 0 min). Triage se realizado según gravedad.</p> <p>TIEMPO DE ESTANCIA TOTAL: media 45 minutos (máx. 125 min; mín. 5 min). 73% pacientes fueron vistos, diagnosticados, tratados y dados de alta dentro de 1h desde su registro.</p> <p>PRUEBAS RADIOLÓGICAS: 46'8% del total fueron rayos-X.</p> <p>SEGURIDAD DEL PACIENTE: n=71 recibieron tratamiento para el alta, 98'6% recibieron información sobre la toma de medicación. 69'8% recibieron educación para la salud. 41'3% recibieron consejos escritos sobre sus problemas de salud y 90'1% recibieron información sobre a quién acudir en caso de necesitar ayuda.</p> <p>EFFECTIVIDAD: 97'3% creyeron tener tiempo suficiente para tratar todo con la EPA. 83'8% volverían a acudir a las EPA para tratar problemas similares, frente a 14'4% que no. 96'4% recomendaría los cuidados de la EPA a un amigo. 73% no sugirieron necesidad de mejora en su atención frente al 18'9%. Puntos de mejora principales: "disminuir tiempos de espera" y "recibir más información sobre sus problemas en salud".</p> <p>SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: 82% de máxima de conformidad en las 5 categorías. Buena fiabilidad del cuestionario [Cronbach (alfa=0'779)].</p> <p>FACTORES DE INFLUENCIA PARA LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: correlación con el test de Spearman para tiempos de espera y puntuación total de satisfacción del paciente sin muestra de significación (<math>p&gt;0'05</math>) con un porcentaje de varianza (0'49%) mínimo. Prueba de Kruskal-Wallis para relación entre los percentiles de edad y la satisfacción de pacientes, sin significación encontrada (<math>p=0'79</math>). Mostró significación la prueba de Mann-Whitney para la diferencia entre la satisfacción entre hombre y mujeres, siendo mayor en el grupo de las mujeres (<math>p=0'043</math>).</p> <p>EVALUACIÓN GENERAL DE LA CALIDAD DEL CUIDADO EPA: 82% de los pacientes la consideró "excelente", 15'3% "buena" y 0'9% la consideró "pobre".</p>
McDevitt J y Meby	2015	Descriptivo	Reino Unido	
Intervención				
<p>Evaluar la calidad de cuidados aportados por un tipo de EPA de urgencias a los pacientes con problemas menores en un centro de urgencias rural: seguridad y efectividad; satisfacción de los pacientes y determinación de los factores de mejora de la calidad del cuidado en un servicio de urgencias (SU).</p>				
Escala				
Queen's Joanna Briggs Collaboration				
Puntuación				
Grado B				
Resultados				
Autor	Año	Tipo de estudio	País	<p>10 (32%) cuestionarios pasados en el servicio de urgencias (SU) rural, 6 (19%) en el SU regional y 15 (48%) en el SU hospitalario.</p> <p>Diagnósticos principales: laceraciones menores en cara (42% 13 pacientes), en cuero cabelludo (32% 10 pacientes), en extremidad (6% 2 pacientes) y en el tronco (20% 6 pacientes).</p> <p>24 (77%) de los casos, con calificaciones de sutura como "buena" y en 7 (23%) como "adecuada".</p>
Middleton R	2006	Descriptivo	Australia	
Intervención				
<p>Resultados clínicos de las suturas realizadas por EPA en un servicio de urgencias hospitalario, regional y rural; y la satisfacción de los médicos con el resultado.</p>				
Escala				
Queen's Joanna Briggs Collaboration				
Puntuación				
Grado B				

Resultados		
<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Tipo de estudio</b>
Sullivan E et al.	2012	Descriptivo
		<i>Intervención</i>
<p>Describir los cuidados urgentes con los que fueron tratados los pacientes en cinco servicios de salud rurales en Victoria, y mostrar cómo la EPA podría contribuir a un modelo de cuidado más sostenible.</p>		
	<i>Escala</i>	
Queen's Joanna Briggs Collaboration		
	<i>Puntuación</i>	
Grado B		

RESULTADOS ATS: 70% pacientes categorizados como no-urgentes (ATS 4-5); 1% pacientes con tratamiento de emergencia. CUIDADO A PACIENTES: 59% atención médica; 26% atención EPA; 15% atención enfermera con seguimiento telefónico médico. Con gran variación de unos centros a otros. Atención EPA predominantemente con ATS 5-4. ATS < 3 no llega a la mitad el porcentaje de pacientes tratados por EPA (tanto de forma autónoma como con soporte médico telefónico). Único caso de ATS =1 fue atendido por un médico.

DIAGNÓSTICOS: 1/3 de las presentaciones de pérdida de integridad cutánea, quemaduras, dolor y laceraciones, de las cuales el 78.4% de pacientes clasificados con ATS 4-5. El resto emergencias generales y cardíacas, todas atendidas por los médicos en persona. Porcentajes totales: 67% fueron vistos por médicos y el 21.7% fueron vistos solamente por EPA.

MANEJO DE MEDICACIÓN: 57% sin medidas farmacológicas; 25.7% enfermería necesitó prescripción médica; 7% enfermería forma autónoma según procesos estandarizados y el 3.2% según la política de prescripciones de EPA del centro. Mayor probabilidad de atención enfermera en pacientes sin necesidad de medicación. 33% de los pacientes que no requirieron fármacos fueron atendidos por las EPA.

#### 4.1.1.1. Competencias profesionales

Las competencias profesionales fueron estudiadas en los estudios de Considine, Martin, Smit, Jenkins y Winter (2006), Lutze, Ratchford y Fry y Rogers (2009), Considine *et al.* (2012), Sullivan, Hegney y Francis (2012), Jennings, Gardner y O'Reilly (2014), Jennings, Gardner, O'Reilly y Mitra (2015). En todos ellos, se atendió a un paciente con un grado de gravedad calificado como no-urgente, según la *Australasian Triage Scale* (ATS) con puntuaciones entre 4-5 (mínimo de 5 y máximo 1). Entre todos los estudios, el de Considine *et al.* (2012) hizo una comparación entre distintos roles que pueden tener la EPA dentro de los servicios de urgencias: *Emergency Departments Fast Track* (FT) para derivar a los pacientes con problemas de salud leves de forma directa; las *Clinical Initiatives Nurse* (CIN) como una figura adherida al rol de triaje que revisa a los pacientes antes de ser atendidos por el médico de urgencias; o la *Rapid Intervention and Treatment Zone* (RITZ) que es una expansión del FT para asegurar los objetivos de espera y duración de estancia ante la gran demanda de atención para problemas leves.

Dentro de las competencias y funciones de la EPA, está la de diagnosticar al paciente en cuestión. Los diagnósticos más comunes que realizan las EPA son por afecciones del tejido blando o por fracturas óseas donde, un 35% de los pacientes fueron diagnosticados por afectaciones del tejido blando (tanto traumatismos, como pérdidas de la integridad cutánea) y un 11 fueron diagnosticados por fracturas óseas (Lutze *et al.* 2011; Sullivan *et al.*, 2012; Black, 2013; Black y Dawood, 2014; McDevitt y Melby, 2015).

Si bien es cierto, en el grado de autonomía en el trabajo realizado se observaron ciertas discrepancias entre los estudios. Desde un porcentaje por encima del 84% de pacientes atendidos de forma autónoma por la EPA, como se arroja en los estudios de Black (2013) o Considine *et al.* (2006), hasta un 27% del total reflejado en el estudio de Sullivan *et al.* (2012). Lutze *et al.* (2011), se centraron en una figura existente dentro del panorama australiano creada para definir a los candidatos a EPA de urgencias (*Transitional Emergency Nurse Practitioner - TENP*), donde el 84% de los pacientes fueron considerados en el grupo “ver y tratar”, en el que trabajaban de forma independiente las EPA, mientras que sólo un 16% pertenecieron al grupo “vía rápida”, constituido por pacientes más complejos en el que trabajan médicos y EPA conjuntamente.

Según Considine *et al.* (2006) y Considine *et al.* (2012), las actividades principales realizadas por las EPA fueron la petición de pruebas diagnósticas y de imagen, la prescripción de medicamentos, la elaboración de informes de baja o certificados de estudio y la derivación al especialista. Además, según el estudio de Considine *et al.* (2012) en un 72'5% de los casos se necesitaron intervenciones exclusivamente de competencia enfermera para la atención del

paciente como yesos, consejos sobre el manejo de heridas y quemaduras y realización de curas y suturas.

Por otro lado, la prescripción enfermera (PE) fue el tema principal de los estudios de Black (2013) y Black y Dawood (2014) en el que se estudiaron las diferencias entre dos métodos de PE existentes en el Reino Unido. Por lado, está la prescripción independiente (PI) de ciertos fármacos establecidos por ley, y por lado, la prescripción por Dirección de Grupos de Pacientes (DGP), en la que se delimitan unas características clínicas de paciente y mediante protocolos, las enfermeras tienen cobertura legal para prescribir determinada medicación.

Por último, solo en el estudio de McDevitt y Melby (2015) hubo resultados sobre la educación para la salud, donde el 98'6% de pacientes con tratamiento farmacológico al alta recibieron información sobre correcta administración de los mismo, el 69'8% recibió educación para la salud, el 41'3% consejos sobre sus problemas de salud y el 90'1% recibieron información sobre a quién acudir en caso de necesitar ayuda.

#### 4.1.1.2. Resultados sobre coste-efectividad.

La presencia de una figura como la EPA puede ofrecer una serie de resultados en cuanto a costo-eficiencia. Según el estudio de Lutze *et al.* (2011) el tiempo de estancia medio por paciente fue de 180 minutos donde un 78'5% de pacientes fueron atendidos en menos de 4 horas. Además, no se observaron reingresos no previstos y todas las pruebas diagnósticas solicitadas por las *Transitional Emergency Nurse Practitioner* (TENP) fueron adecuadas. Además, en el estudio de Fry y Rogers (2009) se evaluó la calidad de los cuidados de las TENP a partir de la supervisión de médicos en su actividad clínica, ofreciendo puntuaciones de 6 a 9 en la supervisión general y de 7 a 9 sobre precisión en el diagnóstico, la documentación utilizada, las medicaciones e investigaciones y patologías determinadas (sobre un máximo de 10). También McDevitt y Melby (2015) analizaron elementos similares a los que se tratan en el estudio de Lutze *et al.* (2011), pero centrados en la EPA de urgencias como tal. En esta ocasión, la media en tiempo de estancia total fue de 45 minutos y el tiempo de espera de 22 minutos, un 3'6% de los casos sufrieron reingresos inesperados dentro de los 7 días posteriores de la atención en urgencias y uno de ellos acudió en varias ocasiones. En los resultados del cuestionario de satisfacción a los pacientes, la mayoría declararon haber tenido un tiempo suficiente para tratar cualquier cuestión con la EPA durante su estancia en urgencias, aunque casi un 20% refirieron la posibilidad de mejora en cuanto a tiempos de espera y a educación para la salud.

Por otra parte, se agruparon los artículos en los que había una comparación entre la actividad de la EPA y el de la atención médica. En relación a los resultados del estudio de comparación de Dihn *et al.* (2012), esta vez centrado en las EPA de *Fast Track* (FT), las cuáles se encargan de atender a pacientes determinados (sistema protocolizado) de forma integral por

una “vía rápida”, mostraron un mejor resultado en salud en pacientes consultados a las dos semanas de finalizar su visita a urgencias en el grupo de FT respecto al de los médicos. Como datos generales, el tiempo medio de espera en ambos grupos fue de 53 minutos, siendo el 60% atendidos dentro de las marcas de referencia según su puntuación en la escala ATS y sólo un 8% de los pacientes fueron casos de reingresos no previstos o facturas sin identificar (de poca relevancia clínica).

Para finalizar este apartado, el estudio de Considine *et al.* (2012) también evaluó los resultados en función de distintos tipos de EPA de urgencias, como se había mencionado anteriormente: destacaron los tiempos de espera significativamente menores dentro del grupo de los CIN, que sin embargo contó con los mayores tiempos de estancia en urgencias respecto los otros dos. Paradójicamente este último dato, destacó también por el grupo que tenía significativamente mayor porcentaje de pacientes con un tiempo de estancia menor a 4 horas.

#### 4.1.1.3. Seguridad del paciente.

Cuatro trabajos estudiaron exclusivamente este punto, aunque se pueden obtener pequeñas referencias al respecto en distintos estudios. Por ejemplo, Lutze *et al.* (2011), señalaron que en la fase de análisis de datos no se encontraron efectos adversos, quejas o elementos relativos a la seguridad del paciente. En la misma línea, Fry y Rogers (2009) documentó unos resultados de la auditoría sobre el manejo de documentación relativa al paciente con unas puntuaciones en todos los apartados por encima de 22 (máximo 25).

Black y Dawood (2014), en su estudio sobre la prescripción enfermera en el servicio de urgencias en situaciones de accidentes o en casos de salud sexual, recogió datos importantes que afectarían a la seguridad del paciente: en un 97'4% de pacientes se completó la historia médica y de medicaciones habituales y se manejó un porcentaje del 87'5% de improbabilidad de existir interacciones en accidentes y urgencias, aunque en el caso de la salud sexual éste fue de un 65'9%. No obstante, se señalaron dos situaciones en las que los pacientes recibieron tratamiento sin tener completa toda la documentación clínica personal; la primera en la que se dio medicación de forma inadecuada a un paciente dentro del grupo de “accidentes y urgencias”, y en segundo lugar, dentro del grupo de “salud sexual”, que ocurrió en un 10% del total.

Entorno a la evidencia en materia de realización de suturas, en el estudio de Middleton (2006) se expusieron resultados de un 77% de los casos en los que el médico la calificó como “buena” y en un 23% “adecuada” después su evaluación.

## 4.1.1.4. Satisfacción del paciente.

Dihn *et al.* (2012) obtuvieron de su encuesta de satisfacción a los pacientes una media de 68% pacientes que calificaron los cuidados recibidos como “Excelentes”, respecto un 50% para el grupo de cuidados medicalizados (M) ( $p=0'02$ ). Además, las puntuaciones totales del cuestionario fueron significativamente altas para las EPA en comparación con los M, destacando una superioridad de 1'5 puntos en relación a los tiempos de espera en el primer grupo ( $p=0'004$ ). En el estudio de McDevitt y Melby (2015), el 97'3% de los pacientes quedaron satisfechos con el tiempo que se les dedicó en el cuidado, siendo suficiente para tratar todo lo relativo a su proceso de salud. El 83'8% de los pacientes volvería a acudir a las EPA para problemas similares frente a un 14'4% que no, y el 96'4% recomendaría estos cuidados a un amigo. Los puntos principales fueron “disminuir tiempos de espera” y “recibir más información sobre sus problemas en salud”. Los resultados del grado de satisfacción en las 5 categorías del cuestionario alcanzaron la máxima conformidad en el 82% de los casos. Sobre la evaluación general del cuidado recibido, el 82% la calificó de “excelente”, el 15'3% de “buena” y el 0'9% de “pobre”.

Con un enfoque distinto, Hart y Mirabella (2009) analizaron la disposición de los pacientes a ser tratados por las EPA. Los porcentajes de partida fueron que el 65% de los pacientes estaban dispuestos, el 17% no estaban seguros y el 17% respondieron con una negativa. Respecto los pacientes con disposición negativa a ser tratados, el 70% refirió ser por el problema de salud concreto por el que se presentaban, el 6% simplemente prefería la atención médica y el 12% no respondió a la pregunta.

Para finalizar este apartado, se exponen los resultados principales de la única revisión sistemática incluida. En cuanto los costes, señaló mismos resultados en la comparación entre grupo de atención médica y la atención de las EPA. Sin embargo, sí hay discrepancia respecto los tiempos de espera: la mayoría de estudios revelaron una reducción significativa a favor del grupo de la EPA respecto el de atención médica; solo en dos estudios se difería, refiriendo datos similares entre ambos grupos o datos a favor de las EPA pero sin encontrar significación estadística (Jennings, Clifford, Fox, O'Connell y Gardner, 2015).

#### 4.1.2. Resultados del objetivo 4. Describir los factores que influyen en los niveles de burnout y compromiso laboral en los médicos y las enfermeras: Descripción e identificación de la evidencia disponible.

La estrategia inicial de búsqueda identificó un total de 778 referencias, las cuales fueron objeto de sucesivos cribados conforme al objetivo de esta revisión. Se seleccionaron finalmente un total de 30 estudios (**figura 15**).

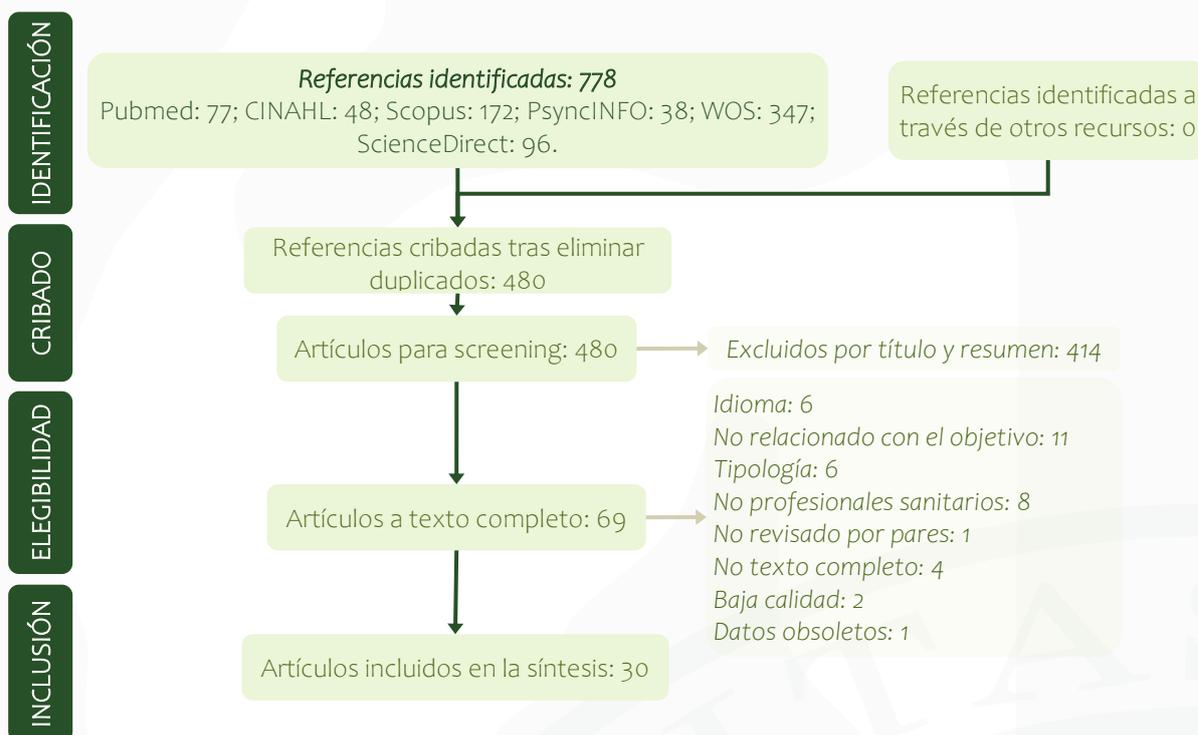


Figura 15. Resultados de la búsqueda (Diagrama de flujo - PRISMA)

Un 23% de los estudios se realizó en Estados Unidos ( $n=7$ ), un 13% en Bélgica ( $n=4$ ), 2 en Colombia, 2 Portugal, y 2 República de Macedonia que suponen un 20%, un 37% se realizó en 1 único país (China, Polonia, Austria, Canadá, Países Bajos, Japón, Alemania, Grecia, Italia, Irlanda, España), y el 7% restante se realizó en países conjuntos: España/Uruguay por un lado, y una confluencia de 7 países, por el otro.

En relación a los participantes, el 73% de los estudios ( $n=22$ ) evaluaron muestras de enfermeras, el 17% ( $n=5$ ) fueron muestras de médicos y el 10% ( $n=3$ ) de médicos y enfermeras.

Además, el 63% de los estudios ( $n=19$ ) se realizaron exclusivamente en el ámbito hospitalario (atención especializada), un 4% ( $n=1$ ) se desarrolló a nivel de atención domiciliaria (atención primaria) y un 33% ( $n=10$ ) en ámbitos sanitarios que podían incluir tanto atención primaria como atención especializada.

Los estudios incluidos fueron valorados mediante las herramientas de evaluación crítica para estudios no randomizados del JBI donde obtuvieron puntuaciones media-altas en todos los estudios observacionales transversales (Jordan et al., 2019).

La **tabla 25** está basada en el Manual del Centro Cochrane Iberoamericano (2012) y en ella se muestran las características de cada uno de los 30 estudios incluidos en esta revisión. Estos fueron clasificados por autores y año de publicación, contexto, diseño y objetivo, participantes, instrumentos y variables, puntuaciones y principales hallazgos; además, se añadió los resultados obtenidos de la evaluación de la calidad de los estudios.

## 4.1. Resultados de la Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: Análisis bibliográfico

Estudios	Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad estudios
Ada et al., 2020 <sup>(21)</sup>	Hospital religioso Los Angeles, EE.UU. Instrumentos y variables SOWS DUREL JSS	Estudio descriptivo de corte transversal Puntuaciones EESC 60'37 (SD=6'60)	463 enfermeras MBI 15'36 (SD=7'93)	Explorar las atribuciones de las enfermeras de lo sagrado al trabajo y medir su asociación con los resultados laborales de satisfacción laboral, BO, compromiso organizacional, compromiso de los empleados e intención de rotación. Principales hallazgos Hubo una asociación negativa entre la santificación del trabajo y los niveles de BO ( $r=-0'25$ , $p<0'05$ ) y la intención de irse ( $r=-0'18$ , $p<0'05$ ), y positiva con la satisfacción laboral ( $r=0'18$ , $p<0'05$ ), el WE ( $r=0'33$ , $p<0'05$ ) y el compromiso organizacional ( $r=0'30$ , $p<0'05$ ).	8/8
Mullins et al., 2020 <sup>(22)</sup>	Programa académico de Cirugía General EE.UU. Instrumentos y variables BEIS CDRS CAMS-R JDRQ	Estudio descriptivo de corte transversal Residentes bajo BO UWEST 5 (IQR 4'4-5'7) DE 6 (IQR 4'8-6'0) VI 3'7 (IQR 3'0-4'7) AB 5 (IQR 4'7-5'7)	164 residentes Cirugía general Residentes alto BO UWEST 4'2 (IQR 3'8-4'9) DE 4'3 (IQR 4'0-5'0) VI 3'7 (IQR 3'0-4'7) AB 4'7 (IQR 4'0-5'0)	Evaluar si los factores internos y externos están asociados con el BO en residentes quirúrgicos y probar la validez de este modelo teórico en una población multiinstitucional. Principales hallazgos Ninguna de las características internas estudiadas se asoció de forma independiente con el BO. Al combinar las características internas y externas, las únicas variables que continuaron asociadas con el BO fueron el WE (coeficiente = -0'76, IC del 95% = -1'00 a -0'52) y las experiencias laborales (coeficiente = -0'10, 95% CI = -0'19 a -0'01), y ambos muestran una asociación inversa, lo que protege contra el BO.	8/8
Mckenna & Jeske, 2020 <sup>(23)</sup>	3 hospitales Irlanda Instrumentos y variables ELS-10 LQWLQ-N-5 TIS-7	Estudio descriptivo de corte transversal Puntuaciones EE 2'11 (SD=2'02)	89 enfermeras El liderazgo ético también tuvo un efecto indirecto en el WE ( $r=0'37$ , $p<0'05$ ), el EE ( $r=-0'17$ , $p>0'05$ ) y la intención de rotación ( $r=-0'23$ , $p<0'05$ ). La autoridad para tomar decisiones tuvo un efecto positivo en el WE ( $r=0'47$ , $p<0'001$ ) y se relacionó con una menor intención de rotación ( $r=-0'47$ , $p<0'001$ ). El EE se relacionó positivamente con la intención de rotación ( $\beta=0'35$ , $t=3'50$ , $p<0'05$ ) y negativamente con el WE ( $\beta=-0'32$ , $t=-2'99$ , $p<0'05$ ). La intención de rotación se asoció negativamente con el compromiso laboral ( $\beta=-0'44$ , $t=-2'58$ , $p<0'05$ ).	Investigar el EE, el WE y la intención de rotación en la profesión de enfermería mediante la exploración de los efectos antecedentes del liderazgo ético y componentes del trabajo como la autoridad de decisión. Principales hallazgos	8/8
Cheng et al., 2020 <sup>(24)</sup>	21 hospitales públicos 25 provincias de China Instrumentos y variables AIS PES-NWI-31 Job Crafting Scale GHQ-12 SAQ-24	Estudio descriptivo de corte transversal Puntuaciones UWES Día 30'86 (SD=10'02) Turno 28'19 (SD=9'36)	2095 enfermeras hospitalarias EES Día 12'28 (SD=7'80) Turno 15'36 (SD=7'97)	Examinar el impacto de las demandas laborales y los recursos en la salud mental y la seguridad del paciente de las enfermeras chinas. Principales hallazgos El BO medió la relación entre las demandas laborales reales ( $r=0'65$ , $p<0'01$ ) y la salud mental ( $r=0'62$ , $p<0'01$ ); el WE medió en la relación entre los recursos laborales percibidos ( $r=0'50$ ; $p<0'01$ ) y las actitudes en materia de seguridad del paciente ( $r=0'50$ ; $p<0'01$ ).	8/8
Klein et al., 2020 <sup>(25)</sup>	Regiones Noroeste, Este y Oeste de EE.UU Instrumentos y variables Job Stressors Scale-20 Equilibrio trabajo-familia-6	Estudio descriptivo de corte transversal Puntuaciones UWES-r 5'51 (SD=0'87)	1216 enfermeras de práctica avanzada MBI-r 2'56 (SD=0'83)	Investigar las interrelaciones entre el BO, los factores estresantes en el trabajo, el equilibrio entre el trabajo y la familia y el WE con las aplicaciones. Principales hallazgos Hubo correlación fuerte entre el estrés laboral y el desarrollo del BO. Se apoyó un efecto negativo significativo entre el estrés laboral y el WE; sin embargo, los efectos indirectos del estrés a través del BO tuvieron un impacto más fuerte en el WE. Sólo la edad mostró una relación positiva significativa con el WE ( $r=0'11$ , $p<0'05$ ) y una relación negativa significativa con el estrés laboral ( $r=-0'10$ , $p<0'05$ ).	6/8

Tabla 25. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad estudios
<p>Contreras et al., 2020<sup>(66)</sup></p> <p>Hospital privado de 3<sup>er</sup> nivel Bogotá, Colombia.</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>Inventario de Demandas y Recursos Laborales</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><b>UWES</b> DE 5'05 (SD=0'86) VI 4'64 (SD=0'78) AB 4'07 (SD=0'88)</p>	<p>219 enfermeras</p> <p><b>MBI</b> EE 23'74 (SD=10'92) DP 7'17 (SD=5'67) PA 38'88 (SD=6'80)</p>	<p>1) Identificar el papel de los recursos personales en el BO y el WE en el personal de enfermería y 2), evaluar si estos dos últimos conceptos son o no caras opuestas del mismo constructo</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p> <p>Los recursos personales mostraron una correlación positiva con el WE de los empleados (<math>r=0'40</math>) y negativa con el BO (<math>r=-0'51</math>), así como el WE y el BO mostraron ser constructos diferentes inversamente relacionados (<math>r=-0'95</math>). Además parece indicar que los recursos personales podrían ser un factor protector importante para el personal de enfermería.</p>	6/8
<p>Sawhney et al., 2020<sup>(67)</sup></p> <p>Hospitales 29 ciudades de Región Noroeste, Estados Unidos.</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>ONRP-NEI</p> <p>Time 1 survey</p> <p>Organizational Commitment Scale-4</p>	<p>Estudio descriptivo de corte longitudinal (12 semanas)</p> <p><b>UWES†</b> 3'36 (SD=0'81)</p> <p><b>SMBM-9</b> 1'98 (SD=0'73)</p>	<p>137 enfermeras de agudos</p> <p>Los eventos positivos y negativos, así como sus efectos interactivos, predijeron significativamente tanto el WE (<math>r=0'23</math>, <math>p&lt;0'01</math>; <math>r=0'06</math>, <math>p&lt;0'05</math>, respectivamente) como el BO (<math>r=0'13</math>, <math>p&lt;0'01</math>; <math>r=0'29</math>, <math>p&lt;0'01</math>, respectivamente). Además, el WE moderó la asociación entre los eventos negativos y el BO. Específicamente, la asociación entre eventos negativos y BO fue más fuerte para las enfermeras que reportaron un alto WE.</p>	<p>Objetivo del estudio</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p>	8/8
<p>Lachowska &amp; Minda, 2020<sup>(68)</sup></p> <p>Polonia</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>ELS-14</p> <p>Emotion Work Requirements Scale</p> <p>Frequency, Duration and Routineness of Interactions Scale</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><b>UWES</b> DE 4'21 (SD=1'15) VI 3'76 (SD=1'03) AB 3'61 (SD=1'07)</p>	<p>60 enfermeras Psiquiatría</p> <p>Se encontró que un mayor BO se asocia con mayores requisitos de ocultar las emociones negativas (<math>r=0'28</math>), una actitud superficial (<math>r=0'32</math>) y la rutina de las interacciones (<math>r=0'35</math>), mientras que un menor BO se relaciona con la expresión de emociones sentidas con naturalidad (<math>r=-0'26</math>) y una gran frecuencia de interacciones interpersonales. Un menor WE se relaciona con la realización de acciones superficiales (<math>r=-0'31</math>), mientras que una mayor DE se asocia con la duración de la interacción (<math>r=0'29</math>).</p>	<p>Objetivo del estudio</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p>	6/8
<p>Remegio et al., 2020<sup>(69)</sup></p> <p>Magnet Excellence™ EEUU</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>ProQOL-5</p> <p>SC 39'1 (SD=6'7)</p> <p>BO 24'9 (SD=6'8)</p> <p>ETS 24'0 (SD=6'4)</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><b>UWES†</b> 4'2 (SD=1'0) DE 4'4 (SD=1'1) VI 3'8 (SD=1'3) AB 4'3 (SD=0'9)</p>	<p>144 enfermeras de gestión</p> <p>Hubo una fuerte correlación positiva significativa entre la satisfacción por la compasión y el VI (<math>r=0'75</math>, <math>p&lt;0'01</math>) y la DE (<math>r=0'87</math>, <math>p&lt;0'01</math>), así como una correlación moderada con la AB (<math>r=0'54</math>, <math>p&lt;0'01</math>). Hubo una correlación negativa moderada significativa entre el estrés traumático secundario y el VI y la DE (<math>r=-0'46</math>, <math>p&lt;0'01</math>), y ninguna correlación significativa con la AB. Específicamente, a medida que aumentan los niveles de WE, disminuyen los niveles de satisfacción por compasión y los niveles de BO y STS. Las enfermeras líderes experimentadas y con preparación doctoral tienen niveles más altos de satisfacción por compasión y bajos niveles de BO.</p>	<p>Objetivo del estudio</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p>	8/8
<p>Huber et al., 2019<sup>(69)</sup></p> <p>2 hospitales Austria</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>VIA-120</p> <p>ACS-RS</p> <p>CIT-54</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><b>UWES†</b> 3'66 (SD=1'09)</p>	<p>274 médicos</p> <p>Se observó una correlación negativa entre el WE y las tres dimensiones del MBI: EE (<math>r=-0'57</math>, <math>DP r=-0'28</math> y <math>AA r=-0'49</math> (<math>p&lt;0'01</math>). La correlación más alta se encontró entre el carácter característico del amor y su aplicabilidad en la vida privada (<math>r=0'48</math>), compartiendo aproximadamente el 23% de varianza.</p>	<p>Objetivo del estudio</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p>	6/8

## 4.1. Resultados de la Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: Análisis bibliográfico

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad
<p>Distrito sanitario Oporto, Portugal</p> <p><i>Instrumentos y variables</i></p> <p>Variables sociodemográficas</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><i>Puntuaciones</i></p> <p><b>UWESr</b> DE 4'44 (SD=1'41) VI 4'37 (SD=1'32) AB 4'17 (SD=1'36)</p> <p><b>MBI</b> EE 2'73 (SD=1'28) PA 4'51 (SD=0'86) DP 1'07 (SD=1'11)</p>	346 enfermeras	<p>Conocer los niveles de BO y motivación en una muestra de enfermeras, su interrelación y su variación según sus características sociodemográficas y/o profesionales</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p> <p>El BO y la DP disminuyen con la edad y los años de experiencia profesional, disminuyendo el EE a medida que aumentan los años de experiencia profesional. El WE sólo presenta una correlación negativa con todas las dimensiones del BO, de menor intensidad para la AB (<math>r=0.404, p&lt;0.010</math>)</p>	7/8
<p>Canadá</p> <p><i>Instrumentos y variables</i></p> <p>Perceived Stress Scale</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><i>Puntuaciones</i></p> <p><b>UWES</b> 38'7 (SD=9'3)</p> <p><b>BO</b> 2'7 (SD=1'3)</p>	2065 enfermeras rurales	<p>Probar empíricamente un modelo conceptual de confianza y competencia en la práctica de enfermería rural y remota.</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p> <p>Hubo un efecto negativo directo del BO respecto a la confianza y no hubo efectos significativos en el WE o en el estrés percibido en la confianza. Además, trabajar en turnos de 12 horas influyó negativamente en el WE de las enfermeras (<math>r=-0.21</math>).</p>	7/8
<p>5 hospitales universitarios y generales</p> <p>Países Bajos.</p> <p><i>Instrumentos y variables</i></p> <p>Quantitative Workload Inventory Work-Family Conflict Job insecurity Psychological Capital Questionnaire-6 Self-Compassion Scale-6 WAAQ</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><i>Puntuaciones</i></p> <p><b>Residentes</b> <b>UWESr</b> 4'93 (SD=0'77) <b>MBI</b> EE 2'55 (SD=1'02) CY 2'24 (SD=0'99)</p> <p><b>Especialistas</b> <b>UWESr</b> 5.21 (SD=0'88) <b>MBI</b> EE 2'40 (SD=1'18) CY 2'01 (SD=1'07)</p>	<p>Participantes</p> <p>124 residentes y 69 especialistas. Unidades de Pediatría, Medicina Interna y Neurología.</p>	<p><i>Objetivo del estudio</i></p> <p>Investigar 1) si las demandas laborales y los recursos laborales y personales están asociados con el WE y el BO 2) si los efectos de estas demandas y recursos difieren para los médicos residentes y especialistas.</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p> <p>La carga de trabajo se relacionó positivamente con el BO de los residentes (<math>b=0.20, p&lt;0.01</math>) y especialistas (<math>b=0.22, p&lt;0.009</math>). Los recursos personales salvaguardan el WE y disminuyen el riesgo de BO de residentes (<math>b=0.37, p&lt;0.001</math>) y especialistas (<math>b=0.55, p&lt;0.001</math>). Tanto los residentes como los especialistas se benefician del capital psicológico para mantener un funcionamiento óptimo. Además, los residentes se benefician de la flexibilidad psicológica, mientras que los especialistas se benefician del apoyo de sus compañeros. Los recursos personales parecen ser factores protectores importantes para el WE y el bienestar de los médicos.</p>	8/8
<p>Colombia</p> <p><i>Instrumentos y variables</i></p> <p>DJCS TIS</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><i>Puntuaciones</i></p> <p><b>MBI</b> EE 28'11 (SD=10'23) PA 35 (SD=6'36) DP 35 (SD=4'81)</p> <p><b>UWESr</b> 5'38 (SD=0'47)</p>	202 médicos residentes de cirugía	<p>Investigar la relación entre el <i>job crafting</i> en la formación quirúrgica y la intención de dejar el programa.</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p> <p>Diseñar el propio trabajo se correlacionó positivamente con el WE (<math>r=0.12</math> a <math>0.35</math>), que estaba inversamente relacionado con la intención de irse (<math>r=-0.40</math>). Por el contrario, la construcción del propio trabajo se correlacionó negativamente con el BO y positivamente con la intención de irse. Los residentes con intenciones serias de irse exhibieron niveles más bajos de la mayoría de las habilidades de <i>job crafting</i> y WE, en comparación con aquellos sin tales intenciones.</p>	7/8
<p>5 hospitales rurales</p> <p>Pensilvania, EE.UU.</p> <p><i>Instrumentos y variables</i></p> <p>RCSPC-7 Job satisfaction</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><i>Puntuaciones</i></p> <p><b>UWESr</b> 3'95 (SD=1'31) VI 3'63 (SD=1'59) DE 4'41 (SD=1'41) AB 3'81 (SD=1'47)</p> <p><b>MBI</b> PA 4'88 (SD=0'92) EE 3'34 (SD=1'49)</p>	282 enfermeras Urgencias, UCI, quirófano, obstetricia, unidad de rehabilitación postanestésica	<p>Evaluar las experiencias de relación de coordinación informadas entre enfermeras y luego evaluar las asociaciones entre relación de coordinación y los resultados de enfermeras.</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p> <p>Se observó que los niveles altos de relación de coordinación se asociaron con niveles más bajos de EE (<math>r=-0.27, p&lt;0.01</math>). Los objetivos compartidos y el conocimiento compartido también mostraron fuertes correlaciones positivas con los resultados de la enfermera, mientras que la comunicación para resolver problemas se correlacionó fuerte y negativamente con el EE (<math>r=-0.24, p&lt;0.01</math>). Además la relación de coordinación tuvo una relación positiva significativa con el WE (<math>r=0.26, p&lt;0.01</math>).</p>	6/8

	Contexto 257 hospitales Japón	Tipo de estudio Estudio descriptivo de corte transversal	Participantes 3279 enfermeras	Objetivo del estudio Examinar el BO y el WE entre las enfermeras en los hospitales japoneses de atención a largo plazo y su relación con los valores del trabajo organizacional.	Calidad estudios
	Instrumentos y variables	Puntuaciones		Principales hallazgos	
Saito et al., 2018 <sup>(6)</sup>	NIOSH Generic Job Stress Questionnaire Job resources Work Values Scale-21	JBS EE 3'2 (SD=1'0) DP 2'1 (SD=0'8) PA 3'8 (SD=0'7)		Una mayor puntuación de EE, DP y PA se asoció con las enfermeras más jóvenes ( $\beta=-0'08$ , $p<0'05$ ; $\beta=-0'06$ , $p<0'05$ ; y $\beta=-0'068$ , $p<0'04$ , respectivamente). Se asociaron un mayor EE y una mayor DP con mayor varianza en la carga de trabajo ( $\beta=0'45$ , $p<0'001$ y $\beta=0'22$ , $p<0'001$ , respectivamente). El mayor WE se asoció con el género femenino ( $\beta=0'060$ , $p<0'05$ ), mayor edad ( $\beta=0'13$ , $p=0'001$ ), mayor experiencia trabajando en el servicio actual ( $\beta=0'06$ , $p=0'05$ ). Además, un mayor WE se asoció con puntuaciones más altas en la autorrealización ( $\beta=0'14$ , $p<0'01$ ), sentido de logro ( $\beta=0'19$ , $p<0'001$ ) y contribución altruista a la organización ( $\beta=0'13$ , $p<0'01$ )	7/8
	Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad
	Bélgica	Estudio descriptivo de corte transversal	864 enfermeras y 241 médicos UCI	Investigar las asociaciones entre las características laborales como capital social, latitud de decisión y carga de trabajo, WE y sentimientos de BO como variables explicativas y la satisfacción laboral, intenciones de rotación y calidad de atención percibida como variables dependientes en una población de estudio de personal de enfermería, personal de salud y el personal médico según factores demográficos, como las diferencias de género y generación.	estudios
	Instrumentos y variables	Puntuaciones		Principales hallazgos	
Bogaert et al., 2018 <sup>(37)</sup>	Características del trabajo Nivel de calidad de los cuidados	Enfermeras UWES VI 4'53 (SD=1'29) DE 5'02 (SD=1'10) AB 4'26 (SD=1'30) MBI EE 1'71 (SD=1'20) DE 1'70 (SD=1'06) PA 1'98 (SD=1'26)	Médicos UWES VI 4'56 (SD=1'14) DE 5'03 (SD=1'05) AB 4'45 (SD=1'22) MBI EE 5'10 (SD=0'79) DE 5'07 (SD=0'80) PA 5'11 (SD=0'74)	Las dimensiones de WE mostraron asociaciones positivas respecto a los recursos sociales y capacidad de decisión y asociaciones negativas con un exceso de carga de trabajo. Además, la intención de dejar el hospital y la profesión se asociaron negativamente con la DE ( $b=-0'647$ ; IC 95%: 0'37; 0'74). En cambio, la EE fue positivamente asociada con la intención de dejar el hospital y la intención de dejar la profesión. La intención de dejar el hospital y la profesión se asociaron positivamente con el EE y negativamente con la DE en los modelos BO y WE, respectivamente.	7/8
	Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad
	31 hospitales Portugal	Estudio descriptivo de corte transversal	1927 enfermeras	Fomentar el conocimiento de los factores que influyen en la intención de rotación de las enfermeras portuguesas, con el fin de contribuir a su prevención.	estudios
	Instrumentos y variables	Puntuaciones		Principales hallazgos	
Marqués-Pinto et al., 2018 <sup>(6)</sup>	RN4Cast Nurse Survey PES-NWI	UWESr 3'92 (SD=1'16)		Los síntomas de EE ( $\beta=-0'11$ , $p<0'001$ ) y los sentimientos de WE ( $\beta=-0'15$ , $p<0'001$ ) fueron mediadores significativos entre la participación de las enfermeras en las decisiones y sus intenciones de dejar su organización. Las enfermeras que pretendían dejar la organización, participaron menos ( $r=-0'30$ ) en los asuntos hospitalarios, tuvieron peores relaciones laborales con los médicos ( $r=-0'16$ ), revelaron más EE ( $r=0'32$ ) y DP ( $r=0'07$ ) y expresaron niveles más bajos de PA ( $r=-0'14$ ) y WE ( $r=-0'37$ ); en comparación con las enfermeras que tenían la intención de quedarse.	8/8
	Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad
	Munich, Alemania	Estudio descriptivo de corte transversal	416 médicos	Examinar las asociaciones del BO y el WE con la calidad de atención autopercibida de los médicos.	estudios
	Instrumentos y variables	Puntuaciones		Principales hallazgos	
Loerbroks et al., 2017 <sup>(38)</sup>	Perceived quality of care	UWESr VI 3'7 (SD=1'1) DE 3'9 (SD=1'2) AB 3'8 (SD=1'1)	MBI 2'9 (SD=0'9) EX 3'6 (SD=1'1) DE 2'2 (SD=1'0)	El BO se asoció con una calidad de atención percibida más deficiente ( $b=0'45$ , IC 95%: 0'37, 0'54). Esta asociación fue más fuerte para la DP ( $b=0'37$ ; IC 95%: 0'29; 0'44) que para el BO ( $b=0'26$ ; IC 95%: 0'18; 0'33). El aumento del WE se asoció con una atención de mayor calidad percibida ( $b=-0'20$ , IC 95%: -0'28, -0'11).	6/8

## 4.1. Resultados de la Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: Análisis bibliográfico

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad
11 hospitales Bélgica	Estudio descriptivo de corte transversal	318 enfermeras de gestión	Analizar y describir las relaciones entre las características del puesto y los conflictos interdisciplinarios de los médicos como potenciales predictores del bienestar ocupacional (satisfacción laboral, malestar psicosomático, intención de rotación, WE y BO).	estudios
Adriaenssens et al., 2017 <sup>(39)</sup>			<i>Principales hallazgos</i>	8/8
Instrumentos y variables	Puntuaciones			
BSI LQWQ-N	UWESr 4'22 (SD=1'0)	MBI 1'42 (SD=0'71)	El BO ofreció una correlación fuerte positiva respecto a las manifestaciones de angustia psicológica ( $r=0'706$ ; $p<0'01$ ) y negativa ante el apoyo social de los compañeros y del equipo ( $r=-0'400$ ; $p<0'01$ ). El WE se correlaciona fuertemente con la satisfacción en el trabajo ( $r=0'508$ ; $p<0'01$ ).	
Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad
Hospitales, clínicas psiquiátricas y centros de salud. Norte de Grecia	Estudio descriptivo de corte transversal	214 enfermeras	Evaluar la relación entre las prácticas organizacionales y los valores de BO y WE en una muestra de enfermeras	estudios
Matziari et al., 2017 <sup>(40)</sup>			<i>Principales hallazgos</i>	6/8
Instrumentos y variables	Puntuaciones			
UWES (Hospital) VI 30'99 (SD=7'33) DE 25'91 (SD=6'67)	UWES (No-Hospital) VI 32'96 (SD=6'44) DE 28'24 (SD=6'02)		Las enfermeras que trabajaban dentro del hospital tenían niveles más altos de BO y niveles más bajos de WE en comparación con las enfermeras que trabajan en Centros de Salud, Centros de Rehabilitación y Clínicas Psiquiátricas.	
FOCUS-9 questionnaire	MBI (Hospital) EE 33'46 (SD=11'46) DP 12'55 (SD=6'52)	MBI (No-Hospital) EE 27'40 (SD=13'56) DP 9'06 (SD=5'77)	Los valores organizacionales se asociaron negativamente con el EE y positivamente con la DE. De acuerdo con el modelo Job-Demands Resource (J-D-R), tanto las prácticas como los valores fueron recursos importantes para las enfermeras.	
Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad
Hospital público universitario Terzi, Italia	Estudio descriptivo de corte transversal	217 enfermeras	Examinar el papel mediador de la facilitación de objetivos personales a través del trabajo (PGFW) en la asociación entre las características psicosociales del trabajo, la angustia psicológica y el bienestar relacionado con el trabajo	estudios
Pisanti et al., 2016 <sup>(41)</sup>			<i>Principales hallazgos</i>	8/8
Instrumentos y variables	Puntuaciones			
LQWQ-N PGFW Symptoms Checklist-12	UWESr 4'0 (SD=0'9)	MBI EE 2'4 (SD=1'2) PA 4'7 (SD=1'2) DP 1'0 (SD=4'2)	Los altos niveles de facilitación de metas personales a través del trabajo se relacionaron con altos niveles de control laboral, apoyo social, realización personal, satisfacción laboral y WE y con bajos valores de demandas laborales, EE y quejas somáticas. Las relaciones entre las variables demandas laborales-control-apoyo social y el WE fueron mediadas por el PGFW.	
Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad
Servicios de emergencia EE.UU.	Estudio descriptivo de corte transversal	162 enfermeras líderes	1) Examinar la importancia relativa de las demandas y los recursos laborales como predictores del BO y el WE, y 2) examinar la importancia relativa del WE y el BO relacionados con la salud, los síntomas depresivos, la capacidad laboral, el compromiso organizacional y la rotación entre 2 muestras de profesionales sanitarios	estudios
Fragoso et al., 2016 <sup>(42)</sup>			<i>Principales hallazgos</i>	7/8
Instrumentos y variables	Puntuaciones			
SSS WLBS JCDA	JES 4'40 (SD=0'50)	CWBIS 3'10 (SD=0'83)	El BO tuvo un mayor peso para predecir los resultados de salud, los síntomas depresivos y la capacidad de trabajo. En el caso de WE, las variables que afectan de forma positiva son las habilidades para aprender cosas nuevas ( $r=0'59$ ) y el significado del trabajo ( $r=0'67$ ) y de forma negativa los síntomas depresivos ( $r=-0'39$ ) y el propio BO ( $r=-0'29$ ). Además, varios factores influyen en las intenciones de la rotación (por ejemplo, las perspectivas de trabajo externo), posiblemente haciéndolo menos susceptible a la predicción por WE.	

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad estudios
<p>Hospitales públicos de España y Uruguay</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>TIS-3</p> <p>Shiom-Melamed-12</p> <p>Social Support Scale-12</p> <p>Work Overload Scale-4</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p>Puntuaciones</p> <p>UWESr (España) 4'43 (SD=1'29)</p> <p>UWESr (Uruguay) 4'24 (SD=1'29)</p> <p>BO (España) 3'18 (SD=1'44)</p> <p>BO (Uruguay) 3'39 (SD=1'46)</p>	<p>316 enfermeras uruguayas</p> <p>502 enfermeras españolas</p>	<p>Examinar los efectos mediadores del BO y el WE en las relaciones entre las características laborales (sobrecarga laboral y apoyo social) y las intenciones de rotación en la comunidad de enfermería de dos países iberoamericanos dentro del modelo de demandas laborales-recursos</p> <p>Principales hallazgos</p> <p>El BO media en la relación entre la sobrecarga de trabajo y las intenciones de rotación (España <math>\beta=0'07</math>, <math>p&gt;0'05</math> / Uruguay <math>\beta=0'09</math>, <math>p&gt;0'05</math>).</p> <p>El WE media parcialmente la relación entre el apoyo social y las intenciones de rotación (España <math>\beta=-0'12</math>, <math>p&lt;0'05</math> / Uruguay <math>\beta=-0'13</math>, <math>p&lt;0'05</math>).</p>	8/8
<p>Organización de atención médica domiciliaria Flandes, Bélgica</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>SIMPH</p> <p>QEEW</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p>Puntuaciones</p> <p>UWESr 5'62 (SD=1'12)</p> <p>UBOS-Ar 2'33 (SD=1'03)</p>	<p>675 enfermeras</p>	<p>Objetivo del estudio</p> <p>Investigar los principales efectos, la interacción de las demandas laborales distintivas (carga de trabajo, demandas emocionales y agresión) y recursos (autonomía, apoyo social y oportunidades de aprendizaje) sobre el BO y el WE.</p> <p>Principales hallazgos</p> <p>La carga de trabajo (<math>r=0'48</math>, <math>p&lt;0'001</math>) y las demandas emocionales (<math>r=0'26</math>, <math>p&lt;0'001</math>) se relacionaron positivamente con el BO, mientras que la agresión no se relacionó con el BO. Todos los recursos laborales se asociaron negativamente con el BO y positivamente con el WE. Además, la permanencia en la organización se relacionó negativamente con el WE (<math>\beta</math> varió de <math>-0'25</math> a <math>-0'15</math> en todas las pruebas), y las horas de trabajo se asociaron positivamente con el BO (<math>\beta</math> osciló entre <math>0'12</math> y <math>0'21</math> en todas las pruebas). El apoyo social amortiguó la relación positiva entre la carga de trabajo y el BO.</p>	7/8
<p>2 hospitales Elche y Terrassa, España</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>JCQ</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p>Puntuaciones</p> <p>UWESr 4'27 (SD=0'98)</p> <p>MBHr 1'99 (SD=0'93)</p>	<p>100 enfermeras</p>	<p>Objetivo del estudio</p> <p>Profundizar en la comprensión de las relaciones entre las demandas laborales, el control, el apoyo social, el BO y el WE en enfermeras.</p> <p>Principales hallazgos</p> <p>El apoyo social fue un predictor significativo del WE de las enfermeras (<math>r=0'361</math>; <math>p&lt;0'01</math>) y las demandas fueron un predictor del BO de las enfermeras (<math>r=0'446</math>; <math>p&lt;0'01</math>). El WE moderó la relación entre las demandas laborales y el BO. El proceso que conduce al BO y el proceso que conduce al WE no son procesos aislados.</p>	8/8
<p>13 hospitales secundarios Bélgica</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>LQWQ-N-15</p> <p>Goal Orientation Questionnaire</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p>Puntuaciones</p> <p>UWESr 4'00 (SD=1'13)</p> <p>MBHr 46'00 (SD=10'38)</p>	<p>170 enfermeras</p> <p>Unidad de Urgencias</p>	<p>Objetivo del estudio</p> <p>Explorar hasta qué punto el modelo de 4 dimensiones de orientación a objetivos agrega una variación adicional a la explicación del BO y el WE en las enfermeras de emergencia, después de controlar la demografía, las características del trabajo y las variables organizacionales.</p> <p>Principales hallazgos</p> <p>Una percepción positiva de las demandas laborales fue predictiva de niveles más bajos de BO. El alto control del trabajo percibido se relacionó con niveles más altos de WE (<math>r=0'43</math>; <math>p&lt;0'01</math>) y con niveles más bajos de BO (<math>r=-0'40</math>; <math>p&lt;0'01</math>). El alto apoyo social percibido se relacionó con niveles más altos de WE (<math>r=0'36</math>; <math>p&lt;0'01</math>). Además, la edad se correlacionó negativamente con el WE (<math>r=-0'17</math>, <math>p=0'03</math>). No se identificaron diferencias significativas en las variables nivel educativo, grado, número de horas de trabajo y tipo de trabajo por turnos.</p>	8/8

## 4.1. Resultados de la Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: Análisis bibliográfico

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad
Hospital. Skopje, República de Macedonia	Estudio descriptivo de corte transversal	138 médicos y 148 enfermeras	1) Examinar las asociaciones entre el BO, el WE, las demandas laborales y la cultura organizacional 2) Demostrar las diferencias entre médicos y enfermeras que trabajan en un hospital general de Skopje, República de Macedonia.  <i>Principales hallazgos</i>	estudios
Mijakoski et al., 2015 <sup>(47)</sup>				7/8
<i>Instrumentos y variables</i>				
Competing Values Framework HES	<i>Médicos</i> <b>UWES</b> VI 30'11 (SD=6'53) DE 26'24 (SD=5'76) <b>MBI</b> EE 15'28 (SD=11'56) DP 3'17 (SD=4'61)	<i>Enfermeras</i> <b>UWES</b> VI 28'98 (SD=7'83) DE 24'44 (SD=7'19) <b>MBI</b> EE 16'47 (SD=12'02) DP 2'72 (SD=4'38)	Entre las enfermeras hubo correlaciones positivas significativas tanto con el EE ( $r=0'39$ ; $p<0'01$ ) como con la DP ( $r=0'272$ ; $p<0'01$ ). Las demandas de trabajo emocional se correlacionaron con las dimensiones de BO ( $r=0'25$ ; $p<0'01$ ) y las puntuaciones de WE ( $r=0'25$ ; $p<0'01$ ) en los médicos.	
Montgomery et al., 2015 <sup>(48)</sup>				8/8
<i>Instrumentos y variables</i>				
HES HSPSC	<i>Médicos</i> <b>UWES</b> DE 21'45 (SD=7'14) VI 24'84 (SD=8'03)	<i>MBI</i> DP 5'42 (SD=6'1) EE 20'85 (SD=12'68)	Investigar la asociación entre la eficacia del trabajo en equipo dentro de los departamentos médicos según las demandas laborales, el BO y el WE entre las enfermeras  <i>Principales hallazgos</i>  La carga de trabajo, las demandas emocionales y organizativas se asociaron positivamente con el EE, la DP y negativamente con el VI ( $p<0'01$ ). Las demandas emocionales ( $r=-0'258$ ) y organizativas ( $r=-0'293$ ) se asociaron negativamente con la DE ( $p<0'01$ ). La eficacia del trabajo en equipo se asoció positivamente con el WE.	estudios
Mijakoski et al., 2015 <sup>(48)</sup>				7/8
<i>Instrumentos y variables</i>				
HES JSS-39 HSPSC	<i>Médicos</i> <b>UWES</b> DE 22'80 (SD=7'96) VI 26'51 (SD=9'46)	<i>MBI</i> DP 3'68 (SD=4'55) EE 18'99 (SD=12'47)	Evaluar el efecto de mediación y moderación del trabajo en equipo sobre las variables independientes (demandas laborales o WE) y dependientes (BO o satisfacción laboral).  <i>Principales hallazgos</i>  Las demandas laborales se correlacionaron positivamente con el BO ( $\beta=0'41$ ; $p<0'001$ ) y la participación laboral con el WE. Además, el trabajo en equipo se correlacionó negativamente con el BO ( $\beta=-0'25$ , $p<0'05$ ) y positivamente con la satisfacción laboral. La interacción entre trabajo en equipo y WE fue muy significativo, $b=0'01$ , IC del 95% (0'003, 0'02), $t=2'69$ , $p=0'008$ , lo que indicó que el relación entre el WE y la satisfacción en el trabajo estuvo moderada por el trabajo en equipo.	estudios

Correlación: Sin correlación  $r<0'10$ , Correlación baja  $r=0'10-0'29$ , Correlación moderada  $r=0'30-0'49$ , Correlación alta  $r\geq 0'50$ ; **BO**: Burnout; **WE**: Work engagement; **VI**: Vigor; **DE**: Dedicación; **AB**: Absorción; **DP**: Despersonalización; **PA**: Personal Accomplishment (Realización Personal); **EE**: Emotional exhaustion (Agotamiento Emocional); **UWES**: Utrecht Work Engagement Scale (escala 0-6); **MBI**: Maslach-Burnout Inventory (rango 0-6); **IQR**: Rango intercuartílico; **EESc**: Employee Engagement Scale; **SOWS**: Sanctification of Work Scale; **DUREL**: Duke University Religion Index; **BEIS**: Brief Emotional Intelligence Scale; **CDRS**: Connor-Davidson Resilience Scale; **CAMS-R**: Revised Cognitive and Affective Mindfulness Scale; **JDRQ**: Job Demands-Resources Questionnaire; **AIS**: Athens Insomnia Scale; **PES-NWI**: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index; **EES**: Emotional Exhaustion Scale; **ProQOL-30**: Professional Quality of Life Scale version 5; **ACS-RS**: Applicability of Character Strengths Rating Scales; **CT-54**: Comprehensive Inventory of Thriving; **JCQ**: Job Content Questionnaire; **JCS**: Job-Crafting Scale; **TIS**: Turnover Intention Scale; **BFI-10**: Big Five Inventory-10; **LQWQ-N**: Leiden Quality of Work Life Questionnaire for Nurses; **PGFW**: Personal Goal Facilitation through Work; **HSPSC**: Hospital Survey on Patient Safety Culture; **DASS**: Depression Anxiety and Stress Scales; **ELS-14**: Emotional Labour Scale; **JSS-39**: Job Satisfaction Survey; **HES**: Hospital Experience Scale; **UBOS-A**: Utrecht Burnout Scale; **SIMPH**: Short Inventory to Monitor Psychosocial Hazards; **QEEW**: Questionnaire on the Experience and Evaluation of Work; **CWBS**: Copenhagen Work Burnout Inventory Scale; **JES**: Job Engagement Scale; **SSS**: Subjective Stress Scale; **WLBS**: Work-Life Balance Scale; **JCDA**: Job Control-Decision Authority; **WMI**: Work and Meaning Inventory; **ACS**: Affective Commitment Scale; **RCSPC-7**: Relational Coordination Survey for Patient Care; **PM**: Personal Motivation; **WS**: Work Satisfaction; **WAAQ**: Work Acceptance and Action Questionnaire; **JBS-17**: 17-item Japanese Burnout Scale.

#### 4.1.3. Resultados del objetivo 5. Analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan atención a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2: Descripción e identificación de la evidencia disponible.

Las estrategias iniciales de búsquedas identificaron un total de 327 referencias, las cuales fueron objeto de sucesivos cribados conforme al tópico de esta revisión. Se seleccionaron finalmente un total de trece estudios (**Figura 16**), once de ellos cuantitativos y dos cualitativos.

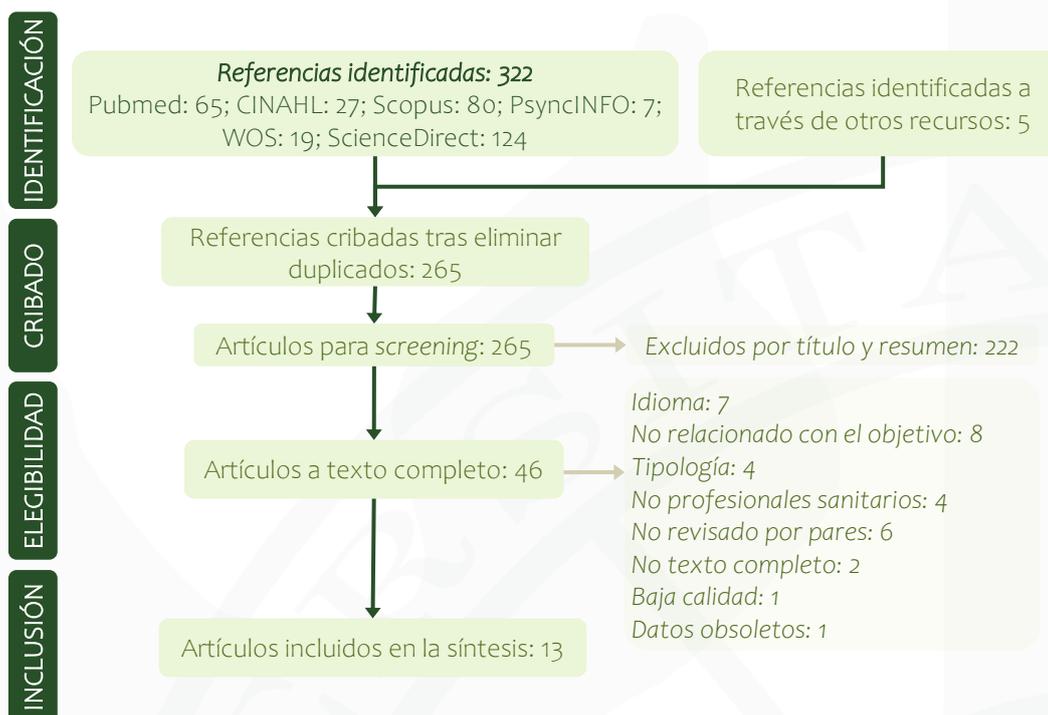


Figura 16. Resultados de la búsqueda (Diagrama de flujo - PRISMA)

Se encontraron 10 artículos realizados en China, uno en Singapur, uno en Estados Unidos y uno realizado tanto en Singapur como en India. En doce de los trece artículos seleccionados, la muestra estuvo conformada por enfermeras, en diez de los artículos incluían a médicos y en tres de ellos a otros profesionales sanitarios.

Los estudios incluidos fueron valorados con la herramienta de evaluación crítica del JBI, donde obtuvieron puntuaciones media-altas tanto en los estudios observacionales transversales como en los estudios cualitativos.

La **tabla 26** está basada en el Manual del Centro Cochrane Iberoamericano (2012) y en ella se muestran las características de cada uno de los trece estudios incluidos en esta revisión. Estos fueron clasificados por autores y año de publicación, país, diseño y objetivo, participantes, instrumento y principales resultados. Además, se añadieron los resultados de la herramienta de evaluación crítica del JBI.

## 4.1. Resultados de la Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: Análisis bibliográfico

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad estudios
Guangxi (China)	Estudio cuantitativo transversal	Enfermeras que luchan contra el brote (n=180)	Investigar el estrés laboral en las enfermeras chinas que soportan en Wuhan la lucha contra la COVID-19 y explorar los factores que influyen de manera relevante en la infección.	
<b>Métodos</b>				
Mo et al, 2020 <sup>(29)</sup>	En este grupo de enfermeras las puntuaciones SOS (39,91±12,92) y SAS (32,19±7,56) obtuvieron una correlación positiva (r=0,676; P<0,05). De igual forma, la puntuación de la carga de estrés en enfermeras que son hijas únicas en sus familias en este estudio fue de 50,87±10,47 puntos (P=0,000), si a ello se suma el hecho de trabajar largo tiempo por semana, aumenta más el estrés (P=0,048); siendo la ansiedad el factor más influyente sobre el estrés laboral de las enfermeras de la muestra.		Principales hallazgos	7/8
<b>Contexto</b>				
China	Estudio cuantitativo transversal	Enfermeras (n=395) Médicos (n=124) Otros profesionales del staff médico (n=45)	Investigar la tasa de prevalencia de insomnio y confirmar los factores psicosociales que afectan a los profesionales sanitarios de los hospitales durante el brote de COVID-19.	
<b>Instrumentos y variables</b>				
Zhang et al, 2020 <sup>(30)</sup>	La carga de trabajo (r=0,48; p<0,001) y las demandas emocionales (r=0,26; p<0,001) se relacionaron positivamente con el BO, mientras que la agresión no se relacionó con el BO. Todos los recursos laborales se asociaron negativamente con el BO y positivamente con el WVE. Además, la permanencia en la organización se relacionó negativamente con el WVE (β varió de -0,25 a -0,15 en todas las pruebas), y las horas de trabajo se asociaron positivamente con el BO (β osciló entre 0,12 y 0,21 en todas las pruebas). El apoyo social amortiguó la relación positiva entre la carga de trabajo y el BO.		Principales hallazgos	7/8
<b>Contexto</b>				
China	Estudio cuantitativo transversal	Enfermeras (n=764) Médicos (n=493) 34 hospitales	Evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos a COVID-19 en China.	
<b>Instrumentos y variables</b>				
Lai et al, 2020 <sup>(31)</sup>	Se encontraron síntomas de depresión en 634 profesionales (50,4%), de ansiedad en 560 (44,6%), de estrés en 899 (71,5%) e insomnio en 427 (34,6%). Valores comparativos: • PHQ-9. Médicos vs enfermeras: 4,0 [1,0-7,0] vs 5,0 [2,0-8,0] (P=0,007). • GAD-7. Hombres vs mujeres: 2,0 [0,6-0,0] vs 4,0 [1,0-7,0] (P=0,001). • ISI-7. Trabajadores de primera línea vs Trabajadores de segunda línea: 6,0 [2,0-11,0] vs 4,0 [1,0-8,0] (P<0,001). • IES-R22. Trabajadores en Wuhan 21,0 [8,5-34,5] vs trabajadores en Hubei pero fuera de Wuhan 18,0 [6,0-28,0] vs trabajadores fuera de Hubei 15,0 [4,0-26,0] (P<0,001). Los trabajadores de primera línea tienen mayor riesgo de presentar sintomatología de depresión (OR, 1,52; IC 95% [1,11-2,09]; P=0,01), ansiedad (OR, 1,57; IC 95% [1,22-2,02; P<0,001], insomnio (OR, 2,97; IC 95% [1,92-4,60]; P<0,001) y estrés (OR, 1,66; IC 95% [1,25-2,04]; P<0,001).	Principales hallazgos	8/8	
<b>Contexto</b>				
Singapur e India	Estudio cuantitativo transversal	Participantes 5 Hospitales generales Enfermeras (n=355) Médicos (n=268) Auxiliares de enfermería (n=96) Otros (n=187)	Investigar la asociación entre los resultados psicológicos y los síntomas físicos entre los trabajadores sanitarios.	
<b>Instrumentos y variables</b>				
Chew et al, 2020 <sup>(32)</sup>	Un 33,4% de los participantes manifestó tener más de cuatro síntomas donde el más reportado fue el dolor de cabeza (32,3%). Los valores obtenidos de la escala DASS-21 fueron para depresión (OR 2,79; IC 95% [1,54-5,07]; P=0,001), para ansiedad (OR 2,18; IC 95% [1,36-3,48]; P=0,001), para estrés (OR 3,06; IC 95% [1,27-7,41]; P=0,013) y trastorno de estrés posttraumático (OR 2,20; IC 95% [1,12-4,35]; P=0,023). La regresión lineal reveló que la presencia de síntomas físicos se asoció con puntuaciones medias más altas en las escalas IES-R y DASS.	Principales hallazgos	6/8	

Tabla 26. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática

<p>Huang et al, 2020<sup>(53)</sup></p>	<p>Contexto China</p> <p>Métodos Datos sociodemográficos 6 preguntas: conocimientos sobre la Covid-19 (0-1) GAD-7 CES-D PSQI-7</p>	<p>Tipo de estudio Estudio cuantitativo transversal</p>	<p>Participantes Profesionales sanitarios (n=2.250)</p>	<p>Objetivo del estudio Evaluar la carga de salud mental de la población china durante el brote y explorar los posibles factores de influencia.</p>	<p>Calidad estudios 6/8</p>
<p>Principales hallazgos 802 profesionales (35'6%) presentaron sintomatología de trastorno de ansiedad generalizada GAD-7: 1'30 [0'82-2'08], 446 (19'8%) síntomas depresivos CES-D: 1'02 [0'58-1'81] y 531 (23'6%) mala calidad del sueño PSQI-7: 1'32 [1'18-1'88] (IC 95%). En comparación con otros participantes, los profesionales sanitarios tenían más probabilidades de informar sobre una mala calidad del sueño (AOR=1'32' IC 95% [1'18-1'88]); (P&lt;0'001) y un mayor riesgo de ofrecer problemas psicológicos.</p>					
<p>Kang et al, 2020<sup>(54)</sup></p>	<p>Contexto Wuhan (China)</p> <p>Métodos Datos sociodemográficos ISI-7 PHQ-9 GAD-7 IES-R22 Cuestionario Ad hoc</p>	<p>Tipo de estudio Estudio cuantitativo transversal</p>	<p>Participantes 31'1% en zonas de alto riesgo Médicos (n=183) Enfermeras (n=811)</p>	<p>Objetivo del estudio Explorar el estado de salud mental de los médicos y enfermeras, y la eficacia, o no, del tratamiento de las necesidades psicológicas tras recibir atención psicológica.</p>	<p>Calidad estudios 6/8</p>
<p>Principales hallazgos Un 22'4% del personal médico presentaba alteraciones moderadas en el estado de su salud mental (media PHQ-9: 9'0' GAD-7: 8'2' ISI: 10'4' IES-R: 39'9) y el 6'2% presentaba alteraciones graves (media PHQ-9: 15'1' GAD-7: 15'1' ISI: 15'6' IES-R: 60'0). Los médicos y enfermeras con altos niveles de problemas de salud mental estaban más interesados en las habilidades para el rescate personal y mostraron deseos más urgentes de buscar ayuda de psicoterapeutas y psiquiatras.</p>					
<p>Li et al, 2020<sup>(55)</sup></p>	<p>Contexto China</p> <p>Métodos Datos sociodemográficos Vicarious traumatization questionnaire de 38 ítems (escala 0-5)</p>	<p>Tipo de estudio Estudio cuantitativo transversal</p>	<p>Participantes - Enfermeras de primera línea (n=234) - No enfermeras de primera línea (n=292)</p>	<p>Objetivo del estudio Evaluar la traumatización indirecta en la población general, miembros y no miembros de los equipos médicos que ayudan en el control de CO-VID-19.</p>	<p>Calidad estudios 6/8</p>
<p>Principales hallazgos Los resultados mostraron que las puntuaciones de traumatización indirecta para las enfermeras de primera línea, incluidas las puntuaciones para las respuestas fisiológicas y psicológicas, fueron significativamente más bajas que las de las enfermeras que no estaban en primera línea (P&lt;0'001). Las puntuaciones en la población general fueron significativamente más altas que las de las enfermeras de primera línea (P&lt;0'001).</p>					
<p>Wu et al, 2020<sup>(56)</sup></p>	<p>Contexto Wuhan (China)</p> <p>Métodos Datos sociodemográficos MBI</p>	<p>Tipo de estudio Estudio cuantitativo transversal</p>	<p>Participantes Sala convencional Enfermeras (n=55) Médicos (n=41) Enfermeras (n=61) Médicos (n=33)</p>	<p>Objetivo del estudio Comparar la frecuencia de agotamiento entre médicos y enfermeras en las salas de primera línea y aquellos que trabajaban en salas convencionales.</p>	<p>Calidad estudios 8/8</p>
<p>Principales hallazgos El grupo que trabajaba en primera línea tenía una menor frecuencia de agotamiento (13% frente a 39%; P&lt;0'0001) y estaba menos preocupado por la infección en comparación con el otro grupo. El 76% de los profesionales de primera línea están totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con el hecho de que ahora se sienten más cansados en comparación con antes de la crisis de COVID-19. En comparación con el personal médico que trabaja en servicios convencionales para pacientes no infectados, el personal médico que trabaja en el primera línea tuvo una menor frecuencia de agotamiento.</p>					

## 4.1. Resultados de la Fase 1. Descripción e identificación de la evidencia disponible: Análisis bibliográfico

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad estudios
Tan et al, 2020 <sup>(37)</sup>	Singapur Estudio cuantitativo transversal	2 instituciones nivel 3 Profesionales sanitarios (n=296) - Médicos (n=135) - Enfermeras (n=161) Personal no sanitario (n=174)	Examinar la angustia psicológica, la depresión, la ansiedad y el estrés experimentados por los trabajadores sanitarios en Singapur inmersos en el brote, y compararlos entre el personal hospitalario médico y no médico.	6/8
	Métodos Datos sociodemográficos DASS-21 IES-R22		Principales hallazgos La prevalencia de ansiedad fue mayor entre los profesionales no sanitarios que entre el personal sanitario (20,7% vs 10,8%; OR ajustado, 1,85; IC 95% [1,15-2,99] (P=0,01).	
	Contexto Fujian (China)	Participantes Medical staff (n=2.042)	Objetivo del estudio Evaluar el estado psicológico de los profesionales sanitarios.	Calidad estudios
	Métodos		Principales hallazgos Un 70,6% de la muestra presentó miedo moderado o severo, pero ansiedad leve o moderada solo un 25,5%. • NRS: 4,89±2,389. Servicio: Alto riesgo de contacto 4,96±2,424 vs Bajo riesgo de contacto 4,81±2,391 vs No clínico 4,40±2,356 (P=0,027) • HAMA: 4,73±6,291. Servicio: Alto riesgo de contacto 5,64±7,330 vs Bajo riesgo de contacto 4,44±5,896 vs No clínico 3,65±7,071 (P=0,003) HAMA-14 • HAMD: 2,41±3,979. Servicio: Alto riesgo de contacto 2,97±4,989 vs Bajo riesgo de contacto 2,24±3,615 vs No clínico 1,76±3,107 (P=0,007) HAMD-17 Factores: trabajar en servicio de aislamiento (P=0,001), preocupación por estar infectado (P=0,001), escasez de equipos de protección (P=0,001), preocupación por el control de la pandemia (P=0,002), frustración por los resultados insatisfactorios en el trabajo (P=0,001) y sentirse solo por encontrarse un ser querido en aislamiento (P=0,005).	6/8
Lu et al, 2020 <sup>(38)</sup>	Wuhan (China) Estudio cuantitativo transversal	Participantes Centro sanitario para niños - Enfermeras (n=75) - Médicos (n=48)	Objetivo del estudio Evaluar el efecto del brote de COVID-19 en la calidad del sueño de los trabajadores sanitarios en un centro sanitario para niños en Wuhan	Calidad estudios
	Métodos		Principales hallazgos Tener problemas de sueño se asoció a altos niveles de ansiedad y depresión (P<0,05) • PSQI-7: 7,22±2,62; 47 de los 123 participantes (38%) tuvieron problemas de sueño (puntuaciones >7). • SAS: 34,44±7,21; 9 de 123 (7%) tuvieron puntuaciones SAS ≥50 • SDS: 45,67±8,67; 31 de 123 (25%) presentaron puntuaciones SDS ≥50 Factores: ser hijo único (OR ajustado con 95% IC; 3,40 (1,21-9,57) (P<0,05), contacto con pacientes CO-VID-19 (OR ajustado con 95% IC; 2,97 (1,08-8,18) (P<0,05), siendo la depresión independientemente asociada a alteraciones en el sueño entre los profesionales sanitarios (OR ajustado con 95% IC; 2,83 (1,10-7,27) (P<0,05).	7/8
Wang et al, 2020 <sup>(39)</sup>	Datos sociodemográficos Factores asociados con la COVID-19 PSQI-7 SAS SDS	Participantes Enfermeras (n=10)	Objetivo del estudio Explorar las necesidades psicológicas de las enfermeras que cuidan a pacientes con la enfermedad por coronavirus 2.019 (COVID-19) y proponer las correspondientes intervenciones.	Calidad estudios
	Contexto Wuhan (China)		Principales hallazgos Durante situaciones epidémicas extraordinarias, las necesidades existenciales, de relación y de crecimiento personal coexistieron entre las enfermeras clínicas. Las necesidades existenciales se reflejaron principalmente en las necesidades de salud y seguridad, mientras que las necesidades de relación consistieron principalmente en necesidades interpersonales, necesidades de preocupación humanística y necesidades familiares. Para el caso de las necesidades de crecimiento personal se sustentaron en la necesidad de conocimiento. Por necesidades, la necesidad de salud se refiere a la atención de la enfermera a su propia salud física y mental; en el caso de la estabilidad y seguridad se enfoca hacia la esperanza de poder contar con un equipo de protección individual (EPI) adecuado y poder preservar la estabilidad emocional de los familiares de los pacientes; la necesidad de relación se manifestó principalmente como una necesidad de relaciones interpersonales, una necesidad de preocupación de la comunidad y una necesidad de afecto. Por último, se manifestó que se debe prestar más atención a las necesidades de las enfermeras clínicas para proteger su salud.	8/10
Yin et al, 2020 <sup>(40)</sup>	Entrevista en profundidad semiestructurada (30 min) - Sentimientos en los últimos días. - Grandes necesidades (ahora) - Consecuencias en vida personal - Experiencias de vida y cómo va a cambiar el trabajo			

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad estudios
<p>Boston (Estados Unidos)</p> <p>He et al, 2020<sup>(41)</sup></p>	<p>Estudio cualitativo</p> <p>Métodos</p>	<p>Residentes de Cirugía General (n=30)</p>	<p>Determinar las preocupaciones de los residentes de Cirugía General en formación para estar en la primera línea de la respuesta contra la enfermedad por coronavirus 2.019.</p> <p>Principales hallazgos</p>	<p>6/8</p>
<p>Grupo focal de discusión (entrevista)</p>	<p>La preocupación personal más comúnmente relacionada con el brote de COVID-19 fue la salud de la familia de los participantes (30 de 30 [100%]), seguida del riesgo de transmitir la infección por COVID-19 a los miembros de su familia (24 de 30 [80%]); riesgo de transmitir la infección a sus pacientes (19 de 30 [63%]), exceso de trabajo previsto para atender a un gran número de pacientes (15 de 30 [50%]) y el riesgo de contraer la infección de sus pacientes (8 de 30 [27%]).</p>			
<p>IC: Intervalo de confianza; OR: Odds ratio; SOS: Stress Overload Scale (rango 22–110; escala 1-5); SAS: Self-Rating Anxiety Scale (escala 1-4); GAD-7: Generalized Anxiety Disorder (rango 0-21; escala 0-3; Ansiedad mínima 0-4 / Ansiedad leve 5-9 / Ansiedad moderada 10-14 / Ansiedad severa <math>\geq 15</math>); CES-D: Center for Epidemiology Scale for Depression (rango 0-60; escala 0-3); PSQI-7: Pittsburgh Sleep Quality Index (rango 0-3; escala 0-21); PHQ-9: Patient Health Questionnaire depression module (escala 0-3; rango 0-27; Ninguna-Mínima 0-4 / Leve 5-9 / Moderada 10-14 / Algo severa 15-19 / Severa 20-27); ISI-7: Insomnia Severity Index (rango, 0-28); IES-R2: Impact of Event Scale-Revised (rango, 0-88); DASS-21: Depression Anxiety Stress Scales (Depresión: Normal 0-9 / Leve 10-13 / Moderada 14-20 / Severa 21-27 / Muy severa <math>\geq 28</math> // Ansiedad: Normal 0-7 / Leve 8-9 / Moderada 10-14 / Severa 15-19 / Muy severa <math>\geq 20</math> // Estrés: Normal 0-14 / Leve 15-18 / Moderado 19-25 / Severo 26-33 / Muy severa <math>\geq 34</math>; NRS: Numeric Rating Scale (0–10 puntos; Sin miedos 0 / Miedo leve 1–3 / Miedo moderado 4–6 / Miedo severo 7–9 / Miedo extremo y ansiedad psicológica 10); HAMA-14: Hamilton Anxiety Scale (escala 0-4; Sin ansiedad 0–6 / Ansiedad moderada 7–13 / Ansiedad severa <math>\geq 14</math>); HAM-D-17: Hamilton Depression Scale (escala 0-4; Normal 0–6 / Moderada 7–23 / Severa <math>\geq 24</math>); MBI: Maslach Burnout Inventory; SDS: Self-rating Depression Scale.</p>				

#### 4.1.3.1. Nivel de estrés

El nivel de estrés en profesionales sanitarios fue evaluado mediante la *Stress Overload Scale* (SOS) y las *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21: Estrés). En el estudio de Mo *et al.* (2020) muestran mediante la SOS (rango 22-110) que las enfermeras que luchan contra el brote ofrecen puntuaciones medias de 39'91 (SD=12'92), unos 10 puntos por encima de la media nacional en etapas anteriores a la COVID-19. Estos mismos autores determinan que hay dos factores especialmente susceptibles de aumentar los niveles de estrés en estas enfermeras: a medida que aumenta el número de horas de trabajo (>35 horas), más aumentan los niveles de estrés (50'89; SD=17'58), y si la enfermera es hija única estos valores también se incrementan (50'87; SD=10'47). Si bien es cierto que la muestra estaba compuesta por estudiantes universitarios en sus últimos años de carrera (Mo *et al.*, 2020).

El nivel de estrés también es estudiado por Chew *et al.* (2020) y Tan *et al.* (2020) mediante la herramienta DASS-21: Estrés. La variabilidad de las muestras permite ofrecer una visión más amplia de los valores según el lugar de procedencia de ésta. Chew *et al.* (2020) determinan que el 6'5% de los trabajadores sanitarios de Singapur y el 3'8% de los trabajadores sanitarios de India pertenecientes a 5 hospitales generales presentan algún nivel de estrés ( $\geq 15$ ). En el caso de Tan *et al.* (2020), la muestra se obtuvo de dos instituciones sanitarias de nivel tres, compuesta por profesionales sanitarios médicos (médicos y enfermeras) y profesionales sanitarios no médicos. Las puntuaciones de los individuos que presentan cierto nivel de estrés es de 6'4% para el personal médico y 6'9% para el personal no médico. En relación a las puntuaciones de la herramienta DASS-21: Estrés, se observa una cierta variabilidad en los resultados. Las puntuaciones en el estudio de Chew *et al.* (2020) son de 4'62 (SD=5'54) y en el de Tan *et al.* (2020) oscilan según el colectivo: 3'82 (SD=5'74) y 6'10 (SD=5'95) para profesionales sanitarios médicos y para profesionales sanitarios no médicos, respectivamente. En este sentido, el porcentaje de enfermeras que presentan altos niveles de estrés ocupacional antes de la pandemia oscilan entre un 41'1% y un 68'3% (Cheung y Yip, 2015; Gu, Tan y Zhao, 2019), cifras muy por encima de las planteadas por Chew *et al.* (2020) y Tan *et al.* (2020).

#### 4.1.3.2. Nivel de ansiedad

Para valorar el nivel de ansiedad los autores usaron las escalas *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7), *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS), *Depression Anxiety Stress Subscale* (DASS-21: Anxiety subscale) y *Hamilton Anxiety Scale* (HAMA-14). Para una muestra de 2250 trabajadores del sector sanitario (médicos, enfermeras y personal administrativo del sector sanitario), 802 (35'6%) obtienen puntuaciones por encima de 9 puntos en la escala GAD-7, destacando aquellos profesionales con menos de 35 años de edad y que gastan más de 3 horas al día buscando información sobre la COVID-19 (Huang y Zhao, 2020). Datos similares aportan los

estudios de Zhang *et al.* (2020) (con puntuaciones por encima de 5 en el 44'7% de la muestra) y el estudio realizado en 34 hospitales chinos de Lai *et al.* (2020) (con un 44'6%). Cabe señalar en este último estudio que las enfermeras que trabajan en primera línea de un hospital de segundo nivel de Wuhan (China) reportan peores puntuaciones para las mediciones realizadas sobre la salud mental de los trabajadores (Lai *et al.*, 2020). En otros estudios realizados en enfermeras y médicos donde el 31% de la muestra trabaja en zonas de alto riesgo de contagio, presentan una sintomatología de ansiedad media, moderada y severa el 34'4% (media GAD-7: 4'6), el 22'4% (media GAD-7: 8'2) y el 6'2% (media GAD-7: 15'1) de la población, respectivamente (Kang *et al.*, 2020).

El nivel de ansiedad es también evaluado por Mo *et al.* (2020) mediante la escala SAS, obteniendo una puntuación de 32'19 (SD=7'56) y presentando una correlación positiva con la escala SOS. La puntuación obtenida por Mo *et al.* (2020) se corresponde con la de Wang *et al.* (2020), ofreciendo una puntuación de 34'44 (SD=7'21), donde 9 de 123 del total (7%) tienen puntuaciones  $\geq 50$ . De igual forma, en cuanto a porcentajes, los estudios de Chew *et al.* (2020) y Tan *et al.* (2020) ofrecen cifras similares usando la DASS-21: Anxiety subscale, con puntuaciones de 15'7% y 10'8%, respectivamente, y algo superior, con un 25'5% de sintomatología de ansiedad moderada o severa, usando HAMA (especialmente en zonas de alto riesgo) (Lu, Wang, Lin y Li, 2020). En comparación, las puntuaciones actuales están algo por debajo de los 37'3% y 38% de las cifras pre-COVID-19 (Ding, Qu, Yu y Wang, 2014; Cheung y Yip, 2015).

#### 4.1.3.3. Nivel de depresión

La depresión es considerada un desorden mental habitual, con una prevalencia entre el 14'6% y el 11'1% en la población general (Bromet *et al.*, 2011). Para poder evaluar la presencia de síntomas depresivos se pueden usar las escalas Center for Epidemiology Scale for Depression (CES-D), Patient Health Questionnaire depression module (PHQ-9), Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21: Depression subscale), Hamilton Depression Scale (HAMD-17) y Self-rating Depression Scale (SDS). Para los estudios que usaron el PHQ-9, se observa que algo más de la mitad de los profesionales sanitarios que luchan contra la COVID-19 presenta sintomatología depresiva (Lai *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020), con valores especialmente severos (media PHQ-9: 15'1) en un 6'2% de los trabajadores que prestan asistencia en departamentos de alto riesgo en China (Kang *et al.*, 2020). En tres estudios incluidos en esta revisión, los valores porcentuales se encuentran por debajo de los anteriormente descritos. Por un lado, en una muestra de 2250 trabajadores sanitarios, 446 de ellos (19'8%) manifiestan sintomatología concordante con depresión en el estudio de Huang y Zhao (2020), algo menor a las encontradas por Lu *et al.* (2020) y Wang *et al.* (2020), que cuantifican la prevalencia de síntomas depresivos en un 12'1%

entre los profesionales sanitarios, especialmente aquellos que desarrollan sus funciones en departamentos de alto riesgo de contagio en el estudio de Lu *et al.* (2020), y donde un 25% (31 de 123) presenta puntuaciones SDS  $\geq 50$  (Wang *et al.*, 2020). Antes de la COVID-19 se observaba entre la población de enfermeras que desarrollaban su labor asistencial en hospitales de China una prevalencia alrededor del 32%-45'3%. Según los datos arrojados durante la pandemia, se muestran por encima y por debajo del rango pre-COVID-19, según cada estudio (Wei y Fu-Shen, 2007; Peng, 2012; Gong *et al.*, 2014).

Si se establece una comparación entre países, se puede observar en el estudio de Chew *et al.* (2020) que la presencia de este tipo de síntomas depresivos asciende a un 12'4% del total de sanitarios que desempeñan sus funciones en India y un 9% en Singapur. En este último país, otros autores como Chew *et al.* (2020) y Tan *et al.* (2020) también muestran resultados muy similares (8'1% de los profesionales sanitarios médicos frente al 10'3% de los profesionales sanitarios no médicos). Estos valores de India y Singapur pueden asemejarse a otros valores encontrados en muestras similares en Canadá, Francia y Estados Unidos (Letvak, Ruhm y McCoy, 2012).

#### 4.1.3.4. Otros factores

Como se ha comentado a lo largo del texto, los profesionales que prestan asistencia a pacientes positivos por SARS-CoV-2 trabajando en primera línea contra el virus ofrecen peores niveles de salud mental (estrés, ansiedad, depresión, *burnout*, miedo e insomnio) que los profesionales que trabajan en otros servicios (He, Stolarski, Whang y Kristo, 2020; Lai *et al.*, 2020; Lu *et al.*, 2020; Wu *et al.*, 2020), pero paradójicamente existen puntuaciones de traumatización vicaria o indirecta significativamente mayores en la población general, comparadas con una muestra de enfermeras que trabajan en primera línea (Li *et al.*, 2020).

En este sentido, algunos autores estudian cómo impactó el evento en los profesionales sanitarios, obteniéndose elevadas puntuaciones en la *Impact of Event Scale - Revised* (IES-R), por encima de 9 puntos en tres de cada cuatro profesionales (Zhang *et al.*, 2020). En el caso de Tan *et al.* (2020), obtienen puntuaciones medias de 9'40 (SD=10'08) y 5'85 (SD=9'24) entre los profesionales sanitarios no médicos y los profesionales sanitarios médicos, respectivamente, con resultados de estrés post-traumático (PTSD) de entre el 5'7% y el 7'4% entre los últimos (Chew *et al.*, 2020; Tan *et al.*, 2020).

Es indudable que los profesionales sanitarios tienen una serie de necesidades a nivel familiar, de salud, de conocimientos y de seguridad que se ven acrecentadas en situaciones de pandemia, pudiendo afectar a su desempeño profesional (Yin y Zeng, 2020). La preocupación personal más comúnmente relacionada con el brote de COVID-19 es la relacionada con la salud de la familia (30 de 30 [100%]) y en segundo lugar, se encuentra el riesgo de transmitir la

enfermedad a sus familiares (24 de 30 [80%]) y a sus pacientes (19 de 30 [63%]). En menor medida, la mitad de los participantes del estudio de He *et al.* (2020) muestra preocupación por tener que prestar asistencia a un número excesivo de pacientes, y un 27% manifiesta preocupación por el riesgo de ser contagiado.

En algunos casos, estas preocupaciones son manifestadas a través del insomnio que, sumado a veces a un aumento del número de horas de trabajo por las necesidades del servicio, hace que tanto la calidad como la cantidad del sueño se vean reducidas entre los profesionales sanitarios. Huang y Zhao (2020) estiman que el 23'6% de los sanitarios presentan una pobre calidad del sueño en tiempos de COVID-19 (PSQI-7: 1'32 [1'18-1'88]), cifras por debajo (23'6% frente a 38%) de las aportadas por Wang *et al.* (2020) (PSQI-7: 2'24 [0'96-5'23]). Los factores que pueden afectar al sueño de los profesionales, además de los expuestos con anterioridad, pueden estar relacionados con un nivel de estudios bajo, el tipo de ocupación (médico), el hecho de trabajar en unidades de aislamiento, no disponer de suficiente material de protección, estar preocupados por la posibilidad de ser contagiados y por el control de la epidemia, así como por no recibir apoyo por parte de la sociedad (Lu *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020). En este sentido, se observa que una pobre calidad y cantidad del sueño se puede asociar a niveles altos de depresión y ansiedad (Wang *et al.*, 2020).

## 4.2. Resultados de la fase 2: Estudio de campo

### 4.2.1. Depuración de la base de datos

Se recibieron un total de 1860 respuestas en el en el periodo comprendido entre enero de 2019 y enero de 2020. De estos resultados, se realizó una primera depuración en la que se encontraron:

- Observaciones duplicadas: **14.**
- Observaciones eliminadas: **46.** Causas:
  - Auxiliares de enfermería/TAE: 11
  - Médicos: 1
  - Extranjeros: 27
  - Incoherencias: 7

Tras una primera depuración de los resultados, se dispuso de 1799 observaciones. Posteriormente, se eliminaron todos los resultados que no estuvieran cumplimentados al 95% quedando finalmente 1704 resultados a incluir en el estudio.

## 4.2.2. Estudio descriptivo: Análisis de los datos obtenidos

## 4.2.2.1. Resultados de las variables sociodemográficas totales

De los 1704 participantes que proporcionaron datos analizables, de ellos un 18'1% (308 enfermeras) pertenecían al Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP), un 8'7% (149 enfermeras) formaban parte de los servicios de urgencias hospitalarias y de Servicios de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias (SUEE) y un 73'2% (1247 enfermeras) al resto de áreas.

<i>Servicio</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>		<i>Total</i>	
<i>Atención primaria</i>	44	2'58%	264	15'49%	308	18'08%
Atención primaria	44	2'58%	264	15'49%	308	18'08%
<i>Resto de áreas</i>	168	9'86%	1079	63'32%	1247	73'18%
Calidad y gestión	24	1'41%	46	2'70%	70	4'11%
Cardiología	0	0'00%	20	1'17%	20	1'17%
Cirugía	10	0'59%	71	4'17%	81	4'75%
Consultas externas	2	0'12%	17	1'00%	19	1'12%
Diálisis - Hemodiálisis	2	0'12%	20	1'17%	22	1'29%
Digestivo	0	0'00%	17	1'00%	17	1'00%
Docencia y/o investigación	7	0'41%	19	1'12%	26	1'53%
Geriatría	12	0'70%	77	4'52%	89	5'22%
Ginecología	0	0'00%	13	0'76%	13	0'76%
Hematología	4	0'23%	19	1'12%	23	1'35%
Laboratorio y anatomía patológica	3	0'18%	15	0'88%	18	1'06%
Maternidad	6	0'35%	51	2'99%	57	3'35%
Medicina interna	10	0'59%	98	5'75%	108	6'34%
Neumología	0	0'00%	10	0'59%	10	0'59%
Neurología	5	0'29%	13	0'76%	18	1'06%
Oncología y paliativos	2	0'12%	38	2'23%	40	2'35%
OTROS	12	0'70%	53	3'11%	65	3'81%
Paritorio	0	0'00%	6	0'35%	6	0'35%
Pediatría	7	0'41%	59	3'46%	66	3'87%
Polivalente	2	0'12%	46	2'70%	48	2'82%
PRL y vigilancia epidemiológica	3	0'18%	21	1'23%	24	1'41%
Psiquiatría y salud mental	12	0'70%	55	3'23%	67	3'93%
Quirófano	17	1'00%	97	5'69%	114	6'69%
Radiología	2	0'12%	9	0'53%	11	0'65%
Reanimación	1	0'06%	19	1'12%	20	1'17%
Traumatología	5	0'29%	34	2'00%	39	2'29%
UCI	16	0'94%	121	7'10%	137	8'04%
Urología y Nefrología	4	0'23%	15	0'88%	19	1'12%
<i>Urgencias/suee</i>	22	1'29%	127	7'45%	149	8'74%
SUEE	11	0'65%	39	2'29%	50	2'93%
Urgencias	11	0'65%	88	5'16%	99	5'81%
<b>Total general</b>	<b>234</b>	<b>13'73%</b>	<b>1470</b>	<b>86'27%</b>	<b>1704</b>	<b>100%</b>

Tabla 27. Distribución de la muestra por sexo y servicio

La edad media de los encuestados fue de 41'69 años (desviación típica 10'79; rango 22-68), siendo el 86'3% mujeres y la distancia media desde la residencia al centro de trabajo fue de 16'68 kilómetros (desviación típica 25, rango 0'01-200).

Servicio	Edad media	Media de km al centro de trabajo
Atención primaria	46'53	19'31
Urgencias / SUEE	39'99	24'87
Resto de áreas	40'68	15'05
<b>Total general</b>	<b>41'69</b>	<b>16'68</b>

Tabla 28. Edad y distancia media al centro de trabajo de la muestra

Se recogieron datos de residencia y centro de trabajo de todas las comunidades y ciudades autónomas, obteniéndose una mayor participación en la comunidad de Castilla la Mancha, donde residen un 16% (179) de los participantes y trabajan un 15'6% (174); seguida de la comunidad de Madrid, con un 12'8% (301) de residentes y un 13'3% (309) de trabajadores; la comunidad con menor representación fue La Rioja, con un 0'7% (16) y las dos ciudades autónomas, un 2'3% (22) Melilla y 0'3% (7) Ceuta, donde los porcentajes de residencia y lugar de trabajo coinciden.

Comunidad	Provincia de residencia				Provincia de trabajo				Total
	Atención Primaria	Resto de áreas	Urgencias y SUEE	Total	Atención Primaria	Resto de áreas	Urgencias y SUEE	Total	
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	
<b>Andalucía</b>	27 1'58%	121 7'10%	25 1'47%	173 10'15%	26 1'53%	122 7'16%	25 1'47%	173 10'15%	
Almería	3 0'18%	8 0'47%	1 0'06%	12 0'70%	3 0'18%	9 0'53%	1 0'06%	13 0'76%	
Cádiz	2 0'12%	14 0'82%	3 0'18%	19 1'12%	2 0'12%	13 0'76%	3 0'18%	18 1'06%	
Córdoba	4 0'23%	6 0'35%	1 0'06%	11 0'65%	4 0'23%	5 0'29%	1 0'06%	10 0'59%	
Granada	0 0'00%	11 0'65%	1 0'06%	12 0'70%	1 0'06%	11 0'65%	1 0'06%	13 0'76%	
Huelva	9 0'53%	19 1'12%	3 0'18%	31 1'82%	8 0'47%	20 1'17%	4 0'23%	32 1'88%	
Jaén	3 0'18%	12 0'70%	1 0'06%	16 0'94%	2 0'12%	12 0'70%	1 0'06%	15 0'88%	
Málaga	4 0'23%	22 1'29%	4 0'23%	30 1'76%	3 0'18%	22 1'29%	4 0'23%	29 1'70%	
Sevilla	2 0'12%	29 1'70%	11 0'65%	42 2'46%	3 0'18%	30 1'76%	10 0'59%	43 2'52%	
<b>Aragón</b>	20 1'17%	80 4'69%	10 0'59%	110 6'46%	21 1'23%	77 4'52%	10 0'59%	108 6'34%	
Huesca	1 0'06%	12 0'70%	3 0'18%	16 0'94%	1 0'06%	13 0'76%	3 0'18%	17 1'00%	
Teruel	3 0'18%	5 0'29%	2 0'12%	10 0'59%	5 0'29%	5 0'29%	2 0'12%	12 0'70%	
Zamora	2 0'12%	5 0'29%	2 0'12%	9 0'53%	2 0'12%	2 0'12%	2 0'12%	6 0'35%	
Zaragoza	14 0'82%	58 3'40%	3 0'18%	75 4'40%	13 0'76%	57 3'35%	3 0'18%	73 4'28%	
<b>Canarias</b>	26 1'53%	48 2'82%	6 0'35%	80 4'69%	26 1'53%	48 2'82%	6 0'35%	80 4'69%	
Las Palmas	20 1'17%	33 1'94%	3 0'18%	56 3'29%	20 1'17%	33 1'94%	3 0'18%	56 3'29%	
Tenerife	6 0'35%	15 0'88%	3 0'18%	24 1'41%	6 0'35%	15 0'88%	3 0'18%	24 1'41%	
<b>Cantabria</b>	10 0'59%	15 0'88%	1 0'06%	26 1'53%	10 0'59%	14 0'82%	1 0'06%	25 1'47%	

## 4.2. Resultados de la fase 2: Estudio de campo

Cantabria	10 0'59%	15 0'88%	1 0'06%	26 1'53%	10 0'59%	14 0'82%	1 0'06%	25 1'47%
<i>Castilla la Mancha</i>	29 1'70%	131 7'69%	19 1'12%	179 10'50%	30 1'76%	125 7'34%	19 1'12%	174 10'21%
Albacete	1 0'06%	11 0'65%	2 0'12%	14 0'82%	1 0'06%	12 0'70%	1 0'06%	14 0'82%
Ciudad Real	18 1'06%	86 5'05%	14 0'82%	118 6'92%	17 1'00%	88 5'16%	15 0'88%	120 7'04%
Cuenca	0 0'00%	4 0'23%	0 0'00%	4 0'23%	0 0'00%	0 0'00%	1 0'06%	1 0'06%
Guadalajara	5 0'29%	7 0'41%	2 0'12%	14 0'82%	6 0'35%	7 0'41%	2 0'12%	15 0'88%
Toledo	5 0'29%	23 1'35%	1 0'06%	29 1'70%	6 0'35%	18 1'06%	0 0'00%	24 1'41%
<i>Castilla León</i>	21 1'23%	122 7'16%	15 0'88%	158 9'27%	19 1'12%	125 7'34%	13 0'76%	157 9'21%
Ávila	0 0'00%	4 0'23%	2 0'12%	6 0'35%	0 0'00%	6 0'35%	2 0'12%	8 0'47%
Burgos	1 0'06%	21 1'23%	7 0'41%	29 1'70%	1 0'06%	24 1'41%	7 0'41%	32 1'88%
León	5 0'29%	16 0'94%	0 0'00%	21 1'23%	4 0'23%	16 0'94%	0 0'00%	20 1'17%
Palencia	2 0'12%	8 0'47%	0 0'00%	10 0'59%	1 0'06%	8 0'47%	0 0'00%	9 0'53%
Salamanca	6 0'35%	30 1'76%	1 0'06%	37 2'17%	6 0'35%	30 1'76%	0 0'00%	36 2'11%
Segovia	1 0'06%	10 0'59%	0 0'00%	11 0'65%	1 0'06%	10 0'59%	0 0'00%	11 0'65%
Soria	4 0'23%	3 0'18%	1 0'06%	8 0'47%	4 0'23%	3 0'18%	1 0'06%	8 0'47%
Valladolid	2 0'12%	30 1'76%	4 0'23%	36 2'11%	2 0'12%	28 1'64%	3 0'18%	33 1'94%
<i>Cataluña</i>	41 2'41%	138 8'10%	8 0'47%	187 10'97%	41 2'41%	137 8'04%	9 0'53%	187 10'97%
Barcelona	30 1'76%	101 5'93%	5 0'29%	136 7'98%	29 1'70%	104 6'10%	6 0'35%	139 8'16%
Gerona	5 0'29%	6 0'35%	0 0'00%	11 0'65%	6 0'35%	3 0'18%	0 0'00%	9 0'53%
Lérida	3 0'18%	4 0'23%	1 0'06%	8 0'47%	2 0'12%	3 0'18%	1 0'06%	6 0'35%
Tarragona	3 0'18%	27 1'58%	2 0'12%	32 1'88%	4 0'23%	27 1'58%	2 0'12%	33 1'94%
<i>Ceuta</i>	0 0'00%	6 0'35%	1 0'06%	7 0'41%	0 0'00%	6 0'35%	1 0'06%	7 0'41%
Ceuta	0 0'00%	6 0'35%	1 0'06%	7 0'41%	0 0'00%	6 0'35%	1 0'06%	7 0'41%
<i>Com. Madrid</i>	20 1'17%	249 14'61%	32 1'88%	301 17'66%	20 1'17%	256 15'02%	33 1'94%	309 18'13%
Madrid	20 1'17%	249 14'61%	32 1'88%	301 17'66%	20 1'17%	256 15'02%	33 1'94%	309 18'13%
<i>Com. Foral Navarra</i>	25 1'47%	18 1'06%	1 0'06%	44 2'58%	24 1'41%	18 1'06%	1 0'06%	43 2'52%
Navarra	25 1'47%	18 1'06%	1 0'06%	44 2'58%	24 1'41%	18 1'06%	1 0'06%	43 2'52%
<i>Com. Valenciana</i>	28 1'64%	62 3'64%	5 0'29%	95 5'58%	28 1'64%	64 3'76%	5 0'29%	97 5'69%
Alicante	10 0'59%	19 1'12%	2 0'12%	31 1'82%	10 0'59%	21 1'23%	2 0'12%	33 1'94%
Castellón	2 0'12%	4 0'23%	0 0'00%	6 0'35%	2 0'12%	4 0'23%	0 0'00%	6 0'35%
Valencia	16 0'94%	39 2'29%	3 0'18%	58 3'40%	16 0'94%	39 2'29%	3 0'18%	58 3'40%
<i>Extremadura</i>	7 0'41%	29 1'70%	3 0'18%	39 2'29%	6 0'35%	28 1'64%	4 0'23%	38 2'23%
Badajoz	3 0'18%	10 0'59%	2 0'12%	15 0'88%	3 0'18%	11 0'65%	2 0'12%	16 0'94%
Cáceres	4 0'23%	19 1'12%	1 0'06%	24 1'41%	3 0'18%	17 1'00%	2 0'12%	22 1'29%
<i>Galicia</i>	15 0'88%	103 6'04%	10 0'59%	128 7'51%	15 0'88%	105 6'16%	10 0'59%	130 7'63%
A Coruña	10 0'59%	62 3'64%	6 0'35%	78 4'58%	9 0'53%	64 3'76%	6 0'35%	79 4'64%
Lugo	1 0'06%	22 1'29%	0 0'00%	23 1'35%	2 0'12%	21 1'23%	0 0'00%	23 1'35%
Orense	3 0'18%	7 0'41%	1 0'06%	11 0'65%	3 0'18%	9 0'53%	1 0'06%	13 0'76%
Pontevedra	1 0'06%	12 0'70%	3 0'18%	16 0'94%	1 0'06%	11 0'65%	3 0'18%	15 0'88%
<i>Islas Baleares</i>	4 0'23%	17 1'00%	3 0'18%	24 1'41%	4 0'23%	17 1'00%	3 0'18%	24 1'41%
Baleares	4 0'23%	17 1'00%	3 0'18%	24 1'41%	4 0'23%	17 1'00%	3 0'18%	24 1'41%
La Rioja	5 0'29%	10 0'59%	1 0'06%	16 0'94%	5 0'29%	10 0'59%	1 0'06%	16 0'94%
La Rioja	5 0'29%	10 0'59%	1 0'06%	16 0'94%	5 0'29%	10 0'59%	1 0'06%	16 0'94%
<i>Melilla</i>	3 0'18%	18 1'06%	1 0'06%	22 1'29%	3 0'18%	18 1'06%	1 0'06%	22 1'29%
Melilla	3 0'18%	18 1'06%	1 0'06%	22 1'29%	3 0'18%	18 1'06%	1 0'06%	22 1'29%
<i>País Vasco</i>	10 0'59%	41 2'41%	4 0'23%	55 3'23%	10 0'59%	41 2'41%	4 0'23%	55 3'23%

Álava	2	0'12%	5	0'29%	0	0'00%	7	0'41%	2	0'12%	4	0'23%	0	0'00%	6	0'35%
Guipúzcoa	3	0'18%	14	0'82%	2	0'12%	19	1'12%	3	0'18%	16	0'94%	2	0'12%	21	1'23%
Vizcaya	5	0'29%	22	1'29%	2	0'12%	29	1'70%	5	0'29%	21	1'23%	2	0'12%	28	1'64%
Principado Asturias	10	0'59%	15	0'88%	2	0'12%	27	1'58%	9	0'53%	14	0'82%	2	0'12%	25	1'47%
Asturias	10	0'59%	15	0'88%	2	0'12%	27	1'58%	9	0'53%	14	0'82%	2	0'12%	25	1'47%
Región de Murcia	6	0'35%	16	0'94%	1	0'06%	23	1'35%	6	0'35%	12	0'70%	1	0'06%	19	1'12%
Murcia	6	0'35%	16	0'94%	1	0'06%	23	1'35%	6	0'35%	12	0'70%	1	0'06%	19	1'12%
Sin respuesta	1	0'06%	8	0'47%	1	0'06%	10	0'59%	5	0'29%	10	0'59%	0	0'00%	15	0'88%
Sin respuesta	1	0'06%	8	0'47%	1	0'06%	10	0'59%	5	0'29%	10	0'59%	0	0'00%	15	0'88%
Total general	308	18'08%	1247	73'18%	149	8'74%	1704	100%	308	18'08%	1247	73'18%	149	8'74%	1704	100%

Tabla 29. Provincias de trabajo y residencia de la muestra

La mayor parte de los participantes trabajan en un hospital público (o con concierto) (59'91%, 1019) o centro de salud (20'56%, 329). Un 49'01% (801) de los participantes ha permanecido en su centro de trabajo actual más de diez años.

Tiempo trabajando en el centro actual	Atención Primaria		Urgencias y SUEE		Resto de áreas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 30 días.	16	5'19%	1	0'67%	24	1'92%	41	2'41%
Entre 1 y 6 meses.	33	10'71%	13	8'72%	96	7'70%	142	8'33%
Entre 6 meses y 2 años.	48	15'58%	12	8'05%	153	12'27%	213	12'50%
Entre 2 y 5 años.	49	15'91%	21	14'09%	178	14'27%	248	14'55%
Entre 5 y 10 años.	38	12'34%	41	27'52%	180	14'43%	259	15'20%
Más de 10 años.	124	40'26%	61	40'94%	616	49'40%	801	47'01%
Total general	308	18'08%	149	8'74%	1247	73'18%	1704	100%

Tabla 30. Tiempo de trabajo en el centro actual

Son funcionarios el 27'73% (484), fijos (contrato indefinido), un 28'99% (484), interinos un 21'03% (358) y temporales un 19'44% (360); el resto de relaciones contractuales (fijos discontinuos, temporales con contrato de formación, etc.) acumulan cada uno de ellos menos del 1'5% de los casos.

Relación laboral con la entidad actual	Atención Primaria		Urgencias y DCCU		Resto de áreas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin contrato	0	0%	0	0%	2	0'16%	2	0'12%
Soy becario/a	0	0%	0	0%	3	0'24%	3	0'18%
Soy temporal con contrato formativo (contrato temporal para la formación, en prácticas)	3	0'97%	4	2'68%	21	1'68%	28	1'64%

## 4.2. Resultados de la fase 2: Estudio de campo

Soy temporal (contrato por obra y servicio, circunstancias de la producción, etc.)	51	16'56%	25	16'78%	284	22'77%	360	21'13%
Soy interino	59	19'16%	41	27'52%	258	20'69%	358	21'01%
Soy fijo discontinuo	6	1'95%	2	1'34%	14	1'12%	22	1'29%
Soy fijo (tengo un contrato indefinido,...)	65	21'10%	39	26'17%	380	30'47%	484	28'40%
Soy funcionario/estatutario	124	40'26%	38	25'50%	285	22'85%	447	26'23%
<i>Total general</i>	<i>308</i>	<i>18'08%</i>	<i>149</i>	<i>8'74%</i>	<i>1247</i>	<i>73'18%</i>	<i>1704</i>	<i>100%</i>

Tabla 31. Tipo de relación laboral con la entidad actual

Poseen contrato a tiempo completo el 92'47% (1567) de las enfermeras encuestadas, teniendo reducción de jornada el 9'89% de estos.

Su contrato es ...	Atención Primaria		Urgencias y SUEE		Resto de áreas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A tiempo completo con reducción de jornada	21	6'82%	16	10'74%	118	9'46%	155	9'10%
A tiempo completo.	275	89'29%	117	78'52%	1020	81'80%	1412	82'86%
A tiempo parcial con reducción de jornada	2	0'65%	7	4'70%	19	1'52%	28	1'64%
A tiempo parcial.	10	3'25%	9	6'04%	90	7'22%	109	6'40%
<i>Total general</i>	<i>308</i>	<i>18'08%</i>	<i>149</i>	<i>8'74%</i>	<i>1247</i>	<i>73'18%</i>	<i>1704</i>	<i>100%</i>

Tabla 32. Tipo de contrato

Además, realizan un trabajo que consideran que se corresponde a su categoría profesional el 70'64% (1188), mientras que un 20'54% (362) piensan que su trabajo está por encima de su categoría y el resto por debajo (3'67%, 73) o no lo sabe (5'05%, 81). Así mismo, un 17'08% (291) considera que ha ascendido de categoría.

El trabajo que realiza se corresponde a la categoría profesional	Atención Primaria		Urgencias y SUEE		Resto de áreas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No lo sé	16	5'19%	5	3'36%	60	4'81%	81	4'75%
No, está por debajo	15	4'87%	3	2'01%	55	4'41%	73	4'28%
No, está por encima	42	13'64%	34	22'82%	286	22'94%	362	21'24%
Sí	235	76'30%	107	71'81%	846	67'84%	1188	69'72%
<i>Total general</i>	<i>308</i>	<i>18'08%</i>	<i>149</i>	<i>8'74%</i>	<i>1247</i>	<i>73'18%</i>	<i>1704</i>	<i>100%</i>

Tabla 33. El trabajo que realiza se corresponde a la categoría profesional

Ha ascendido de categoría o grupo profesional	Atención Primaria		Urgencias y SUEE		Resto de áreas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No	259	84'09%	136	91'28%	1018	81'64%	1413	82'92%
Sí	49	15'91%	13	8'72%	229	18'36%	291	17'08%
<b>Total general</b>	<b>308</b>	<b>18'08%</b>	<b>149</b>	<b>8'74%</b>	<b>1247</b>	<b>73'18%</b>	<b>1704</b>	<b>100%</b>

Tabla 34. Ascenso de categoría profesional

Los horarios de trabajo más usuales incluyen trabajar tanto entre semana como fines de semanas y festivos en el 54'97% (968) de los casos o de lunes a viernes en el 31'47% (525) de los casos. Un 37'29% (465) del resto de áreas notifican posibles cambios de turnos, seguidas de las enfermeras de Urgencias y SUEE (30'20%, 45) y de las enfermeras de Atención Primaria (14'29%, 44).

El horario de trabajo incluye trabajar...	Atención Primaria		Urgencias y SUEE		Resto de áreas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
De lunes a viernes	193	62'66%	8	5'37%	324	25'98%	525	30'81%
De lunes a viernes y, excepcionalmente, sábados, domingos y festivos	65	21'10%	3	2'01%	96	7'70%	164	9'62%
De lunes a sábado	12	3'90%	0	0'00%	32	2'57%	44	2'58%
Sólo fines de semana o festivos	3	0'97%	0	0'00%	0	0'00%	3	0'18%
Tanto entre semana como fines de semana y festivos	35	11'36%	138	92'62%	795	63'75%	968	56'81%
<b>Total general</b>	<b>308</b>	<b>18'08%</b>	<b>149</b>	<b>8'74%</b>	<b>1247</b>	<b>73'18%</b>	<b>1704</b>	<b>100%</b>

Tabla 35. Horario de trabajo

Cambios en horario o turnos de trabajo	Atención Primaria		Urgencias y SUEE		Resto de áreas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No	264	85'71%	104	69'80%	782	62'71%	1150	67'49%
Sí	44	14'29%	45	30'20%	465	37'29%	554	32'51%
<b>Total general</b>	<b>308</b>	<b>18'08%</b>	<b>149</b>	<b>8'74%</b>	<b>1247</b>	<b>73'18%</b>	<b>1704</b>	<b>100%</b>

Tabla 36. Cambios en horario o turnos de trabajo

El 24'08% (441) de los participantes cobran un importe neto al mes inferior o igual a 1500 €, aproximadamente un 50% (47'52%, 838) recibe entre 1501 y 2100 €, hasta 2400 € reciben un 17'2% (263) más y superior a esta cantidad un 11'21% (162).

## 4.2. Resultados de la fase 2: Estudio de campo

Importe neto aproximado que cobra al mes	Atención Primaria		Urgencias y SUEE		Resto de áreas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
600 euros o menos	1	0'32%	1	0'67%	11	0'88%	13	0'76%
Entre 601 y 900 euros	4	1'30%	9	6'04%	49	3'93%	62	3'64%
Entre 901 y 1.200 euros	15	4'87%	10	6'71%	124	9'94%	149	8'74%
Entre 1.201 y 1.500 euros	15	4'87%	19	12'75%	183	14'68%	217	12'73%
Entre 1.501 y 1.800 euros	61	19'81%	51	34'23%	313	25'10%	425	24'94%
Entre 1.801 y 2.100 euros	73	23'70%	37	24'83%	303	24'30%	413	24'24%
Entre 2.101 y 2.400 euros	86	27'92%	16	10'74%	161	12'91%	263	15'43%
Entre 2.401 y 2.700 euros	33	10'71%	3	2'01%	49	3'93%	85	4'99%
Entre 2.701 y 3.000 euros	15	4'87%	1	0'67%	33	2'65%	49	2'88%
Más de 3.000 euros	5	1'62%	2	1'34%	21	1'68%	28	1'64%
<b>Total general</b>	<b>308</b>	<b>18'08%</b>	<b>149</b>	<b>8'74%</b>	<b>1247</b>	<b>73'18%</b>	<b>1704</b>	<b>100%</b>

Tabla 37. Importe neto aproximado que cobra al mes

Su actividad profesional precisa de la ejecución de tareas fuera de su horario de trabajo	Atención Primaria		Urgencias y SUEE		Resto de áreas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No	94	30'52%	71	47'65%	459	36'81%	624	36'62%
Rara vez al mes	92	29'87%	49	32'89%	324	25'98%	465	27'29%
Bastantes veces al mes	48	15'58%	11	7'38%	200	16'04%	259	15'20%
Sí	73	23'70%	18	12'08%	262	21'01%	353	20'72%
NS/NC	1	0'32%	0	0'00%	2	0'16%	3	0'18%
<b>Total general</b>	<b>308</b>	<b>18'08%</b>	<b>149</b>	<b>8'74%</b>	<b>1247</b>	<b>73'18%</b>	<b>1704</b>	<b>100%</b>

Tabla 38. Necesidad de ejecutar tareas fuera de su horario de trabajo para su actividad profesional

## 4.2.3. Resultados descriptivos

El número de casos, porcentaje, puntuaciones medias y desviaciones típicas de los tres test analizados: CoPsoQ-istas21, UWES y GHQ para cada una de sus dimensiones se muestran en la **tabla 39**, tanto globalmente como por tipo de servicio.

		EBAP	Urgencias SUEE	Resto de áreas	Total general
Nº casos		308	149	1247	1704
Porcentaje		18'08%	8'74%	73'18%	100%
		Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)
CoPsoQ-istas21	Exigencias psicológicas (0-20)	11'97 (2'80)	13'96 (2'75)	13'54 (2'82)	13'29 (2'88)
	Trabajo activo y desarrollo de habilidades (0-20)	7'75 (3'22)	9'47 (3'05)	8'65 (3'16)	8'56 (3'19)
	Apoyo social a las empresas (0-20)	7'60 (3'37)	9'03 (3'20)	8'44 (3'19)	8'34 (3'24)
	Compensaciones(0-12)	4'60 (2'77)	5'50 (2'64)	5'29 (2'82)	5'19 (2'81)
	Doble presencia (0-8)	3'37 (1'64)	3'81 (1'74)	3'52 (1'68)	3'52 (1'68)
UWES	Vigor (0-6)	4'44 (1'29)	4'00 (1'35)	3'98 (1'36)	4'06 (1'36)
	Dedicación (0-6)	4'70 (1'32)	4'39 (1'49)	4'31 (1'45)	4'39 (1'44)
	Absorción (0-6)	4'63 (1'28)	4'07 (1'56)	4'21 (1'42)	4'27 (1'42)
	UWES Total (0-6)	4'59 (1'21)	4'15 (1'38)	4'17 (1'30)	4'24 (1'30)
GHQ	Cuestionario general de salud –Escala Likert	13'34 (6'14)	15'31 (6'52)	14'76 (6'46)	14'55 (6'43)
	Cuestionario general de salud –Escala dicotómica	2'94 (3'41)	4'17 (3'79)	3'87 (3'70)	3'73 (3'67)

Tabla 39. Número de casos, porcentaje, puntuaciones medias y desviaciones típicas de los tres test analizados: CoPsoQ-istas21, UWES y GHQ para cada una de las dimensiones

#### 4.2.3.1. Test CoPsoQ-istas21

La mayor parte de los participantes en el estudio presentaron una prevalencia de nivel alto, dado que más del 50% de ellos perciben el nivel de riesgo alto (color rojo); salvo en la dimensión Compensaciones que presentaron un nivel medio-alto (**Tabla 40**). En este sentido destacó una prevalencia superior en los servicios de urgencias-SUEE para las cinco dimensiones, sobre todo en las dimensiones Exigencias psicológicas y Apoyo social a las empresas con 80'5% y 79'2% respectivamente. En contraposición, el grupo EBAP presentó un ligero descenso del riesgo, con respecto al resto de servicios, siendo la prevalencia inferior al 50% en las dimensiones Trabajo activo y desarrollo de habilidades (39'3%), Compensaciones (33'1%) y Doble presencia (48'7%) donde se pudo afirmar que el riesgo es medio-alto. Ninguna de las dimensiones se presentó como factor protector; dado que en ninguno de los casos la prevalencia presentó un alto porcentaje de riesgo bajo.

## 4.2. Resultados de la fase 2: Estudio de campo

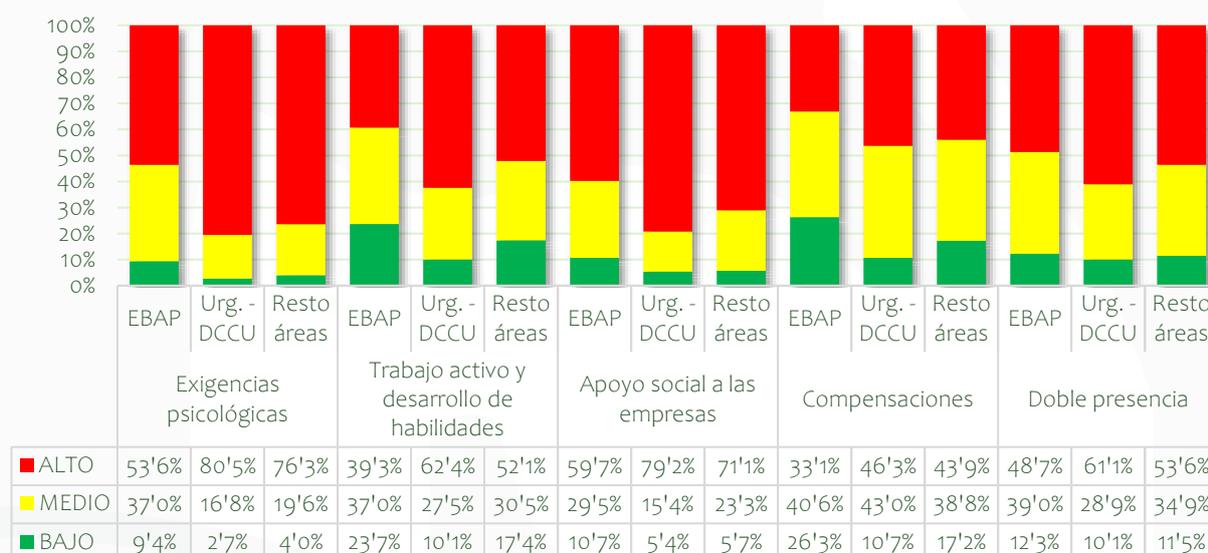


Tabla 40. Prevalencia de niveles de riesgo por dimensión y servicio

## 4.2.3.2. Test UWES

La **tabla 41** muestra que más del 75% de los EBAP obtuvieron un porcentaje promedio de 5 o 6 en todas las subescalas y en el puntaje total. En lo que respecta a los servicios de urgencias-SUEE los porcentajes asociados a promedios de 5 o 6 fueron del 57'72% en vigor, 71'14% en dedicación y 62'42% en absorción; mientras que, para el resto de áreas los porcentajes fueron 58'46%, 69'61% y 69'81% respectivamente y en ambos servicios este porcentaje del total fue ligeramente superior al 62%. Concretamente, en todas las áreas bajo estudio, más del 30% reportó que experimenta estos sentimientos todos los días; en comparación con menos de una media algo superior al 2% que lo hace algunas veces por año. Esto significa que una cantidad considerable de sanitarios obtuvieron puntajes altos en engagement, mientras que fueron pocos los que reportaron sentimientos de engagement, con la frecuencia de una vez al año o menos.

Más de la mitad de las enfermeras se califican altas en vigor, dado que sus puntajes promedio se presentan entre 5 o 6 en la escala, mientras que menos del 10% de los puntajes promedian 1 o 2. Concretamente, en todas las áreas bajo estudio, más del 30% reportó que experimenta este sentimiento todos los días; en comparación con menos de un 2% que lo hace algunas veces por año. Destacables son los resultados obtenidos en el área de Atención Primaria, quienes en más de un 75% de los casos experimentan vigor todos los días o algunas veces por semana.

En relación a la dedicación, 7 de cada 10 enfermeras manifiestan sentimientos de dedicación todos los días o alguna vez por semana y entre el grupo de Atención Primaria el porcentaje sobrepasa ligeramente del 80%.

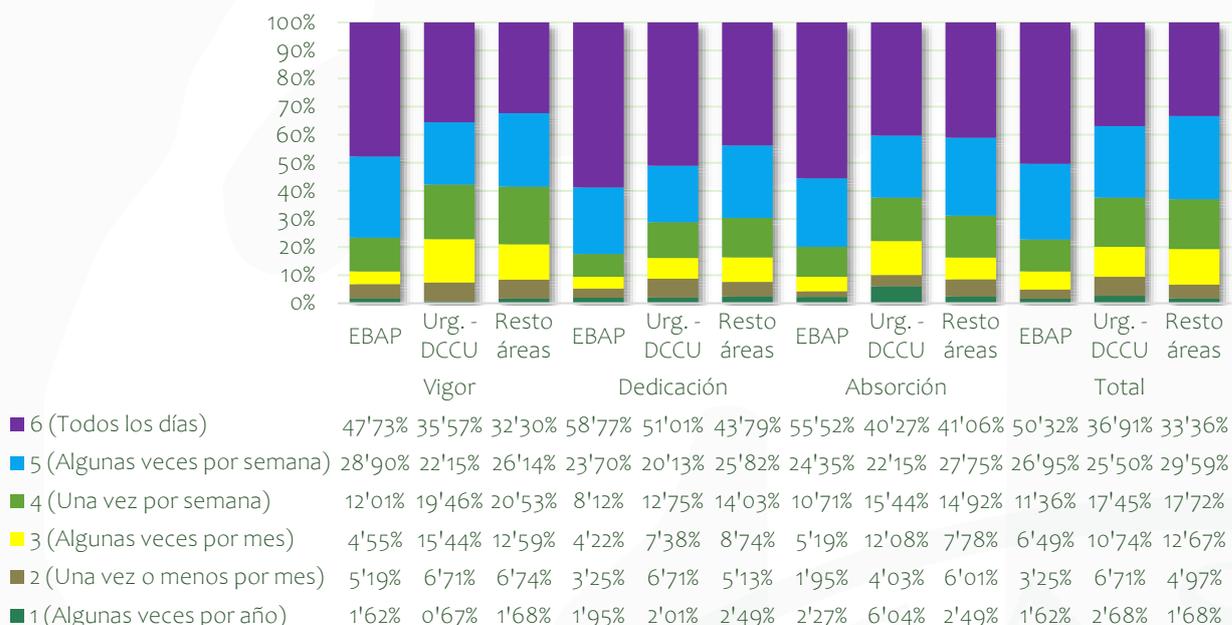


Tabla 41. Prevalencia de las seis categorías de las escalas vigor, dedicación, absorción y total, distinguiendo grupos de atención al paciente

### 4.2.3.3. Test GHQ

Las valoraciones del test GHQ se dibujan a través de los diagramas de columnas asociados a cada uno de los servicios y al conjunto total de profesionales en la figura 17.

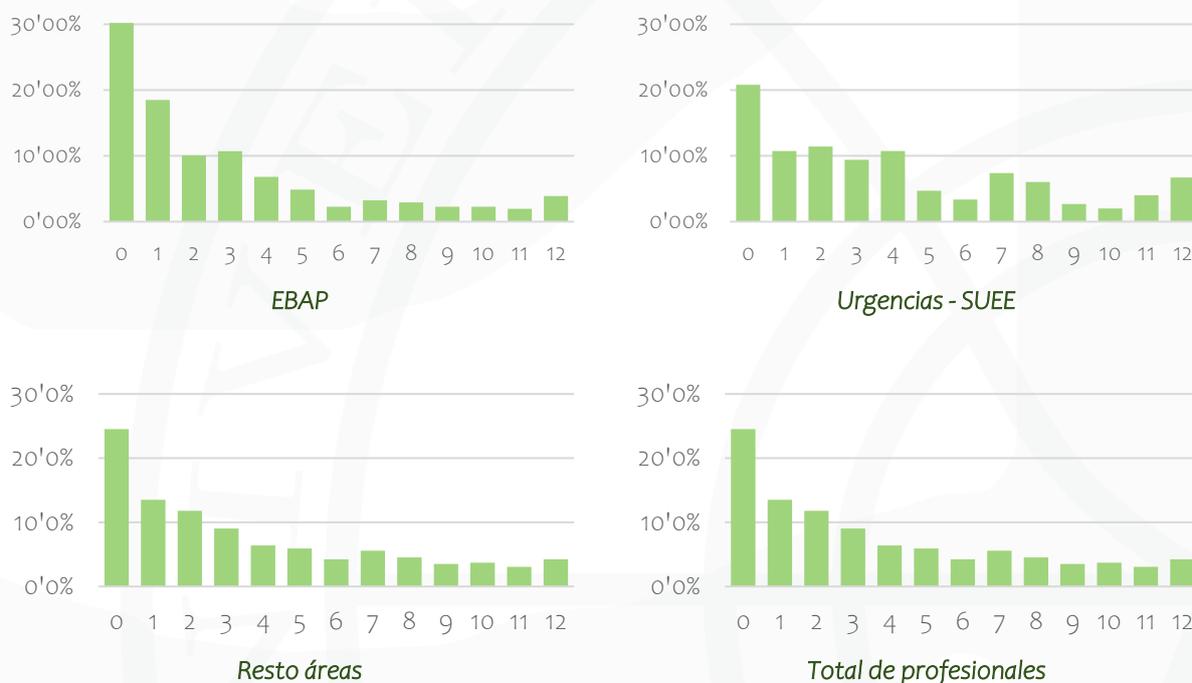


Figura 17. Diagramas de puntuaciones GHQ para los servicios EBAP, urgencias-SUEE, resto de áreas y total de profesionales.

## 4.2. Resultados de la fase 2: Estudio de campo

Así mismo se debe destacar el posicionamiento de los valores centrales; así como la asimetría a la derecha en todos los casos, véase la **tabla 42**. Un 41'14% (n=701) profesionales puntúan el test GHQ con valores superiores a 3; este porcentaje fue inferior en el caso de los EBAP (30'52%, 94), ligeramente superior para los servicios de urgencias/SUEE (47'65%, 71) y muy parecido en el resto de áreas (42'98%, 536). Tras un análisis más exhaustivo, la detección de valores atípicos superiores, permitió afirmar que un 19'01% (n=324) profesionales podrían ser considerados como altos en términos de deterioro de salud mental; este porcentaje era de un 10'39% (n=32) en el caso de los profesionales de EBAP y nulo para los servicios de urgencias/SUEE y resto de áreas.

<i>GHQ-12 (Escala dicotómica)</i>	<i>EBAP</i>	<i>Urgencias-SUEE</i>	<i>Resto áreas</i>	<i>Total</i>
Nº casos	308	149	1247	1704
Porcentaje	18'08%	8'74%	73'18%	100%
Media	2'94	4'17	3'87	3'73
Mediana	2	3	3	3
Moda	0	0	0	0
Desviación estándar	3'41	3'79	3'70	3'67
Coefficiente de asimetría	1'28	0'70	0'72	0'81
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	12	12	12	12
Nº atípicos superiores	32	0	0	324
Porcentaje atípicos superiores	10'39%	0%	0%	19'01%
Casos con puntuaciones >3	94	71	536	701
Porcentaje puntuaciones >3	30'52%	47'65%	42'98%	41'14%

Tabla 42. Descriptiva del test GHQ-12 para los servicios EBAP, urgencias-SUEE, resto de áreas y total de profesionales

#### 4.2.4. Resultados analíticos de contraste de hipótesis

Se recogieron los estadísticos y p-valores de la prueba de Kruskal-Wallis que permitió afirmar que existían diferencias significativas en las puntuaciones medias de las distintas dimensiones según el tipo de servicio.

	Nº casos	EBAP	Urgencias SUEE	Resto de áreas	Total general	Test de Kruskal-Wallis de muestras independientes	
	Porcentaje	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	$\chi^2$	P-valor
CoPsoQ-istas21	Exigencias psicológicas (0-20)	11'97 (2'80)	13'96 (2'75)	13'54 (2'82)	13'29 (2'88)	82'460	0'000
	Trabajo activo y desarrollo de habilidades (0-20)	7'75 (3'22)	9'47 (3'05)	8'65 (3'16)	8'56 (3'19)	33'261	0'000
	Apoyo social a las empresas (0-20)	7'60 (3'37)	9'03 (3'20)	8'44 (3'19)	8'34 (3'24)	24'004	0'000
	Compensaciones (0-12)	4'60 (2'77)	5'50 (2'64)	5'29 (2'82)	5'19 (2'81)	19'832	0'000
	Doble presencia (0-8)	3'37 (1'64)	3'81 (1'74)	3'52 (1'68)	3'52 (1'68)	7'464	0'024
UWES	Vigor (0-6)	4'44 (1'29)	4'00 (1'35)	3'98 (1'36)	4'06 (1'36)	34'029	0'000
	Dedicación (0-6)	4'70 (1'32)	4'39 (1'49)	4'31 (1'45)	4'39 (1'44)	21'777	0'000
	Absorción (0-6)	4'63 (1'28)	4'07 (1'56)	4'21 (1'42)	4'27 (1'42)	21'150	0'000
	UWES Total (0-6)	4'59 (1'21)	4'15 (1'38)	4'17 (1'30)	4'24 (1'30)	31'886	0'000
GHQ	Cuestionario general de salud – Escala Likert	13'34 (6'14)	15'31 (6'52)	14'76 (6'46)	14'55 (6'43)	17'713	0'000
	Cuestionario general de salud – Escala dicotómica	2'94 (3'41)	4'17 (3'79)	3'87 (3'70)	3'73 (3'67)	19'778	0'000

Tabla 43. Número de casos, porcentaje, puntuaciones medias y desviaciones típicas de los tres test analizados: CoPsoQ-istas21, UWES y GHQ para cada una de sus dimensiones. Test de Kruskal-Wallis de muestras independientes

Previamente, para cada una de las dimensiones se estudió, por servicio y de forma total, la normalidad de los datos, con el test de Kolmogorov-Smirnov, rechazándose en todo caso. En la valoración de las enfermeras predominó una mayor puntuación media de los profesionales del servicio de urgencias-SUEE en todas las dimensiones de los test CoPsoQ-istas21 y GHQ; mientras que, en las dimensiones del test UWES aventajó el servicio EBAP.

La prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes, con corrección de Bonferroni, evidenció que percepciones de las enfermeras diferían significativamente según el servicio, los estadísticos y p-valores asociados a esta prueba fueron recogidos en la **tabla 44**.

## 4.2. Resultados de la fase 2: Estudio de campo

Prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes		EBAP		EBAP		Urgencias-SUEE	
		Urgencias-SUEE	Resto de áreas				
Test	Dimensión	Estadístico	p-valor	Estadístico	p-valor	Estadístico	p-valor
CoPsoQ-istas21	Exigencias psicológicas (0-20)	14006'0	0'000	252658'0	0'000	85641'0	0'116
	Trabajo activo y desarrollo de habilidades (0-20)	15871'5	0'000	223618'0	0'000	79275'5	0'003
	Apoyo social a las empresas (0-20)	17170'5	0'000	221095'0	0'000	83682'5	0'046
	Compensaciones (0-12)	18253'5	0'000	221130'5	0'000	88538'5	0'345
	Doble presencia (0-8)	19425'5	0'007	203391'5	0'101	84151'5	0'055
UWES	Vigor (0-6)	27469'0	0'001	151159'5	0'000	91903'0	0'829
	Dedicación (0-6)	25636'5	0'040	159217'5	0'000	88572'5	0'350
	Absorción (0-6)	27744'0	0'000	156665'0	0'000	96429'0	0'446
	UWES Total (0-6)	27297'5	0'001	152308'0	0'000	92034'0	0'852
GHQ	Cuestionario general de salud –Escala Likert	18307'0	0'000	219137'5	0'000	88031'5	0'294
	Cuestionario general de salud –Escala dicotómica	18290'0	0'000	220838'5	0'000	88174'0	0'305

Tabla 44. Estadísticos y p-valores asociados a la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes

Los participantes reflejaron diferencias significativas, en todas las dimensiones de los tres test, al contrastar los servicios EBAP con, por un lado, el servicio de urgencias-SUEE y, por otro, con el resto de áreas; salvo en el caso de la dimensión que recoge la doble presencia, en el test CoPsoQ-istas21, donde las diferencias entre los servicios EBAP y resto de áreas no mostraron diferencias significativas ( $p=0'101$ ). Sin embargo, al contrastar los servicios urgencias-SUEE con el resto de áreas las diferencias entre estos dos grupos no fueron significativas; excepto en las dimensiones referidas al trabajo activo y desarrollo de habilidades ( $p=0'003$ ) y apoyo social a las empresas ( $p=0'046$ ) del test CoPsoQ-istas21 con mayor puntuación media en el servicio de urgencias-SUEE.

## 4.2.4.1. Test CoPsoQ-istas21

En primer lugar, se va a comenzar con la Prueba 1 CoPsoQ-istas21 a la que se le va a realizar las oportunas pruebas de normalidad y contraste de hipótesis.

	EBAP	Urgencias SUEE	Resto de áreas	Total general
Nº casos	308	149	1247	1704
Porcentaje	18'08%	8'74%	73'18%	100%
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)
Exigencias psicológicas (0-20)	11'97 (2'80)	13'96 (2'75)	13'54 (2'82)	13'29 (2'88)
Trabajo activo y desarrollo de habilidades (0-20)	7'75 (3'22)	9'47 (3'05)	8'65 (3'16)	8'56 (3'19)
CoPsoQ-istas21 Apoyo social a las empresas (0-20)	7'60 (3'37)	9'03 (3'20)	8'44 (3'19)	8'34 (3'24)
Compensaciones (0-12)	4'60 (2'77)	5'50 (2'64)	5'29 (2'82)	5'19 (2'81)
Doble presencia (0-8)	3'37 (1'64)	3'81 (1'74)	3'52 (1'68)	3'52 (1'68)

Tabla 45. Nº de casos, porcentajes y puntuaciones medias de las dimensiones del CoPsoQ-istas21

### Prueba de normalidad CoPsoQ-istas21

Se comprueba la normalidad de la muestra a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov para cada una de las 5 dimensiones y para cada uno de los tres grupos.

	Grupos AP, urgencia y resto	Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
D1 Exigencias Psicológicas	Urgencias/SUEE	0'098	149	0'001
	Atención Primaria	0'100	308	0'000
	Resto de áreas	0'088	1247	0'000
D2 Trabajo activo y desarrollo de habilidades	Urgencias/SUEE	0'108	149	0'000
	Atención Primaria	0'086	308	0'000
	Resto de áreas	0'065	1247	0'000
D3 Apoyo social en las empresas	Urgencias/SUEE	0'099	149	0'001
	Atención Primaria	0'100	308	0'000
	Resto de áreas	0'074	1247	0'000
D4 Compensaciones	Urgencias/SUEE	0'145	149	0'000
	Atención Primaria	0'131	308	0'000
	Resto de áreas	0'102	1247	0'000
D5 Doble presencia	Urgencias/SUEE	0'167	149	0'000
	Atención Primaria	0'148	308	0'000
	Resto de áreas	0'150	1247	0'000

Tabla 46. Prueba Kolmogorov-Smirnov para CoPsoQ-istas21 por dimensión y grupo

**Interpretación:** Se rechaza normalidad por lo que se decide realizar contrastes no paramétricos.

---

**CONTRASTES NO PARAMÉTRICOS**


---

**Test de Kruskal-Wallis de muestras independientes.**

La prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes, contrastará la existencia de diferencias significativas entre los grupos (urgencias/SUEE, atención primaria y resto de áreas) en cada una de las dimensiones.

**Hipótesis nula:** La distribución  $D_i$ , con  $i=1, 2, 3, 4$  y  $5$ , es la misma en los diferentes grupos.

	Estadístico	Grados de libertad	Sig. Asintótica (prueba de las dos caras)	Decisión
D1. Exigencias psicológicas (0-20)	82'460	2	0'000	Rechazar la hipótesis nula
D2. Trabajo activo y desarrollo de habilidades (0-20)	33'261	2	0'000	Rechazar la hipótesis nula
D3. Apoyo social a las empresas (0-20)	24'004	2	0'000	Rechazar la hipótesis nula
D4. Compensaciones (0-12)	19'832	2	0'000	Rechazar la hipótesis nula
D5. Doble presencia (0-8)	7'464	2	0'024	Rechazar la hipótesis nula

Tabla 47. Test de Kruskal-Wallis de muestras independientes para CoPsoQ-istas21

**Interpretación:** hay diferencias significativas entre los grupos (atención primaria, urgencias/SUEE y resto de áreas) para todas las dimensiones.

---

**CONTRASTES NO PARAMÉTRICOS DOS A DOS**


---

**Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes**

La prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes, con corrección de Bonferroni, evidenciará si las diferentes dimensiones difieren o no significativamente dependiendo si pertenecen a un grupo u otro.

**Urgencias/SUEE vs Atención primaria**

	Estadístico	Sig. Asintótica (prueba de las dos caras)	Decisión
D1. Exigencias psicológicas (0-20)	14006'00	0'000	Rechazar la hipótesis nula
D2. Trabajo activo y desarrollo de habilidades (0-20)	15871'50	0'000	Rechazar la hipótesis nula
D3. Apoyo social a las empresas (0-20)	17170'50	0'000	Rechazar la hipótesis nula
D4. Compensaciones (0-12)	18253'50	0'000	Rechazar la hipótesis nula
D5. Doble presencia (0-8)	19425'50	0'007	Rechazar la hipótesis nula

Tabla 48. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Urgencias/SUEE vs Atención primaria) para CoPsoQ-istas21

**Interpretación:** hay diferencias significativas entre las dos categorías para todas las dimensiones, siendo superiores las puntuaciones en el caso de urgencias/SUEE

#### Atención primaria vs Resto de áreas

	Estadístico	Sig. Asintótica (prueba de las dos caras)	Decisión
D1. Exigencias psicológicas (0-20)	252658'00	0'000	Rechazar la hipótesis nula
D2. Trabajo activo y desarrollo de habilidades (0-20)	223618'00	0'000	Rechazar la hipótesis nula
D3. Apoyo social a las empresas (0-20)	221095'00	0'000	Rechazar la hipótesis nula
D4. Compensaciones (0-12)	221130'50	0'000	Rechazar la hipótesis nula
D5. Doble presencia (0-8)	203391'50	0'101	Retener la hipótesis nula

Tabla 49. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Atención primaria vs Resto de áreas) para CoPsoQ-istas21

**Interpretación:** no hay diferencias significativas entre las categorías en el caso de D5, pero sí son significativas entre las dimensiones D1, D2, D3 y D4, con valores superiores en el resto de áreas.

#### Urgencias vs Resto de áreas

	Estadístico	Sig. Asintótica (prueba de las dos caras)	Decisión
D1. Exigencias psicológicas (0-20)	85641'00	0'116	Retener la hipótesis nula
D2. Trabajo activo y desarrollo de habilidades (0-20)	79275'50	0'003	Rechazar la hipótesis nula
D3. Apoyo social a las empresas (0-20)	83682'50	0'046	Rechazar la hipótesis nula
D4. Compensaciones (0-12)	88538'50	0'345	Retener la hipótesis nula
D5. Doble presencia (0-8)	84151'50	0'055	Retener la hipótesis nula

Tabla 50. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Urgencias vs Resto de áreas) para CoPsoQ-istas21

**Interpretación:** no hay diferencias significativas entre las categorías en el caso de D1, D4 y D5, pero sí es significativa la diferencia en la D2 y D3.

## 4.2.4.2. Test UWES

En la **tabla 51** se muestran los números de casos y puntuaciones medias del UWES-9.

		EBAP	Urgencias SUEE	Resto de áreas	Total general
Nº casos		308	149	1247	1704
Porcentaje		18'08%	8'74%	73'18%	100%
		Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)
UWES	Vigor (0-6)	4'44 (1'29)	4'00 (1'35)	3'98 (1'36)	4'06 (1'36)
	Dedicación (0-6)	4'70 (1'32)	4'39 (1'49)	4'31 (1'45)	4'39 (1'44)
	Absorción (0-6)	4'63 (1'28)	4'07 (1'56)	4'21 (1'42)	4'27 (1'42)
	UWES Total (0-6)	4'59 (1'21)	4'15 (1'38)	4'17 (1'30)	4'24 (1'30)

Tabla 51. Nº de casos, porcentajes y puntuaciones medias de las dimensiones del UWES

## Prueba de normalidad Test UWES

		Kolmogorov-Smirnov		
Grupos AP, urgencia y resto		Estadístico	gl	Sig.
Vigor	Urgencias/SUEE	0'151	149	0'000
	Atención Primaria	0'171	308	0'000
	Resto de áreas	0'123	1247	0'000
Dedicación	Urgencias/SUEE	0'169	149	0'000
	Atención Primaria	0'176	308	0'000
	Resto de áreas	0'135	1247	0'000
Absorción	Urgencias/SUEE	0'145	149	0'000
	Atención Primaria	0'177	308	0'000
	Resto de áreas	0'130	1247	0'000
Total UWES	Urgencias/SUEE	0'107	149	0'000
	Atención Primaria	0'136	308	0'000
	Resto de áreas	0'097	1247	0'000

Tabla 52. Prueba Kolmogorov-Smirnov para UWES por dimensión y grupo

**Interpretación:** rechazamos normalidad por lo que se realizan contrastes no paramétricos

---

**CONTRASTES NO PARAMÉTRICOS**


---

**Test de Kruskal-Wallis de muestras independientes.**

La prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes, contrastará la existencia de diferencias significativas entre los grupos (urgencias/SUEE, atención primaria y resto de áreas) en cada una de las dimensiones.

	Estadístico	Grados de libertad	Sig. Asintótica (prueba de las dos caras)	Decisión
Vigor	34'029	2	0'000	Rechazar la hipótesis nula
Dedicación	21'777	2	0'000	Rechazar la hipótesis nula
Absorción	27'150	2	0'000	Rechazar la hipótesis nula
Total	31'886	2	0'000	Rechazar la hipótesis nula

Tabla 53. Test de Kruskal-Wallis de muestras independientes para UWES

**Interpretación:** hay diferencias significativas entre los grupos (atención primaria, urgencias/SUEE y resto de áreas) para todas las dimensiones.

---

**CONTRASTES NO PARAMÉTRICOS DOS A DOS**


---

**Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes**

La prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes, con corrección de Bonferroni, evidenciará si las diferentes dimensiones difieren o no significativamente dependiendo si pertenecen a un grupo u otro.

**Urgencias/SUEE vs Atención primaria**

	Estadístico	Sig. Asintótica (prueba de las dos caras)	Decisión
Vigor	27469'00	0'001	Rechazar la hipótesis nula
Dedicación	25636,50	0'040	Rechazar la hipótesis nula
Absorción	27744'00	0'000	Rechazar la hipótesis nula
Total	27297'50	0'001	Rechazar la hipótesis nula

Tabla 54. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Urgencias/SUEE vs Atención primaria) para UWES

**Interpretación:** hay diferencias significativas entre las dos categorías para todas las dimensiones, siendo superiores las puntuaciones en el caso de atención primaria.

**Atención primaria vs Resto de áreas**

	Estadístico	Sig. Asintótica (prueba de las dos caras)	Decisión
Vigor	151159'50	0'000	Rechazar la hipótesis nula
Dedicación	159217'50	0'000	Rechazar la hipótesis nula
Absorción	156665'00	0'000	Rechazar la hipótesis nula
Total	152308'00	0'000	Rechazar la hipótesis nula

Tabla 55. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Atención primaria vs Resto de áreas) para UWES

**Interpretación:** hay diferencias significativas entre las dos categorías para todas las dimensiones, siendo superiores las puntuaciones en el caso de atención primaria.

**Urgencias vs Resto de áreas**

	Estadístico	Sig. Asintótica (prueba de las dos caras)	Decisión
Vigor	91903'00	0'829	Retener hipótesis nula
Dedicación	88572'50	0'350	Retener hipótesis nula
Absorción	96429'00	0'446	Retener hipótesis nula
Total	92034'00	0'852	Retener hipótesis nula

Tabla 56. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Urgencias vs Resto de áreas) para UWES

**Interpretación:** no hay diferencias significativas entre las dos categorías para todas las dimensiones.

## 4.2.4.3. Test GHQ-12

En la **tabla 57** se muestra el número de casos, porcentaje, puntuaciones medias y desviaciones típicas del test GHQ.

GHQ-12		EBAP	Urgencias SUEE	Resto de áreas	Total general
		Nº casos	149	1247	1704
	Porcentaje	18'08%	8'74%	73'18%	100%
		Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)
	Cuestionario general de salud – Escala Likert	13'34 (6'14)	15'31 (6'52)	14'76 (6'46)	14'55 (6'43)
	Cuestionario general de salud – Escala dicotómica	2'94 (3'41)	4'17 (3'79)	3'87 (3'70)	3'73 (3'67)

Tabla 57. Número de casos, porcentaje, puntuaciones medias y desviaciones típicas del test GHQ

## Prueba de normalidad Test GHQ-12

	Grupos AP, urgencia y resto	Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	Sig.
GHQ Bienestar a partir de resultados binarios	Urgencias/SUEE	0'173	149	0'000
	Atención Primaria	0'209	308	0'000
	Resto de áreas	0'164	1247	0'000
GHQ Funcionamiento a partir de resultados binarios	Urgencias/SUEE	0'276	149	0'000
	Atención Primaria	0'360	308	0'000
	Resto de áreas	0'301	1247	0'000
GHQ Salud general a partir de resultados binarios	Urgencias/SUEE	0'149	149	0'000
	Atención Primaria	0'202	308	0'000
	Resto de áreas	0'178	1247	0'000

Tabla 58. Prueba Kolmogorov-Smirnov para GHQ por dimensión y grupo

**Interpretación:** rechazamos normalidad por lo que se realizan contrastes no paramétricos.

## CONTRASTES NO PARAMÉTRICOS

## Test de Kruskal-Wallis de muestras independientes.

La prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes, contrastará la existencia de diferencias significativas entre los grupos (urgencias/SUEE, atención primaria y resto de áreas) en cada una de las dimensiones y en el total.

	Estadístico	Grados de libertad	Sig. Asintótica (prueba de las dos caras)	Decisión
GHQ Bienestar psicológico	19'034	2	0'000	Rechazar la hipótesis nula
GHQ Funcionamiento social y afrontamiento	15'200	2	0'001	Rechazar la hipótesis nula
Salud general	19'778	2	0'000	Rechazar la hipótesis nula

Tabla 59. Test de Kruskal-Wallis de muestras independientes para GHQ

**Interpretación:** hay diferencias significativas entre los grupos (atención primaria, urgencias/SUEE y resto de áreas) para todas las dimensiones.

## CONTRASTES NO PARAMÉTRICOS DOS A DOS

## Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

La prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes, con corrección de Bonferroni, evidenciará si las diferentes dimensiones difieren o no significativamente dependiendo si pertenecen a un grupo u otro.

## 4.2. Resultados de la fase 2: Estudio de campo

	Estadístico	Sig. Asintótica (prueba de las dos caras)	Decisión
<b>GHQ Bienestar psicológico</b>	18511'00	0'001	Rechazar la hipótesis nula
<b>GHQ Funcionamiento social y afrontamiento</b>	19237'00	0'002	Rechazar la hipótesis nula
<b>Salud general</b>	18290'00	0'000	Rechazar la hipótesis nula

Tabla 60. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Urgencias/SUEE vs Atención primaria) para GHQ

**Interpretación:** hay diferencias significativas entre las dos categorías para todas las dimensiones, siendo superiores las puntuaciones en el caso de urgencias.

#### Atención primaria vs Resto de áreas

	Estadístico	Sig. Asintótica (prueba de las dos caras)	Decisión
<b>GHQ Bienestar psicológico</b>	220429'50	0'000	Rechazar la hipótesis nula
<b>GHQ Funcionamiento social y afrontamiento</b>	215375'00	0'000	Rechazar la hipótesis nula
<b>Salud general</b>	220838'50	0'000	Rechazar la hipótesis nula

Tabla 61. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Atención primaria vs Resto de áreas) para GHQ

**Interpretación:** hay diferencias significativas entre las dos categorías para todas las dimensiones, siendo superiores las puntuaciones en el caso del resto de áreas.

#### Urgencias vs Resto de áreas

	Estadístico	Sig. Asintótica (prueba de las dos caras)	Decisión
<b>GHQ Bienestar psicológico</b>	88651'00	0'354	Retener la hipótesis nula
<b>GHQ Funcionamiento social y afrontamiento</b>	89144'00	0'380	Retener la hipótesis nula
<b>Salud general</b>	88174'00	0'305	Retener la hipótesis nula

Tabla 62. Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes (Urgencias vs Resto de áreas) para GHQ

**Interpretación:** no hay diferencias significativas entre los dos grupos.

#### 4.2.5. Regresión logística binaria

El análisis de regresión logística, realizado con el objeto de predecir la probabilidad de que un profesional sanitario presente distrés, se realizó a partir de aquellos factores que tras el estudio preliminar fueron considerados más influyentes. Estas variables independientes fueron: sexo, edad, grupo de trabajo (EBAP, Urgencias-SUEE o Resto de áreas), salud general percibida, puntajes de las escalas vigor, dedicación, absorción y total del cuestionario sobre engagement (UWES).

La variable dependiente objeto de estudio admite dos categorías codificadas como “0” en el caso de presentar una valoración del cuestionario GHQ menor o igual a tres puntos (distrés) y “1” cuando la puntuación del cuestionario es superior a tres. Para la codificación numérica de las categorías asociadas a las variables independientes se ha asignado el valor “1” a la categoría que el investigador considera expuesta a riesgo, y el valor “0” a la de referencia o categoría basal.

El análisis bivariado, entre las variables bajo estudio y el hecho de tener o no distrés, recoge el valor la significación estadística con Chi-cuadrado, los riesgos estimados a partir de los ODD Ratios (OR) y los intervalos de confianza para estos (tabla 63).

		Total	GHQ ≤ 3	GHQ > 3	$\chi^2$ (P)	OR I.C. 95%
		N (%)	N (%)	N (%)		
<b>Total</b>		1704 (100%)	1003 (58'86%)	701 (41'14%)		
<b>Sexo</b>						
0.	Hombre	234	158 (67'5%)	76 (32'5%)	8'401	1,538
1.	Mujer	1470	845 (57'5%)	625 (42'5%)	(0'004)	(1'148, 2'060)
<b>Edad *</b>						
0.	Mayor de 41 años	840	441 (52'5)	399 (47'5%)	26'723	1,676
1.	41 años o menos	833	541 (64'9%)	292 (35'1%)	(<0.001)	(1'377, 2'040)
<b>Grupo</b>						
0.	EBAP	308 (8'7%)	214 (69'5%)	94 (30'5%)		
1.	Urgencias-DCU	149 (18'1%)	78 (52'3%)	71 (47'7%)	12'776 (<0'001)	2'072 (1'385, 3'100)
2.	Resto de áreas	1247 (73'2%)	711 (57'0%)	536 (43'0%)	15'921 (<0'001)	1,716 (1'314, 2'242)
<b>Salud general percibida</b>						
0.	Óptima	1457	927 (63'6%)	530 (36'4%)	94'146	3'935
1.	Regular o pésima	247	76 (30'08%)	171 (69'2%)	(<0'001)	(2'943, 5'262)
<b>UWES Vigor</b>						
0.	Al menos una vez por semana	1373	903 (65'8%)	470 (34'2)	139'251	4'428
1.	Menos de una vez por semana	331	100 (30'2%)	231 (69'8%)	(<0'001)	(3'423, 5'755)
<b>UWES Dedicación</b>						
0.	Al menos una vez por semana	1447	925 (63'9%)	522 (36'1%)	101'599	4'067
1.	Menos de una vez por semana	257	78 (30'4%)	179 (69'6%)	(<0'001)	(3,053, 5,417)
<b>UWES Absorción</b>						
0.	Al menos una vez por semana	1439	908 (63'1%)	531 (36'9%)	68'628	3'060
1.	Menos de una vez por semana	265	95 (35'8%)	170 (64'2%)	(<0'001)	(2'328, 4'020)
<b>UWES Total</b>						
0.	Al menos una vez por semana	1398	904 (64'7%)	494 (35'3%)	108'237	3'826
1.	Menos de una vez por semana	306	99 (32,4%)	207 (67,6%)	(<0'001)	(2'940, 4'979)

\* La numeración delante de las modalidades de cada variable indica la codificación utilizada para el análisis, coincidiendo el valor “0” con la categoría basal o de referencia y los valores “1” o “2” con categorías que el investigador considera expuestas a riesgo.

\*\* El total de casos por variable no se corresponde con el total de pacientes por haber datos no recogidos para algunos pacientes.

Tabla 63. Análisis bivariado\*

Todos los contrastes bivariados realizados son significativos, lo que indica relación entre las variables; positiva en el caso de valores de OR mayores a la unidad. Destacar que los sanitarios con una percepción de la salud regular o pésima tienen un riesgo 3'935 (2'943, 5'262) superior de distrés que los sanitarios con una percepción óptima de salud general.

El análisis previo de los datos hizo intuir que el grupo de trabajo podría ejercer un efecto confusión sobre las variables a incluir en el modelo. Con el objeto de identificar dicho efecto se estudió la significación estadística con chi-cuadrado, riesgos e intervalos de confianza del análisis estratificado diferenciando los datos según pertenecieran a EBAP, Urgencias-SUEE o Resto de áreas con aquellas variables con mayor riesgo, obteniéndose diferencias significativas en todos los casos. El contraste de los valores OR por estratos permitió concluir que, en todas las variables independientes, bajo estudio, hay diferencias significativas entre los grupos ( $p < 0'001$ ). Para evitar, por tanto, la confusión en el modelo se optó por determinar el modelo más óptimo en cada grupo de trabajo, evitando el exceso de interacciones en un mismo modelo.

Previa a la construcción de los modelos, se realizó un nuevo análisis bivariado entre las variables bajo estudio y el hecho de tener o no distrés, en cada uno de los tres grupos de trabajo.

En los tres modelos, EBAP, Urgencias-SUEE y Resto de áreas, las variables salud percibida y subescala vigor del test UWES presentaron carácter predictor. La edad fue significativa en los grupos EBAP y Resto de áreas; mientras que el sexo y la subescala dedicación del test UWES únicamente fueron significativas en el último grupo. La subescala absorción y la escala total del test UWES no fueron significativas en ninguno de los tres modelos por lo que no se mostraron en la tabla.

La prueba de Hosmer y Lemeshow no mostró significación estadística ( $p > 0.005$  en los tres modelos), lo cual indicó un buen ajuste en el modelo de regresión logística. Por otro lado, la prueba ómnibus permitió afirmar que las variables incluidas en el modelo tomadas en conjunto contribuyen a explicar las modificaciones que se producen en la probabilidad de tener o no distrés psicológico ( $p < 0'001$ )

En el modelo propuesto para EBAP la capacidad predictiva fue del 18'6%, clasificando de forma correcta al 75'1% de los profesionales; sensibilidad (proporción de profesionales sin distrés clasificados correctamente) del 90'5% y especificidad (proporción de profesionales sin distrés clasificados correctamente) del 40'40%. Los profesionales de EBAP con una percepción de la salud regular o pésima presentaron 4'448 (95% CI = [2'134, 9'273]) veces mayor riesgo de distrés psicológico que aquellos profesionales con una percepción óptima de la salud. El riesgo presentado por los encuestados que presentan vigor al menos de una vez por semana es 3'052 (95% CI = [2'308, 7'121]) veces mayor que aquellos en los que el vigor está presente menos de

una vez por semana). El riesgo fue también superior hasta los 41 años (OR=1'924; 95% CI = [1'092, 3'390]).

En el modelo presentado para los profesionales de Urgencias-SUEE, las modalidades que presentaron mayor peso fueron tener una percepción regular o pésima de la salud (OR=3'040; 95% CI=[1'080, 8'546]) y vigor menos de una vez por semana (OR=3'625; 95% CI=[1'520, 8'641]). El modelo clasifica correctamente al 66'4% de los profesionales de Urgencias-SUEE; sensibilidad 82'9% y especificidad 48'6%, siendo la capacidad predictiva del 14'5%.

Por último, centrándonos en el Resto de áreas, ser mujer (OR=1'682; 95% CI=[1'157, 2'444]), con 41 años o menos (OR=1'612; 95% CI=[1'257, 2'067]), tener una percepción de salud regular o pésima (OR=3'382; 95% CI=[2'340, 4'890]) y vigor y dedicación menos de una vez por semana (2'561; 95% CI=[1'786, 3'673]) y (2'561; 95% CI=[1'786, 3'673]) son las modalidades con mayor riesgo de distrés psicológico. El modelo clasifica correctamente el 68'2% de los profesionales; sensibilidad 84'2%, especificidad 47'2%, con una capacidad predictora del 17'4%. En la **tabla 64** se reflejan los modelos de regresión logística binaria para distrés psicológico por especialidad.

		EBAP	Urgencias - SUEE	Resto de áreas
		OR I.C. 95%	OR I.C. 95%	OR I.C. 95%
Sexo (ref. Hombre)		NA	NA	1'682* (1'157, 2'444)
Edad (ref. Mayor de 41 años)		1'924* (1'092, 3'390)	NA	1'612** (1'257, 2'067)
Salud percibida (ref. Óptima)		4'448** (2'134, 9'273)	3'040* (1'080, 8'546)	3'382** (2'340, 4'890)
UWES (Ref. Al menos una vez por semana)	Vigor-UWES	3'052* (1'308, 7'121)	3'625* (1'520, 8'641)	2'561** (1'786, 3'673)
	Dedicación-UWES	NA	NA	2'031** (1'354, 3'047)
Sensibilidad / Especificidad		90'5% / 40'4%	82'9% / 48'6%	84'2% / 47'2%
Porcentaje clasificado correctamente		75'1%	66'4%	68'2%
R <sup>2</sup>		0'186	0'145	0'174
Prueba de Hosmer-Lemeshow		$\chi^2=0'630$ (p=0'730)	$\chi^2=1'837$ (p=0'399)	$\chi^2=4'342$ (p=0'501)
Prueba omnibus		$\chi^2=43'135$ (p<0'001)	$\chi^2=16'744$ (p<0'001)	$\chi^2=169'485$ (p<0'001)

\* p<0'05

\*\* p< 0'001

NA variables que no entran el modelo.

Tabla 64. Modelo de regresión logística binario para distrés psicológico por especialidad



## 5. DISCUSIÓN

Al igual como ocurrió en apartados anteriores, la discusión de los resultados se va a realizar siguiendo la misma estructura. En primer lugar, se van a discutir los resultados obtenidos para dar respuesta a los objetivos planteados para la fase 1 y posteriormente, se va a proceder a discutir los resultados obtenidos para dar respuesta a los objetivos planteados para la fase 2 del estudio.

### 5.1. Discusión de la Fase 1. Análisis bibliográfico

#### 5.1.1. La Enfermera de Práctica Avanzada en los servicios de urgencias

Al igual como ocurre con los datos aportados por el Informe anual del SNS del 2015 en España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016), existe un elevado número de personas que acuden a los servicios de Urgencias aquejados con patologías leves, pese a que los estudios incorporados en la revisión han sido realizados en Australia y Reino Unido, los resultados no difieren del panorama nacional. En este sentido, en algunos casos, incluso dentro del mismo del país hay una gran variabilidad de un hospital a otro, como muestran Sullivan, Hegney y Francis (2012) en sus resultados, quizás necesitando equiparación de funciones a nivel nacional de las EPA de Urgencias (Hudson, y Marshall, 2008; Hart y Mirabella, 2009). Sobre los diagnósticos más repetidos, los más frecuentes fueron los problemas de salud del sistema músculo-esquelético, piel y mama, otorrinolaringológicos, respiratorios y digestivos muy similares a los aportados por el Ministerio de Sanidad sobre los servicios de Urgencias, (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Al tratarse de un servicio de Urgencias, en el que el perfil de paciente se suele repetir según ciertas categorías, cabría suponer que la DGP fuera el método más funcional para este rol; sin embargo, la evidencia arroja mejores resultados en seguridad del paciente sobre el grupo de prescripción independiente (Black, 2013; Black y Dawood, 2014). Por eso, se podría incentivar la extensión de este rol dentro de la EPA de Urgencias para mejorar la calidad de los cuidados.

Por otra parte, los pacientes tienen una adecuada consideración y muestran satisfacción por las intervenciones más técnicas realizadas por las EPAs, como la prescripción de fármacos, las suturas, la solicitud de pruebas, etc.), pero en materia de educación sanitaria los pacientes no se muestran tan satisfechos y son los propios pacientes los que hacen referencia a ella como un punto a mejorar (McDevitt y Melby, 2015).

En lo referente a los resultados sobre coste-efectividad, sólo Dinh, Walker, Parameswaran y Enright (2012) muestran datos con significación estadística. Este hecho es explicado por los autores debido a que, al prestar una eficiente atención sanitaria en los servicios de Urgencias permite reducir las tasas de reingresos e institucionalización a largo plazo. Así mismo, de forma más inmediata permite disminuir los tiempos de espera, contribuye a la reducción de las estancias hospitalarias y ofrece una resolución óptima de casos en un menor tiempo, por lo que permite una mayor productividad del sistema de salud con el consiguiente ahorro económico que lleva asociado.

Pese a ello, Hart y Mirabella (2009) en su estudio estimaron que sólo un 65% de pacientes presentaban una buena disposición de ser atendidos por las EPA por primera vez.

### 5.1.2. Factores que influyen en los niveles de burnout y compromiso laboral en los médicos y las enfermeras

#### 5.1.2.1. Niveles de burnout y compromiso laboral

Los niveles de burnout y compromiso laboral mostraron una amplia variabilidad entre las distintas muestras y las variables para cada estudio. Si bien es cierto, se encontraron valores moderados tras la aplicación de las herramientas de medición del compromiso laboral en la mayoría de los estudios, a excepción de una muestra de enfermeras de práctica avanzada estadounidenses (Klein *et al.*, 2020), de una segunda muestra de médicos residentes de cirugía colombianos (Domínguez *et al.*, 2018) y una tercera muestra de médicos de los Países Bajos que trabajan en las unidades de Pediatría, Medicina Interna y Neurología (Solms *et al.*, 2019), todas ellas mostraron un valor de compromiso laboral total categorizado como alto. Cabe destacar que en el estudio de Solms *et al.* (2019), pese a obtenerse valores totales altos, se observó una diferencia entre los médicos especialistas y los residentes, siendo los valores de compromiso laboral total algo superior en los primeros. De forma puntual, se obtuvieron puntuaciones altas en la dimensión Dedicación en el estudio de Contreras, Espinosa y Esguerra (2020) en una muestra de enfermeras y en el de Bogaert *et al.* (2018) tanto para enfermeras como para médicos belgas, obteniendo en estos últimos una puntuación alta también en la dimensión Absorción. En cambio, sólo en una muestra de 3279 enfermeras se obtuvo una puntuación media total de compromiso laboral baja.

En cuanto al nivel de burnout, sólo en el estudio de Matziari, Montgomery, Georganta y Doulougeri (2017) realizado en 214 enfermeras de hospitales, centros de salud y clínicas psiquiátricas del Norte de Grecia, la muestra manifestó resultados altos en la dimensión Agotamiento Emocional del burnout.

### 5.1.2.2. Demandas laborales

Las demandas laborales han mostrado una correlación positiva con las dimensiones del burnout en todos los estudios que se han incluido en la revisión.

Así, factores como la carga de trabajo se asoció a niveles más elevados de agotamiento emocional y despersonalización en varias muestras de profesionales sanitarios (*Mijakoski, Karadzinska-Bislimovska, Basarovska, Minov, et al., 2015; Montgomery, Spânu, Băban y Panagopoulou, 2015; Gabel-Shemueli, Dolan, Suárez-Ceretti y Nuñez Del Prado, 2016; Solms et al., 2019*). Además, cuando esta sobrecarga de trabajo fue elevada en una muestra de enfermeras españolas y uruguayas, aumentó la intención de rotar de servicio y/o cambiar de trabajo (*Gabel-Shemueli et al., 2016; Fragoso et al., 2016*). De hecho, 4 de los estudios han arrojado resultados de cómo afecta el tipo de turno de trabajo a los niveles de compromiso laboral y burnout. En una muestra de 2095 enfermeras chinas, se observó que aquellas que desarrollaban sus funciones en turnos diurnos tenían resultados superiores de compromiso laboral e inferiores de burnout en comparación de las enfermeras que realizaban turnos rotatorios y este hecho podía influir en la salud mental de las mismas (*Cheng, Yang, Ding y Wang, 2020*). *Penz et al. (2019)* coincidieron en que los turnos de 12 horas influyó negativamente en los niveles de compromiso laboral de una muestra de enfermeras canadienses de ámbito rural y *Vander Elst et al. (2016)* en una muestra de enfermeras belgas de atención domiciliaria indicó una posible asociación entre un mayor número de horas de la jornada laboral y niveles superiores de burnout. Esto puede llevar a los profesionales sanitarios a dejar la organización (*García-Sierra et al., 2016b; McKenna y Jeske, 2020*), participar menos en los asuntos hospitalarios y desarrollar peores relaciones laborales con el resto del equipo de trabajo con las consiguientes consecuencias que pueden desencadenar en materia de calidad de atención al paciente (*Loerbroks et al., 2017; Marques-Pinto, et al., 2018*). De hecho, en el estudio de *Cañadas-De la Fuente et al. (2016)* realizado en una muestra de 1225 enfermeras de los servicios de Urgencias del sur de España, indicaron que una jornada física complementaria podría aumentar el riesgo de desarrollo del síndrome de burnout. Por el contrario, *Adriaenssens et al. (2015)* no encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en el número de horas de trabajo y tipo de trabajo por turnos en su muestra de enfermeras de urgencias y un estudio de *Vidotti et al. (2018)* arrojó que los niveles del síndrome de Burnout fueron significativamente mayores entre los trabajadores de enfermería del turno diurno.

Según un estudio realizado por *Sawhney et al. (2020)* en enfermeras de agudos de Estados Unidos, la aparición de eventos positivos o negativos predijo positivamente tanto el compromiso laboral como el burnout. Este hecho puede ser explicado porque las enfermeras suelen estar acostumbradas a experimentar mayores eventos positivos en el lugar de trabajo y

en el caso que concurren un número elevado de eventos negativos en un corto período de tiempo, pueden llegar a sentirse desmotivadas debido a que estas experiencias permiten generar o agotar los recursos de los que dispone (Teixeira et al., 2016). Algunos de estos eventos negativos, pueden desencadenar en situaciones continuadas de estrés con el consiguiente aumento de probabilidad de desarrollar burnout (Klein et al., 2020). En este sentido, resulta llamativo cómo una situación estresante como una agresión, no se relacionó con unos mayores niveles de burnout en enfermeras de atención domiciliaria (Van der Elst et al., 2016). Este fenómeno, según los autores pudo deberse a la baja notificación de agresiones (cerca al 0'7 % de la muestra) y/o a la “normalización” de situaciones de violencia.

Además de la carga de trabajo y la concurrencia de eventos negativos, como estrés y violencia, los valores de la organización, el tipo de servicio y el ámbito de trabajo puede afectar a los niveles de compromiso laboral y en mayor medida, en los niveles de burnout (Teixeira et al., 2016). En el estudio de Matziari et al. (2017) en el que se comparaban dos muestras de enfermeras hospitalarias y enfermeras no hospitalarias (centros de salud y clínicas psiquiátricas), se observó que las enfermeras que trabajaban dentro del hospital tenían niveles más altos de burnout y niveles más bajos de compromiso laboral en comparación con las enfermeras que trabajan en centros de salud y clínicas psiquiátricas. Este hecho puede ser explicado por los valores organizacionales prevalentes en cada ámbito y la diferencia en el tipo y la carga de trabajo en la demanda asistencial por parte de los ciudadanos en cada ámbito.

### 5.1.2.3. Recursos laborales

Para poder hacer frente a las demandas anteriormente descritas, existen una serie de recursos personales, situacionales u organizacionales, capaces de amortiguar y reducir el impacto en los niveles compromiso laboral y burnout en los profesionales sanitarios. Según Cheng et al. (2020) el simple hecho de percibir los recursos favorece actitudes en materia de seguridad del paciente y aumentan los niveles de compromiso laboral en una muestra de enfermeras chinas; y como indican Contreras et al. (2020) los recursos personales podrían ser un factor protector importante para el personal de enfermería.

Como recursos personales, el capital psicológico de los profesionales sanitarios puede influir en la relación de éstos con el entorno. Lachowska & Minda (2020) informaron que un mayor burnout se asoció con aquellas personas que tendían a ocultar las emociones negativas, tenían una actitud superficial y poseían una rutina diaria estructurada en materia de interacción. En contraposición, Adriaenssens, Hamelink y Bogaert (2017) informaron que las enfermeras de gestión que manifestaban cierto nivel y síntomas de angustia psicológica, ofrecían mayores puntuaciones medias de burnout. En una muestra de 124 residentes y 69 especialistas de Países Bajos, determinaron que los recursos personales salvaguardan el compromiso laboral y

disminuyen el riesgo de burnout de residentes y especialistas, en el caso de los residentes parece que se benefician de la flexibilidad psicológica, mientras que los especialistas se benefician del apoyo de sus compañeros (Solms et al., 2019). En muchos casos, mostrar un sentimiento de logro derivado de los esfuerzos realizados para ayudar a otra persona (satisfacción por compasión), hace que el profesional muestre altos niveles de vigor y dedicación (Remegio, Rivera, Griffin y Fitzpatrick, 2020). En otros casos, la aplicabilidad de los valores de justicia, honestidad, juicio y amor de los médicos que trabajan en dos hospitales austriacos fue particularmente esencial para su bienestar psicológico y compromiso laboral (Huber et al., 2019). En el caso de una muestra de enfermeras líderes de los servicios de emergencia en Estados Unidos, las variables que afectaron de forma positiva con más fuerza al compromiso laboral fueron las habilidades para aprender cosas nuevas y el significado que le daban al propio trabajo (Fragoso et al., 2016).

Por otro lado, el apoyo social y el trabajo en equipo han sido factores recurrentes de estudio y parece que influyen positivamente en los niveles de compromiso laboral (Montgomery et al., 2015; Gabel-Shemueli et al., 2016; García-Sierra et al., 2016b; Marqués-Pinto et al., 2018). Cuando estos factores no son adecuados suele aumentar la intención de cambiar de servicio con el consiguiente aumento del riesgo de desarrollar el síndrome de burnout si la situación se alarga en el tiempo (Gabel-Shemueli et al., 2016; Bogaert et al., 2019). Como ocurrió en los estudios de Bogaert et al. (2018) y Adriaenssens et al. (2015), el hecho de poseer los suficientes recursos sociales, tener capacidad de decisión y tener controlado su trabajo, mejoró los niveles de compromiso laboral de las enfermeras. Havens, Gittel y Vasey (2018) van más allá e indican que cuando el equipo está coordinado, con unos objetivos y metas comunes, cuando se sienten autorrealizados y cuando comparten entre ellos el conocimiento, existe una correlación positiva con las dimensiones del compromiso laboral, al igual que ocurrió en el estudio de Pisanti, van der Doef, Maes, Violani y Lazzari (2016) y Saito, Igarashi, Noguchi-Watanabe, Takai y Yamamoto-Mitani (2018). Por otro lado, en el colectivo médico según la muestra del estudio de Domínguez et al. (2018), aquellos médicos colombianos que tenían la posibilidad de diseñar su propio trabajo, estaban más comprometidos con su trabajo y manifestaron no tener intención de irse de su trabajo actual.

En relación al perfil, se observan menores valores de burnout entre las enfermeras menos jóvenes (Klein et al., 2020), más experimentadas, más especializadas y con doctorado (Faria, Queirós, Borges y Abreu, 2019; Remegio et al., 2020). Como coinciden Schaufeli y Bakker (2011), a medida que avanza los años de experiencia, las enfermeras sienten una mayor identificación con su trabajo, una experiencia más inspiradora y desafiante y se sienten entusiasmadas y orgullosas con su trabajo.

## 5.2. Discusión de la Fase 2. Estudio de campo

### 5.2.1. Discusión de los resultados descriptivos

En este estudio se ha constatado, en una muestra de 1704 enfermeras españolas, cómo los riesgos psicológicos, el nivel de engagement o el bienestar psicológico presentaron diferencias significativas entre los diferentes tipos de servicios: Urgencias, Atención Primaria y Resto de áreas.

En lo referente a la evaluación de los riesgos psicosociales, obtenida a través del cuestionario CoPsoQ-istas21, en cuatro de las cinco las dimensiones (Exigencias psicológicas, Trabajo activo y desarrollo de habilidades, Apoyo social a las empresas y Doble presencia) predomina una prevalencia con nivel alto en los tres grupos bajo estudio, que oscila entre un 80'5% y un 48'7%. En lo que respecta a la dimensión Compensaciones, los porcentajes de casos son superiores en el nivel alto para los grupos de enfermeras de Urgencias y del Resto de áreas, predominando un nivel medio en las enfermeras de Atención Primaria con un 40'6%. Esto concuerda con estudios previos como el de Fernández-Prada, González-Cabrera, Iribar-Ibabe y Peinado (2017) realizado en 42 Médicos Internos Residentes (MIR) del Hospital Universitario San Cecilio (Granada, España), donde un 90% de los médicos percibían un riesgo alto para la dimensión Exigencias psicológicas, niveles bajos para la dimensión Apoyo Social a las empresas y una percepción de riesgo intermedia para el 78% de la muestra, como ocurrió en el estudio de González-Cabrera *et al.* (2012), en médicos de Urgencias en Granada (España). En una muestra más amplia (Acevedo, Sánchez, Farías y Fernández, 2013), compuesta por 844 trabajadores del equipo de salud de 23 hospitales públicos de Córdoba (Argentina), predominaron valoraciones desfavorables en las dimensiones Exigencias psicológicas (57'7%), Apoyo social y calidad de liderazgo (56'2%) y doble presencia (64%), por lo que los datos de ambos estudios están en consonancia a los encontrados en nuestro estudio. Cabe destacar en este último estudio (Acevedo *et al.*, 2013), la variabilidad entre los distintos profesionales puesto que, en la dimensión Compensaciones el riesgo alto fue más frecuente entre el personal de enfermería a diferencia del personal médico donde las dimensiones Exigencias psicológicas ( $p < 0'001$ ) y Apoyo social y calidad de liderazgo presentaron una mayor frecuencia en el nivel de riesgo en comparación con el resto de profesionales. El apoyo social puede ser un elemento clave para mitigar las consecuencias negativas del estrés, ya que éste puede ser uno de los riesgos emergentes más importantes en la gestión y la salud ocupacional (Lecca *et al.*, 2020). Resulta especialmente llamativo entre las enfermeras de Urgencias que la dimensión Doble presencia sea la cuarta con mayor porcentaje de riesgo, a diferencia de lo que ocurren en otros estudios (Acevedo *et al.*, 2013; Ceballos-Vásquez *et al.*, 2015), aunque porcentualmente sí estén en consonancia ambos resultados con porcentajes cercanos al 60-65%. En contraposición, el

grupo de enfermeras de Atención Primaria presentó un menor porcentaje de riesgo alto que el resto de servicios y la percepción de riesgo medio es inferior al 50% en todas las dimensiones.

Los niveles de compromiso laboral fueron altos en una cantidad considerable de los sanitarios bajo estudio, superando puntuaciones medias superiores a 4 sobre 6 en las tres dimensiones. Más de un 30% de los encuestados afirmó haber experimentado sentimientos de engagement todos los días, frente a menos de un 2% que reportaron estos sentimientos una vez al año o menos. Los resultados totales mostraron similitudes con algunos estudios realizados con anterioridad en enfermeras que trabajaban en hospitales públicos españoles (González-Gancedo, Fernández-Martínez y Rodríguez-Borrego, 2019) y muy cercanos a los niveles de compromiso laboral hallados por Schaufeli y Bakker (2004b) en su estudio con profesionales belgas y holandeses de diferentes ámbitos laborales con una puntuación total media de 4'3. En un estudio realizado sobre 980 enfermeras procedentes de ocho hospitales de Arabia Saudí (Aboshaiqah et al., 2016), pese a tener una puntuación total del UWES de 4'1, se observó que en la subdimensión dedicación se había obtenido una puntuación bastante superior que las otras dos (dedicación: 4'6, absorción: 3'9, vigor: 4). En este sentido, sí se puede constatar que la subdimensión que ofrece una mayor puntuación sobre el resto es la Dedicación, siendo observada en los estudios de Aboshaiqah et al. (2016), Othman y Nasurdin (2011), Wan, Zhou, Li, Shang y Yu (2018) y en nuestra propia muestra. Las personas que se sienten dedicadas a su trabajo tienen una fuerte implicación emocional y laboral con su trabajo, considerando como desafíos o retos personales las dificultades que se pueden encontrar en su día a día en el trabajo. Este fenómeno podría explicarse por la larga historia que han tenido las mujeres en esta profesión, asumiendo el rol de cuidadora (Aboshaiqah et al., 2016). A nivel internacional, se ha observado en un estudio (da Silva et al., 2020) realizado en la ciudad de São José do Rio Preto (São Paulo, Brasil) con 75 enfermeras de Atención Primaria, que el nivel de Vigor estuvo ligeramente por encima del nivel de Dedicación, 5'2 vs 5'3, respectivamente. A nivel nacional, algo similar ocurre con el estudio (González-Gancedo et al., 2019) realizado al noreste de España para una muestra de 373 enfermeras del ámbito hospitalario donde se observan puntuaciones medias superiores para la subescala de vigor 4'68 (SD=1'07), que para la de dedicación 4'61 (SD=1'37) y la de absorción 4'34 (SD=1'24). La literatura señala que los niveles de compromiso (en sus diferentes dimensiones) están influenciados por el género, el servicio de trabajo, el nivel educativo, el tipo de profesión (Wan, Zhou, et al, 2018; González-Gancedo et al., 2019). Al igual como indican otros autores, el tipo de servicio parece influir en las tres dimensiones de la escala UWES. Se ha observado cómo más del 75% de las enfermeras de Atención Primaria obtuvieron puntuaciones altas en todas las subescalas y en el puntaje total. En lo que respecta a las enfermeras de Urgencias y al grupo de Resto de profesionales, dichos porcentajes se encuentran por debajo de los arrojados en el grupo de enfermeras de Atención Primaria, como

ocurrió en el estudio de Medeiros-Maio *et al.* (2016), enfermeras portuguesas de Atención Primaria que desarrollan su labor asistencial en Las Azores (Portugal) y en los estudios de Lourenção, Silva y Borges (2019) y da Silva *et al.* (2020), en profesionales sanitarios de Atención Primaria en el estado de São Paulo (Brasil). Si bien es cierto, resulta llamativo que una cantidad considerable de sanitarios obtuvieron puntajes altos en compromiso laboral, mientras que fueron pocos los que reportaron sentimientos de engagement, al igual como ocurrió en el estudio de Aboshaiqah *et al.* (2016). Se observa que especialmente la edad (Aboshaiqah *et al.*, 2016), las características del propio trabajo y del entorno pueden ser factores predictores del compromiso laboral (Wan, Zhou *et al.*, 2018; da Silva *et al.*, 2020).

Según los datos que arroja nuestro estudio, se observa que cuatro de cada diez profesionales sanitarios puede presentar deterioro en su salud mental (GHQ>3). Estas cifras están por encima de las encontradas en otros estudios realizados entre los profesionales sanitarios en España. Por ejemplo, en el estudio de Cruz-Portero, Cruz, Cabrera y Abellán (2019) realizado en 235 médicos y enfermeras de los SUH de cuatro hospitales andaluces (sur de España), se encontró que el 32'3% de los profesionales podían presentar deterioro en su salud mental. Así mismo, en otro estudio realizado en un hospital terciario de Madrid (centro de España) las diferencias son aún más acusadas (Sanchez-Lopez, Saavedra-San Roman, Dresch, Garcia-Quintans y Rodrigo-Holgado, 2016). En nuestro estudio, se aprecian medias de 3'73 (SD=3'67) para el total de la muestra en el GHQ-12 y resulta llamativo que puntuaciones similares 3'96 (SD=3'27), se llegaron a ver en un estudio realizado en enfermeras japonesas tras un terremoto en Japón en el 2017 (Nikui *et al.*, 2017). A diferencia de otros estudios como el realizado por Sánchez-López y Dresch (2008) que compara la salud mental entre mujeres enfermeras y hombres enfermeros, obteniendo puntuaciones medias de 2'28 (SD=2'81) y 1'61 (SD=2'45), respectivamente. Al igual que ocurre en la población española general, las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres, 14'1% frente a 7'2%, cifras por debajo de las encontradas en nuestro estudio (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017). Este hecho, pone de manifiesto que las enfermeras españolas tienen un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental, en comparación con la población española general (Sanchez-Lopez *et al.*, 2016). Además, existen variables que puede aumentar dicho riesgo como ser mujer, joven (González-Gancedo *et al.*, 2019), tener una percepción de salud regular o pésima, tener un bajo compromiso laboral (Wan, Zhou, *et al.*, 2018) y trabajar en servicios con un alto nivel de estrés como en el caso de los servicios de Urgencias. Por servicios, se han encontrado diferencias de más de un punto en el GHQ-12 entre las enfermeras que trabajan en Atención Primaria 2'94 (SD=3'41) que las que trabajan en los servicios de Urgencias 4'17 (SD=3'79), como pudo comprobarse en el estudio de Abbaspour *et al.* (2020) donde el 39'7% de los profesionales sanitarios que trabajaban como Servicios de Urgencias y

Emergencias Extrahospitalarias en Irán, presentaban altos niveles de riesgo para el deterioro de la salud mental. Este fenómeno puede ser explicado por la sobrecarga asistencial a la que están expuestas las enfermeras de Urgencias. De hecho, en el estudio de Kowalczyk, Krajewska-Kułak y Sobolewski (2020) se observó que la carga de trabajo excesiva aumenta los síntomas de agotamiento y la probabilidad de que las enfermeras cojan con más frecuencia la baja laboral.

### 5.2.2. Discusión de los resultados analíticos de contraste de hipótesis

En relación a los tres modelos predictivos planteados, se observa que las variables salud percibida y subescala vigor del test UWES presentan carácter predictor como ocurrió en otros estudios (Tomietto *et al.*, 2019), y llama especialmente la atención a los autores cómo aquellas enfermeras con una percepción regular o pésima de su salud presentan 4'448 (95% CI=[2'134, 9'273]) veces mayor riesgo de distrés psicológico en el caso de las enfermeras de Atención Primaria que aquellas profesionales con una percepción óptima de la salud.

Así mismo, al igual que ocurre en estudios previos (Shimazu, Schaufeli, Kubota, Watanabe y Kawakami, 2018), llama la atención cómo aquellas enfermeras que presentan vigor, dedicación y absorción menos de una vez por semana tienen 4'428, 4'067 y 3'060, respectivamente, más riesgo de distrés que los sanitarios que manifiestan dichas variables al menos una vez por semana cuando llevan ya un periodo de tiempo trabajando como es el caso. Pero estos mismos autores, coinciden en que, a corto plazo, los niveles altos de compromiso laboral puede afectar negativamente a la salud de las enfermeras (Shimazu *et al.*, 2018).

## 5.3. Implicaciones prácticas

Tras la realización del presente trabajo y con los datos que ha arrojado, se podrían usar los mismos para mejorar ciertos aspectos de la práctica enfermera. En este sentido, es importante conocer los factores de riesgo y las condiciones laborales que aumentan la probabilidad de desarrollar desgaste ocupacional, así como los factores que pueden reducir el compromiso laboral de las enfermeras. A modo general, tanto las condiciones laborales como el compromiso laboral que manifiestan las enfermeras en su quehacer cotidiano, supone un elemento clave para valorar los posibles riesgos de tipo psicosocial a los que pueden estar expuestas, su implicación con el trabajo y la percepción de su salud, tanto física como mental. Este hecho, permitiría realizar actuaciones en el marco del diseño, la organización y la evaluación de los riesgos presentes en los lugares de trabajo con el objetivo de minimizar el impacto de estos factores, que provocan una reducción en la salud de la enfermera y un menoscabo en la calidad y la seguridad de la atención prestada.

Además, evaluar los factores predictores para el desarrollo de desgaste profesional y del compromiso laboral, así como analizar las demandas y los recursos laborales disponibles, suponen elementos capitales para su gestión, especialmente en situaciones especiales como la provocada por la COVID-19.

La incorporación de una figura como la EPA en servicios con una especial sobrecarga, en los que se requiere una pronto-respuesta, puede ser un elemento clave para reducir las consecuencias negativas de un entorno como ese (estrés, sobrecarga física y mental, etc.) y realzar los elementos positivos del mismo (como trabajo en equipo, reducción de tiempos de espera, mejora de la atención, aumento de la satisfacción del paciente, entre otras).

### 5.4. Futuras líneas de investigación

Como se ha podido comprobar a lo largo de esta tesis, las aristas que existen en el contexto de las condiciones laborales a las que están expuestas las enfermeras pueden ser muy amplias, principalmente por la multitud de funciones que la enfermera puede realizar y la variedad de entornos en los que pueden desarrollar su labor. En este sentido, sería interesante evaluar las diferencias que pueden existir en cuanto al compromiso laboral, la exposición a riesgos psicosociales y cuáles tienen más riesgo de desarrollar distrés psicológico, entre las enfermeras que realizan actividades asistenciales, de gestión, de docencia y de investigación.

Por otro lado, pese a que el objetivo del estudio se haya centrado en enfermeras, podría resultar de interés incluir en futuras investigaciones a otros profesionales del entorno sanitario, incluidos los trabajadores no sanitarios. En muchos casos, varios grupos profesionales pertenecientes a un mismo servicio, pueden tener una percepción diferente sobre los riesgos psicosociales a los que pueden estar expuestos aunque trabajen en un mismo entorno laboral.

En otro orden de cosas, se han dejado por analizar 3 pruebas realizadas *ad hoc* relacionadas con la felicidad laboral y los factores autoinformados que influyen en ella, la violencia en los lugares de trabajo y la percepción de cómo ha cambiado su vida/trabajo desde hace 10 años.

## 6. CONCLUSIONES

- La probabilidad que tiene una enfermera de desarrollar desgaste ocupacional y los niveles que ofrece de compromiso laboral van a depender de multitud de factores. Entre ellos, ciertas demandas laborales como la sobrecarga laboral, el tipo de turno, el tipo de servicio, entre otros; y la presencia o no de ciertos recursos personales, situacionales y organizacionales como el capital psicológico del individuo, la percepción de apoyo social o ciertos valores personales, pueden ser factores especialmente influyentes.
- Una situación como la provocada por la COVID-19, afecta a la salud mental de enfermeras en el ejercicio de sus funciones, especialmente en aquéllas que se encuentran en trabajando en primera línea de batalla contra el virus, debido al tiempo de trabajo, el miedo de poder contagiarse y contagiar a seres queridos y/o a pacientes, la preocupación en el control de la epidemia, entre otros. Si bien es cierto, aunque existe una amplia variabilidad de resultados, se observan niveles medio-altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado que podría ser explicado por la fecha de realización del trabajo y la fase en la que se encontraba la pandemia en el momento de estudio.
- Las enfermeras de Atención Primaria presentaron niveles más altos de compromiso laboral y más bajos de percepción de riesgos psicosociales que las enfermeras de Urgencias y del Resto de áreas. De hecho, la mitad de las enfermeras de Atención Primaria experimentaron sentimientos de compromiso laboral a diario.
- 4 de cada 10 enfermeras ofrecieron puntuaciones por encima del punto de corte para comenzar a padecer problemas de salud, siendo superior en las enfermeras de Urgencias e inferior en las enfermeras de Atención Primaria.
- Las enfermeras de Atención Primaria menores de 41 años, con una percepción de la salud regular o pésima y que presentan vigor al menos de una vez por semana tienen un mayor riesgo de sufrir distrés psicológico.
- Las enfermeras de Urgencias-SUEE con una percepción regular o pésima de su salud y que manifiestan vigor menos de una vez por semana tienen un mayor riesgo de sufrir distrés psicológico.
- Las enfermeras mujeres del Resto de áreas, con 41 años o menos, con una percepción de salud regular o pésima y con manifestaciones de vigor y dedicación menos de una vez por semana tienen un mayor riesgo de sufrir distrés psicológico.
- La implantación de una figura como la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) podría ofrecer ventajas muy importantes para la mejora del sistema sanitario público, tanto en términos de costo-eficiencia como en términos de mejora de la accesibilidad y la calidad de los servicios prestados al ciudadano. Este hecho puede cobrar más importancia si cabe en servicios como los Servicios de Urgencias al tratarse de puntos críticos donde, con frecuencia, por la sobrecarga de trabajo existe, tiende al colapso del servicio pudiendo generar ciertas situaciones de riesgo para la seguridad y la calidad de la atención de los usuarios.



## 7. CONCLUSIONS

- A nurse's likelihood of developing job burnout and the levels of work engagement shown will depend on a multitude of factors. These include certain labour demands such as work overload, shift type, type of service, among others, and the presence or not of certain personal, situational, and organisational resources such as the psychological skills of the individual, the perception of social support, or certain personal values, that can be particularly influential factors.
- A situation such as that caused by COVID-19 affects the mental health of nurses in the exercise of their functions, especially of those who are working on the front line against the virus, due to working hours, the fear of being able to spread the virus and infect loved ones and/or patients, concern about the control of the epidemic, among others. While this is true, although there is a wide variability of results, intermediate-high levels of anxiety, depression, concern, and insomnia are observed and, paradoxically, stress levels below the expected that could be explained by the date the work was developed and the stage in which the pandemic was at the time of the study.
- Primary Care nurses had higher levels of work engagement and lower perception of psychosocial risks than Emergency nurses and those from other areas. In fact, half of Primary Care nurses experienced feelings of work engagement daily.
- 4 out of 10 nurses offered above-cut-off scores to develop health problems, being these figures higher in Emergency nurses and lower in Primary Care nurses.
- Primary care nurses under the age of 41, with a mediocre or poor perception of health and who show vigour at least once a week are at increased risk of psychological distress.
- Emergency and Out-patient urgent care nurses with a mediocre or poor perception of their health and who develop vigour less than once a week have an increased risk of psychological distress.
- Female nurses in other areas, aged 41 and younger, with a mediocre or poor perception of health and with manifestations of vigour and dedication less than once a week have an increased risk of psychological distress.
- The implementation of a figure such as the Advanced Practice Nurse (APN) could offer very important advantages for improving the public health system, both in terms of cost-efficiency and in terms of improving the accessibility and quality of the services provided to citizens. This fact may become more important if it fits in services such as the Emergency ones because they are critical points which often, because of the work overload, tend to collapse the service and may generate certain risk situations for the safety and quality of care provided to users.



## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbasi, M., Zakerian, A., Kolahdouzi, M., Mehri, A., Akbarzadeh, A., y Ebrahimi, M. H. (2016). Relationship between Work Ability Index and Cognitive Failure among Nurses. *Electronic physician*, 8(3), 2136–2143. <https://doi.org/10.19082/2136>
- Abbaspour, S., Tajik, R., Atif, K., Eshghi, H., Teimori, G., Ghodrati-Torbati, A., y Zandi, A. (2020). Prevalence and Correlates of Mental Health Status Among Pre-Hospital Healthcare Staff. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP y EMH*, 16, 17–23. <https://doi.org/10.2174/1745017902016010017>
- Aboshaiqah, A. E., Hamadi, H. Y., Salem, O. A., y Zakari, N. M. (2016). The work engagement of nurses in multiple hospital sectors in Saudi Arabia: a comparative study. *Journal of nursing management*, 24(4), 540–548. <https://doi.org/10.1111/jonm.12356>
- Acevedo, G. E., Sánchez, J., Farías, M. A., y Fernández, A. R. (2013). Riesgos psicosociales en el equipo de salud de hospitales públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Ciencia y trabajo*, 15(48), 140-147.
- Ada, H. M., Dehom, S., D'Errico, E., Boyd, K., y Taylor, E. J. (2020). Sanctification of work and hospital nurse employment outcomes: An observational study. *Journal of nursing management*, 10.1111/jonm.13162. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jonm.13162>
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., y Maes, S. (2015). Association of goal orientation with work engagement and burnout in emergency nurses. *Journal of occupational health*, 57(2), 151–160. <https://doi.org/10.1539/joh.14-0069-OA>
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., y Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of advanced nursing*, 67(6), 1317–1328. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x>
- Adriaenssens, J., Hamelink, A., y Bogaert, P. V. (2017). Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers: A cross-sectional survey study. *International journal of nursing studies*, 73, 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.007>
- Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo. (1997). *Declaración de Luxemburgo*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Recuperado de <https://www.insst.es/declaracion-luxemburgo>.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2009a). *Riesgos nuevos y emergentes para la seguridad y la salud en el trabajo*. 1ª ed. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europea.
- Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo. (2009b). *Estrés laboral y evaluación de riesgos*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de <https://www.insst.es/documents/94886/378393/Estr%C3%A9s+laboral+y+evaluaci%C3%B3n+de+riesgos++A%C3%B1o+2009+%28Ficha+pr%C3%A1ctica+54%29/e55e0e75-9a40-45bf-bc2e-73e1eceb769d>
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2010). *Promoción de la salud en el lugar de trabajo para los trabajadores*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Recuperado de <https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/94>.
- Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo. (2019). Tercera encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER 3). Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de

<https://osha.europa.eu/es/publications/third-european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener-3/view>

Agency for Drugs and Technologies in Health. Recuperado de [https://www.cadth.ca/media/pdf/QAT\\_final.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/QAT_final.pdf)

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., y Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W., y RN4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet (London, England)*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Alastruey, J. C., Barreira, R., Benito-Butrón, J. C., Collantes, P., Díaz-Franco, J. J., Escartín, J., Etxeandia, E., Goiría, J. I., Gómez-Etxebarria, M., Fernández-Arias, J. C., Grinda, A., Marcos, J. I., Martín-Díez, M. J., Mazas, N., Meso, I., Molina, C., Moreno, A., Muñoz, Y., Olaizola, I.,... y Vallecillo, M. R. (2012). *La salud mental de las y los trabajadores*. 1ª ed. Madrid: La Ley.

Allande-Cussó, R., Navarro-Navarro, C., y Porcel-Gálvez, A. M. (2020). Humanized care in a death for COVID-19: A case study. El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. *Enfermería clínica*, 51130-8621(20)30315-6. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>

Aluttis, C., Bishaw, T., y Frank, M. W. (2014). The workforce for health in a globalized context—global shortages and international migration. *Global health action*, 7, 23611. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23611>

American Psychiatric Association. (2013). *Handbook of Differential Diagnosis DSM-5™*. Arlington: American Psychiatric Association.

Annus, A. (2019). The Spiritual Dimensions of Healing Rituals in Ancient Mesopotamia. *Journal of Religion and Health*, 1-18.

Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. *Josef Bass, san Francisko*.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well* (3ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N., y Wijsenbeek, H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Social Psychiatry*, 6(4), 186-193.

Arimura, M., Imai, M., Okawa, M., Fujimura, T., y Yamada, N. (2010). Sleep, mental health status, and medical errors among hospital nurses in Japan. *Industrial health*, 48(6), 811–817. <https://doi.org/10.2486/indhealth.ms1093>

Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para la investigación médica en seres humanos. 64ª Asamblea General. Fortaleza: Asociación Médica Mundial

- Bačák, V., y Ólafsdóttir, S. (2017). Gender and validity of self-rated health in nineteen European countries. *Scandinavian journal of public health*, 45(6), 647–653. <https://doi.org/10.1177/1403494817717405>
- Badu, E., O'Brien, A. P., Mitchell, R., Rubin, M., James, C., McNeil, K., Nguyen, K., y Giles, M. (2020). Workplace stress and resilience in the Australian nursing workforce: A comprehensive integrative review. *International journal of mental health nursing*, 29(1), 5–34. <https://doi.org/10.1111/inm.12662>
- Bae, S. H., Hwang, S. W., y Lee, G. (2018). Work hours, overtime, and break time of registered nurses working in medium-sized Korean hospitals. *Workplace health y safety*, 66(12), 588–596. doi: 10.1177/2165079918769683
- Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of occupational health psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., and Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309–328. doi: 10.1108/02683940710733115
- Bakker, A., y Demerouti, E. (2013). Job demands-resources model. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29(3), 107–115. <https://dx.doi.org/10.5093/tr2013a16>
- Ballbè, M., Martínez-Sánchez, J. M., Gual, A., Martínez, C., Fu, M., Sureda, X., y Fernández, E. (2015). Association of second-hand smoke exposure at home with psychological distress in the Spanish adult population. *Addictive Behaviors*, 50, 84–88. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.06.020>
- Barroeta-Urquiza, J.; Boada-Bravo, N. (2011). *Libro blanco: Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España*. Madrid: MENSOR. Recuperado de [http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los\\_SEM\\_en\\_Espana.pdf](http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf)
- Batista-Gil, M., do Carmo-Cruz, M. L., de Souza-Terra, F., Chaves-Mauro, M. Y., Gollner-Zeitoune, R. C., de Oliveira-Secco, I. A. (2010). Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na atenção à saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ*, 18(2): 204–209.
- Bauer, G., Davies, J. K., y Pelikan, J. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health promotion international*, 21(2), 153–159. <https://doi.org/10.1093/heapro/dak002>
- Becerra-Basterrechea, B. (2016). *Informe sobre la promoción de la igualdad de género en la salud mental y la investigación clínica*. Madrid: Comité de derechos de la mujer e igualdad de género.
- Benavides, F. G., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S., Berra, A., y Devesa, J. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta sanitaria*, 16, 222–229.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *Bulletin of Science, Technology Society*, 24(3), 188–199.
- Black A. (2013). Non-medical prescribing by nurse practitioners in accident y emergency and sexual health: a comparative study. *Journal of advanced nursing*, 69(3), 535–545. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06028.x>
- Black, A., y Dawood, M. (2014). A comparison in independent nurse prescribing and patient group directions by nurse practitioners in the emergency department: a cross sectional review. *International emergency nursing*, 22(1), 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.03.009>

- Bogaert, P. V., Heusden, D. V., Sloomans, S., Roosen, I., Aken, P. V., Hans, G. H., y Franck, E. (2018). Staff empowerment and engagement in a magnet® recognized and joint commission international accredited academic centre in Belgium: a cross-sectional survey. *BMC health services research*, 18(1), 756. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3562-3>
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E., Browne, M. O., Posada-Villa, J., Viana, M. C., y Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9, 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B., y Vijverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health care management review*, 40(3), 254–271. <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000026>
- Bruyneel, L., Thoelen, T., Adriaenssens, J., y Sermeus, W. (2017). Emergency room nurses' pathway to turnover intention: A moderated serial mediation analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 930–942. <https://doi.org/10.1111/jan.13188>
- Butler, R., Monsalve, M., Thomas, G. W., Herman, T., Segre, A. M., Polgreen, P. M., y Suneja, M. (2018). Estimating Time Physicians and Other Health Care Workers Spend with Patients in an Intensive Care Unit Using a Sensor Network. *The American journal of medicine*, 131(8), 972.e9–972.e15. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.03.015>
- Candia, M., y Pérez-Franco, J. M. (2020). *Manual del Método del Cuestionario SUSES/ISTAS21 (Noviembre 2020)*. Santiago de Chile: Unidad de Prevención y Vigilancia de la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L., de la Fuente, E. I., San Luis, C., Gómez-Urquiza, J. L., y Cañadas, G. R. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias [Burnout in Nursing Professionals Performing Overtime Workdays in Emergency and Critical Care Departments. Spain]. *Revista española de salud pública*, 90, e1–e9.
- Cao, X., y Chen, L. (2019). Relationships among social support, empathy, resilience and work engagement in haemodialysis nurses. *International Nursing Review*, 66(3), 366–373. <https://doi.org/10.1111/inr.12516>
- Carrillo-Algarra, A. J., García-Serrano, L., Cárdenas-Orjuela, C. M., Díaz-Sánchez, I. R., y Yabrudy-Wilches, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería global*, 12(32), 346-361.
- Carrillo-García, C., Ríos-Rísquez, M. I., Escudero-Fernández, L., y Martínez-Roche, M. E. (2018). Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo. *Enfermería global*, 17(2), 304-324.
- Caruso C. C. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 39(1), 16–25. <https://doi.org/10.1002/rmj.107>
- Casado, L. R., y Valls, E. M. (2014). Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación. *Enfermería Global*, 13(2), 384-405.
- Castro, W. L., y Arias, C. U. (2014). La medicina en la civilización griega antigua prehipocrática. *Gaceta Médica de México*, 150(s3), 369-376.

- Catalán, V. G., y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26.
- Ceballos-Vásquez, P., Rolo-González, G., Hernández-Fernaud, E., Díaz-Cabrera, D., Paravic-Klijn, T., y Burgos-Moreno, M. (2015). Psychosocial factors and mental work load: a reality perceived by nurses in intensive care units. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(2), 315–322. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0044.2557>
- Centro Cochrane Iberoamericano. (2012). *Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0*. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano. Recuperado de <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>.
- Cezar-Vaz, M. R., Soares, J. F., Figueiredo, P. P., Azambuja, E. P., Sant'anna, C. F., y Costa, V. Z. (2009). Risk perception in family health work: study with workers in Southern Brazil. *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(6), 961–967. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692009000600006>
- Chakraborty, I., y Maity, P. (2020). COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention. *The Science of the total environment*, 728, 138882. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138882>
- Cheng, H., Yang, H., Ding, Y., y Wang, B. (2020). Nurses' mental health and patient safety: An extension of the Job Demands-Resources model. *Journal of nursing management*, 28(3), 653–663. <https://doi.org/10.1111/jonm.12971>
- Cheng, S. Y., Lin, P. C., Chang, Y. K., Lin, Y. K., Lee, P. H., y Chen, S. R. (2019). Sleep quality mediates the relationship between work-family conflicts and the self-perceived health status among hospital nurses. *Journal of nursing management*, 27(2), 381–387. <https://doi.org/10.1111/jonm.12694>
- Cheung, T., y Yip, P. S. (2015). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 12(9), 11072–11100. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911072>
- Chew, N., Lee, G., Tan, B., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N., Yeo, L., Ahmad, A., Ahmed-Khan, F., Napoleon-Shanmugam, G., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J., Paliwal, P. R., ... y Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 559–565. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
- Chou, P. L., Chen, M. H., Yang, L. C., y Hsu, H. T. (2016). The Influence of Work-Related Fatigue, Work Conditions, and Personal Characteristics on Intent to Leave Among New Nurses. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 48(1), 66–73. <https://doi.org/10.1111/jnu.12181>
- Cislaghi, B., y Cislaghi, C. (2019). Self-rated health as a valid indicator for health-equity analyses: evidence from the Italian health interview survey. *BMC public health*, 19(1), 533. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6839-5>
- Collado-Boira, E. J., Ruiz-Palomino, E., Salas-Media, P., Folch-Ayora, A., Muriach, M., y Baliño, P. (2020). "The COVID-19 outbreak"-An empirical phenomenological study on perceptions and psychosocial considerations surrounding the immediate incorporation of final-year Spanish nursing and medical students into the health system. *Nurse education today*, 92, 104504. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104504>
- Comisión Europea. (2007). *Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo por la que se transmite el acuerdo marco europeo sobre el acoso y la violencia en el trabajo*. Bruselas:

- Parlamento Europeo. Recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52007DCo686>.
- Comisión Europea. (2008). *Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar*. Bruselas: Parlamento Europeo. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Pactoeuropeosaludmental.pdf>.
- Comisión Europea. (2014). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones relativa a un marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2014-2020*. Bruselas: Comisión Europea.
- Comisión Europea. (2016). *Acuerdo Marco Europeo sobre el Estrés Laboral*. Bruselas: Parlamento Europeo. Recuperado de <https://discapacidadprl.saludlaboral.org/wp-content/uploads/2016/09/3.2.8.pdf>.
- Consejo Europeo de Lisboa. (2020). *Conclusiones de la Presidencia: I. Empleo, Reforma Económica y Cohesión Social*. Bruselas: Parlamento Europeo. Recuperado de [https://www.europarl.europa.eu/summits/lis1\\_es.htm#?textMode=on?textMode=on](https://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_es.htm#?textMode=on?textMode=on)
- Consejo Internacional de Enfermería. (2002). Advanced practice nursing: a global perspective. En Schober M. F. Affara, *International Council of Nurses: advanced nursing practice* (p. 23). Adelaida: Narratives of Therapists' Lives.
- Consejo Internacional de Enfermería. (2008). *Positive practice environments for health care professionals*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería. Recuperado de [https://www.who.int/workforcealliance/about/initiatives/ppe\\_poster.pdf?ua=1](https://www.who.int/workforcealliance/about/initiatives/ppe_poster.pdf?ua=1)
- Considine, J., Lucas, E., Payne, R., Kropman, M., Stergiou, H. E., y Chiu, H. (2012). Analysis of three advanced practice roles in emergency nursing. *Australasian emergency nursing journal: AENJ*, 15(4), 219–228. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.10.001>
- Considine, J., Martin, R., Smit, D., Jenkins, J., y Winter, C. (2006). Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department. *International journal of nursing practice*, 12(4), 205–213. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00570.x>
- Contreras, F., Espinosa, J. C., y Esguerra, G. A. (2020). Could Personal Resources Influence Work Engagement and Burnout? A Study in a Group of Nursing Staff. *SAGE Open*, 10(1), 2158244019900563.
- Cooper, C. L., Cooper, C. P., Dewe, P. J., Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P., y O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Reino Unido: Sage Publications
- Copanitsanou, P., Fotos, N., y Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 26(3), 172–176. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.172>
- Cortés-Rubio, J. A., Martín-Fernández, J., Morente-Páez, M., Caboblanco-Muñoz, M., Garijo-Cobo, J., y Rodríguez-Balo, A. (2003). Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Atención primaria*, 32(5), 288–295. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)79277-4](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(03)79277-4)
- Cox, T. y Griffiths, A. J. (1996). The assessment of psychosocial hazards at work. En M.J.Schabracq, J. A. M. Winnubst, y C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*. Chichester: Wiley and Sons.
- Cox, T., Griffith, A., y Rial-González, E. (2000). *Research on Work-related Stress*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

- Cramer, E., y Hunter, B. (2019). Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 32(6), 521–532. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.010>
- Cruz, S. P., Cruz, J. C., Cabrera, J. H., y Abellán, M. V. (2019). Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. Fatores relacionados à probabilidade de sofrer problemas de saúde mental em profissionais de emergência. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27, e3144. <https://doi.org/10.1590/1518-8345-3079-3144>
- da Silva, A. G., Cabrera, E., Gazetta, C. E., Sodré, P. C., Castro, J. R., Cordioli Junior, J. R., Cordioli, D., y Lourenção, L. G. (2020). Engagement in primary health care nurses: A cross-sectional study in a Brazilian city. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 37(2), 169–177. <https://doi.org/10.1111/phn.12694>
- Dåderman, A. M., y Basinska, B. A. (2016). Job Demands, Engagement, and Turnover Intentions in Polish Nurses: The Role of Work-Family Interface. *Frontiers in psychology*, 7, 1621. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01621>
- Dall, T. M., Chen, Y. J., Seifert, R. F., Maddox, P. J., y Hogan, P. F. (2009). The economic value of professional nursing. *Medical care*, 47(1), 97–104. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181844da8>
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., y Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ open*, 5(9), e008331. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>
- de Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A., Houtman, I. L., y Bongers, P. M. (2003). "The very best of the millennium": longitudinal research and the demand-control-(support) model. *Journal of occupational health psychology*, 8(4), 282–305. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.8.4.282>
- Debout C. (2018). L'intégration d'infirmières de pratique avancée dans les services d'urgences [The integration of advanced practice nurses in emergency departments]. *Soins; la revue de reference infirmiere*, 63(825), 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.soins.2018.03.014>
- Del Pozo-Antúnez, J. J., Ariza-Montes, A., Fernández-Navarro, F., y Molina-Sánchez, H. (2018). Effect of a Job Demand-Control-Social Support Model on Accounting Professionals' Health Perception. *International journal of environmental research and public health*, 15(11), 2437. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112437>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., de Jonge, J., Janssen, P. P., y Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian journal of work, environment y health*, 27(4), 279–286. <https://doi.org/10.5271/sjweh.615>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Diener, E. (2009). *Assessing well-being. The science of wellbeing the collected works of*. Nueva York: Springer.
- Ding, Y., Qu, J., Yu, X., y Wang, S. (2014). The mediating effects of burnout on the relationship between anxiety symptoms and occupational stress among community healthcare workers in China: a cross-sectional study. *PloS one*, 9(9), e107130. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107130>
- Dinh, M., Walker, A., Parameswaran, A., y Enright, N. (2012). Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and

- doctors. *Australasian emergency nursing journal*: AENJ, 15(4), 188–194. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.09.001>
- Directiva del Consejo 89/391/CEE, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. *Boletín Oficial del Estado*, 183, de 29 de junio de 1989, 1 a 8. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-1989-80648>
- Disch, J., Walton, M., y Barnsteiner, J. (2001). The role of the clinical nurse specialist in creating a healthy work environment. *AACN clinical issues*, 12(3), 345–355. <https://doi.org/10.1097/00044067-200108000-00003>
- Dominguez, L. C., Stassen, L., de Grave, W., Sanabria, A., Alfonso, E., y Dolmans, D. (2018). Taking control: Is job crafting related to the intention to leave surgical training? *PloS one*, 13(6), e0197276. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197276>
- dos Santos, J. L., Vieira, M., Assuiti, L. F., Gomes, D., Meirelles, B. H., y dos Santos, S. M. (2012). Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde [Risk and vulnerability in the practice of professional healthcare]. *Revista gaucha de enfermagem*, 33(2), 205–212. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472012000200028>
- Dutheil, F., Charkhabi, M., Ravoux, H., Brousse, G., Dewavrin, S., Cornet, T., Mondillon, L., Han, S., Pfabigan, D., S Baker, J., Mermillod, M., Schmidt, J., Moustafa, F., y Pereira, B. (2020). Exploring the Link between Work Addiction Risk and Health-Related Outcomes Using Job-Demand-Control Model. *International journal of environmental research and public health*, 17(20), 7594. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207594>
- Eriksson, M., y Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 61(11), 938–944. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
- Eriksson, M., y Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*, 23(2), 190–199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
- Esteban-Gonzalo, S., Aparicio, M., y Esteban-Gonzalo, L. (2018). Employment status, gender and health in Spanish women. *Women and Health*, 58(7), 744–758. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1353574>
- Evans, D. D., Hoyt, K. S., Wilbeck, J., Schumann, L., Ramirez, E., Tyler, D., y Agan, D. (2018). Embracing the future for emergency nurse practitioners and specialty practice: Implications for research, clinical practice, education, and health policy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(10), 586–591. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000123>
- Faria, S., Queirós, C., Borges, E., y Abreu, M. (2019). Saúde mental dos enfermeiros: Contributos do burnout e engagement no trabalho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22, 9–18.
- Farrell, G. A., Bobrowski, C., y Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of advanced nursing*, 55(6), 778–787. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03956.x>
- Fernández-Merino, C., y Yáñez-Gallardo, R. (2014). Describiendo el engagement en profesionales de enfermería de atención primaria de salud. *Ciencia y enfermería*, 20(3), 131–140.

- Fernández-Prada, M., González-Cabrera, J., Iribar-Ibabe, C., y Peinado, J. M. (2017). Riesgos psicosociales y estrés como predictores del burnout en médicos internos residentes en el Servicio de Urgencias. *Gaceta Médica de México*, 153(4), 452-460.
- Fragoso, Z. L., Holcombe, K. J., McCluney, C. L., Fisher, G. G., McGonagle, A. K., y Friebe, S. J. (2016). Burnout and Engagement: Relative Importance of Predictors and Outcomes in Two Health Care Worker Samples. *Workplace health and safety*, 64(10), 479-487. <https://doi.org/10.1177/2165079916653414>
- Frates-Cuduro, F. L., y Macedo- Kalckmann, S. M. (2018). Evaluación del ambiente de trabajo entre profesionales de enfermería en una unidad de urgencia y emergencia. *Enfermería Global*, 17(50), 361-399. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.283991>
- Freuderberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Fry, M. M., y Rogers, T. (2009). The transitional emergency nurse practitioner role: implementation study and preliminary evaluation. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(2), 32-37.
- Gabel-Shemueli, R., Dolan, S. L., Suárez Ceretti, A., y Nuñez Del Prado, P. (2016). Burnout and Engagement as Mediators in the Relationship between Work Characteristics and Turnover Intentions across Two Ibero-American Nations. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 32(5), 597-606. <https://doi.org/10.1002/smi.2667>
- Gago, K. A., Martínez, I. K., y Alegre, A. (2017). Clima laboral y síndrome de burnout en enfermeras de un hospital general de Huancayo, Perú. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9, doi: 10.5872/psiencia/9.4.21
- García, J. E. (2015). El pensamiento precientífico sobre la salud y la enfermedad. *Ciencias psicológicas*, 9(2), 337-349.
- García-Lourenção L. (2018). Work engagement among participants of residency and professional development programs in nursing. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(suppl 4), 1487-1492. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0278>
- García-Sierra, R., y Fernández-Castro, J. (2018). Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. *Journal of advanced nursing*, 74(12), 2809-2819. <https://doi.org/10.1111/jan.13805>
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., y Martínez-Zaragoza, F. (2016a). Work engagement in nursing: an integrative review of the literature. *Journal of nursing management*, 24(2), E101-E111. <https://doi.org/10.1111/jonm.12312>
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., y Martínez-Zaragoza, F. (2016b). Relationship between job demand and burnout in nurses: does it depend on work engagement? *Journal of nursing management*, 24(6), 780-788. <https://doi.org/10.1111/jonm.12382>
- Giner-Alegría, C. A. (2012). Evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. *Anales De Derecho*, 30, 254-296.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., y Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*, 27(1), 191-197. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004242>
- Goldberg, D. P., y Williams, P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. Reino Unido: NFER-NELSON.

- Gómez-Durán, E. L., Martín-Fumadó, C., y Forero, C. G. (2020). Psychological impact of quarantine on healthcare workers. *Occupational and environmental medicine*, 77(10), 666–674. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106587>
- Gómez-García, T., Ruzafa-Martínez, M., Fuentelsaz-Gallego, C., Madrid, J. A., Rol, M. A., Martínez-Madrid, M. J., Moreno-Casbas, T., y SYCE and RETICEF Group (2016). Nurses' sleep quality, work environment and quality of care in the Spanish National Health System: observational study among different shifts. *BMJ open*, 6(8), e012073. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012073>
- Gómez-Salgado, J., Domínguez-Salas, S., Romero-Martín, M., Romero, A., Coronado-Vázquez, V., y Ruiz-Frutos, C. (2021). Work Engagement and Psychological Distress of health professionals during the COVID-19 pandemic. *Journal of nursing management*, 10.1111/jonm.13239. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jonm.13239>
- Gómez-Salgado, J., Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., Romero-Martín, M., y Climent-Rodríguez, J. A. (2019). Engagement, Passion and Meaning of Work as Modulating Variables in Nursing: A Theoretical Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(1), 108. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010108>
- Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R., y Cañadas-de la Fuente, G. A. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática [Risk factors and burnout levels in Primary Care nurses: A systematic review]. *Atencion primaria*, 49(2), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>
- Gong, Y., Han, T., Yin, X., Yang, G., Zhuang, R., Chen, Y., y Lu, Z. (2014). Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: a cross-sectional study. *Scientific reports*, 4, 7109. <https://doi.org/10.1038/srep07109>
- González-Cabrera, J. G., Prada, M. F., Ruano, R. M., Blazquez, A., Solvas, J. G., y Peinado, J. M. (2012). Psychosocial risk at work, self-perceived stress, and salivary cortisol level in a sample of emergency physicians in Granada. *Emergencias*, 24(2), 101-6.
- González-Esteban, M. P., Ballesteros-Álvaro, A. M., Crespo-de las Heras, M. I., Pérez-Alonso, J. (2015). *Teleenfermería: nuevo enfoque de intervenciones eficaces en Atención Primaria*. Valladolid: SACyL
- González-Gancedo, J., Fernández-Martínez, E., y Rodríguez-Borrego, M. A. (2019). Relationships among general health, job satisfaction, work engagement and job features in nurses working in a public hospital: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 28(7-8), 1273–1288. <https://doi.org/10.1111/jocn.14740>
- González-Gancedo, J., Fernández-Martínez, E., y Rodríguez-Borrego, M. A. (2019). Relationships among general health, job satisfaction, work engagement and job features in nurses working in a public hospital: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 28(7-8), 1273–1288. <https://doi.org/10.1111/jocn.14740>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., y Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Gotsens, M., Malmusi, D., Villarroel, N., Vives-Cases, C., Garcia-Subirats, I., Hernando, C., y Borrell, C. (2015). Health inequality between immigrants and natives in Spain: The loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *European Journal of Public Health*, 25(6), 923-929. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv126>

- Graham, E., Donoghue, J., Duffield, C., Griffiths, R., Bichel-Findlay, J., y Dimitrelis, S. (2014). Why do older RNs keep working?. *The Journal of nursing administration*, 44(11), 591–597. <https://doi.org/10.1097/NNA.000000000000131>
- Gu, B., Tan, Q., y Zhao, S. (2019). The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses: A cross-sectional survey. *Medicine*, 98(22), e15836. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000015836>
- Guo, B. M., y Zhu, A. F. (2018). The relationship among psychological capital psychological contract and work engagement in nurses. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*, 36(8), 614–617. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.1001-9391.2018.08.013>
- Gutiérrez-Rodríguez, L., García Mayor, S., Cuesta Lozano, D., Burgos-Fuentes, E., Rodríguez-Gómez, S., Sastre-Fullana, P., de Pedro-Gómez, J. E., Higuero-Macías, J. C., Pérez-Ardanaz, B., y Morales-Asencio, J. M. (2019). Competences of specialist nurses and advanced practice nurses. Competencias en enfermeras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada. *Enfermería clinica*, 29(6), 328–335. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.001>
- Hampson, E., y Jacob, A. (2020). *Mental Health and Employers: The Case for Investment. Supporting Study for the Independent Review*. Londres: Deloitte. Recuperado de <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/consultancy/deloitte-uk-mental-health-and-employers.pdf>
- Harris, R., Sims, S., Parr, J., y Davies, N. (2015). Impact of 12 h shift patterns in nursing: a scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 605–634. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.10.014
- Hart, L., y Mirabella, J. (2009). A patient survey on emergency department use of nurse practitioners. *Advanced emergency nursing journal*, 31(3), 228–235. <https://doi.org/10.1097/TME.0b013e3181af6882>
- Havaei, F., Astivia, O., y MacPhee, M. (2020). The impact of workplace violence on medical-surgical nurses' health outcome: A moderated mediation model of work environment conditions and burnout using secondary data. *International journal of nursing studies*, 109, 103666. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103666>
- Havens, D. S., Gittell, J. H., y Vasey, J. (2018). Impact of Relational Coordination on Nurse Job Satisfaction, Work Engagement and Burnout: Achieving the Quadruple Aim. *The Journal of nursing administration*, 48(3), 132–140. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000587>
- He, K., Stolarski, A., Whang, E., y Kristo, G. (2020). Addressing General Surgery Residents' Concerns in the Early Phase of the COVID-19 Pandemic. *Journal of surgical education*, 77(4), 735–738. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.04.003>
- Henares Montiel, J., Ruiz-Pérez, I., y Sordo, L. (2020). Mental health in Spain and differences by sex, and by autonomous communities. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 114–119. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>
- Herrera-Amaya, G., y Manrique-Abril, F. (2019). Satisfacción laboral de enfermería. Diferencias de ámbitos en atención primaria en salud y cuidado intensivo. *Duazary*, 16(2), 74–86.
- Herreros, B., Gella, P., y Real de Asua, D. (2020). Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments. *Journal of medical ethics*, 46(7), 455–458. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106352>
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., Wan, S. W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H. G., y Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their

- associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>
- Huang, Y., y Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Huber, A., Strecker, C., Hausler, M., Kachel, T., Höge, T., y Höfer, S. (2019). Possession and Applicability of Signature Character Strengths: What Is Essential for Well-Being, Work Engagement, and Burnout?. *Applied Research in Quality of Life*, 1-22.
- Hudson, C. K., y Shen, W. (2015). Understaffing: An under-researched phenomenon. *Organizational Psychology Review*, 5(3), 244-263.
- Hudson, P. V., y Marshall, A. P. (2008). Extending the nursing role in emergency departments: challenges for Australia. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11(1), 39-48.
- Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., y Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 47(2), 186-194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>
- Ilić, I. M., Arandjelović, M. Ž., Jovanović, J. M., y Nešić, M. M. (2017). Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout - Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna pracy*, 68(2), 167-178. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00516>
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Encuesta de condiciones de vida. Año 2019*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (2018). *Número de profesionales de la enfermería que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en los Equipos de Atención Primaria, en los Hospitales, en los Servicios de urgencias y emergencias (112/061) y Especialistas en formación según comunidad autónoma*. Ministerio de Sanidad: Madrid, 2018. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla14.htm>
- Irastorza, X., Milczarek, M., Cockburn, W. (2016). *Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)*. 2ª ed. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Jenaro, C., Flores, N., Orgaz, M. B., y Cruz, M. (2011). Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. *Journal of advanced nursing*, 67(4), 865-875. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05526.x>
- Jennings, N., Clifford, S., Fox, A. R., O'Connell, J., y Gardner, G. (2015). The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 52(1), 421-435. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.006>
- Jennings, N., Gardner, G., y O'Reilly, G. (2014). A protocol for a pragmatic randomized controlled trial evaluating outcomes of emergency nurse practitioner service. *Journal of advanced nursing*, 70(9), 2140-2148. <https://doi.org/10.1111/jan.12386>
- Jennings, N., Gardner, G., O'Reilly, G., y Mitra, B. (2015). Emergency NP model of care in an Australian Emergency Department. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(8), 774-781.
- Jennings, N., Clifford, S., Fox, A. R., O'Connell, J., y Gardner, G. (2015). The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department:

- A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 421–435. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.006>
- Jiménez, B. M., y León, C. B. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Johansen, M. L., y Cadmus, E. (2016). Conflict management style, supportive work environments and the experience of work stress in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 211–218.
- Johnson, J. V., y Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American journal of public health*, 78(10), 1336–1342. <https://doi.org/10.2105/ajph.78.10.1336>
- Jordan, T. R., Khubchandani, J., y Wiblishauser, M. (2016). The Impact of Perceived Stress and Coping Adequacy on the Health of Nurses: A Pilot Investigation. *Nursing research and practice*, 2016, 5843256. <https://doi.org/10.1155/2016/5843256>
- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., y Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International journal of evidence-based healthcare*, 17(1), 58–71. <https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000155>
- Jylhä M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science y medicine*, 69(3), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33, 692–724. doi:10.2307/256287
- Kalimo, R., El Batawi, M. A., y Cooper, C. L. (1988). *Los Factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., y Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical care*, 45(12), 1195–1204. <https://doi.org/10.1097/MLR.0bo13e3181468ca3>
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., y Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Kaplan, G. A., y Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American journal of epidemiology*, 117(3), 292–304. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113541>
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J. P., y McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet (London, England)*, 381(9874), 1323–1331. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–309.
- Karasek, R., y Theorell, T. (1990). *Trabajo saludable-el estrés, la productividad y la reconstrucción de la vida laboral*. Nueva York: Basic Books.

- Kim, S., y Grady, C. (2020). Ethics in the time of COVID: What remains the same and what is different. *Neurology*, 94(23), 1007–1008. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000009520>
- Kinnersley, P., Anderson, E., Parry, K., Clement, J., Archard, L., Turton, P., Stainthorpe, A., Fraser, A., Butler, C. C., y Rogers, C. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7241), 1043–1048. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7241.1043>
- Klein, C. J., Weinzimmer, L. G., Cooling, M., Lizer, S., Pierce, L., y Dalstrom, M. (2020). Exploring burnout and job stressors among advanced practice providers. *Nursing outlook*, 68(2), 145–154. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.09.005>
- Knäuper, B., y Turner, P. A. (2003). Measuring health: improving the validity of health assessments. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 12 Suppl 1, 81–89. <https://doi.org/10.1023/a:1023589907955>
- Kompier, M.A.J., y Marcelissen, F.H.G. (1990). *Handbook of Work Stress: A Systematic Approach for Organizational Practice*. Amsterdam: NIA.
- Kowalczyk, K., Krajewska-Kułak, E., y Sobolewski, M. (2019). Factors Determining Work Arduousness Levels among Nurses: Using the Example of Surgical, Medical Treatment, and Emergency Wards. *BioMed research international*, 2019, 6303474. <https://doi.org/10.1155/2019/6303474>
- Kowalczyk, K., Krajewska-Kułak, E., y Sobolewski, M. (2019). Factors Determining Work Arduousness Levels among Nurses: Using the Example of Surgical, Medical Treatment, and Emergency Wards. *BioMed research international*, 2019, 6303474. <https://doi.org/10.1155/2019/63>.
- Kowalczyk, K., Krajewska-Kułak, E., y Sobolewski, M. (2020). Working Excessively and Burnout Among Nurses in the Context of Sick Leaves. *Frontiers in psychology*, 11, 285. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00285>
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., y Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian journal of work, environment y health*, 31(6), 438–449. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>
- Lachowska, B., y Minda, K. (2020). Burnout and work engagement among psychiatric nurses—are work characteristics important? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 77–83.
- Lafuente-Robles, N., Fernández-Salazar, S., Rodríguez-Gómez, S., Casado-Mora, M. I., Morales-Asencio, J. M., y Ramos-Morcillo, A. J. (2019). Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. *Enfermería Clínica*, 29(2), 83–89.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., y Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Leavell, H.; Clark, E.G. (1976). *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Lecca, L. I., Finstad, G. L., Traversini, V., Lulli, L. G., Gualco, B., y Taddei, G. (2020). The Role of Job Support as a Target for the Management of Work-Related Stress: The State of Art. *Quality-Access to Success*, 21(174).
- Lee, S., Davis, K. D., Neuendorf, C., Grandey, A., Lam, C. B., y Almeida, D. M. (2016). Individual- and Organization-Level Work-to-Family Spillover Are Uniquely Associated with Hotel Managers'

- Work Exhaustion and Satisfaction. *Frontiers in psychology*, 7, 1180. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01180>
- Leitão, S., Mc Carthy, V., y Greiner, B. A. (2018). Health and safety practitioners' health and wellbeing - The link with safety climate and job demand-control-support. *Accident; analysis and prevention*, 119, 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2018.06.017>
- Leiter, M., y Bakker, A. (2010). Work Engagement. En *Work engagement: A Handbook of Essential Theory and Research*. pp. 1 - 9. London, UK: Taylor y Francis Group.
- Leka, S., Griffiths, A., y Cox, T. (2003). *Work Organisation and Stress*. Nottingham: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/en/oehstress.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehstress.pdf)
- Leka, S., Hassard, J., Jain, A., Makrinov, N., y Cox, T. (2008). *Towards the Development of a European Framework for Psychosocial Risk Management at the Workplace*. Nottingham: I-WHO Publications
- Leka, S., y Jain, A. (2010). *Health impact of psychosocial hazards at work: an overview*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Leontiou, I., Merkouris, A., Papastavrou, E., y Middleton, N. (2021). Self-Efficacy, empowerment and power of middle nurse managers in a correlational study. *Journal of nursing management*, 10.1111/jonm.13247. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jonm.13247>
- Lesener, T., Gusy, B., y Wolter, C. (2019). The job demands-resources model: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Work y Stress*, 33(1), 76-103.
- Letvak, S., Ruhm, C. J., y McCoy, T. (2012). Depression in hospital-employed nurses. *Clinical nurse specialist CNS*, 26(3), 177–182. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3182503ef0>
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*, 269, de 10 de noviembre de 1995, 32590 a 32611. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 280, de 23 de noviembre de 2003. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 294, de 6 de diciembre de 2018, páginas 119788 a 119857.
- Li, Y., Zhang, J., Wang, S., y Guo, S. (2019). The Effect of Presenteeism on Productivity Loss in Nurses: The Mediation of Health and the Moderation of General Self-Efficacy. *Frontiers in psychology*, 10, 1745. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01745>
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., Bi, J., Zhan, G., Xu, X., Wang, L., Zhou, Q., Zhou, C., Pan, Y., Liu, S., Zhang, H., Yang, J., Zhu, B., Hu, Y., Hashimoto, K., Jia, Y., ... Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 916–919. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>
- Lindström, B., y Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion international*, 21(3), 238–244. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
- Liu, Y., Aunguroch, Y., y Yunibhand, J. (2016). Job satisfaction in nursing: a concept analysis study. *International nursing review*, 63(1), 84–91. <https://doi.org/10.1111/inr.12215>

- Liu, Y., Wu, L. M., Chou, P. L., Chen, M. H., Yang, L. C., y Hsu, H. T. (2016). The Influence of Work-Related Fatigue, Work Conditions, and Personal Characteristics on Intent to Leave Among New Nurses. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 48(1), 66–73. <https://doi.org/10.1111/jnu.12181>
- Liu, Y., Zhang, J., Hennessy, D. A., Zhao, S., y Ji, H. (2019). Psychological strains, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical and non-medical staff in urban china. *Journal of affective disorders*, 245, 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.111>
- Livingston, E., Desai, A., y Berkwits, M. (2020). Sourcing personal protective equipment during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 323(19), 1912–1914. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5317>
- Lockwood, C., Munn, Z., y Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 179–187. <https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000062>
- Loerbroks, A., Glaser, J., Vu-Eickmann, P., y Angerer, P. (2017). Physician burnout, work engagement and the quality of patient care. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 67(5), 356–362. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx051>
- López-Bueno, R., Calatayud, J., Casaña, J., Casajús, J. A., Smith, L., Tully, M. A., Andersen, L. L., y López-Sánchez, G. F. (2020). COVID-19 Confinement and Health Risk Behaviors in Spain. *Frontiers in psychology*, 11, 1426. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01426>
- Lorem, G. F., Schirmer, H., Wang, C. E., y Emaus, N. (2017). Ageing and mental health: changes in self-reported health due to physical illness and mental health status with consecutive cross-sectional analyses. *BMJ open*, 7(1).
- Lorem, G., Cook, S., Leon, D. A., Emaus, N., y Schirmer, H. (2020). Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Scientific reports*, 10(1), 4886. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-61603-0>
- Lourenção L. G. (2018). Work engagement among participants of residency and professional development programs in nursing. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(suppl 4), 1487–1492. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0278>
- Lourenção, L. G., Silva, A. G. D., y Borges, M. A. (2019). Levels of engagement in primary health care professionals: a comparative study in two Brazilian municipalities. *Escola Anna Nery*, 23(3).
- Lu, D. M., Sun, N., Hong, S., Fan, Y. Y., Kong, F. Y., y Li, Q. J. (2015). Occupational stress and coping strategies among emergency department nurses of China. *Archives of psychiatric nursing*, 29(4), 208–212. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.11.006>
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., y Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry research*, 288, 112936. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., y Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Lutze, M., Ratchford, A., y Fry, M. (2011). A review of the transitional emergency nurse practitioner. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14(4), 226–231.
- Maio, T. M. (2016). *Bullying e Engagement em Enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Maissiat, G., Lautert, L., Pai, D. D., y Tavares, J. P. (2015). Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. *Revista gaucha de enfermagem*, 36(2), 42–49. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.51128>
- Mana, A., Benheim, S., y Sagy, S. (2017). Perspectives on salutogenesis of scholars writing in Hebrew. In M. Mittlemark, S. Sagy, M. Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström, G.A. Espnes (Eds.), *Handbook of Salutogenesis* (pp. 391-397). Cham, Alemania: Springer International.
- Marques-Pinto, A., Jesus, É. H., Mendes, A., Fronteira, I., y Roberto, M. S. (2018). Nurses' Intention to Leave the Organization: A Mediation Study of Professional Burnout and Engagement. *The Spanish journal of psychology*, 21, E32. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.30>
- Marti, F., Giannarelli, D., Mitello, L., Fabriani, L., Latina, R., y Mauro, L. (2019). Correlation between work engagement and burnout among registered nurses: An Italian hospital survey. *Professioni Infermieristiche*, 72(1), 42–49
- Maslach, C. (1993). *Burnout: A multidimensional perspective*. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (p. 19–32). Washington, DC: Taylor y Francis.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., y Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.
- Maslach, C., y Leiter, M. P. (1997). *The Truth About Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Matziari, A., Montgomery, A. J., Georganta, K., y Doulougeri, K. (2017). The relationship between organizational practices and values with burnout and engagement. *Current Psychology*, 36(2), 276-285.
- McDevitt, J., y Melby, V. (2015). An evaluation of the quality of Emergency Nurse Practitioner services for patients presenting with minor injuries to one rural urgent care centre in the UK: a descriptive study. *Journal of clinical nursing*, 24(3-4), 523–535. <https://doi.org/10.1111/jocn.12639>
- McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., y Vickers, M. H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse education today*, 32(4), 378–384. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.04.012>
- McKenna, J., y Jeske, D. (2020). Ethical leadership and decision authority effects on nurses' engagement, exhaustion, and turnover intention. *Journal of advanced nursing*, 10.1111/jan.14591. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jan.14591>
- Medeiros-Maio, T., Borges, E., y Abreu, M. (2016). *Bullying e Engagement em Enfermeiros* (tesis doctoral). Porto School of Nursing, Porto, Portugal.
- Middleton R. (2006). Suturing as an advanced skill for registered nurses in the emergency department. *The Australian journal of rural health*, 14(6), 258–262. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2006.00826.x>
- Mijakoski, D., Karadzinska-Bislimovska, J., Basarovska, V., Minov, J., Stoleski, S., Angeleska, N., y Atanasovska, A. (2015). Work Demands-Burnout and Job Engagement-Job Satisfaction Relationships: Teamwork as a Mediator and Moderator. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 3(1), 176–183. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2015.024>
- Milisen, K., Abraham, I., Siebens, K., Darras, E., Dierckx de Casterlé, B., y BELIMAGE group (2006). Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *International journal of nursing studies*, 43(6), 745–754. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.10.008>

- Mingote-Adán, J. C., y Núñez-López, C. (2011). Importancia de la consideración de la salud mental en la gestión de la salud laboral: una responsabilidad compartida. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 239-262.
- Mingote-Adán, J. C., Pino-Cuadrado, P. D., Sánchez-Alaejos, R., Gálvez-Herrer, M., y Gutiérrez-García, M. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 188-205.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde* (No. 114). Brasília (DF), Brasil: Ministério da Saúde do Brasil.
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2017). Encuesta Nacional de Salud 2017. ENSE 2017 Metodología. Madrid: Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Recuperado de <https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf>
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2018). *Encuesta Nacional de Salud. España 2017*. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Estándares y Recomendaciones de la Unidad de urgencias hospitalaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2015 (p. 1-384). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Miret, C., y Martínez-Larrea, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33 (Suppl 1), 193-201.
- Misiak, B., Sierżantowicz, R., Krajewska-Kułak, E., Lewko, K., Chilińska, J., y Lewko, J. (2020). Psychosocial Work-Related Hazards and Their Relationship to the Quality of Life of Nurses-a Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 755. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030755>
- Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., Qin, M., y Huang, H. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of nursing management*, 28(5), 1002-1009. <https://doi.org/10.1111/jonm.13014>
- Moncada, S., Llorens, C., Andrés, R., Moreno, N., y Molinero, E. (2014). Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales en empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras. *Barcelona: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud*.
- Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A., y Kristensen, T. S. (2005). ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Arch Prev Riesgos Labor*, 8(1), 18-29.
- Montgomery, A., Spânu, F., Băban, A., y Panagopoulou, E. (2015). Job demands, burnout, and engagement among nurses: A multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork. *Burnout research*, 2(2-3), 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.06.001>
- Moola, S., Munn, Z., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Lisy, K., Tufanaru, C., Qureshi, R., Mattis, P., y Mu, P. (2015). Conducting systematic reviews of association (etiology): The Joanna Briggs Institute's approach. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 163-169. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000064>

- Moreno-Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 4-19. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002>
- Mosquera-Metcalf, I., Larrañaga-Padilla, I., Del Río-Lozano, M., Calderón-Gómez, C., Machón-Sobrado, M., y García-Calvente, M. D. M. (2019). Gender inequalities in the impacts of informal elderly caregiving in Gipuzkoa: CUIDAR-SE study. *Revista española de salud pública*, 93, 1-13.
- Mossey, J. M., y Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American journal of public health*, 72(8), 800-808. <https://doi.org/10.2105/ajph.72.8.800>
- Mudallal, R. H., Othman, W. M., y Al Hassan, N. F. (2017). Nurses' Burnout: The Influence of Leader Empowering Behaviors, Work Conditions, and Demographic Traits. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*, 54, 46958017724944. <https://doi.org/10.1177/0046958017724944>
- Mullins, C. H., Gleason, F., Wood, T., Baker, S. J., Cortez, A. R., Lovasik, B., Sandhu, G., Cooper, A., Hildreth, A. N., Simmons, J. D., Delman, K. A., y Lindeman, B. (2020). Do Internal or External Characteristics More Reliably Predict Burnout in Resident Physicians: A Multi-institutional Study. *Journal of surgical education*, 77(6), e86-e93. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.09.024>
- Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. San Francisco: Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>
- Navajas-Romero, V., Ariza-Montes, A., y Hernández-Perlines, F. (2020). Analyzing the Job Demands-Control-Support Model in Work-Life Balance: A Study among Nurses in the European Context. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2847. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082847>
- Navarro-González, D., Ayechu-Díaz, A., y Huarte-Labiano, I. (2015). Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Semergen*, 41(4), 191-198. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2014.03.008>
- Nery Guimarães, J. M., Chor, D., Werneck, G. L., Carvalho, M. S., Coeli, C. M., Lopes, C. S., y Faerstein, E. (2012). Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study. *BMC public health*, 12, 676. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-676>
- Nukui, H., Murakami, M., Midorikawa, S., Suenaga, M., Rokkaku, Y., Yabe, H., y Ohtsuru, A. (2017). Mental Health and Related Factors of Hospital Nurses. *Asia-Pacific journal of public health*, 29(Suppl 2), 161S-170S. <https://doi.org/10.1177/1010539516682589>
- Orgambidez, A., Borrego, Y., y Vázquez-Aguado, O. (2019). Self-efficacy and organizational commitment among Spanish nurses: the role of work engagement. *International nursing review*, 66(3), 381-388. <https://doi.org/10.1111/inr.12526>
- Organización Internacional del Trabajo. (1986). *Los factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo. (2002). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo. (2003). *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés en el Trabajo: Un reto colectivo*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo. (2018). *Decent Work and the Sustainable Development Goals: A Guidebook on SDG Labour Market Indicators*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de <https://www.ilo.org/ilostat-files/Documents/Guidebook-SDG-En.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Carta Magna Constitucional*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2008a). *PRIMA-EF: orientación sobre el marco europeo para la gestión de riesgos psicosociales: un recurso para representantes de empleadores y trabajadores*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43966>
- Organización Mundial de la Salud. (2008b). *Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://icd.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud mental en el lugar de trabajo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/in\\_the\\_workplace/es/](https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/).
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde do Brasil.
- Otero-Dorrego, C., y Gálvez-Herrer, M. (2014). Plan de retorno al trabajo tras baja laboral por motivos de salud mental. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 60, 14.
- Othman, N., y Nasurdin, A. M. (2011). Work engagement of Malaysian nurses: Exploring the impact of hope and resilience. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 60, 1702-1706.
- Othman, N., y Nasurdin, A. M. (2019). Job characteristics and staying engaged in work of nurses: Empirical evidence from Malaysia. *International journal of nursing sciences*, 6(4), 432-438. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.010>
- Parent-Thirion, A., Biletta, I., Cabrita, J., Vargas-Llave, O., Vermeylen, G., Wilczyńska, A., y Wilkens, M. (2017). *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update)*. Dublín: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Recuperado de <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2016/working-conditions/sixth-european-working-conditions-survey-overview-report>
- Peng, K. (2012). The prevalence of anxiety and depressive symptoms among nurses in oncology department. *Chinese Community Doctors*, 14, 370-371.

- Penz, K. L., Stewart, N. J., Karunanayake, C. P., Kosteniuk, J. G., y MacLeod, M. (2019). Competence and confidence in rural and remote nursing practice: A structural equation modelling analysis of national data. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1664–1679. <https://doi.org/10.1111/jocn.14772>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57.
- Pérez-Ciordia, I., Guillén-Grima, F., Brugos, A., y Aguinaga, I. (2013). Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria [Job satisfaction and improvement factors in primary care professionals]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 36(2), 253–262. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272013000200008>
- Pérez-Fuentes, M.C.; Molero-Jurado, M.M.; Gázquez-Linares, J.J.; Simón-Márquez, M.M. (2019). Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(1), 33-40. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a13>
- Petrović, I. B., Vukelić, M., y Čizmić, S. (2017). Work engagement in Serbia: Psychometric properties of the Serbian version of the Utrecht Work Engagement Scale (UWES). *Frontiers in psychology*, 8, 1799. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01799>
- Pisanti, R., van der Doef, M., Maes, S., Violani, C., y Lazzari, D. (2016). Psychosocial job characteristics and psychological distress / well-being: the mediating role of personal goal facilitation. *Journal of occupational health*, 58(1), 36–46. <https://doi.org/10.1539/joh.15-0117-OA>
- Portoghese, I., Galletta, M., Leiter, M. P., Finco, G., d'Aloja, E., y Campagna, M. (2020). Job Demand-Control-Support Latent Profiles and Their Relationships with Interpersonal Stressors, Job Burnout, and Intrinsic Work Motivation. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9430. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249430>
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., Di Pierro, R., Madeddu, F., y Calati, R. (2020). The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current psychiatry reports*, 22(8), 43. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01166-z>
- Quinones, C., y Griffiths, M. D. (2015). Addiction to Work: A Critical Review of the Workaholism Construct and Recommendations for Assessment. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 53(10), 48–59. <https://doi.org/10.3928/02793695-20150923-04>
- Ramazzini, B. (2001). De morbis artificum diatriba [diseases of workers]. *American journal of public health*, 91(9), 1380-1382.
- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. *Boletín Oficial del Estado*, 269, de 10 de noviembre de 2001.
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado*, 67, 14 de marzo de 2020, pp. 1 a 15.
- Remegio, W., Rivera, R. R., Griffin, M. Q., y Fitzpatrick, J. J. (2020). The Professional Quality of Life and Work Engagement of Nurse Leaders. *Nurse leader*, 10.1016/j.mnl.2020.08.001. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.08.001>
- Reyes-Revuelta, J. F. (2014). Presentismo en Enfermería. Implicaciones en seguridad del paciente: posibilidades de control y reducción. *Enfermería Global*, 13(35), 362-373.

- Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., y Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista española de salud pública*, 85(2), 129–139. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272011000200002>
- Rivière, P. (2016). *El gran libro de las civilizaciones antiguas*. Irlanda: Parkstone International.
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del general health questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125-139.
- Rocha, K. B., Perez, K., Rodriguez-Sanz, M., Muntaner, C., Alonso, J., y Borrell, C. (2015). Inequalities in mental health in the Spanish autonomous communities: a multilevel study. *The Spanish journal of psychology*, 18, E27. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.28>
- Rodríguez-Muñoz A. y Bakker A. B. (2013) El engagement en el trabajo. En B. Moreno Jiménez y E. Garrosa Hernández. (Coord.), *Salud Laboral* (pp. 437-452). Madrid: Pirámide
- Romero, M. A. (2017). Riesgos laborales de especial incidencia en la mujer. En M.A. Romero, *Nuevos retos en la salud laboral de la mujer* (pp. 83-211). Barcelona, España: Atelier, Libros Jurídicos.
- Ronda-Pérez, E., Martínez, J. M., Reid, A., y Agudelo-Suárez, A. A. (2019). Longer residence of Ecuadorian and Colombian migrant workers in Spain associated with new episodes of common mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph16112027>
- Roozeboom, M. B., Houtman, I., y Van den Bossche, S. (2008). Monitoring Psychosocial Risks at work. I. En S. Leka y T. Cox (Eds.), *The European Framework for psychosocial Risk management: PRIMA-EF* (pp. 17-36). Nottingham: Organización Mundial de la Salud.
- Rubio-Navarro, A., García-Capilla, D. J., Torralba-Madrid, M. J., y Rutty, J. (2019). Ethical, legal and professional accountability in emergency nursing practice: An ethnographic observational study. *International emergency nursing*, 46, 100777. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.05.003>
- Ryan, D., y Maguire, J. (2006). Aggression and violence—a problem in Irish Accident and Emergency departments? *Journal of nursing management*, 14(2), 106-115.
- Saito, Y., Igarashi, A., Noguchi-Watanabe, M., Takai, Y., y Yamamoto-Mitani, N. (2018). Work values and their association with burnout/work engagement among nurses in long-term care hospitals. *Journal of nursing management*, 26(4), 393–402. <https://doi.org/10.1111/jonm.12550>
- Salanova, M. y Schaufeli, W.B. (2009). *El engagement de los empleados. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza Editorial
- Salleras-Sanmartí, L. (1985). *Planificación Sanitaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Salleras-Sanmartí, L. (1989). *Educación Sanitaria: Principios, Métodos y aplicaciones*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.
- Salvador-Piedrafita, M., Malmusi, D., y Borrell, C. (2017). Time trends in health inequalities due to care in the context of the Spanish Dependency Law. *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.006>
- Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L., y Rollins, A. L. (2017). The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *Journal of general internal medicine*, 32(4), 475–482. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>

- Sánchez-López, M. P., Saavedra-San Román, A. I., Dresch, V., García-Quintans, L., y Rodrigo-Holgado, I. (2016). Women are more at risk of poor mental health: mental health of Spanish nurses measured by the GHQ-12. *Women's Health Bull*, 3(2), 1-5.
- Sánchez-López, M., y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.
- Sastre-Fullana, P., De Pedro-Gómez, J. E., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, J. C., Sesé-Abad, A. J., y Morales-Asencio, J. M. (2015). Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enfermería clínica*, 25(5), 267-275. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>
- Sawhney, G., Britt, T. W., Sinclair, R. R., Mohr, C. D., y Wilson, C. A. (2020). Is Commitment to One's Profession Always a Good Thing? Exploring the Moderating Role of Occupational Commitment in the Association Between Work Events and Occupational Health. *Journal of Career Assessment*, 1069072720907907. <https://doi.org/10.1177/1069072720907907>
- Schaufeli, W. B. (2018). Work engagement in Europe: Relations with national economy, governance and culture. *Organizational Dynamics*, 47(2), 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2018.01.003>
- Schaufeli, W. B., y Bakker, A. B. (2003). *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)*. Utrecht, The Netherlands: Occupational Health Psychology Unit, University of Utrecht
- Schaufeli, W. B., y Bakker, A. B. (2004a). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 25(3), 293-315.
- Schaufeli, W., y Bakker, A. (2004b). *UWES: Utrecht Work Engagement Scale. Preliminary Manual (Version 1.1)*. Utrecht: Utrecht University. Recuperado de [https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test\\_manual\\_UWES\\_Espanol.pdf](https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Espanol.pdf)
- Schaufeli, W. B., y Bakker, A. (2011). UWES. Utrecht Work Engagement Scale. Escala Utrecht de Engagement en el Trabajo. Utrecht: Occupational Health Psychology Unit Utrecht University. doi: 10.1037/t01350-000
- Schaufeli, W. B., y Taris, T. W. (2014). A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health. En *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 43-68). Dordrecht: Springer.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., y Bakker, A. B. (2008). It takes two to tango: Workaholism is working excessively and working compulsively. *The long work hours culture: Causes, consequences and choices*, 203-226.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., y Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied psychology*, 57(2), 173-203.
- Scheil-Adlung, X. (2015). *Long-Term Care (LTC) Protection for Older Persons: A Review of Coverage Deficits in 46 Countries*. Ginebra: OIT.
- Scherlowski-Leal, D. H. M., Chaves-Mauro, M. Y., Gomes-Silva, V., de Souza-Pinheiro, M. A., Henriques-da Silva, F. (2009). Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 18(2), 206-214.

- Schmidt, D. R. C., y Dantas, R. A. S. (2011). Analysis of validity and reliability of the adapted portuguese version of Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire among nursing professionals. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19(1), 42-49.
- Schneider, A., Wehler, M., y Weigl, M. (2019). Effects of work conditions on provider mental well-being and quality of care: a mixed-methods intervention study in the emergency department. *BMC emergency medicine*, 19(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0218-x>
- Schütte, S., Chastang, J. F., Malard, L., Parent-Thirion, A., Vermeylen, G., y Niedhammer, I. (2014). Psychosocial working conditions and psychological well-being among employees in 34 European countries. *International archives of occupational and environmental health*, 87(8), 897–907. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0930-0>
- Seppälä, P., Mauno, S., Feldt, T., Hakanen, J., Kinnunen, U., Tolvanen, A., y Schaufeli, W. (2009). The construct validity of the Utrecht Work Engagement Scale: Multisample and longitudinal evidence. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 10(4), 459–481. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9100-y>
- Sherman, R. O., Chiang-Hanisko, L., y Koszalinski, R. (2013). The ageing nursing workforce: a global challenge. *Journal of nursing management*, 21(7), 899–902. <https://doi.org/10.1111/jonm.12188>
- Shihundla, R. C., Lebeso, R. T., y Maputle, M. S. (2016). Effects of increased nurses' workload on quality documentation of patient information at selected Primary Health Care facilities in Vhembe District, Limpopo Province. *Curationis*, 39(1), 1545. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1545>
- Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kosugi, S., Suzuki, A., Nashiwa, H., Kato, A., Sakamoto, M., Irimajiri, H., Amano, S., Hirohata, K., Goto, R., y Kitaoka-Higashiguchi, K. (2008). Work engagement in Japan: Validation of the Japanese version of the Utrecht work engagement scale. *Applied Psychology*, 57(3), 510-523. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00333.x>
- Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kubota, K., Watanabe, K., y Kawakami, N. (2018). Is too much work engagement detrimental? Linear or curvilinear effects on mental health and job performance. *PloS one*, 13(12), e0208684. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208684>
- Siegrist, J., Dragano, N., Nyberg, S. T., Lunau, T., Alfredsson, L., Erbel, R., Fahlén, G., Goldberg, M., Jöckel, K. H., Knutsson, A., Leineweber, C., Magnusson Hanson, L. L., Nordin, M., Rugulies, R., Schupp, J., Singh-Manoux, A., Theorell, T., Wagner, G. G., Westerlund, H., Zins, M., ... y Kivimäki, M. (2014). Validating abbreviated measures of effort-reward imbalance at work in European cohort studies: the IPD-Work consortium. *International archives of occupational and environmental health*, 87(3), 249–256. <https://doi.org/10.1007/s00420-013-0855-z>
- Sigerit, H. E. (1943). *Medicina y bienestar humano*. Buenos Aires: Ed. Imán.
- Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, N., y Galvão, A. (2015). Burnout e Engagement em Profissionais de Saúde do Interior-Norte de Portugal. *Psicologia, Saúde y Doenças*, 16(3), 286–299. <https://doi.org/10.15309/15psd160302>
- Singer, E., Garfinkel, R., Cohen, S. M., y Srole, L. (1976). Mortality and mental health: evidence from the Midtown Manhattan Restudy. *Social Science y Medicine* (1967), 10(11-12), 517-525. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(76\)90019-6](https://doi.org/10.1016/0037-7856(76)90019-6)
- Sinval, J., Marques-Pinto, A., Queirós, C., y Marôco, J. (2018). Work engagement among rescue workers: Psychometric properties of the Portuguese UWES. *Frontiers in psychology*, 8, 2229. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02229>

- Solms, L., van Vianen, A., Theeboom, T., Koen, J., de Pagter, A., de Hoog, M., y Challenge y Support Research Network. (2019). Keep the fire burning: a survey study on the role of personal resources for work engagement and burnout in medical residents and specialists in the Netherlands. *BMJ open*, 9(11), e031053. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031053>
- Stavroula-Leka, A. J. (2017). *Mental health in the workplace in Europe*. Nottingham: Centre for Organizational Health y Development.
- Sullivan, E., Hegney, D. G., y Francis, K. (2012). Victorian rural emergency care—a case for advancing nursing practice. *International journal of nursing practice*, 18(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02021.x>
- Tan, B., Chew, N., Lee, G., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L., Zhang, K., Chin, H. K., Ahmad, A., Khan, F. A., Shanmugam, G. N., Chan, B., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J., Paliwal, P. R., Wong, L., Sagayanathan, R., Chen, J. T., Ng, A., ... Sharma, V. K. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Annals of internal medicine*, 173(4), 317–320. <https://doi.org/10.7326/M20-1083>
- Teixeira, C. A. B., Gherardi-Donato, E. D. S., Pereira, S. D. S., Cardoso, L., y Reisdorfer, E. (2016). Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria. *Enfermería Global*, 15(44), 288-298.
- Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Ciudad México: Siglo XXI.
- Tomietto, M., Paro, E., Sartori, R., Maricchio, R., Clarizia, L., De Lucia, P., Pedrinelli, G., Finos, R., y PN Nursing Group (2019). Work engagement and perceived work ability: An evidence-based model to enhance nurses' well-being. *Journal of advanced nursing*, 75(9), 1933–1942. <https://doi.org/10.1111/jan.13981>
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis [PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses]. *Medicina clinica*, 135(11), 507–511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Valenzuela, A. (2013). Prescripción, Administración de medicación y Práctica enfermera avanzadas ¿Argumentos para una nueva definición de funciones en el área de los cuidados de urgencias y emergencias prehospitalarios? *Emergencias*, 19(4), 1-7
- Vallerand, R. J., Blanchard, C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Leonard, M., Gagne, M., y Marsolais, J. (2003). Les passions de l'ame: on obsessive and harmonious passion. *Journal of personality and social psychology*, 85(4), 756–767. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.4.756>
- Van den Broeck, A., Schreurs, B., Guenter, H., y van Emmerik, I. H. (2015). Skill utilization and well-being: A cross-level story of day-to-day fluctuations and personal intrinsic values. *Work y Stress*, 29(3), 306-323.
- Van den Heuvel, S. G., Roozeboom, B., Eekhout, I., y Venema, A. (2019). Management of psychosocial risks in European workplaces: evidence from the second European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER-2).
- Vander-Elst, T., Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Van den Broeck, A., y Godderis, L. (2016). Job demands-resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nursing outlook*, 64(6), 542–556. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.06.004>

- Vander Elst, T., Sercu, M., Van den Broeck, A., Van Hoof, E., Baillien, E., y Godderis, L. (2019). Who is more susceptible to job stressors and resources? Sensory-processing sensitivity as a personal resource and vulnerability factor. *PloS one*, 14(11), e0225103. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225103>
- Vásquez, P. C., Suazo, S. V., y Klijn, T. P. (2014). Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. *Avances en enfermería*, 32(2), 271.
- Vega-Martínez, S. (2001). NTP 604: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Vidotti, V., Ribeiro, R. P., Galdino, M., y Martins, J. T. (2018). Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26, e3022. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2550.3022>
- Vie, T. L., Hufthammer, K. O., Holmen, T. L., Meland, E., y Breidablik, H. J. (2014). Is self-rated health a stable and predictive factor for allostatic load in early adulthood? Findings from the Nord Trøndelag Health Study (HUNT). *Social science y medicine*, 117, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.019>
- Vinje, H. F., Langeland, E., y Bull, T. (2016). Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. In M. B. Mittelmark (Eds.) et. al., *The Handbook of Salutogenesis*. (pp. 25–40). Springer.
- Wagner, A., Rieger, M. A., Manser, T., Sturm, H., Hardt, J., Martus, P., Lessing, C., Hammer, A., y WorkSafeMed Consortium (2019). Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 19(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3862-7>
- Wålinder, R., Runeson-Broberg, R., Arakelian, E., Nordqvist, T., Runeson, A., y Rask-Andersen, A. (2018). A supportive climate and low strain promote well-being and sustainable working life in the operation theatre. *Upsala journal of medical sciences*, 123(3), 183–190. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1483451>
- Walter, J. K., y Terry, L. M. (2021). Factors influencing nurses' engagement with CPD activities: a systematic review. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 30(1), 60–68. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.1.60>
- Wan, Q., Zhou, W., Li, Z., Shang, S., y Yu, F. (2018). Work engagement and its predictors in registered nurses: A cross-sectional design. *Nursing y health sciences*, 20(4), 415–421. <https://doi.org/10.1111/nhs.12424>
- Wan, Q., Li, Z., Zhou, W., y Shang, S. (2018). Effects of work environment and job characteristics on the turnover intention of experienced nurses: The mediating role of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 1332–1341. <https://doi.org/10.1111/jan.13528>
- Wang, S., Xie, L., Xu, Y., Yu, S., Yao, B., y Xiang, D. (2020). Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 70(5), 364–369. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa074>
- Wei, Y., Fu-Shen, X. (2007). Research concentrated on the depressive symptoms status among nurses. *Health Occupational Education*, 25, 95–96.
- Wells, G., Shukla, V. K., Bak, G., Bai, A. (2012). *Quality Assessment Tools Project Report*. Ottawa: Canadian
- Wilches-Visbal, J. H., y Castillo-Pedraza, M. C. (2020). Aproximación matemática del modelo epidemiológico SIR para la comprensión de las medidas de contención contra la COVID-19 [Mathematical approach of the SIR epidemiological model for the comprehension of the

- containment measures against the Covid-19.]. *Revista española de salud pública*, 94, e202009109.
- Wolf, L. A., Perhats, C., Clark, P. R., Moon, M. D., y Zavotsky, K. E. (2018). Workplace bullying in emergency nursing: Development of a grounded theory using situational analysis. *International emergency nursing*, 39, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.002>
- Woo, B., Lee, J., y Tam, W. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human resources for health*, 15(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>
- Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., y He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC public health*, 13, 320. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320>
- Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A. E., Bruera, E., Yang, X., Wei, S., y Qian, Y. (2020). A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), e60–e65. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>
- Wynne, R., De Broeck, V., Vandebroek, K., Leka, S., Jain, A., Houtman, I., y McDaid, D. (2014). *Promover la salud en el puesto de trabajo*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Yew, S. Y., Yong, C. C., Tey, N. P., Cheong, K. C., y Ng, S. T. (2018). Work satisfaction among nurses in a private hospital. *International Journal of Healthcare Management*, 1-8.
- Yin, X., y Zeng, L. (2020). A study on the psychological needs of nurses caring for patients with coronavirus disease 2019 from the perspective of the existence, relatedness, and growth theory. *International journal of nursing sciences*, 7(2), 157–160. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.04.002>
- Yu, H., Qiao, A., y Gui, L. (2021). Predictors of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among emergency nurses: A cross-sectional survey. *International emergency nursing*, 55, 100961. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100961>
- Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Du, H., Li, R., Kang, L., Su, M., Zhang, J., Liu, Z., y Zhang, B. (2020). Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Frontiers in psychiatry*, 11, 306. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00306>



## 9. ANEXOS



9.1. Anexo 1. Número de Enfermeras por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, edad y sexo. INE (2018)



CC.AA.	Total		Menores de 35 años						De 35 a 44 años						De 45 a 54 años						De 55 a 64 años						Mayores de 65 años															
	T		H		M		T		H		M		T		H		M		T		H		M		T		H		M		T		H		M							
	T	H	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M										
Andalucía	45.271	10.768	34.503	11.755	2.135	9.620	11.476	2.427	9.049	9.379	2.320	7.059	8.543	2.492	6.051	4.067	1.383	2.684	51	11	40	8.910	1.033	7.877	2.723	376	2.347	2.332	248	2.084	1.817	170	1.647	1.845	208	1.637	52	15	37	141	16	125
Aragón	7.350	995	6.355	1.680	198	1.482	1.704	196	1.508	1.367	146	1.221	1.885	280	1.605	714	175	539	0	0	0	7.350	995	6.355	1.680	198	1.482	1.704	196	1.508	1.367	146	1.221	1.885	280	1.605	714	175	539	0	0	0
Principado de Asturias	6.366	1.089	5.277	2.156	389	1.767	2.123	394	1.729	1.116	162	954	908	127	781	61	17	44	2	0	2	6.366	1.089	5.277	2.156	389	1.767	2.123	394	1.729	1.116	162	954	908	127	781	61	17	44	2	0	2
Illes Balears	13.934	3.003	10.931	4.797	910	3.887	4.277	934	3.343	2.436	564	1.872	1.607	361	1.246	817	234	583	0	0	0	13.934	3.003	10.931	4.797	910	3.887	4.277	934	3.343	2.436	564	1.872	1.607	361	1.246	817	234	583	0	0	0
Canarias	4.725	525	4.200	1.072	118	954	1.090	91	999	698	66	632	1.011	117	894	854	133	721	0	0	0	4.725	525	4.200	1.072	118	954	1.090	91	999	698	66	632	1.011	117	894	854	133	721	0	0	0
Cantabria	17.752	2.017	15.735	4.486	618	3.868	4.346	418	3.928	3.622	313	3.309	4.321	499	3.822	977	169	808	0	0	0	17.752	2.017	15.735	4.486	618	3.868	4.346	418	3.928	3.622	313	3.309	4.321	499	3.822	977	169	808	0	0	0
Castilla-La Mancha	11.826	1.922	9.904	3.113	464	2.649	3.784	589	3.195	2.627	432	2.195	2.200	411	1.789	102	26	76	0	0	0	11.826	1.922	9.904	3.113	464	2.649	3.784	589	3.195	2.627	432	2.195	2.200	411	1.789	102	26	76	0	0	0
Castilla y León	54.759	6.931	47.828	14.675	1.988	12.687	13.143	1.585	11.558	9.276	986	8.290	9.532	1.022	8.510	7.827	1.286	6.541	306	64	242	54.759	6.931	47.828	14.675	1.988	12.687	13.143	1.585	11.558	9.276	986	8.290	9.532	1.022	8.510	7.827	1.286	6.541	306	64	242
Cataluña	28.463	5.084	23.379	9.733	1.528	8.205	6.355	870	5.485	4.821	753	4.068	5.401	1.295	4.106	1.877	544	1.333	276	94	182	28.463	5.084	23.379	9.733	1.528	8.205	6.355	870	5.485	4.821	753	4.068	5.401	1.295	4.106	1.877	544	1.333	276	94	182
Comunitat Valenciana	8.008	1.462	6.546	1.837	259	1.578	2.028	295	1.733	1.618	291	1.327	1.812	396	1.416	713	221	492	0	0	0	8.008	1.462	6.546	1.837	259	1.578	2.028	295	1.733	1.618	291	1.327	1.812	396	1.416	713	221	492	0	0	0
Extremadura	14.514	1.601	12.913	5.108	426	4.682	3.937	442	3.495	2.907	351	2.556	2.303	330	1.973	256	52	204	3	0	3	14.514	1.601	12.913	5.108	426	4.682	3.937	442	3.495	2.907	351	2.556	2.303	330	1.973	256	52	204	3	0	3
Galicia	52.722	8.260	44.462	16.666	2.655	14.011	12.280	1.655	10.625	7.738	948	6.790	8.237	1.260	6.977	7.801	1.742	6.059	0	0	0	52.722	8.260	44.462	16.666	2.655	14.011	12.280	1.655	10.625	7.738	948	6.790	8.237	1.260	6.977	7.801	1.742	6.059	0	0	0
Comunidad de Madrid	6.604	1.570	5.034	2.403	451	1.952	2.033	422	1.611	1.112	268	844	977	387	590	79	42	37	0	0	0	6.604	1.570	5.034	2.403	451	1.952	2.033	422	1.611	1.112	268	844	977	387	590	79	42	37	0	0	0
Región de Murcia	6.778	368	6.410	1.615	139	1.476	1.587	72	1.515	1.389	49	1.340	1.358	49	1.309	829	59	770	0	0	0	6.778	368	6.410	1.615	139	1.476	1.587	72	1.515	1.389	49	1.340	1.358	49	1.309	829	59	770	0	0	0
Com. Foral de Navarra	16.594	2.012	14.582	4.868	600	4.268	3.879	334	3.545	3.306	270	3.036	4.104	378	3.726	430	67	363	7	1	6	16.594	2.012	14.582	4.868	600	4.268	3.879	334	3.545	3.306	270	3.036	4.104	378	3.726	430	67	363	7	1	6
País Vasco	2.012	159	1.853	458	39	419	589	41	548	477	36	441	468	41	427	20	2	18	0	0	0	2.012	159	1.853	458	39	419	589	41	548	477	36	441	468	41	427	20	2	18	0	0	0
La Rioja	585	106	479	111	15	96	126	18	108	175	34	141	133	25	108	40	14	26	0	0	0	585	106	479	111	15	96	126	18	108	175	34	141	133	25	108	40	14	26	0	0	0
Ceuta	589	90	499	169	25	144	138	28	110	156	23	133	124	13	111	2	1	1	0	0	0	589	90	499	169	25	144	138	28	110	156	23	133	124	13	111	2	1	1	0	0	0
Melilla	307.762	48.633	259.129	89.425	13.333	76.092	77.227	11.059	66.168	56.037	8.182	47.855	56.769	9.691	47.078	27.518	6.182	21.336	786	186	600	307.762	48.633	259.129	89.425	13.333	76.092	77.227	11.059	66.168	56.037	8.182	47.855	56.769	9.691	47.078	27.518	6.182	21.336	786	186	600
<b>TOTAL</b>																																										

Tabla 65. Número de Enfermeras por Comunidades, Ciudades autónomas y provincias de colegiación, edad y sexo. INE (2018)



## 9.2. Anexo 2. Cuestionario Estudio Psicosocial en los Profesionales de Enfermería



## Estudio Psicosocial en los Profesionales de Enfermería

Estimado/a Compañera/o.

Nuestro estado de salud, las condiciones de trabajo, así como nuestra implicación en la actividad diaria son fundamentales para nuestro bienestar y la calidad en la atención que prestamos. Es por ello, que nos gustaría contar con su colaboración, cumplimentando esta encuesta dirigida a explorar estos aspectos.

El equipo investigador garantiza que todas sus respuestas serán tratadas de forma anónima y confidencial, siendo el carácter de tu participación totalmente voluntaria.

Para expresar la aceptación de participación en este estudio le rogamos que marque con una cruz la siguiente casilla:

Acepto participar voluntariamente en este estudio, una vez recibida la información \*  Sí

### DATOS GENERALES

1. Sexo: M  H

2. ¿Qué edad tiene?: \_\_\_\_ años

3. Provincia de residencia:

4- Provincia del lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

4.1- Nombre del Centro de trabajo (Opcional): \_\_\_\_\_

4.2- Distancia hasta el lugar de trabajo (en km aproximados): \_\_\_\_ km.

5. Diría que su salud en general es:

Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala

6. Indique en qué tipo de entidad trabaja en la actualidad.

Centro de salud.  Hospital Público.  Hospital Privado.

Otro Servicio Público (Indicar) \_\_\_\_\_

Otro Servicio Privado (Indicar) \_\_\_\_\_

7. Señale el puesto de trabajo que ocupa en la actualidad.

EIR  Empleado/a o trabajador/a  Supervisor/a  Mando intermedio

Directivo/a  Alta dirección/dirección general  Otros (Indicar) \_\_\_\_\_

8. Señale el servicio en el que trabaja en la actualidad.

Maternidad  Med. Interna  Psiquiatría  Quirófano  Laboratorio  UCI

Digestivo  Traumatología  Oncología  Radiología  SUEE  EBAP

Pediatría  Neurología  Cirugía  Hematología  Otros (Indicar) \_\_\_\_\_

9. ¿El trabajo que realiza se corresponde con la categoría profesional que tiene reconocida salarialmente?

Sí.  No lo sé.

No, el trabajo que hago está por **encima** de lo que se me reconoce en el salario.

No, el trabajo que hago está por **debajo** de lo que se me reconoce en el salario.

10. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en esta empresa?

Menos de 30 días  Entre 1 y 6 meses  Entre 6 meses y 2 años.

Entre 2 y 5 años  Entre 5 y 10 años  Más de 10 años.

11. Desde que entró en su entidad actual ¿ha ascendido de categoría o grupo profesional?

Sí  No

12. ¿Qué tipo de relación laboral tiene con su entidad actual?

- Soy fijo (tengo un contrato indefinido,...).  Soy fijo discontinuo.  
 Soy temporal con contrato formativo (contrato temporal para la formación, en prácticas).  
 Soy temporal (contrato por obra y servicio, circunstancias de la producción, etc.).  
 Soy funcionario/estatutario.  Soy interino.  Soy becario/a.  Sin contrato.

13. Su contrato es:

- A tiempo completo con reducción de jornada (maternidad/paternidad, estudios, discapacidad).  
 A tiempo parcial con reducción de jornada (maternidad, paternidad, estudios, discapacidad).  
 A tiempo parcial.  A tiempo completo.

14. ¿Cuál es su horario de trabajo?

- Jornada partida (mañana y tarde)  Turno fijo de mañana.  Turno fijo de tarde.  
 Turno fijo de noche.  Turnos rotatorios excepto de noche.  
 Turnos rotatorios con el de noche.  Guardias 24h  Horario irregular.  
 Otros. (Indicar) \_\_\_\_\_

15. Su horario de trabajo incluye trabajar:

- De lunes a viernes.  
 De lunes a sábado.  
 Sólo fines de semana o festivos.  
 De lunes a viernes y, excepcionalmente, sábados, domingos y festivos.  
 Tanto entre semana como fines de semana y festivos.

16. Con respecto a los cambios de turno y horarios de trabajo que situación describe mejor su situación:

Me cambian de horario o de días de trabajo  Sí  No

**NOTA:** Si usted ha respondido **SÍ** en el apartado anterior, es decir, si le cambian de horario (turno, hora de entrada o salida) o de días de la semana que trabaja, ¿con cuánto tiempo de antelación se lo comunican?

En caso de que su respuesta haya sido **NO**, pase al **PUNTO 17**.

- Normalmente me lo comunican regularmente, con \_\_\_\_\_ días de antelación.  
 Normalmente me lo comunican de un día para otro o el mismo día.  
 Normalmente conozco mi horario con antelación, pero pueden cambiármelo de un día para otro.

17. Indique cuántas horas trabajó la semana pasada para su entidad: \_\_\_\_\_ horas.

18. Si la semana anterior trabajó menos de 35 horas, diga por qué. En caso negativo, pase al **PUNTO 19**.  
*Puede marcar más de una opción.*

- Trabajo a tiempo parcial para esta empresa.  
 Tengo distribución irregular de jornada (no siempre trabajo las mismas horas).  
 He estado de baja, de vacaciones, de permiso...  
 Tengo jornada reducida (maternidad...).

19. Aproximadamente, ¿cuál es el importe neto que cobra al mes?

- 300 euros o menos  Entre 301 y 450 euros  Entre 451 y 600 euros.  
 Entre 601 y 750 euros  Entre 751 y 900 euros  Entre 901 y 1.200 euros.  
 Entre 1.201 y 1.500 euros  Entre 1.501 y 1.800 euros  Entre 1.801 y 2.100 euros.

- Entre 2.101 y 2.400 euros     Entre 2.401 y 2.700 euros     Entre 2.701 y 3.000 euros.  
 Más de 3.000 euros.

20. Su salario es:     Fijo     Una parte fija y otra variable  
 Todo variable (a destajo, a comisión).

21. ¿Considera que su trabajo está bien pagado?     Sí     No

22. Con respecto a sus ausencias en el trabajo por enfermedad (en los últimos 12 meses): *Puede marcar más de una opción.*

- Aproximadamente, he estado \_\_\_ días de baja por enfermedad en el último año.  
 No he estado de baja por enfermedad en el último año.  
 He cogido aproximadamente un número de \_\_\_ bajas.  
 No he cogido ninguna baja en el último año.

23. A continuación se exponen una serie de sustancias, debe indicar su consumo aproximado de las mismas:

	Todos los días	Varias veces a la semana	1 vez a la semana	Cada 15 días	1 vez al mes	2 o 3 veces al año	Nunca
Sustancias relajantes							
Café							
Sustancias estimulantes							
Alcohol							
Tabaco							
Marihuana							
Cocaína							
Otras (Especificar)							

### PRUEBA 1

La mayoría de preguntas tienen varias opciones de respuesta y debe señalar con una “X” la respuesta que considere que describe mejor su situación (por ejemplo, escogiendo una sola opción entre las posibles respuestas: “Siempre / La mayoría de las veces / Algunas veces / Sólo unas pocas veces / Nunca”).

Dimensión exigencias psicológicas	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
1 ¿Puede hacer su trabajo con tranquilidad y tenerlo al día?					
2 En su trabajo, ¿tiene usted que tomar decisiones difíciles?					
3 En general, ¿considera usted que su trabajo le produce desgaste emocional?					
4 En su trabajo, ¿tiene usted que guardar sus emociones y no expresarlas?					
5 ¿Su trabajo requiere atención constante?					

Dimensión trabajo activo y desarrollo de habilidades		Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
6	¿Tiene influencia sobre la cantidad de trabajo que se le asigna?					
7	¿Puede dejar su trabajo un momento para conversar con un compañero/a?					
8	¿Su trabajo permite que aprenda cosas nuevas?					
9	Las tareas que hace, ¿le parecen importantes?					
10	¿Siente que su empresa o institución tiene una gran importancia para usted?					
Dimensión apoyo social en la empresa		Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
11	¿Sabe exactamente qué tareas son de su responsabilidad?					
12	¿Tiene que hacer tareas que usted cree que deberían hacerse de otra manera?					
13	¿Recibe ayuda y apoyo de su inmediato o inmediata superior?					
14	Entre compañeros y compañeras, ¿se ayudan en el trabajo?					
15	Sus jefes inmediatos, ¿resuelven bien los conflictos?					
Dimensión compensaciones		Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
16	¿Está preocupado/a por si le despiden o no le renuevan el contrato?					
17	¿Está preocupado/a por si le cambian de tareas contra su voluntad?					
18	Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco.					
Dimensión doble presencia		Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
19	Cuando está en el trabajo, ¿piensa en las exigencias domésticas y familiares?					
20	¿Hay situaciones en las que debería estar en el trabajo y en la casa a la vez? (para cuidar un hijo enfermo, por accidente de algún familiar, por el cuidado de abuelos, etc.)					

## PRUEBA 2

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma. Si nunca se ha sentido así conteste '0' (cero), y en caso contrario indique cuántas veces se ha sentido así teniendo en cuenta el número que aparece en la siguiente escala de respuesta (de 1 a 6).

Nunca 0	Casi nunca 1	Algunas veces 2	Regularmente 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5	Siempre 6
Ninguna vez	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días

- \_\_\_\_\_ En mi trabajo me siento lleno de energía.
- \_\_\_\_\_ Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo.
- \_\_\_\_\_ Estoy entusiasmado con mi trabajo.
- \_\_\_\_\_ Mi trabajo me inspira.

5. \_\_\_\_\_ Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar.  
 6. \_\_\_\_\_ Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo.  
 7. \_\_\_\_\_ Estoy orgulloso del trabajo que hago.  
 8. \_\_\_\_\_ Estoy inmerso en mi trabajo.  
 9. \_\_\_\_\_ Me “dejo llevar” por mi trabajo (se me va el tiempo cuando estoy trabajando).

### PRUEBA 3

Nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, las **dos últimas semanas**. Por favor, responda todas las preguntas marcando la alternativa que más se acerca a cómo usted se siente. Recuerde que queremos conocer acerca de molestias o quejas recientes, no aquellas que ha tenido en el pasado.

- 1.- ¿Recientemente, ha sido capaz de concentrarse en lo que hace?  
 Mejor que de costumbre  Igual que de costumbre.  
 Menos que de costumbre  Mucho menos que de costumbre.
- 2.- ¿Recientemente, ha perdido mucho sueño por preocupaciones?  
 No, en absoluto  No más que lo usual  
 Algo más que lo usual  Mucho más que lo usual.
- 3.- ¿Últimamente, se ha sentido usted una persona útil para los demás?  
 Más que de costumbre  Igual que de costumbre.  
 Menos útil que de costumbre  Mucho menos útil.
- 4.- ¿Recientemente, se siente capaz de tomar decisiones?  
 Más que lo usual  Igual que lo usual  
 Menos que lo usual  Mucho menos capaz
- 5.- ¿En el último tiempo, se ha sentido constantemente bajo tensión?  
 No, en absoluto  No más que de costumbre  
 Algo más que de costumbre.  Mucho más que de costumbre
- 6.- ¿En el último tiempo, ha sentido que no puede solucionar sus problemas?  
 No, en absoluto  No más que de costumbre  
 Algo más que de costumbre  Mucho más que de costumbre
- 7.- ¿En el último tiempo, ha podido disfrutar de la vida diaria?  
 Más que de costumbre  Igual que de costumbre  
 Menos que de costumbre  Mucho menos
- 8.- ¿Recientemente, se ha sentido capaz de enfrentar los problemas?  
 Más que lo habitual  Igual que lo habitual.  
 Menos capaz que lo habitual  Mucho menos capaz.
- 9.- ¿Recientemente, se ha sentido triste o deprimido?  
 No, en absoluto  No más que de costumbre.  
 Algo más que de costumbre  Mucho más que de costumbre
- 10.- ¿Recientemente, ha estado perdiendo confianza en sí mismo?  
 No, en absoluto  No más que de costumbre.  
 Algo más que de costumbre  Mucho más que de costumbre.
- 11.- ¿En el último tiempo, ha sentido que usted no vale nada?  
 No, en absoluto  No más que lo habitual.  
 Algo más que lo habitual  Mucho más que lo habitual.
- 12.- ¿En el último tiempo, se ha sentido feliz, considerando todas las cosas?  
 Más que lo habitual  Igual que lo habitual.  
 Menos que lo habitual  Mucho menos que lo habitual.

## PRUEBA 4

Con respecto a la agresividad y la violencia en su ámbito de trabajo, por favor, conteste a las siguientes cuestiones. *Puede marcar 2 opciones.*

- ¿Ha sufrido o presenciado alguna vez algún acto violento en su puesto de trabajo?

- Sí, personalmente.  
 Sí, hacia un compañero y/u otro usuario personalmente pero lo he presenciado.  
 No, no lo he sufrido ni presenciado.

- Si la respuesta es **Sí**, marque con una cruz los tipos de violencia que ha padecido o presenciado, de lo contrario no debe rellenar las siguientes casillas:

- Ejercida por personas que no tienen ningún tipo de trato legítimo con la víctima. Ni comercial, ni de usuario, ni laboral. (Por ejemplo en caso de atraco).  
 Ejercida por personas con cierta relación profesional. Principalmente usuario de servicios.  
 Ejercida por personas con implicación laboral directa o indirecta, actual o pasada.

- ¿Qué tipo de agresión sufrió? *Marque con una cruz.*  Física  Verbal  Ambas

- ¿Qué persona o personas fueron sus agresores/as? *Puede marcar más de una opción.*

- Pacientes  Familiares  Compañeros de trabajo  Otros. (Indicar) \_\_\_\_\_

- ¿Ha sufrido alguna amenaza? ¿Por parte de quién? *Puede marcar más de una opción.*

- Pacientes  Familiares  Compañeros de trabajo  Otros. (Indicar) \_\_\_\_\_

- ¿Ha sufrido acoso sexual en su trabajo? *Marque con una cruz.*  Sí  No

- ¿Ha sufrido acoso psicológico en su trabajo? *Marque con una cruz.*  Sí  No

## PRUEBA 5

A continuación se exponen una serie de ítems relacionados con aquellas variables que podrían hacerle más o menos feliz en el trabajo.

En general, ¿considera que es feliz en su **vida**? *Marque con una cruz la que considere.*

- Muy de acuerdo  Bastante de acuerdo  En desacuerdo  Totalmente en desacuerdo

En general, ¿considera que es feliz en su **trabajo**? *Marque con una cruz la que considere.*

- Muy de acuerdo  Bastante de acuerdo  En desacuerdo  Totalmente en desacuerdo

¿Qué factores considera que influyen en que sea feliz en su vida en general?

Ahora, pensando en la Felicidad en el ámbito laboral qué importancia le daría a cada una de estas variables.

Repercute en la Felicidad laboral...	Mucho	Bastante	Algo	Poco	Muy poco	Nada
1. La estabilidad laboral						
2. El desarrollo de mis habilidades						
3. El buen clima laboral						
4. Sentirse integrado dentro de un equipo						
5. La realización profesional						
6. Un horario adecuado						
7. Que mi trabajo me permita tiempo para el ocio						
8. Un sueldo adecuado						
9. El reconocimiento de compañeros						
10. El reconocimiento de superiores						
11. El apoyo social de los compañeros						
12. El apoyo social de los superiores						
13. El apoyo emocional de los compañeros						
14. El apoyo emocional de los superiores						
15. La adecuación de mi formación a mis funciones						
16. Las características del jefe						
17. La cercanía al lugar de trabajo						
18. Los beneficios y/o ayudas sociales						
19. La conciliación laboral y familiar						
20. Las posibilidades de promoción						
21. Un trabajo predecible (que pueda anticipar lo que debo hacer)						
22. Un trabajo que pueda controlar						

## PRUEBA 6

Para finalizar nos interesa conocer cuál es **SU PERCEPCIÓN** sobre determinadas variables relacionadas con sus **hábitos de vida y salud**, en la **actualidad y hace 7-10 años**. Para ello, **PUNTÚESE del 1 al 10** siendo el 1 la situación menos favorable para su salud y 10 la mejor.

Ejemplo: Si en la actualidad usted no fuma, puntúese con un 10.

¿Cómo percibe las siguientes variables y conductas en la actualidad y en los últimos años (hace 7-10 años)?

	Actualmente	Hace 7-10 años
Las condiciones de trabajo		
La salud laboral		
La seguridad del paciente		
La calidad de la atención sanitaria		
El nivel de agresividad y violencia		
Su consumo de sustancias relajantes		
Su consumo de sustancias estimulantes		
Su consumo de tabaco		
Su consumo de alcohol		
Hábitos dietéticos y nutricionales		
Actividad física habitual		
Conciliación de la vida familiar y laboral		
Higiene y calidad del sueño		
Red de apoyo social		
Felicidad en el ámbito laboral		
Felicidad en su vida en general		

## SUGERENCIAS

Si tiene alguna sugerencia, recomendación, consulta o desea reflejar alguna cuestión que no haya podido indicar en el desarrollo del cuestionario, por favor, hágalo a continuación:

Por último, si está interesado en participar en futuros estudios relacionados, facilítenos su email y teléfono de contacto:

*Muchas gracias por su inestimable colaboración*

### 9.3. Anexo 3. Certificado de la Comisión de Ética del Consejo General de Enfermería





ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA  
+ CONSEJO GENERAL

## COMISIÓN DE ÉTICA DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

D. Diego Ayuso Murillo, como Secretario de la Comisión de Ética del Consejo General de Enfermería.

### CERTIFICA

Que el Proyecto de Investigación titulado: **ESTUDIO PSICOSOCIAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA** presentado ante esta Comisión y evaluado en Reunión el 27 de abril de 2018 y cuyo investigador principal es el **Prof. Dr. Juan Gómez Salgado**, del Departamento de Enfermería de la Universidad de Huelva, ha sido evaluado, por esta Comisión, de forma FAVORABLE, al comprobar que:

Se marcan unos objetivos relevantes, de interés para el Consejo y en el marco de prioridades de investigación biosanitaria, considerándose suficientemente justificada la investigación propuesta por el equipo de investigación.

La capacidad del investigador principal y su equipo merecen un voto de confianza sobre la viabilidad del proyecto.

La metodología, el plan de trabajo y el análisis que se plantea con los datos, resultan adecuados para alcanzar los objetivos propuestos.

El estudio no presenta ningún riesgo de tipo físico ni psicológico para las personas participantes en el mismo, contando con las adecuadas medidas que garantizan la total confidencialidad, tanto en la recogida como en el tratamiento de los datos, salvaguardándose en todo momento el carácter de participación anónima y voluntaria.

Y para que así conste y a efectos de su presentación ante la Comisión de Ética del Consejo General de Enfermería,

Se firma el presente certificado en Madrid a 27 de abril de 2018.





#### **9.4. Anexo 4. Ficha para instituciones: Estudio Psicosocial para Profesionales de Enfermería**



## Ficha para instituciones

# Estudio Psicosocial para Profesionales de Enfermería

---

### Introducción

El ámbito sanitario está considerado como uno de los más expuestos a riesgos psicosociales. El trabajador de la sanidad suele comprometer su salud laboral por exposición frecuente, continuada y persistente a riesgos físicos, químicos, biológicos, mecánicos, ergonómicos y psicosociales de diverso ámbito y naturaleza (*Organización Panamericana de la Salud, 2001*). Además, se encuentra sometido a condiciones laborales idiosincrásicas relacionadas, por ejemplo, con turnos de trabajo intensivos y rotatorios que inciden en el desarrollo de enfermedades psicológicas (*Ceballos et. al, 2015*), como es el caso de los profesionales de Enfermería.

Los enfermeros y las enfermeras experimentan de forma recurrente sintomatología en relación a condiciones psicosociales de su desempeño: altos niveles de estrés, ansiedad, sobrecarga emocional o fatiga por empatía, principalmente como consecuencia de la naturaleza de su trabajo y del lugar en el que desarrollan su labor. Estas circunstancias psicosociales adversas, además, se relacionan con una reducción autopercebida de su salud y bienestar (*Mcdonald et al, 2012*) y en general, de su calidad de vida.

Fruto de esas evidencias, a lo largo de los últimos años, la preocupación por la salud laboral del colectivo de profesionales de Enfermería ha dado lugar al desarrollo de estudios relacionados con patologías y rasgos vinculados con el desempeño profesional. Los datos obtenidos evidencian la necesidad de abordar esta problemática que causa sufrimiento y menoscabo profesional y personal y que incide de forma muy directa en la calidad asistencial.

### Contexto de la investigación

En este contexto, se requieren otras perspectivas que permitan reenfocar la comprensión y la intervención del contexto psicosocial y su interacción con la persona, siendo de interés la orientación hacia premisas que pongan en valor el capital positivo de las personas y del contexto organizacional en el que se desarrollan laboral y personalmente. La relevancia no debe hallarse tanto en los factores de riesgos que pueden traer consecuencias negativas, sino en los factores de protección que pueden facilitar la prevención de dichos riesgos, propiciando estados de bienestar subjetivo por parte del profesional sanitario. Dentro de esta

perspectiva, se ha comenzado a dar importancia al estudio del engagement, como un proceso positivamente opuesto al burnout, pero que cuenta con entidad propia.

Los estudios han analizado las variables tanto personales como situacionales que pueden llevar al desarrollo del engagement. Por una parte, en relación a las variables situacionales, ponen de manifiesto que existen situaciones que pueden constituirse en causas del engagement, como los recursos personales y laborales o el contagio emocional, y otras sin embargo, sobre las que puede influir, como las actitudes hacia las tareas o hacia la institución, el desempeño en las tareas o en la salud, y la autoeficacia.

En las últimas décadas, desde este enfoque de la “psicología positiva”, se ha puesto especial énfasis en la relación de la salud, el bienestar y la felicidad, estando suficiente y científicamente probado a estas alturas que, como mínimo, y en el contexto laboral, la evidencia de estas variables en la persona trae consigo consecuencias que se consideran deseables (Diener, 2009). Muy relacionados con estos conceptos, la pasión puede ser definida como una fuerte inclinación hacia una actividad que a la gente le gusta, que encuentran importante, y en la que invierten tiempo y energía (Vallerand et al., 2003), pudiendo ser relacionada en el contexto laboral con el deterioro de la salud y con la motivación hacia el trabajo.

Como resulta bien conocida, la Violencia Ocupacional, también denominada Violencia Laboral de origen Externo, se entiende como aquella acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra, no perteneciente a la organización laboral, en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2003). En determinadas actividades laborales, los trabajadores están sometidos a riesgos que pueden afectar a su seguridad y salud y que tienen un origen externo a la organización, como son los que se derivan de situaciones de violencia externa.

La prolíja producción científica sobre “workplace violence” maneja vocablos tan diversos y heterogéneos como los de *violence*, *aggression*, *abuse*, *injury*, *threat*, *assault*, *intimidation*, *harassment*, *bullying*, *mobbing*, *battering* o *victimizing* e incluye desde investigaciones que tratan sobre cualquier tipo de incidente violento en general (Farell et al., 2006) hasta las que llegan a distinguir 14 categorías de agresión y violencia ocupacionales (Ryan y Maguire, 2006). La violencia ocupacional fue ya catalogada por la OMS en 1996 como un problema de salud pública, cada vez más palpable en instituciones, organizaciones y empresas, siendo el sector sanitario, uno de los ámbitos más afectados. Agresiones verbales, físicas y psicológicas son los principales problemas que se encuentran los profesionales de estos ámbitos.

Habiendo sido considerada durante mucho tiempo una cuestión de rango menor, casi privada y de escasa trascendencia social y organizacional, se ha ido convirtiendo, a lo largo de los últimos lustros, en una preocupación prioritaria para los más diversos organismos internacionales interesados en la calidad de vida y el bienestar humano, que la presentan como un importante factor de riesgo psicosocial en el trabajo, como un problema de derechos humanos y como una cuestión socialmente urgente y económicamente relevante que concierne tanto al bienestar de las personas como a la salud de los ambientes laborales, a la efectividad y a la eficiencia de las organizaciones y también a la calidad de los servicios que prestan a la ciudadanía. (OIT/ CIE/ OMS/ ISP, 2002)

Los trabajadores sometidos a este tipo de circunstancias, y según los resultados de la encuesta Fourth EWCS 2007 (*Fourth, European Working Conditions Survey*), recogida en el informe de la EU-OSHA, presentan un claro y notable aumento de problemas de salud mental y malestar psicológico, que se manifiestan principalmente en irritabilidad, dolor de estómago, problemas de sueño y ansiedad. Respecto a su salud física, presentan un mayor número de síntomas en comparación con el resto de la población de trabajadores activos.

## Objetivos

La investigación se centra en el estudio de las condiciones psicosociales del personal de Enfermería en el entorno de trabajo, así como de las variables relacionadas con su bienestar subjetivo laboral, analizando las relaciones existentes y su efecto sobre la salud.

- Realizar un estudio de las condiciones psicosociales del personal de Enfermería, diferenciando la exposición a violencia en el lugar de trabajo por su trascendencia en el colectivo.
- Realizar un estudio sobre el bienestar subjetivo del personal de Enfermería.
- Realizar un estudio sobre la autopercepción de salud de los profesionales de Enfermería.
- Relacionar el bienestar subjetivo del trabajador enfermero con sus condiciones sociolaborales y con su estado de salud percibida.

## Hipótesis de trabajo y metodología

El bienestar subjetivo que manifiesten los profesionales de Enfermería en su quehacer cotidiano supone un elemento clave para valorar los posibles riesgos de tipo psicosocial a los que pueden estar expuestos, su implicación con el trabajo y la percepción de su salud, tanto física como mental. Ello permite fortalecer los aspectos que presentan una valoración más alta y rediseñar mediante estrategias efectivas aquellos que obtienen puntuaciones más bajas.

La investigación se llevará a cabo mediante la difusión en formato papel y formato *online* de un cuestionario unificado, compuesto por una serie de dimensiones que el grupo de investigación, basado en la bibliografía consultada, ha estimado como elementos influyentes en el quehacer cotidiano del personal de los diferentes servicios donde puedan desarrollar sus funciones. Este cuestionario presenta seis dimensiones a evaluar donde, las tres primeras son evaluadas por cuestionarios ya validados y las tres últimas mediante instrumentos de evaluación *ad hoc*.

#### *CoPsoQ-istas21 (Prueba 1)*

*(Moncada, Serrano, Kristensen y Martínez, 2000).*

El CoPsoQ-istas21 es un instrumento de evaluación orientado a la evaluación de riesgos psicosociales, identificando y localizando dichos riesgos y facilitando el diseño e implementación de medidas preventivas. Los resultados de la aplicación del CoPsoQ-istas21 deben ser considerados como oportunidades para la identificación de aspectos a mejorar de la organización del trabajo, como paso previo para llegar a una prevención racional y efectiva.

Consta de 5 dimensiones que son: exigencias psicológicas, trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa, compensaciones y doble presencia.

En relación a la fiabilidad presenta una consistencia interna con un alfa de Cronbach alto, en un rango de 0'66 a 0'92 Las correlaciones Inter-ítems dentro de cada escala oscila entre 0'2 y 0'5.

#### *Versión en español del Utrecht Work Engagement Scale (Prueba 2)*

*(Schaufeli, Bakker y Salanova, 2006)*

Este instrumento consta de nueve ítems distribuidos en tres ítems para cada dimensión del engagement (vigor, dedicación y absorción), con una escala tipo Likert de siete anclajes los cuales comienzan desde nunca o ninguna vez, hasta siempre o todos los días. Los índices de fiabilidad alfa de Cronbach son los siguientes: vigor ( $\alpha= 0'82$ ), dedicación ( $\alpha= 0'86$ ) y absorción ( $\alpha= 0'8$ ).

#### *Cuestionario General de Salud de Goldberg (adaptación al castellano - Lobo, 1985) (Prueba 3)*

*(Goldberg, et al., 1997)*

El *General Health Questionnaire* (GHQ-12), elaborado por Goldberg y Williams (1988), es un test auto-administrado de cribado que detecta los trastornos psiquiátricos no psicóticos.

Evalúa 4 subescalas que son síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

Está formado por 12 ítems, siendo 6 de ellos sentencias positivas y 6 sentencias negativas. Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), que puede ser transformada en una puntuación dicotómica (0-0-1-1), llamada puntuación GHQ. El GHQ-12 presenta una buena fiabilidad en los diferentes estudios realizados con alfas de Cronbach que varían entre 0'82 y 0'86 (Goldberg *et al.*, 1997).

#### ***Violencia en el lugar de trabajo (Prueba 4)***

Se diseñó un instrumento de evaluación *ad hoc*. Esta prueba consiste en una entrevista semiestructurada con la finalidad de obtener la información sobre posibles situaciones de violencia que se hayan producido en el contexto laboral.

Consta de 7 preguntas conformadas por diferentes tipos de respuesta.

#### ***Felicidad (Prueba 5)***

Se diseñó un instrumento de evaluación *ad hoc*. Dicha prueba está conformada por 22 ítems cuya finalidad es llevar a cabo un *screening* sobre las diferentes variables individuales, y organizaciones que se describen en la literatura como factores de protección y riesgo en el desempeño profesional. Los participantes deben responder sobre el nivel de felicidad que pueden llegar a sentir con cada uno de uno de esos factores.

El formato de respuesta es de tipo Likert con 6 alternativas de respuesta que oscilan entre *mucho a nada*.

#### ***Percepción de salud (Prueba 6)***

Se diseñó un instrumento de evaluación *ad hoc*. Esta prueba evalúa la percepción que tiene la persona sobre determinadas variables relacionadas con sus hábitos de vida y salud. Se valoran dos momentos concretos, más específicamente, la situación actual, y en el pasado, en el período comprendido entre 7 y 10 años. Para ello, deberá puntuar de 1 a 10, siendo la puntuación 1 la situación menos favorable para la salud, y opuestamente, el valor 10 la situación más favorable.

## Plan de trabajo

- Reunión del grupo de investigación para operativizar la difusión de la herramienta.
- Entrega de herramienta por zonas geográficas con explicación del objetivo del estudio y de la herramienta en cada muestra
- Recogida de la información en formato papel. Compendio de los datos recogidos en formato papel y online.
- Análisis de los datos obtenidos.
- Elaboración de informe final.
- Difusión en el panorama nacional e internacional de la realidad encontrada.

## Idoneidad del grupo de investigación

El Grupo de Investigación de la Universidad de Huelva que lidera este estudio, está conformado por investigadores de diversas disciplinas y ámbitos de conocimiento (sanitario, psicológico, social) con una dilatada experiencia investigadora.

## Beneficiarios

Los destinatarios de este estudio son todos aquellos profesionales de Enfermería del ámbito público y/o privado que desempeñen su función en los diferentes servicios en los ámbitos asistenciales y de gestión. El abanico profesional abarca a profesionales de Enfermería, estudiantes del Título de Especialista (EIR), supervisores, altos cargos, etc. que desempeñen sus funciones en todo el territorio nacional.

Los beneficiarios del estudio serán todos los pacientes del sistema de salud, que verán optimizada la calidad asistencial que se les presta, en la medida en que se conozcan las claves relacionadas con las condiciones psicosociales del personal sanitario.

## Bibliografía

Ceballos-Vásquez, P., Rolo-González, G., Hernández-Fernaud, E., Díaz-Cabrera, D., Paravic-Klijn, T., y Burgos-Moreno, M. (2015). Psychosocial factors and mental work load: a reality perceived by nurses in intensive care units. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(2), 315-322.

Diener, E. (2009). *Assessing well-being. The science of wellbeing the collected works of.* Nueva York: Springer.

Farrell, G. A., Bobrowski, C., y Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of advanced nursing*, 55(6), 778-787.

Goldberg, D. P., y Williams, P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire: GHQ.* GL assessment.

Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., y Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*, 27(1), 191-197.

McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., y Vickers, M. H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Education Today*, 32(4), 378-384.

Moncada, S., Serrano, C. L., Kristensen, T. S., y Martínez, S. V. (2000). NTP 703: El método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales. Notas Técnicas de prevención.

OIT/ CIE/ OMS/ ISP (2002) Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo/ Consejo internacional de Enfermeras/ Organización Mundial de la Salud/ Internacional de Servicios Públicos. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud.

Organización Internacional del Trabajo, (2003) Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla. Informe Ejecutivo – Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde do Brasil.

Ryan, D., y Maguire, J. (2006). Aggression and violence—a problem in Irish Accident and Emergency departments? *Journal of nursing management*, 14(2), 106-115.

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., y Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and psychological measurement*, 66(4), 701-716.

Vallerand, R. J., Blanchard, C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M., ... y Marsolais, J. (2003). Les passions de l'ame: on obsessive and harmonious passion. *Journal of personality and social psychology*, 85(4), 756.



## 10. INDICIOS DE CALIDAD



## 10.1. PUBLICACIONES



### 10.1.1. Publicación 1

Título

**IMPACTO DEL SARS-COV-2 (COVID-19) EN LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

Referencia

García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., Ruiz-Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202007088.

Datos de la revista

Título: *Revista Española de Salud Pública*

Título abreviado ISO: *Rev. Esp. Salud Publica*

Lenguaje: Español

Factor de Impacto (2019): 0'746

Ranking (JCR): 159/171 (Q4) *Public, Environmental & Occupational Health (SSCI)*

Copia del artículo



**REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Recibido: 26 de mayo de 2020

Aceptado: 8 de julio de 2020

Publicado: 23 de julio de 2020

**IMPACTO DEL SARS-COV-2 (COVID-19) EN LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA****Juan Jesús García-Iglesias (1,2), Juan Gómez-Salgado (1,3), Jorge Martín-Pereira (4), Javier Fagundo-Rivera (2,5), Diego Ayuso-Murillo (6), José Ramón Martínez-Riera (7) y Carlos Ruiz-Frutos (1,3)**

(1) Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Universidad de Huelva. Huelva. España.

(2) Escuela Superior de Salud. Universidade Atlântica. Lisboa. Portugal

(3) Programa de Posgrado de Seguridad y Salud. Universidad Espíritu Santo. Guayaquil. Ecuador.

(4) Consorcio de transporte sanitario onubense. Base en Centro de Salud de Isla Cristina. Huelva. España.

(5) Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. España.

(6) Consejo General de Enfermería de España. Madrid. España.

(7) Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. Alicante. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

**RESUMEN**

**Fundamentos:** Ante una situación de pandemia mundial, la salud mental de la población se ve comprometida, especialmente en los colectivos que están en primera línea de defensa contra el virus como son los profesionales sanitarios. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan atención a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2.

**Métodos:** Se realizó una revisión sistemática siguiendo el formato PRISMA en las bases de datos electrónicas *Pubmed*, *Scopus*, *Web of Science*, *CINAHL*, *PsycINFO* y *ScienceDirect* entre los meses de enero y mayo de 2020. Se evaluó la calidad metodológica a partir de las herramientas de evaluación crítica para estudios no randomizados del *Joanna Briggs Institute* (JBI).

**Resultados:** Un total de 13 estudios fueron incluidos en esta revisión. La salud mental de los profesionales sanitarios se vio comprometida ante la pandemia de SARS-CoV-2 en el ejercicio de sus funciones, siendo especialmente afectados los profesionales que se encontraban en la primera línea de batalla contra el virus, pero con valores por debajo de los de la población general. Aunque existió una amplia variabilidad de resultados, se observaron niveles medio-altos de ansiedad (26,5%-44,6%), depresión (8,1%-25%), preocupación e insomnio (23,6%-38%), y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado (3,8%-68,3%).

**Conclusiones:** La salud mental de los profesionales sanitarios que trabajan en primera línea de batalla se ve comprometida en tiempos de pandemia presentando niveles medio-altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio, y, en menor medida, estrés.

**Palabras clave:** SARS-CoV-2, Pandemia, Profesionales sanitarios, Salud mental, Agotamiento psicológico, Estrés psicológico, Ansiedad, Depresión.

**ABSTRACT****Impact of SARS-CoV-2 (Covid-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review**

**Background:** In times of this global pandemic situation, population's mental health is compromised, especially in those groups that are at the forefront of defence against the virus such as healthcare professionals. The objective of this study was to analyze the impact of the SARS-CoV-2 outbreak on healthcare professionals' mental health.

**Methods:** A systematic review was carried out following the PRISMA format in *Pubmed*, *Scopus*, *Web of Science*, *CINAHL*, *PsycINFO* and *ScienceDirect* electronic databases between January and May 2020. Methodological quality was evaluated using the *Joanna Briggs Institute* (JBI) critical appraisal tools for non-randomized studies.

**Results:** A total of 13 studies were included in this review. Professionals' mental health and mental functions were compromised, being especially affected those professionals on the front line of battle against the virus. However, these stats were below the general population data. Although there is wide variability of results, medium-high levels of anxiety (26,5%-44,6%), depression (8,1%-25%), concern and insomnia are detected (23,6%-38%). Paradoxically, stress levels were below expectations (3,8%-68,3%).

**Conclusions:** The mental well-being of health professionals working on the front line is compromised in times of pandemic by presenting medium-high levels of anxiety, depression, nervousness and insomnia, and, to a lesser extent, stress.

**Key words:** SARS-CoV-2, Pandemic, Health personnel, Mental health, Professional burnout, Psychological stress, Anxiety, Depression.

Correspondencia:

Juan Gómez-Salgado

Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública

Facultad de Ciencias del Trabajo

Universidad de Huelva

Avda. Tres de Marzo, s/n

21007 Huelva, España

salgado@uhu.es

Cita sugerida: García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, Ruiz-Frutos C. Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: 23 de julio e202007088

## INTRODUCCIÓN

Los coronavirus (CoV) conforman una extensa familia de virus llamada *Coronaviridae* que pueden causar enfermedades en animales y humanos<sup>(1)</sup>. En el caso de los humanos, estos coronavirus pueden provocar desde infecciones respiratorias leves (resfriado común) hasta enfermedades más graves como fue el caso del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-*Severe Acute Respiratory Syndrome*) en 2003<sup>(2)</sup> y del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) en 2012<sup>(3)</sup>.

A finales de diciembre de 2019 se empezaron a notificar en la ciudad de Wuhan (China) una serie de casos por neumonías de origen desconocido<sup>(4)</sup>. Tras analizar al patógeno causante se comprobó que se trataba de un betacoronavirus (ARN) con una similitud filogenética<sup>(5,6)</sup> con el SARS-CoV, por lo que pasó a llamarse SARS-CoV-2, provocando la denominada enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19)<sup>(7)</sup>.

Debido a su evolución, el 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al brote “*emergencia de salud pública de interés internacional*”, para posteriormente nombrar a la Covid-19 como pandemia el 11 de marzo de 2020<sup>(8)</sup>. Para que la OMS declarase el estado de pandemia se estaban cumpliendo dos criterios: el brote epidémico estaba afectando a más de un continente y los casos de cada país se empezaban a desarrollar por transmisión comunitaria.

Una pandemia mundial provoca importantes consecuencias a nivel económico, social y de salud pública, en mayor o en menor medida, en todos los países afectados. A nivel económico, se observa una notable parada de la producción de las industrias, una pérdida importante de empleos cuantificada en miles de millones de euros, una caída nada desdeñable en el precio del petróleo, el cierre de un elevado número de empresas de todos los sectores

y un sustancial gasto en material sanitario dentro de un mercado volátil<sup>(9)</sup>. Asimismo, a nivel social se perciben cambios relacionados con el propio impacto económico (aumento de la pobreza), importantes restricciones en materia de la movilidad de la población a nivel nacional e internacional, adquisición de nuevos hábitos higiénicos (uso de mascarilla, distancia social y lavado de manos) y cierre de escuelas<sup>(10,11,12,13,14,15)</sup>. Por último, a nivel sanitario, los sistemas de salud de todos los países deben prevenir, tratar y paliar el embate de la enfermedad, que cuenta ya con más de 5 millones de personas contagiadas detectadas (a fecha de 23 de mayo de 2020) y con un aumento de la morbimortalidad asociada.

Frente a esta situación crítica, la salud mental de la población general se ve comprometida, siendo especialmente exacerbada en los profesionales sanitarios, al tratarse de personas que están en primera línea de la defensa contra el virus<sup>(16)</sup>. Estos profesionales sanitarios pueden ver aumentada su carga de trabajo y su jornada laboral<sup>(17)</sup>. En algunos casos existe un déficit de material de protección, por lo que pueden estar expuestos de forma directa al propio patógeno<sup>(16)</sup>. También pueden tener miedo de contagiar a sus familiares y amigos, al igual que pueden sufrir aislamiento y discriminación social, así como ver que pacientes a los que prestan asistencia se encuentran solos y que un cierto número de ellos mueren a consecuencia de la Covid-19<sup>(18)</sup>. Por todos estos motivos, los profesionales sanitarios pueden manifestar agotamiento físico y mental, miedo, trastornos emocionales, problemas de sueño<sup>(19)</sup> y pueden presentar altos niveles de ansiedad, depresión, conductas insanas e incluso estrés posttraumático, como ocurrió en anteriores brotes<sup>(19,20,21,22,23)</sup>.

Esta problemática puede afectar en el ejercicio de sus funciones profesionales, disminuyendo las capacidades de atención, comprensión y toma de decisiones<sup>(19)</sup>, por lo que preservar

la salud física, mental y social de los profesionales sanitarios puede resultar esencial en el combate contra el virus<sup>(22)</sup>.

El objetivo de este estudio fue analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan asistencia a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2.

## MÉTODOS

**Diseño del estudio.** En base a la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)<sup>(24)</sup>, y siguiendo los criterios de la Declaración PRISMA<sup>(25)</sup>, se realizó una búsqueda sistemática de estudios que indagaran sobre la salud mental en los profesionales sanitarios que prestaban asistencia a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2. Haciendo uso del formato PICO se formuló la pregunta de investigación de la que se obtendrían las palabras clave usadas (tabla 1).

**Estrategia de búsqueda.** La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas *Pubmed*, *Scopus*, *Web of Science*, *CINAHL*, *PsycINFO*

y *ScienceDirect*, a partir de las palabras clave resultantes del PICO. Los descriptores del *Medical Subject Headings* (MeSH) usados fueron: *health personnel*, *sars-cov-2*, *mental health*, *professional burnout*, *physiological stress*, *anxiety* y *depression*. Para mejorar el alcance de la búsqueda se emplearon términos sinónimos para completar la misma en base a los descriptores MeSH (tabla 2), siendo unidos mediante los operadores booleanos *and* y *or*.

La tabla 3 recoge la estrategia de búsqueda empleada, realizada el día 17 de mayo de 2020 para cada una de las bases de datos durante el proceso de búsqueda.

**Criterios de selección.** Para la selección de los artículos se utilizaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Artículos originales publicados en inglés, español, francés y portugués.
- Artículos publicados en los últimos 5 meses.

**Tabla 1.**  
**Formato PICO: palabras clave.**

Población	Profesionales sanitarios
Intervención	Medir la salud mental
Comparador	Niveles antes de la Covid-19
Outcomes / Resultados	Nivel de <i>burnout</i> , estrés y ansiedad, número de casos de personas con depresión, comparación de niveles de antes vs durante la pandemia de Covid-19 y comparación según tipo de profesión/servicio
Pregunta de investigación	<i>¿Cómo se ve afectada la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan asistencia a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2?</i>

**Tabla 2.**  
**Términos empleados en la búsqueda.**

MeSH	Términos
<i>Health personnel</i>	<i>healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers or physician or nurse or doctor</i>
<i>SARS-CoV-2</i>	<i>covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or SARS-CoV-2 or cov-19</i>
<i>Mental health</i>	<i>mental health</i>
<i>Professional burnout</i>	<i>burnout or burn-out or burn out</i>
<i>Physiological stress</i>	<i>stress or occupational stress or compassionate fatigue</i>
<i>Anxiety</i>	<i>anxiety</i>
<i>Depression</i>	<i>depression</i>

**Tabla 3.**  
**Estrategia de búsqueda utilizada según la base de datos.**

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Fecha de búsqueda	Resultados	Seleccionados
Pubmed	((healthcare professionals[Title/Abstract] OR healthcare workers[Title/Abstract] OR healthcare providers[Title/Abstract] OR physician[Title/Abstract] OR nurse[Title/Abstract] OR doctor)) AND (covid-19[Title/Abstract] OR coronavirus[Title/Abstract] OR 2019-ncov[Title/Abstract] OR sars-cov-2[Title/Abstract] OR cov-19[Title/Abstract])) AND (mental health[Title/Abstract] OR burnout[Title/Abstract] OR burn-out[Title/Abstract] OR burn out[Title/Abstract] OR stress[Title/Abstract] OR occupational stress[Title/Abstract] OR compassionate fatigue[Title/Abstract] OR anxiety[Title/Abstract] OR depression[Title/Abstract]) AND (“2019/12/31”[PDat] : “2020/05/17”[PDat]))	17/05/20	65	11
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (healthcare AND professionals) OR TITLE-ABS-KEY (healthcare AND workers) OR TITLE-ABS-KEY (healthcare AND providers) OR TITLE-ABS-KEY (physician) OR TITLE-ABS-KEY (nurse) OR TITLE-ABS-KEY (doctor) AND TITLE-ABS-KEY (covid-19) OR TITLE-ABS-KEY (sars-cov-2) OR TITLE-ABS-KEY (2019-ncov) OR TITLE-ABS-KEY (cov-19) AND TITLE-ABS-KEY (mental AND health) OR TITLE-ABS-KEY (burnout) OR TITLE-ABS-KEY (stress) OR TITLE-ABS-KEY (occupational AND stress) OR TITLE-ABS-KEY (anxiety) OR TITLE-ABS-KEY (depression)) AND PUBYEAR > 2019	17/05/20	80	10
Web Of Science	TEMA: (healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers or physician or nurse or doctor) AND TEMA: (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19) AND TEMA: (mental health or burnout or burn-out or burn out or stress or occupational stress or compassionate fatigue or anxiety or depression) Refinado por: Año 2020 y tipos de documentos (artículo)	17/05/20	19	7
CINAHL	AB (healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers or physician or nurse or doctor) AND AB (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19) AND AB (mental health or burnout or burn-out or burn out or stress or occupational stress or compassionate fatigue or anxiety or depression). Limitadores - Fecha de publicación: 20191201-20201231	17/05/20	27	1
PsycInfo	(healthcare professionals OR healthcare workers OR healthcare providers OR physician OR nurse OR doctor) AND (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19) AND (mental health or burnout or burn-out or burn out or stress or occupational stress or compassionate fatigue or anxiety or depression) 2020	17/05/20	7	1
Science Direct	(Healthcare professionals OR healthcare workers) AND (coronavirus OR covid-19) AND (mental health OR burnout OR anxiety OR depression). 2020	17/05/20	124	6
Otras fuentes	Artículos identificados a través de otros recursos	17/05/20	5	1
<b>TOTAL</b>			327	37/13 <sup>(a)</sup>

(a) Tras eliminar duplicados.

- Tipología: artículos originales, metaanálisis, comunicación breve/corta y reporte de casos.
- Artículos disponibles a texto completo.
- Artículos sometidos a revisión por pares.
- Artículos que midieran alguno de los siguientes valores y/o efectos: nivel de *burnout*, nivel de depresión, nivel de estrés y nivel de ansiedad, número de casos de profesionales con depresión, estrés y/o ansiedad, comparación de niveles de antes frente a durante la pandemia de Covid19, y comparación según país/tipo de profesión/servicio.

#### Criterios de exclusión:

- Estudios con un idioma diferente a inglés, español, francés y portugués.
- Estudios de baja calidad científico-técnica tras aplicar la herramienta de evaluación de la calidad.
- Artículos que no dieran respuesta a la pregunta de investigación y no estuvieran relacionados con el objetivo de la revisión.
- Profesiones: dentistas y farmacéuticos.
- Tipología: revisiones sistemáticas, artículos de opinión, editoriales y cartas al director/editor.

**Recogida y extracción de datos.** Dos investigadores realizaron de manera independiente la búsqueda y selección de los artículos incluidos según los criterios establecidos, consensuando posteriormente los resultados. Las discrepancias las resolvió un tercer autor.

**Evaluación de la calidad metodológica.** Dos revisores determinaron de forma independiente la calidad metodológica de los estudios seleccionados mediante las herramientas de

evaluación crítica para estudios no randomizados del *Joanna Briggs Institute* (JBI) de la Universidad de Adelaida (Australia)<sup>(26)</sup>. Estas herramientas permiten evaluar la calidad metodológica de un estudio y determinar en qué medida un estudio ha excluido o minimizado la posibilidad de sesgo en su diseño, conducta y/o análisis. Se usaron las versiones para estudios cuantitativos transversales<sup>(27)</sup> (8 ítems) y para estudios cualitativos<sup>(28)</sup> (10 ítems), situando el punto de corte en 6 para aceptar su inclusión en esta revisión (tablas 4 y 5).

## RESULTADOS

Las estrategias iniciales de búsquedas identificaron un total de 327 referencias, las cuales fueron objeto de sucesivos cribados conforme al tópico de esta revisión. Se seleccionaron finalmente un total de trece estudios (figura 1), once de ellos cuantitativos y dos cualitativos.

Se encontraron 10 artículos realizados en China, uno en Singapur, uno en Estados Unidos y uno realizado tanto en Singapur como en India. En doce de los trece artículos seleccionados, la muestra estuvo conformada por enfermeras, en diez de los artículos incluían a médicos y en tres de ellos a otros profesionales sanitarios.

Los estudios incluidos fueron valorados con la herramienta de evaluación crítica del JBI, donde obtuvieron puntuaciones media-altas tanto en los estudios observacionales transversales como en los estudios cualitativos.

La tabla 6 está basada en el Manual del Centro Cochrane Iberoamericano<sup>(42)</sup> y en ella se muestran las características de cada uno de los trece estudios incluidos en esta revisión. Estos fueron clasificados por autores y año de publicación, país, diseño y objetivo, participantes, instrumento y principales resultados. Además, se añadieron los resultados de la herramienta de evaluación crítica del JBI.

**Tabla 4.**  
**Puntuaciones de los estudios observacionales transversales<sup>(27)</sup>.**

Estudio	JBÍ	Los participantes y el entorno se describen en detalle	Los criterios de inclusión son definidos con claridad	La exposición fue medida de forma válida y confiable	El criterio utilizado para medir la condición fue objetivo	Se identificaron los factores de confusión	Estrategias para hacer frente a los factores de confusión	Resultados medidos de forma válida y confiable	Se usó un análisis estadístico apropiado
Mo et al, 2020 <sup>(29)</sup>	7/8	😊	😊	😊	😊	😊	😞	😊	😊
Zhang et al, 2020 <sup>(30)</sup>	7/8	😊	😊	😊	😊	😊	😞	😊	😊
Lai et al, 2020 <sup>(31)</sup>	8/8	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Chew et al, 2020 <sup>(32)</sup>	6/8	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Huang et al, 2020 <sup>(33)</sup>	6/8	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Kang et al, 2020 <sup>(34)</sup>	6/8	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Li et al, 2020 <sup>(35)</sup>	6/8	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Wu et al, 2020 <sup>(36)</sup>	8/8	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Tan et al, 2020 <sup>(37)</sup>	6/8	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Lu et al, 2020 <sup>(38)</sup>	6/8	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Wang et al, 2020 <sup>(39)</sup>	7/8	😊	😊	😊	😊	😊	😞	😊	😊

St: 😊; No: 😞; No queda claro o No es Aplicable: 😐.

**Tabla 5.**  
**Puntuaciones de los estudios cualitativos<sup>(28)</sup>.**

Estudio	JBÍ	Congruencia entre la perspectiva filosófica establecida y la metodología de investigación	Congruencia entre la metodología y la pregunta u objetivos	Congruencia entre la metodología usado para recoger los datos	Congruencia entre la metodología y la representación y el análisis de datos	Congruencia entre la metodología y la interpretación de los resultados	Localización cultural y teórica	Influencia del investigador con la muestra y viceversa	Representatividad de los participantes	Aprobación ética por parte de un organismo apropiado	Relación de las conclusiones con el análisis o interpretación de los datos
Yin et al, 2020 <sup>(40)</sup>	8/10	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊
He et al, 2020 <sup>(41)</sup>	7/10	😊	😊	😊	😊	😞	😊	😊	😞	😞	😊

Sí: 😊; No: 😞; No queda claro o No es Aplicable: 😐.

**Tabla 6.**  
**Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.**

Estudios	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad de los estudios
Mo et al, 2020 <sup>(29)</sup>	Guangxi (China)	Investigar el estrés laboral en las enfermeras chinas que soportan en Wuhan la lucha contra la COVID-19 y explorar los factores que influyen de manera relevante en la infección.	Estudio cuantitativo transversal	Enfermeras que luchan contra el brote (n=180)	- SOS - SAS	En este grupo de enfermeras las puntuaciones SOS (39,91±12,92) y SAS (32,19±7,56) obtuvieron una correlación positiva (r=0,676, P<0,05). De igual forma, la puntuación de la carga de estrés en enfermeras que son hijas únicas en sus familias en este estudio fue de 50,87±10,47 puntos (P=0,000), si a ello se suma el hecho de trabajar largo tiempo por semana, aumenta más el estrés (P=0,048); siendo la ansiedad el factor más influyente sobre el estrés laboral de las enfermeras de la muestra.	7/8
Zhang et al, 2020 <sup>(30)</sup>	China	Investigar la tasa de prevalencia de insomnio y confirmar los factores psicosociales que afectan a los profesionales sanitarios de los hospitales durante el brote de COVID-19.	Estudio cuantitativo transversal	- Enfermeras (n=395) - Médicos (n=124) - Otros profesionales del staff médico (n=45)	- Datos socio-demográficos - ISI-7 - PHQ-9 - GAD-7 - IES-R22	La tasa de prevalencia de síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés fue de 50,7% (PHQ-9 ≥5), 44,7% (GAD-7 ≥5) y 73,4% (IES-R ≥9), respectivamente entre los profesionales sanitarios. Los factores que más afectaron sobre el insomnio de estos profesionales fueron el nivel educativo (educación secundaria o inferior) (OR=2,685, P=0,042), ocupación (médicos) (OR=0,437, P=0,007), servicio en el que trabaja actualmente (unidad de aislamiento) (OR=1,708, P=0,038), preocupación por ser infectado (OR=2,299, P<0,001), apoyo psicológico percibido de noticias o redes sociales en relación con la COVID-19 (no útil) (OR=2,095, P=0,001) e incertidumbre con respecto al control efectivo de la enfermedad (muy fuerte) (OR=3,297, P=0,013).	7/8
Lai et al, 2020 <sup>(31)</sup>	China	Evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos a COVID-19 en China.	Estudio cuantitativo transversal	- Enfermeras (n=764) - Médicos (n=493) 34 hospitales	- PHQ-9 - GAD-7 - ISI-7 - IES-R22	Se encontraron síntomas de depresión en 634 profesionales (50,4%), de ansiedad en 560 (44,6%), de estrés en 899 (71,5%) e insomnio en 427 (34,0%). Valores comparativos: • PHQ-9. Médicos vs enfermeras: 4,0 [1,0-7,0] vs 5,0 [2,0-8,0] (P=0,007). • GAD-7. Hombres vs mujeres: 2,0 [0-6,0] vs 4,0 [1,0-7,0] (P=0,001). • ISI-7. Trabajadores de primera línea vs Trabajadores de segunda línea: 6,0 [2,0-11,0] vs 4,0 [1,0-8,0] (P<0,001) • IES-R22. Trabajan en Wuhan 21,0 [8,5-34,5] vs trabajan en Hubei pero fuera de Wuhan 18,0 [6,0-28,0] vs trabajan fuera de Hubei 15,0 [4,0-26,0] (P<0,001). Los trabajadores de primera línea tienen mayor riesgo de presentar sintomatología de depresión (OR, 1,52; IC 95% [1,11-2,09]; P=0,01), ansiedad (OR, 1,57; IC 95% 1,22-2,02; P<0,001), insomnio (OR, 2,97; IC 95% [1,92-4,60]; P<0,001) y estrés (OR, 1,60; IC 95% [1,25-2,04]; P<0,001).	8/8

**Tabla 6 (continuación).  
Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.**

Estudios	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad de los estudios
Chew et al, 2020 <sup>(32)</sup>	Singapur India	Investigar la asociación entre los resultados psicológicos y los síntomas físicos entre los trabajadores sanitarios.	Estudio cuantitativo transversal	5 Hospitales generales - Enfermeras (n=355) - Médicos (n=268) - Auxiliares de enfermería (n=96) - Otros (n=187)	- Datos socio-demográficos - DASS-21 - IES-R22	Un 33,4% de los participantes manifestó tener más de cuatro síntomas donde el más reportado fue el dolor de cabeza (32,3%).  Los valores obtenidos de la escala DASS-21 fueron para depresión (OR 2,79, IC 95% [1,54-5,07]; P=0,001), para ansiedad (OR 2,18, IC 95% [1,36-3,48]; P=0,001), para estrés (OR 3,06, IC 95% [1,27-7,41]; P=0,13) y trastorno de estrés posttraumático (OR 2,20, IC 95% [1,12-4,35]; P=0,023).  La regresión lineal reveló que la presencia de síntomas físicos se asoció con puntuaciones medias más altas en las escalas IES-R y DASS.	6/8
Huang et al, 2020 <sup>(33)</sup>	China	Evaluar la carga de salud mental de la población china durante el brote y explorar los posibles factores de influencia.	Estudio cuantitativo transversal	Profesionales sanitarios (n=2.250)	- Datos socio-demográficos - 6 preguntas sobre la Covid-19 (0-1) - GAD-7 - CES-D - PSQI-7	802 profesionales (35,6%) presentaron sintomatología de trastorno de ansiedad generalizada GAD-7: 1,30 [0,82-2,08], 446 (19,8%) síntomas depresivos CES-D: 1,02 [0,58-1,81] y 531 (23,6%) mala calidad del sueño PSQI-7: 1,32 [1,18-1,88] (IC 95%).  En comparación con otros participantes, los profesionales sanitarios tenían más probabilidades de informar sobre una mala calidad del sueño (AOR=1,32, IC 95% [1,18-1,88]; (P<0,001) y un mayor riesgo de ofrecer problemas psicológicos.	6/8
Kang et al, 2020 <sup>(34)</sup>	Wuhan (China)	Explorar el estado de salud mental de los médicos y enfermeras, y la eficacia, o no, del tratamiento de las necesidades psicológicas tras recibir atención psicológica.	Estudio cuantitativo transversal	31,1% en zonas de alto riesgo - Médicos (n=183) - Enfermeras (n=811)	- Datos socio-demográficos - PHQ-9 - GAD-7 - ISI-7 - IES-R22 - Cuestionario <i>Ad hoc</i>	Un 22,4% del personal médico presentaba alteraciones moderadas en el estado de su salud mental (media PHQ-9: 9,0, GAD-7: 8,2, ISI: 10,4, IES-R: 39,9) y el 6,2% presentaba alteraciones graves (media PHQ-9: 15,1, GAD-7: 15,1, ISI: 15,6, IES-R: 60,0).  Los médicos y enfermeras con altos niveles de problemas de salud mental estaban más interesados en las habilidades para el rescate personal y mostraron deseos más urgentes de buscar ayuda de psicoterapeutas y psiquiatras.	6/8

**Tabla 6 (continuación).  
Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.**

Estudios	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad de los estudios
Li et al, 2020 <sup>(35)</sup>	China	Evaluar la traumatización indirecta en la población general, miembros y no miembros de los equipos médicos que ayudan en el control de COVID-19.	Estudio cuantitativo transversal	- Enfermeras de primera línea (n=234) - No enfermeras de primera línea (n=292)	- Datos socio-demográficos - <i>Vicarious traumatization questionnaire</i> de 38 ítems (escala 0-5)	Los resultados mostraron que las puntuaciones de traumatización indirecta para las enfermeras de primera línea, incluidas las puntuaciones para las respuestas fisiológicas y psicológicas, fueron significativamente más bajas que las de las enfermeras que no estaban en primera línea (P<0,001). Las puntuaciones en la población general fue significativamente más altas que las de las enfermeras de primera línea (P<0,001).	6/8
Wu et al, 2020 <sup>(36)</sup>	Wuhan (China)	Comparar la frecuencia de agotamiento entre médicos y enfermeras en las salas de primera línea y aquellos que trabajan en salas convencionales.	Estudio cuantitativo transversal	Primera línea - Enfermeras (n=55) - Médicos (n=41) Sala convencional - Enfermeras (n=61) - Médicos (n=33)	- Datos socio-demográficos - MBI	El grupo que trabajaba en primer línea tenía una menor frecuencia de agotamiento (13% frente a 39%; P<0,0001) y estaba menos preocupado por la infección en comparación con el otro grupo. El 76% de los profesionales de primera línea están totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con el hecho de que ahora se sienten más cansados en comparación con antes de la crisis de COVID-19. En comparación con el personal médico que trabaja en servicios convencionales para pacientes no infectados, el personal médico que trabaja en el en primera línea tuvo una menor frecuencia de agotamiento.	8/8
Tan et al, 2020 <sup>(37)</sup>	Singapur	Examinar la angustia psicológica, la depresión, la ansiedad y el estrés experimentados por los trabajadores sanitarios en Singapur inmersos en el brote, y comparar los entre el personal hospitalario médico y no médico.	Estudio cuantitativo transversal	2 instituciones nivel 3 Profesionales sanitarios (n=296) - Médicos (n=135) - Enfermeras (n=161) Personal no sanitario (n=174)	- Datos socio-demográficos - DASS-21 - IES-R22	La prevalencia de ansiedad fue mayor entre los profesionales no sanitarios que entre el personal sanitario (20,7% vs 10,8%; OR ajustado, 1,85, IC 95% [1,15-2,99] (P=0,011). Del mismo modo, se observaron puntuaciones medias de las subescalas de ansiedad y estrés y de la IES-R más altas en trabajadores sanitarios no médicos.	6/8

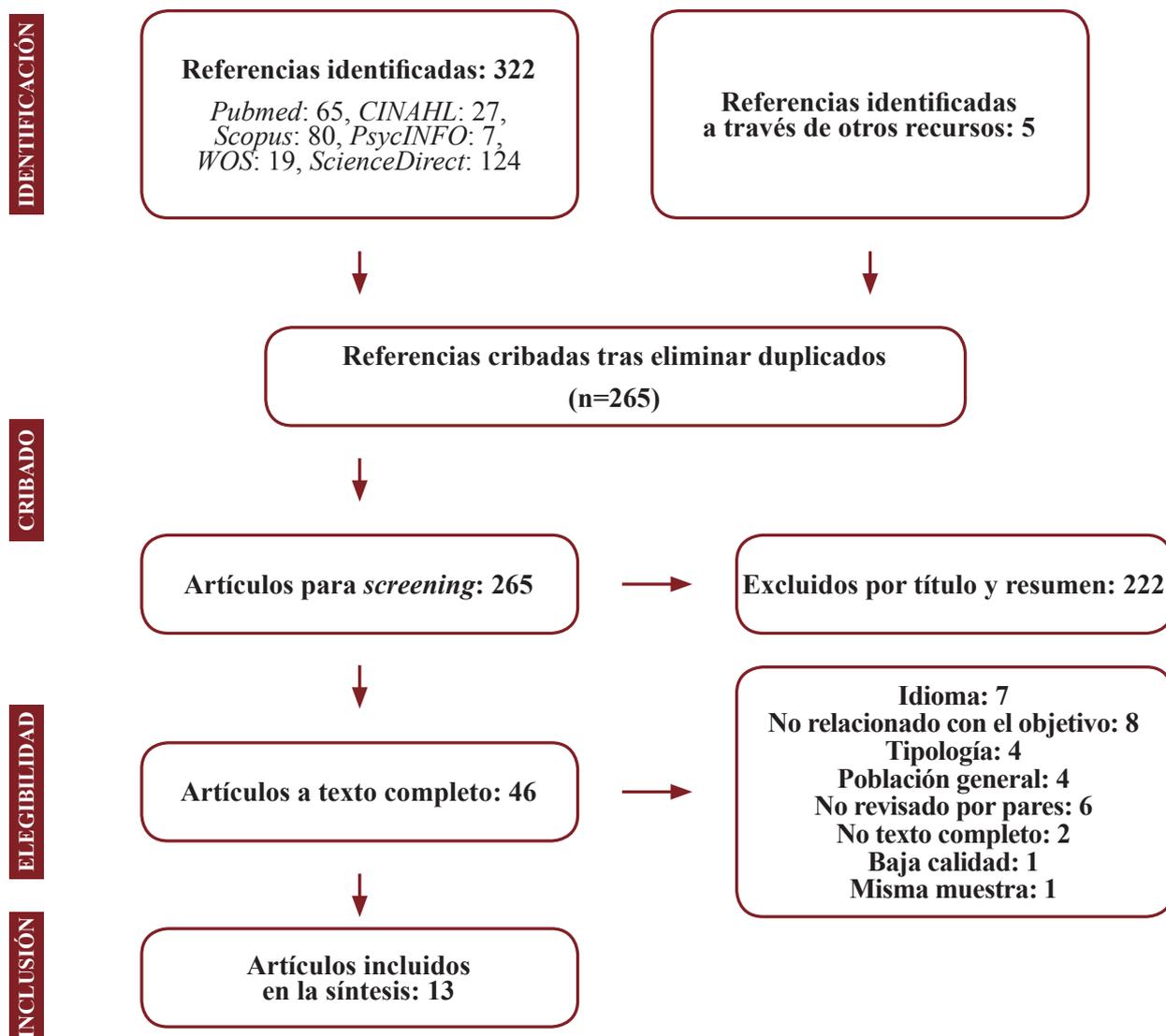
Tabla 6 (continuación). Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.							
Estudios	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad de los estudios
Lu et al, 2020 <sup>(38)</sup>	Fujian (China)	Evaluar el estado psicológico de los profesionales sanitarios.	Estudio cuantitativo transversal	Medical staff (n=2.042)	- NRS - HAMA-14 - HAMD-17	<p>Un 70,6% de la muestra presentó miedo moderado o severo pero ansiedad leve o moderada solo un 25,5%.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NRS: 4,89±2,389. Servicio: Alto riesgo de contacto 4,96±2,424 vs Bajo riesgo de contacto 4,81 ± 2,391 vs No clínico 4,40±2,356 (P=0,027)</li> <li>• HAMA: 4,73±6,291. Servicio: Alto riesgo de contacto 5,64±7,330 vs Bajo riesgo de contacto 4,44 ± 5,896 vs No clínico 3,65 ± 7,071 (P=0,003)</li> <li>• HAMD: 2,41±3,979. Servicio: Alto riesgo de contacto 2,97±4,989 vs Bajo riesgo de contacto 2,24±3,615 vs No clínico 1,76±3,107 (P=0,007)</li> </ul> <p>Factores: trabajar en servicio de aislamiento (P=0,001), preocupación por estar infectado (P=0,001), escasez de equipos de protección (P=0,001), preocupación por el control de la pandemia (P=0,002), frustración por los resultados insatisfactorios en el trabajo (P=0,001) y sentirse solo por encontrarse un ser querido en aislamiento (P=0,005).</p>	6/8
Wang et al, 2020 <sup>(39)</sup>	Wuhan (China)	Evaluar el efecto del brote de COVID-19 en la calidad del sueño de los trabajadores sanitarios en un centro sanitario para niños en Wuhan	Estudio cuantitativo transversal	Centro sanitario para niños - Enfermeras (n=75) - Médicos (n=48)	- Datos socio-demográficos - Factores asociados con la COVID-19 - PSQI-7 - SAS - SDS	<p>Tener problemas de sueño se asoció a altos niveles de ansiedad y depresión (P&lt;0,05)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PSQI-7: 7,22±2,62; 47 de los 123 participantes (38%) tuvieron problemas de sueño (puntuaciones &gt;7).</li> <li>• SAS: 34,44±7,21; 9 de 123 (7%) tuvieron puntuaciones SAS ≥50.</li> <li>• SDS: 45,67±8,67, 31 de 123 (25%) presentaron puntuaciones SDS ≥50.</li> </ul> <p>Factores: ser hijo único (OR ajustado con 95% IC; 3,40 (1,21–9,57) (P &lt; 0,05), contacto con pacientes COVID-19 (OR ajustado con 95% IC; 2,97 (1,08–8,18) (P &lt; 0,05), siendo la depresión independientemente asociada a alteraciones en el sueño entre los profesionales sanitarios (OR ajustado con 95% IC; 2,83 (1,10–7,27) (P&lt;0,05).</p>	7/8

**Tabla 6 (continuación).  
Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.**

Estudios	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad de los estudios
Yin et al, 2020 <sup>(40)</sup>	Wuhan (China)	Explorar las necesidades psicológicas de las enfermeras que cuidan a pacientes con la enfermedad por coronavirus 2.019 (COVID-19) y proponer las correspondientes intervenciones.	Estudio cualitativo	Enfermeras (n=10)	Entrevista en profundidad semiestructurada (30 min) - Sentimientos en los últimos días. - Grandes necesidades (ahora) - Consecuencias en vida personal - Experiencias de vida y cómo va a cambiar el trabajo	Durante situaciones epidémicas extraordinarias, las necesidades existenciales, de relación y de crecimiento personal coexistieron entre las enfermeras clínicas. Las necesidades existenciales se reflejaron principalmente en las necesidades de salud y seguridad, mientras que las necesidades de relación consistieron principalmente en necesidades interpersonales, necesidades de preocupación humanística y necesidades familiares. Para el caso de las necesidades de crecimiento personal se sustentaron en la necesidad de conocimiento. Por necesidades, la necesidad de salud se refiere a la atención de la enfermera a su propia salud física y mental; en el caso de la necesidad de seguridad se enfoca hacia la esperanza de poder contar con un equipo de protección individual (EPI) adecuado y poder preservar la estabilidad emocional de los familiares de los pacientes y; la necesidad de relación se manifestó principalmente como una necesidad de relaciones interpersonales, una necesidad de preocupación de la comunidad y una necesidad de afecto. Por último, se manifestó que se debe prestar más atención a las necesidades de las enfermeras clínicas para proteger su salud.	8/10
He et al, 2020 <sup>(41)</sup>	Boston (Estados Unidos)	Determinar las preocupaciones de los residentes de Cirugía General en formación para estar en la primera línea de la respuesta contra la enfermedad por coronavirus 2.019.	Estudio cualitativo	Residentes de Cirugía General (n=30)	Grupo focal de discusión (entrevista)	La preocupación personal más comúnmente relacionada con el brote de COVID-19 fue la salud de la familia de los participantes (30 de 30 [100%]), seguida del riesgo de transmitir la infección por COVID-19 a los miembros de su familia (24 de 30 [80 %]); riesgo de transmitir la infección a sus pacientes (19 de 30 [63%]), exceso de trabajo previsto para atender a un gran número de pacientes (15 de 30 [50%]) y el riesgo de contraer la infección de sus pacientes (8 de 30 [27%]).	7/10

IC: Intervalo de confianza; OR; Odds ratio; SOS: Stress Overload Scale (rango 22–110; escala 1-5); SAS: Self-Rating Anxiety Scale (escala 1-4); GAD-7: Generalized Anxiety Disorder (rango 0-21; escala 0-3; Ansiedad mínima 0-4 / Ansiedad leve 5-9 / Ansiedad moderada 10-14 / Ansiedad severa ≥ 15); CES-D: Center for Epidemiology Scale for Depression (rango 0-60; escala 0-3); PSQI-7: Pittsburgh Sleep Quality Index (rango 0-3; escala 0-21); PHQ-9: Patient Health Questionnaire depression module (escala 0-3, rango 0-27; Ninguna-Mínima 0-4 / Leve 5-9 / Moderada 10-14 / Algo severa 15-19 / Severa 20-27); ISI-7: Insomnia Severity Index (rango, 0-28); IES-R22: Impact of Event Scale-Revised (rango, 0-88); DASS-21: Depression Anxiety Stress Scales (Depresión: Normal 0-9/ Leve 10-13 / Moderada 14-20 / Severa 21-27 / Muy severa ≥ 28 // Ansiedad: Normal 0-7 / Leve 8-9 / Moderada 10-14 / Severa 15-19 / Muy severa ≥ 20 // Estrés: Normal 0-14/ Leve 15-18 / Moderado 19-25 / Severo 26-33 / Muy severa ≥ 34; NRS: Numeric Rating Scale (0–10 puntos; Sin miedos 0 / Miedo leve 1–3 / Miedo moderado 4–6 / Miedo extremo y ansiedad psicológica 10); HAMA-14: Hamilton Anxiety Scale (escala 0-4; Sin ansiedad 0–6 / Ansiedad moderada 7–13 / Ansiedad severa ≥ 14); HAMD-17: Hamilton Depression Scale (escala 0-4; Normal 0–6 / Moderada 7–23 / Severa ≥ 24); MBI: Maslach Burnout Inventory; SDS: Self-rating Depression Scale.

**Figura 1.**  
**Resultados de la búsqueda (Diagrama de flujo - PRISMA)<sup>(25)</sup>.**



**Nivel de estrés.** El nivel de estrés en profesionales sanitarios fue evaluado mediante la *Stress Overload Scale* (SOS) y las *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21: Estrés). Mo et al<sup>(29)</sup> muestran mediante la SOS (rango 22-110) que las enfermeras que luchan contra el brote ofrecen puntuaciones de  $39,91 \pm 12,92$ , unos 10 puntos más que la media nacional en etapas anteriores a la Covid-19. Estos mismos autores<sup>(29)</sup> determinan que hay dos factores especialmente susceptibles de aumentar los niveles de estrés en

estas enfermeras: a medida que aumenta el número de horas de trabajo (>35 horas), más aumentan los niveles de estrés ( $50,89 \pm 17,58$ ), y si la enfermera es hija única estos valores también se incrementan ( $50,87 \pm 10,47$ ). Si bien es cierto que la muestra estaba compuesta por estudiantes universitarios en sus últimos años de carrera.

El nivel de estrés también es estudiado por Chew et al<sup>(32)</sup> y Tan et al<sup>(37)</sup> mediante la herramienta DASS-21: *Stress subscale*.

La variabilidad de las muestras permite ofrecer una visión más amplia de los valores según el lugar de procedencia de ésta. Chew et al<sup>(32)</sup> determinan que el 6,5% de los trabajadores sanitarios de Singapur y el 3,8% de los trabajadores sanitarios de India pertenecientes a 5 hospitales generales presentan algún nivel de estrés ( $\geq 15$ ). En el caso de Tan et al<sup>(37)</sup>, la muestra se obtuvo de dos instituciones sanitarias de nivel tres, compuesta por profesionales sanitarios médicos (médicos y enfermeras) y profesionales sanitarios no médicos. Las puntuaciones de los individuos que presentan cierto nivel de estrés es de 6,4% para el personal médico y 6,9% para el personal no médico. En relación a las puntuaciones de la herramienta DASS-21: *Stress subscale*, se observa una cierta variabilidad en los resultados. Las puntuaciones en el estudio de Chew et al<sup>(32)</sup> son de  $4,62 \pm 5,54$  y en el de Tan et al<sup>(37)</sup> oscilan según el colectivo:  $3,82 \pm 5,74$  y  $6,10 \pm 5,95$  para profesionales sanitarios médicos y para profesionales sanitarios no médicos, respectivamente. En este sentido, el porcentaje de enfermeras que presentan altos niveles de estrés ocupacional antes de la pandemia oscilan entre un 41,1% y un 68,3%<sup>(43,44)</sup>, cifras muy por encima de las planteadas por Chew et al<sup>(32)</sup> y Tan et al<sup>(37)</sup>.

**Nivel de ansiedad.** Para valorar el nivel de ansiedad los autores usaron las escalas: *Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)*, *Self-Rating Anxiety Scale (SAS)*, *Depression Anxiety Stress Subscale (DASS-21: Anxiety subscale)* y *Hamilton Anxiety Scale (HAMA-14)*. Para una muestra de 2.250 trabajadores del sector sanitario (médicos, enfermeras y personal administrativo del sector sanitario), 802 (35,6%) obtienen puntuaciones por encima de 9 puntos en la escala GAD-7, destacando aquellos profesionales con menos de 35 años de edad y que gastan más de 3 horas al día buscando información sobre la Covid-19<sup>(33)</sup>. Datos similares aportan los estudios de Zhang et al<sup>(30)</sup> (con puntuaciones por encima de 5 en el 44,7% de la muestra) y

el estudio realizado en 34 hospitales chinos de Lai et al<sup>(31)</sup> (con un 44,6%). Cabe señalar en este último estudio que las enfermeras que trabajan en primera línea de un hospital de segundo nivel de Wuhan (China) reportan peores puntuaciones para las mediciones realizadas sobre la salud mental de los trabajadores<sup>(31)</sup>. En otros estudios<sup>(34)</sup> realizados en enfermeras y médicos donde el 31% de la muestra trabaja en zonas de alto riesgo de contagio, presentan una sintomatología de ansiedad media, moderada y severa el 34,4% (media GAD-7: 4,6), el 22,4% (media GAD-7: 8,2) y el 6,2% (media GAD-7: 15,1) de la población, respectivamente.

El nivel de ansiedad es también evaluado por Mo et al<sup>(29)</sup> mediante la escala SAS, obteniendo una puntuación de  $32,19 \pm 7,56$  y presentando una correlación positiva con la escala SOS. La puntuación obtenida por Mo et al<sup>(29)</sup> se corresponde con la de Wang et al<sup>(39)</sup>, ofreciendo una puntuación de  $34,44 \pm 7,21$ , donde 9 de 123 del total (7%) tienen puntuaciones  $\geq 50$ . De igual forma, en cuanto a porcentajes, los estudios de Chew et al<sup>(32)</sup> y Tan et al<sup>(37)</sup> ofrecen cifras similares usando la DASS-21: *Anxiety subscale*, con puntuaciones de 15,7% y 10,8%, respectivamente, y algo superior, con un 25,5% de sintomatología de ansiedad moderada o severa, usando HAMA (especialmente en zonas de alto riesgo)<sup>(38)</sup>. En comparación, las puntuaciones actuales están algo por debajo de los 37,3% y 38% de las cifras pre-Covid-19<sup>(43,45)</sup>.

**Nivel de depresión.** La depresión es considerada un desorden mental habitual, con una prevalencia<sup>(46)</sup> entre el 14,6% y el 11,1% en la población general. Para poder evaluar la presencia de síntomas depresivos se pueden usar las escalas *Center for Epidemiology Scale for Depression (CES-D)*, *Patient Health Questionnaire depression module (PHQ-9)*, *Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21: Depression subscale)*, *Hamilton Depression Scale (HAMD-17)* y *Self-rating Depression Scale (SDS)*. Usando

el PHQ-9 en muestras similares, se observa que algo más de la mitad de los profesionales sanitarios que luchan contra la Covid-19 presenta sintomatología depresiva<sup>(30,31)</sup>, con valores especialmente severos (media PHQ-9: 15,1) en un 6,2% de los trabajadores que prestan asistencia en departamentos de alto riesgo en China<sup>(34)</sup>. En tres estudios incluidos en esta revisión, los valores porcentuales se encuentran por debajo de los anteriormente descritos. Por un lado, en una muestra de 2.250 trabajadores sanitarios, 446 de ellos (19,8%) manifiestan sintomatología concordante con depresión en el estudio de Huang et al<sup>(33)</sup>, algo menor a las encontradas por Lu et al<sup>(38)</sup> y Wang et al<sup>(39)</sup>, que cuantifican la prevalencia de síntomas depresivos en un 12,1% entre los profesionales sanitarios, especialmente aquellos que desarrollan sus funciones en departamentos de alto riesgo de contagio en el estudio de Lu et al<sup>(38)</sup>, y donde un 25% (31 de 123) presenta puntuaciones SDS  $\geq 50$ <sup>(39)</sup>. Antes de la Covid-19 se observaba entre la población de enfermeras que desarrollaban su labor asistencial en hospitales de China una prevalencia<sup>(47,48,49,50)</sup> alrededor del 32%-45,3%. Según los datos arrojados en tiempos de Covid19, se muestran por encima y por debajo del rango pre-Covid-19.

Si se establece una comparación entre países, se puede observar en el estudio de Chew et al<sup>(32)</sup> que la presencia de este tipo de síntomas depresivos asciende a un 12,4% del total de sanitarios que desempeñan sus funciones en India y un 9% en Singapur. En este último país, otros autores<sup>(32,37)</sup> también muestran resultados muy similares (8,1% de los profesionales sanitarios médicos frente al 10,3% de los profesionales sanitarios no médicos). Estos valores de India y Singapur pueden asemejarse a otros valores encontrados en muestras similares en Canadá, Francia y Estados Unidos<sup>(51)</sup>.

**Otros factores.** Como se ha comentado a lo largo del texto, los profesionales que prestan

asistencia a pacientes positivos por Covid trabajando en primera línea contra el virus ofrecen peores niveles de salud mental (estrés, ansiedad, depresión, *burnout*, miedo e insomnio) que los profesionales que trabajan en otros servicios<sup>(31,36,38,41)</sup>, pero paradójicamente existen puntuaciones de traumatización vicaria o indirecta significativamente mayores en la población general, comparadas con una muestra de enfermeras que trabajan en primera línea<sup>(35)</sup>.

En este sentido, algunos autores estudian cómo impactó el evento en los profesionales sanitarios, obteniéndose elevadas puntuaciones en la *Impact of Event Scale - Revised* (IES-R), por encima de 9 puntos en tres de cada cuatro profesionales<sup>(30)</sup>. En el caso de Tan et al<sup>(37)</sup>, obtienen puntuaciones medias de  $9,40 \pm 10,08$  y  $5,85 \pm 9,24$  entre los profesionales sanitarios no médicos y los profesionales sanitarios médicos, respectivamente, con resultados de estrés post-traumático (PTSD) de entre el 5,7% y el 7,4% entre los últimos<sup>(32,37)</sup>.

Es indudable que los profesionales sanitarios tienen una serie de necesidades a nivel familiar, de salud, de conocimientos y de seguridad que se ven acrecentadas en situaciones de pandemia, pudiendo afectar a su desempeño profesional<sup>(40)</sup>. La preocupación personal más comúnmente relacionada con el brote de Covid-19 es la relacionada con la salud de la familia (30 de 30 [100%]) y el riesgo de transmitir la enfermedad a la misma (24 de 30 [80%]) y a sus pacientes (19 de 30 [63%]). En menor medida, la mitad de los participantes del estudio de He et al<sup>(41)</sup> muestra preocupación por tener que prestar asistencia a un número excesivo de pacientes, y un 27% manifiesta preocupación por el riesgo de ser contagiado.

En algunos casos, estas preocupaciones son manifestadas a través del insomnio que, sumado a veces a un aumento del número de horas de trabajo por las necesidades del servicio, hace

que tanto la calidad como la cantidad del sueño se vean reducidas entre los profesionales sanitarios. Huang et al<sup>(33)</sup> estiman que el 23,6% de los sanitarios presentan una pobre calidad del sueño en tiempos de Covid-19 (PSQI-7: 1,32 [1,18-1,88]), cifras por debajo (23,6% frente a 38%) de las aportadas por Wang et al<sup>(39)</sup> (PSQI-7: 2,24 [0,96-5,23]). Los factores que pueden afectar al sueño de los profesionales, además de los expuestos con anterioridad, pueden estar relacionados con un nivel de estudios bajo, el tipo de ocupación (médico), el hecho de trabajar en unidades de aislamiento, no disponer de suficiente material de protección, estar preocupados por la posibilidad de ser contagiados y por el control de la epidemia, así como por no recibir apoyo por parte de la sociedad<sup>(30,38)</sup>. En este sentido, se observa que una pobre calidad y cantidad del sueño se puede asociar a niveles altos de depresión y ansiedad<sup>(39)</sup>.

## DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión fue analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestaban asistencia a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2. Para ello, se analizaron los niveles de estrés, depresión y ansiedad en los trece estudios seleccionados, aportando un último punto de otros factores influyentes en la salud mental de los profesionales sanitarios.

El presente estudio ofrece una serie de limitaciones. En primer lugar, se debe comentar que se rechazaron estudios escritos en alemán y chino, pudiéndose dar el caso de dejar fuera artículos que cumplieran el resto de requisitos de inclusión. Además, se rechazaron seis estudios que estaban en formato *Pre-Print* por no haber pasado en el momento de la búsqueda la revisión por pares. En segundo lugar, diez de los trece

estudios se realizaron en China, por lo que la representatividad de los resultados encontrados no puede ser extrapolada al resto de profesionales sanitarios que desarrollan su labor asistencial en el resto de países del mundo. En tercer lugar, se debe señalar que en algunos estudios no se pudieron establecer diferencias entre los tipos de profesionales, por lo que se decidió tratar los datos como un solo conjunto. Por último, se debe hacer constar que la fecha en la que se realizaron los estudios pudo afectar a los resultados por la propia progresión de la pandemia.

A modo de conclusiones, la salud mental de los profesionales sanitarios en el ejercicio de sus funciones se ve comprometida por la pandemia de SARS-CoV-2, viéndose especialmente afectados los profesionales que se encuentran en la primera línea de batalla contra el virus, pero con valores por debajo de los de la población general.

Aunque existe una amplia variabilidad de resultados, se observan niveles medio-altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado. Este hecho podría ser explicado por la fecha de realización del trabajo y la fase en la que se encontraba la pandemia en el momento de estudio.

El tiempo de trabajo, el miedo de poder contagiarse y contagiar a seres queridos y/o a pacientes, la preocupación en el control de la epidemia, entre otros, pueden ser factores precipitantes para una alteración de la salud mental de los profesionales sanitarios en tiempos de la Covid-19. Dicha alteración puede suponer un problema importante a nivel personal y un menoscabo en las funciones prestadas a nivel profesional, pudiendo aumentar el riesgo de contagio y de una mala praxis profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [consultado el 24/05/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
2. Organización Mundial de la Salud. The world health report 2003-shaping the future. Chapter 5. SARS: lessons from a new disease. 2003. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [consultado el 24/05/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2003/en/>.
3. de Wit E, van Doremalen N, Falzarano D, Munster VJ. SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. *Nat Rev Microbiol*. 2016;14(8):523-34.
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497-506.
5. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020;395:565-74.
6. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727-33. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.
7. Del Rio C, Malani PN. 2019 Novel Coronavirus-Important Information for Clinicians. *JAMA*. 2020;323:1039-40. doi: 10.1001/jama.2020.1490.
8. Organización Mundial de la Salud. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [consultado el 24/05/2020]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
9. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg*. 2020;76:71-6. doi: 10.1016/j.ijssu.2020.02.034.
10. Wilder-Smith A, Freedman, DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*. 2020;27(2):1-4. doi: 10.1093/jtm/taaa020.
11. Bruinen de Bruin Y, Lequarre AS, McCourt J, Clevestig P, Pigazzani F, Jeddi MZ et al. Initial impacts of global risk mitigation measures taken during the combatting of the COVID-19 pandemic. *Saf Sci*. 2020;128:104773. doi: 10.1016/j.ssci.2020.104773.
12. Dong L, Bouey J. Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(7). doi: 10.3201/eid2607.200407.
13. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singapore*. 2020;49(3):155-60.
14. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A et al. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;20764020915212. doi: 10.1177/0020764020915212.
15. Zhao G. Tomar medidas preventivas inmediatamente: evidencia de China sobre el COVID-19. *Gac sanit*. 2020;34(3):217-9. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.03.002.
16. Assari S, Habibzadeh P. The COVID-19 Emergency Response Should Include a Mental Health Component. *Arch Iran Med*. 2020;23(4):281-2. doi: 10.34172/aim.2020.12.

17. Ferrán MB, Trigo SB. Caring for the caregiver: the emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals. *Enferm Clin*. 2020;10. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.05.006.
18. Dichter MN, Sander M, Seismann-Petersen S, Köpke S et al. COVID-19: It is time to balance infection management and person-centered care to maintain mental health of people living in German nursing homes. *Int Psychogeriatr*. 2020;1-11. doi: 10.1017/S1041610220000897.
19. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Xiang-Yang B et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X.
20. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;74(4):281-2. doi: 10.1111/pcn.12988.
21. Zumla A, Hui DS, Azhar EI, Memish ZA, Maeurer M et al. Reducing mortality from 2019-nCoV: host-directed therapies should be an option. *Lancet*. 2020;395(10224):e35-6. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30305-6.
22. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-9. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.
23. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*. 2020;368:m313. doi: 10.1136/bmj.m313.
24. Junquera LM, Baladron J, Albertos JM, Olay S. Medicina basada en la evidencia (MBE): Ventajas. *Rev Esp Cirug Oral Maxilofac*. 2003;25(5):265-72.
25. Urrutia G, BonFill X. Declaración PRISMA: propuesta para mejorarla publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(11):507-11. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015.
26. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated JBI model for evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2019;17(1):58-71. doi: 10.1097/XEB.000000000000155.
27. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Sears K, Sfetcu R, Currie M et al. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2017.
28. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):179-87. doi: 10.1097/XEB.000000000000062.
29. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag*. 2020. doi: 10.1111/jonm.13014.
30. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Front Psychiatry*. 2020;11:306. doi: 10.3389/fpsy.2020.00306.
31. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
32. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*. 2020;S0889-1591(20):30523-7. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.049.
33. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey.

- Psychiatry Res. 2020;288:112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954.
34. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun.* 2020. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028.
35. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun.* 2020; S0889-1591(20)30309-3. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.007.
36. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Anderson AE, Bruera E et al. A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage.* 2020; S0885-3924(20)30205-0. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008.
37. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, Jing M, Goh Y, Yeo LLL et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med.* 2020;M20-1083. doi: 10.7326/M20-1083.
38. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* 2020;288:112936. doi: 10.1016/j.psychres.2020.11293.
39. Wang S, Xie L, Xu Y, Yu S, Yao B, Xiang D. Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. *Occup Med (Lond).* 2020;kqaa074. doi: 10.1093/occmed/kqaa074.
40. Yin X, Zeng L. A study on the psychological needs of nurses caring for patients with coronavirus disease 2019 from the perspective of the existence, relatedness, and growth theory. *Int J Nurs Sci.* 2020;7(2):157-60. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.04.002.
41. He K, Stolarski A, Whang E, Kristo G. Addressing General Surgery Residents' Concerns in the Early Phase of the COVID-19 Pandemic. *J Surg Educ.* 2020;1-4. doi: 10.1016/j.jsurg.2020.04.003.
42. Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012 [consultado el 24/05/2020]. Disponible en <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>.
43. Cheung T, Yip PS. Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(9):11072-100. doi: 10.3390/ijerph120911072.
44. Gu B, Tan Q, Zhao S. The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses: A cross-sectional survey. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(22):e15836. doi: 10.1097/MD.00000000000015836.
45. Ding Y, Qu J, Yu X, Wang S. The mediating effects of burnout on the relationship between anxiety symptoms and occupational stress among community healthcare workers in China: a cross-sectional study. *PLoS ONE.* 2014;9(9):e107130.
46. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011;9:90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90.
47. Yang X, Hu S. The association between social support as well as coping style and anxiety and depressive symptoms among nurses. *Chin. J. Health Psychol.* 2011;19:300-1.
48. Wei Y, Fu Shen X. Research concentrated on the depressive symptoms status among nurses. *Health Occupational Education.* 2007;25:95-6.
49. Peng K. The prevalence of anxiety and depressive symptoms among nurses in oncology department. *Chinese Community Doctors.* 2012;14:370-1.

50. Gong Y, Han T, Yin X, Yang G, Zhuang R, Chen Y et al. Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: A cross-sectional study. *Sci Rep.* 2015;4:7109. doi: 10.1038/srep07109.

51. Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T. Depression in hospital-employed nurses. *Clin Nurse Spec.* 2012;26(3):177-82. doi: 10.1097/NUR.0b013e3182503ef0.

10.1.2. Publicación 2

Título

ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN LA ATENCIÓN URGENTE, UNA PROPUESTA DE CAMBIO: REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Referencia

Galiana-Camacho, T., Gómez-Salgado, J., García-Iglesias, J. J., Fernández-García, D. (2018). Enfermería de práctica avanzada en la atención urgente, una propuesta de cambio: Revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 92: e201809065.

Datos de la revista

Título: *Revista Española de Salud Pública*  
Título abreviado ISO: *Rev. Esp. Salud Publica*  
Lenguaje: Español  
Factor de Impacto (2019): 0,746  
Ranking (JCR): 159/171 (Q4) *Public, Environmental & Occupational Health (SSCI)*

Copia del artículo



**REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Recibido: 21 de abril de 2018  
Aceptado: 10 de mayo de 2018  
Publicado: 10 de septiembre de 2018

**ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN LA ATENCIÓN URGENTE, UNA PROPUESTA DE CAMBIO: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Teresa Galiana-Camacho (1), Juan Gómez-Salgado (2,3), Juan Jesús García-Iglesias (4) y Daniel Fernández-García (1)**

(1) Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León. León. España.

(2) Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva. Huelva. España.

(3) Universidad Espíritu Santo. Guayaquil. Ecuador.

(4) Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. Universidad de Huelva. España. Servicio Andaluz de Salud. Huelva. España.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

**RESUMEN**

**Fundamentos:** La Enfermería de Práctica Avanzada es un rol desconocido en nuestro país. El objetivo principal de esta revisión fue mostrar los resultados de este modelo en los servicios de urgencias para alcanzar su futura implementación dentro del ámbito sanitario español.

**Métodos:** Revisión sistemática de las bases de datos de *The Cochrane Controlled, Web Of Science, Cinahl, Cuiden, LILACS, Guía Salud y Cochrane Database of Systematic Reviews*. Se utilizaron escalas validadas para la selección de 14 artículos finales, siguiendo el formato PRISMA.

**Resultados:** Se apreciaron resultados favorables, con tiempos de espera máximos de 53 minutos y tiempo medio de estancia de 45 minutos, y menos de un 8% de casos de reingresos inesperados; así como en materia seguridad y satisfacción del paciente.

**Conclusiones:** La implantación de esta figura ofrecería ventajas muy importantes para la mejora del sistema sanitario público, incrementando la calidad asistencial en términos de eficiencia.

**Palabras clave:** Enfermería de práctica avanzada, Servicio de urgencias, Eficiencia, Gestión de la calidad, Competencia enfermera, Autonomía profesional.

**ABSTRACT****Advanced Practice Nursing in emergency care, a proposal for the change: Systematic review**

**Background:** Advanced Practice Nursing is an unknown role in our country. The aim of the study is to show the results of this model in emergency services for its future implementation in the Spanish health system.

**Methods:** Systematic review with the *Cochrane Controlled, Web Of Science, Cinahl, Cuiden, LILACS, Guía Salud and Cochrane Database of Systematic Reviews* databases. Different validated scales were used for the selection of 14 final articles, following the PRISMA Statement.

**Results:** Favourable results were observed, with maximum waiting times of 53 minutes and average time of stay of 45 minutes. There were less than 8% of cases of unexpected readmissions. Favourable results were also found regarding safety and patient satisfaction.

**Conclusions:** The implementation of this figure could be beneficial for the improvement of the public health system, increasing the quality of care in terms of efficiency.

**Key words:** Advanced Practice Nursing, Emergency Service, Efficiency, Quality Management, Nursing Competence, Professional Autonomy.

**Correspondencia:**

Prof. Dr. Juan Gómez Salgado  
Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva  
Av. 3 de Marzo. Campus El Carmen  
21071, Huelva, España  
jgsalgad@gmail.com

Cita sugerida: Galiana-Camacho T, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, Fernández-García D. Enfermería de práctica avanzada en la atención urgente, una propuesta de cambio: Revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2018;92: 10 de septiembre e201809065.

## INTRODUCCIÓN

El Consejo Internacional de Enfermería define la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) como: «una enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de acceso se recomienda un título universitario de posgrado de nivel máster»<sup>(1)</sup>. En España hay una extensa red de universidades que imparten másteres oficiales para Enfermería de Urgencias que se presentan como una manera de profundizar en la formación, pero en ningún caso permite una acreditación reconocida de ascenso profesional<sup>(2)</sup>.

Esta figura aparece en Estados Unidos (EE.UU) en el 1960, seguida de Reino Unido (GB) en 1980 y continua su expansión por Australia, Irlanda y otros países europeos tomando conciencia de su importancia ya entrados en el 2000<sup>(3,4)</sup>. Delamaire y Lafortune, apuntan como las principales causas de implementación del modelo de EPA<sup>(5)</sup>: la escasez de médicos, la cambiante demanda de servicios, el incremento en los costes de la atención sanitaria y la mejora del desarrollo profesional de las enfermeras.

Pero el elemento común para su nacimiento ha sido la necesidad de nuevos modelos que regulen la práctica clínica para adaptarse a los cambios en el sistema de salud que atraviesa la sociedad del momento<sup>(3,6,7,8,9)</sup>. En esta línea, a nivel nacional existen algunas comunidades que han incorporado figuras dentro de la enfermería que asumen competencias cercanas a este modelo, como la enfermera gestora de casos en Andalucía, las estrategias frente a la cronicidad compleja en el País Vasco y la asistencia urgente en la atención primaria en Cataluña<sup>(4,10,11)</sup>.

La asistencia sanitaria urgente generó en España un total de 47,2 millones de consultas

durante el año 2015 en el Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>(12)</sup>. Otros países, utilizaron la EPA años antes para afrontar esta situación, que se traducía en un aumento exponencial de los tiempos de espera, así como una disminución de la calidad en la atención recibida<sup>(3,6,7,13,14)</sup>.

Más allá de las distintas formas de EPA de urgencias, las principales características que definen su función fueron identificadas por Harford en 1993: manejo de las historias clínicas; evaluación física del paciente; realización de suturas y manejo de las heridas abiertas menores; autonomía para elaborar peticiones de analíticas, cultivos y radiografías y elaboración de planes de tratamiento y educación para salud al alta<sup>(15)</sup>.

Actualmente la EPA es un elemento poco reconocido en nuestro país. Partiendo de una situación en España que hace necesario un cambio en el funcionamiento de los servicios de urgencias, y ante la falta de revisiones sistemáticas que aúnen la evidencia sobre la EPA en estos servicios, se elabora esta revisión sistemática<sup>(16,17)</sup>. El objetivo principal fue mostrar la evidencia disponible sobre los resultados que aporta este modelo a los servicios de atención urgente (hospitalarios o de atención primaria) para una futura implementación del modelo en nuestro sistema sanitario. Como objetivos secundarios se buscó: mostrar los resultados coste-efectivos según los indicadores de calidad establecidos en un servicio de urgencias; estudiar el grado de satisfacción del paciente con la atención de EPA; informar sobre las implicaciones de este modelo para la seguridad del paciente y enumerar las competencias de enfermería que conllevaría la implementación del modelo EPA en el servicio de urgencias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión sistemática basada en un protocolo elaborado previamente con el fin de minimizar el riesgo de cometer sesgo de publicación y de selección, y asegurando una correcta estructuración y contenido a partir

de las normas PRISMA<sup>(18,19)</sup>. Siguiendo el formato PICO (tabla 1) se obtienen los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y *medical subject headings* (MeSH) utilizados, así como la ecuación de búsqueda (tabla 2).

obtenidos en las distintas fases de la búsqueda bibliográfica, mientras que en la figura 1 se despliega el proceso de preselección de artículos con las principales causas de exclusión de los estudios.

La búsqueda bibliográfica se realizó entre el 8 de febrero y el 15 de marzo de 2017. La tabla 3 muestra el total de resultados

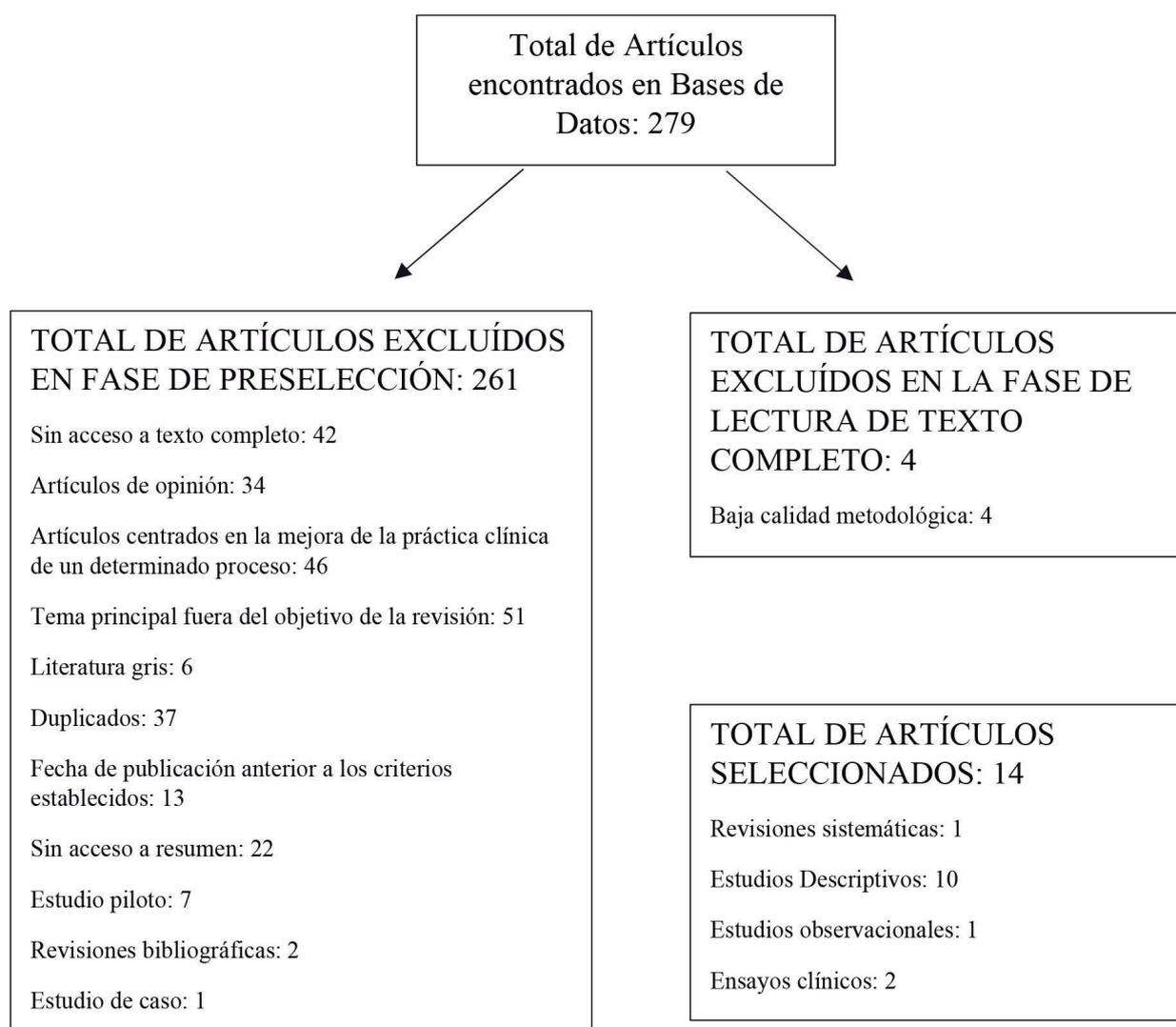
Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios observacionales y ensayos clínicos aleatorizados sobre la Práctica Avanzada en

<b>Tabla 1</b> <b>Pregunta de investigación y palabras clave. Formato PICO</b>	
<b>Pregunta de búsqueda</b>	¿Cuál es el beneficio en la implementación de puestos de trabajo de enfermeras de práctica avanzada en el servicio de urgencias?
<b>Población</b>	Enfermeras de Práctica Avanzada en los servicios de urgencias
<b>Intervención</b>	Medir los resultados en el sistema de salud que aportan
<b>Comparador</b>	-
<b>Resultados/Outcomes</b>	Aumento de competencias enfermeras, mejorar relación coste-efectividad en el servicio, conseguir una atención holística del paciente

<b>Tabla 2</b> <b>Palabras clave. Formato PICO</b>		
<b>Siglas PICO</b>	<b>Palabras MeSH</b>	<b>Palabras DeSC</b>
<b>P</b>	Advanced Practice Nursing, Emergency Service	Enfermería de Práctica Avanzada, Servicio de Urgencias
<b>I</b>	Efficiency, Health system	Eficiencia, Sistema de Salud
<b>C</b>	-	-
<b>O</b>	Prescription, Competence Nursing, Professional Autonomy	Prescripción, Competencia Enfermera, Autonomía Profesional

<b>Tabla 3</b> <b>Resultados de búsqueda bibliográfica</b>			
<b>Bases de datos</b>	<b>Número total de artículos</b>	<b>Artículos preseleccionados</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
Web of Science	24	0	0
Medline	29	2	2
Cuiden	39	0	0
Cohrane	4	0	0
Cinhal	183	16	12
LILACS	0	-	-
Cochrane Database of Systematic Reviews	0	-	-
GuíaSalud	0	-	-

**Figura 1**  
**Proceso de preselección de artículos**



enfermería en los servicios de atención urgente que hubieran investigado sobre resultados en salud y/o económicos, escritos en inglés, español o portugués y publicados a partir del 2006, al ser la fecha a partir de la cual se encuentran los artículos de mayor trascendencia sobre el tema. Se excluyeron los estudios centrados en la Práctica Avanzada en Enfermería en servicios distintos al de atención urgente, los estudios sobre protocolos de actuación concretos de Enfermería de Práctica Avanzada en servicios de urgencias en determinados campos, los editoriales o artículos de opinión y las revisiones bibliográficas. Una posible

limitación del estudio fue ignorar los trabajos de un idioma distinto a los nombrados en los criterios de inclusión, sin embargo se ha considerado la utilización de los más relevantes en lo que concierne a la implementación geográfica de la EPA en el panorama actual.

Para evaluar la calidad metodológica de los trabajos y asegurar la selección de artículos aptos, se utilizaron las escalas recomendadas según el informe publicado por la *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)*<sup>(20)</sup>: la escala *AMSTAR 2005* (Assessment of Multiple Systematic Reviews)

para las revisiones sistemáticas y la escala *SIGN 50 2004* (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) para los ensayos controlados aleatorizados y estudios observacionales (estudios de cohorte y de caso-control). Para el análisis de los estudios descriptivos se utilizó la escala *Queen's Joanna Briggs Collaboration*. En la **tabla 4** se recoge la puntuación de cada artículo.

Las variables del estudio se agruparon según los objetivos marcados previamente para esta revisión sistemática: competencias profesionales, resultados sobre coste-efectividad, seguridad del paciente y satisfacción del paciente.

## RESULTADOS

**Competencias profesionales.** Los nueve estudios que las evalúan coincidieron en un perfil mayoritario de paciente con un rango de gravedad calificado como no-urgente, utilizando la *Australasian Triage Scale* (ATS) con puntuaciones de entre 4-5 (mínimo de 5 y máximo 1)<sup>(3,7,14,21,22,23)</sup>. Aun así, Considine hizo una comparación entre distintos roles dentro de la EPA de urgencias: *Emergency Departments Fast Track* (FT) para derivar a los pacientes con problemas de salud leves de forma directa; las *Clinical Initiatives Nurse* (CIN) como una figura adherida al rol de triaje que revisa a los pacientes antes de ser atendidos por el médico de urgencias; o la *Rapid Intervention and Treatment Zone* (RITZ) que es una expansión del FT para asegurar los objetivos de espera y duración de estancia ante la gran demanda de atención para problemas leves<sup>(21)</sup>.

También hubo consenso sobre los diagnósticos mayoritarios: afectaciones del tejido blando (tanto traumatismos, como pérdidas de la integridad cutánea) (entorno al 35%), principalmente, y fracturas óseas en segundo lugar (entorno al 11%)<sup>(14,23,24,25,26)</sup>.

Sobre el grado de autonomía en el trabajo hubo discrepancias, desde un porcentaje por encima del 84% de pacientes atendidos

de forma autónoma por EPA, reflejado en los resultados de Black o Considine, hasta un 27% del total reflejado en el estudio de Sullivan<sup>(14,22,24)</sup>. Lutze, en su estudio sobre una figura existente dentro del panorama australiano creada para definir a los Candidatos a EPA de urgencias (*Transitional Emergency Nurse Practitioner* - TENP), señaló que el 84% de los pacientes constituyeron el grupo “ver y tratar”, en el que trabajaban de forma independiente las EPA, mientras que sólo un 16% pertenecieron al grupo “vía rápida”, constituido por pacientes más complejos en el trabajan médicos y EPA conjuntamente<sup>(23)</sup>.

Las intervenciones principales fueron: la petición de pruebas diagnósticas y de imagen; la prescripción de medicamentos; la elaboración de informes de baja o certificados de estudio y la derivación al especialista<sup>(21,22)</sup>. Además, según el estudio de Considine, en un 72.5% de los casos se necesitaron intervenciones exclusivamente de competencia enfermera para la atención del paciente: yesos, consejos sobre el manejo de heridas y quemaduras y realización de suturas y curas<sup>(22)</sup>.

La prescripción enfermera (PE) fue el tema principal de varios de los estudios incluidos. Black estudió la diferencia entre dos métodos distintos de PE diferenciados en Gran Bretaña: por una parte, se encuentra la prescripción independiente (PI), entre ciertos fármacos establecidos por ley, y por otra la prescripción por Dirección de Grupos de Pacientes (DGP) en la que se delimitan unas características clínicas de paciente y de acuerdo a eso, enfermería tiene cobertura legal para darles determinada medicación<sup>(24,25)</sup>.

Solo en el estudio de McDevitt hubo resultados sobre la educación para la salud: el 98.6% de pacientes con tratamiento farmacológico al alta recibieron información sobre la toma correcta; el 69.8% recibió educación para la salud; en el 41.3% de los casos se les dio consejos sobre sus problemas de salud y se les aportó de forma escrita y el 90.1% recibieron información sobre a quién acudir en caso de necesitar ayuda<sup>(26)</sup>.

**Tabla 4**  
**Tabla de resultados**

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Black A 2012 Descriptivo UK	Comparar la prescripción enfermera independiente (PI) con la prescripción por dirección de grupos de pacientes (DGP) en las EPA de un servicio de urgencias.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	<p>Total pacientes tratados: 1423 (PI= 655; DGP= 768), de la que se incluyó en el estudio una muestra aleatorizada de 617 (PI=382; DGP=235).</p> <p>COMPETENCIAS PROFESIONALES: 403 diagnósticos de 382 episodios de cuidado de las PI, de los que el 51.6% recibieron prescripción. En grupo DGP de 235 episodios de cuidado el 32.3% requirió medicación.</p> <p>Mayor presentación en el grupo PI: afectación del tejido blando (27.3%), laceraciones (10.4%) y fracturas de hueso (9.9%). Incremento del porcentaje de fracturas (17.3%) en grupo DGP. En el tratamiento del PI se incluye respecto a la DGP, el manejo de reacciones alérgicas, la retirada de suturas, sinusitis, verrugas y esguinces de cuello.</p> <p>Principales fármacos prescritos con PI: analgésicos (31%), antibióticos (24.8%) y AINES (24.5%). Principales: analgésicos en primer lugar, seguido de AINES.</p> <p>SEGURIDAD DEL PACIENTE: Con PI, la historia médica y medicaciones habituales de los pacientes se recogieron en un 97.4% de los casos; de los casos omitidos sólo 2 recibieron medicación. Respecto al DGP grupo, la historia clínica fue completada en el 88.9% de los pacientes y 5 de los pacientes mal documentados recibieron tratamiento.</p> <p>El tratamiento habitual de los pacientes se recogió en un 86.4% de los pacientes, y a 6 pacientes dentro del grupo de los omitidos.</p> <p>Interacciones en pacientes polimedicados registradas: 49 casos en grupo de PI y 11 casos en grupo DGP, ninguno con interacción posible en este último grupo; en el 87.5% de las prescripciones PI no había interacción probable, en dos ocasiones no se prescribió por el riesgo a interacción, en tres se avisó del peligro y en una sin posibilidad de interacción al ser un tratamiento rápido. Un caso dentro de este grupo, de error de documentación. Registro de alergias: 96.3% en el grupo PI, recibiendo medicación solo 1 caso entre los 14 que no estaba la documentación al respecto. De los casos documentados, a una paciente se le administró un medicamento al que tenía alergia; el resto se manejaron adecuadamente o no recibieron tratamiento. Entre el grupo de DGP la documentación de alergias estuvo completa en 84.7% de los casos, 100% de los casos en los que había alergias se trataron adecuadamente. Entre los 36 casos omitidos, recibieron tratamiento 8 pacientes. De las 274 prescripciones por PI, sólo en un caso no fue apropiada. Sobre el grupo DGP, el 93.4% de los pacientes que recibieron prescripción tenía una documentación completa sobre el historial médico, las alergias o el tratamiento habitual de sus pacientes. Se detectaron 9 (11.8%) casos dentro de este grupo en el que administraron fármacos a los que estos enfermeros no tienen acceso, sin quedar claro según las notas clínicas sobre si se los prescribió otro profesional que si tuviera acceso a ellos.</p> <p>Significación en la frecuencia en la que recibían tratamiento en los casos de daño a tejidos blandos.</p> <p>82.5% fueron tratados con independencia por los PI, en el caso del grupo de DGP en un 81.2%. No hubo diferencia significativa en completar los cuidados de un paciente entre el grupo de PI y el de DGP.</p>

**Tabla 4**  
**Tabla de resultados. Cont.**

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Black A 2014 Descriptivo UK	Aplicación y seguridad de la prescripción autónoma enfermera en casos de accidente y urgencias (AU), y salud sexual (SS).	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado A	<p>REVISIÓN DE NOTAS CLÍNICAS: 382 pacientes en ambos grupos. 4 enfermeras de PI y 6 de DGP en AU; 15 EPA en SS, de las que 9 eran PI.</p> <p>FRECUENCIA DE PRESCRIPCIÓN: 403 diagnósticos de 382 episodios de cuidado de las PI en AU, de los que 51.6% recibieron prescripción, mientras que en 235 episodios de cuidado para DGP, 29.8% requirieron medicación; de 382 episodios de cuidado para PI en SS, salieron 272 diagnósticos y 357 pruebas de salud, de las que el 55.5% necesitaron prescripción. En el caso de las enfermeras sin PI, de 255 episodios de cuidado, el 49.9% requirió demanda de medicación.</p> <p>RANGO DE DIAGNÓSTICOS: en AU: mayor presentación de afectación del tejido blando (27.3%), laceraciones (10.4%) y fracturas de hueso (9.9%). En SS: manejo de contactos sexuales (22.1%), infecciones fúngicas (14.7%) y vaginosis bacterianas (12.9%).</p> <p>RANGO DE MEDICACIÓN: las PI en AU prescribieron 274 veces, 29 fármacos distintos. Principales: analgésicos (31%), antibióticos (24.8%) y AINES (24.5%).</p> <p>En SS se prescribieron 295 veces con 27 fármacos diferentes. Principales: antibióticos (54.9%), antifúngicos (23.7%) y anticonceptivos (9.2%).</p> <p>SEGURIDAD DEL PACIENTE: En AU la historia médica y medicaciones habituales de los pacientes se recogieron en 97.4% de los casos; de casos omitidos sólo 2 recibieron medicación. En SS, 85.3% fueron documentados y de los casos omitidos a 22 pacientes se les prescribió. Hubo 5 embarazadas en SS que recibieron tratamiento de forma segura. Interacciones en pacientes polimedificados registradas: 49 casos en UA y en 44 casos en SS; 87.5% de las prescripciones AE no había interacción probable y en 65.9% referente al SS. Registro de alergias: 96.3% en UA y 86.9% en SS. De los casos sin completar sólo 2 pacientes recibieron medicación sin tener ningún dato en el historial previo.</p> <p>De 274 prescripciones por PI en AU, sólo un caso inapropiada y en SS, un 10% no se realizó de forma apropiada (en 2.7% de los casos se requirió mejorar la documentación previa del paciente y en 0.7% se prescribió sin historial médico previo, de alergias o de medicación habitual).</p> <p>En total, PI de ambos departamentos completaron el 88.5% (n = 676) de casos; si no lo completaron en AU fue por consejo médico o porque se trataba de medicación controlada o fuera de la competencia de las EPA.</p> <p>Asociación significativa (<math>p &lt; 0.001</math>) entre la existencia de las PI y el fin de proceso de cuidado en las SS; no la hubo (<math>p = 0.710</math>) en relación a esa figura en las AU.</p> <p>ESTUDIO OBSERVACIONAL: 11 pacientes tuvieron una documentación clínica elaborada por las PI adecuada y completa, de los cuales el 50% necesitaron prescripción. En 9 ocasiones los pacientes recibieron explicaciones sobre regímenes de medicación y efectos Adversos sin tener un historial médico completo.</p>

**Tabla 4**  
**Tabla de resultados. Cont.**

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Considine J 2006 Descriptivo Australia	Observar el ámbito de práctica de los Candidatos a ser EPA de urgencias (TENP) en un servicio de urgencias del hospital de Victoria.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	<p>COMPETENCIAS PROFESIONALES: PERFIL DE PACIENTES: total de 476 pacientes atendidos, de los que 4 fueron transferidos a la atención medicalizada por superar las competencias de la práctica clínica de EPA, y 5 pacientes se atendieron en conjunto con el médico. Media de pacientes atendidos de 6 por cada 7.6h de turno. Mayoría de pacientes no urgentes (ATS 4= 62.8%; ATS 5= 28.6%). La mayoría dentro de tratamientos por guías de práctica clínica.</p> <p>NATURALEZA DEL ROL EPA: 55% del tiempo dedicado a la práctica clínica, el 25% al desarrollo de guías de práctica clínica y el 15% a las sesiones formativas. Otras actividades: asistencia a congresos y foros profesionales y las sesiones clínicas a otros profesionales.</p> <p>PRÁCTICA AVANZADA: prescripción de medicamentos, petición de pruebas diagnósticas, elaborar informes de baja o certificados de estudio y derivación a especialistas. 49,6% requirieron medicación. Fármacos más utilizados: analgésicos orales (50.4%), inmunizaciones (24.5%), anestésicos locales (22.4%) y antibióticos intravenosos. Con menor frecuencia fluidoterapia (n = 11), analgesia intravenosa (n = 11) y antieméticos (n = 7). De 367 pacientes dados de alta, el 52.8% requirió instrucciones sobre el uso de analgésicos sin receta y el resto prescripción al alta (analgésicos y antibióticos orales). Pruebas de imagen solicitadas: rayos X, ultrasonido o tomografía computerizada. 51% de pacientes requirieron pruebas de imagen, dentro de los cuáles el 48.4% solicitadas por el equipo médico de evaluación rápida o las enfermeras de triage. No hubo significación en la frecuencia de rayos X solicitados por el equipo de médicos de valoración rápida y el de las EPA en el caso de lesiones tisulares o fracturas.</p> <p>8.6% requirieron pruebas patológicas, y de este porcentaje solo en un 7.3% de los casos fueron solicitadas por el equipo de evaluación rápida de médicos.</p> <p>72.5% de los pacientes requirieron procedimientos de la EPA: yesos, consejos sobre manejo de heridas y vendaje; en menor proporción sutura de heridas y por debajo del 3% apósitos de heridas. Los partes de baja o certificados de estudio los completaron en un 16.3%.</p>

**Tabla 4**  
**Tabla de resultados. Cont.**

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
<p>Considine J 2012 Descriptivo Australia</p>	<p>Examinar y comparar tres tipos de EPA: la EPA de "vía rápida" (FT), "la EPA de iniciativa clínica"(CIN) y "la EPA de intervención rápida y zona de tratamiento"(RITZ).</p>	<p>Queen's Joanna Briggs Collaboration</p>	<p>Grado A</p>	<p>N=551. COMPETENCIAS PROFESIONALES: Mayor muestra de pacientes con ATS de 3 en el grupo CIN (36.5%) respecto grupos RITZ (15.5%) y FT (11%) (p&lt;0.001). CIN Y RITZ manejaron mayor número de pacientes con 4 y 5 de ATS (p&lt;0.001). Rango de admisión de pacientes significativamente mayor en el CIN (15.3%), respecto el de FT (0.5%) y RITZ (0.5%). Tiempos de espera de los CIN significativamente bajos (23 min), respecto los de FT (40 min) y los de RITZ (35 min) (p=0.001). No hay diferencias significativas en cuanto al tiempo en el que fueron atendidos los pacientes por los médicos dentro del tiempo de espera; sí fue significativamente menor el tiempo en el que lo fueron según su ATS dentro del grupo de los CIN (39.1%), respecto el de los FT (70.2%) y el de los RITZ (53.4%) (p&lt;0.001). Proporción de pacientes con tiempo de estancia &lt;4h significativamente mayor en el grupo CIN respecto los otros dos (tamaño de muestra menor). Significativamente mayor el tiempo de estancia de los pacientes en el grupo de los CIN (3.3h), respecto las otras, FT (2h) y RITZ (2.5h) (p&lt;0.001). Peticiones de analíticas y administración de analgesia más común en CIN (p&lt;0.001). Sin diferencias significativas entre peticiones de pruebas de imagen. Tiempos de obtención de resultados medios para las pruebas de imagen y para las analíticas mayores en el FT y menores en el CIN, pero sin significación (p&gt;0.05)</p>

**Tabla 4**  
**Tabla de resultados. Cont.**

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Dinh M 2012 Observacional. Estudio de Cohortes. Australia	Estudio sobre la calidad en el cuidado aportado por los EPA de urgencias de “vía rápida”(FT) así como los médicos de la unidad.	SIGN methodology Checklist: Cohort Studies	+1	<p><b>COMPETENCIAS PROFESIONALES:</b> Tiempo de espera medio entre médico (M) y EPA: 53 min. 60% de los pacientes atendidos dentro de las marcas en tiempo de espera establecidas en la ATS según la categoría. 9% ingresados.</p> <p>Puntuación media de satisfacción del paciente: 22 sobre 25. 84% declararon haber recibido unos cuidados “muy buenos” o “excelentes”; 13% indicaron ser “buenos”; y 3% lo describieron como “normal”. Ninguna calificación como “pobre”.</p> <p>75% de los pacientes fueron contactados a las dos semanas para comprobar el estado de salud. Media y Desviación estándar del índice de componentes físicos (ICF) y mentales (ICM) evaluados, fueron respectivamente, <math>47.8 \pm 8.7</math> (95% IC 49.5-49.1) y <math>51.5 \pm 9.5</math> (95% CI 50.1—53.0).</p> <p>Diferencia de 7 min en tiempos de espera en el grupo de EPA respecto el de M (<math>p=0.06</math>), resto de características demográficas similares entre grupos.</p> <p>68% de pacientes que definieron los cuidados recibidos como “excelentes” en grupo EPA, respecto un 50% en grupo M. (<math>p= 0.02</math>)</p> <p>Puntuaciones totales de cuestionarios de satisfacción significativamente altas en grupo EPA, respecto el M [(23, IQR 20—24 vs. 21 (16—24) <math>p= 0.002</math>]. Media de puntuación de EPA superó en 1.5 puntos al grupo M en cuanto tiempos de espera (<math>p= 0.004</math>, IC= 95%).</p> <p>En resultados sobre el estado de salud de los pacientes a las 2 semanas, estado de salud excelente se manifestó en el 31% de los pacientes de EPA respecto a un 13% en los de M. (<math>p=0.015</math>). Sin diferencias significativas en las puntuaciones de ICF e ICM.</p> <p>Recidivas al servicio no planeadas o fracturas sin identificar: 6% en el grupo M y en un 9% en el EPA (<math>p=0.22</math>).</p> <p><b>SEGURIDAD DEL PACIENTE:</b> Reingresos no planeados o fracturas sin detectar: 8% (18/236), mayoría de poca relevancia clínica y sin intervención adicional o derivación. No hubo quejas.</p> <p><b>SATISFACCIÓN DEL PACIENTE:</b> 66% (103/155) de pacientes de M completaron los cuestionarios de satisfacción y el 81% (133/165) en el caso de los EPA. El ratio de pacientes con seguimiento a las 2 semanas fue respectivamente de 71% (71/103) y 79% (105/133).</p>

**Tabla 4**  
**Tabla de resultados. Cont.**

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Fry M M 2009 Descriptivo Australia	Desarrollar un papel integrado de los Candidatos a EPA de urgencias ( <i>Transitional Emergency Nurse Practitioners-TENP</i> ), proporcionar un marco para el desarrollo de conocimiento y la práctica y llevar a cabo un proyecto preliminar de evaluación de 6 meses del funcionamiento de la TENP.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	COMPETENCIAS PROFESIONALES: Media de 20 pacientes por 15 h de trabajo. Total de 2730 pacientes (10%) atendidos, de los que el 68% (n=1987) del grupo "ver y tratar", el 32% en el "colaborativo" (n=721) (trabajo conjunto de EPA y médico) y el "consultativo" (n=22) (EPA realiza determinados procedimientos). Auditoría sobre manejo de documentación: Todas las puntuaciones por encima de 22 (máx. 25 en cada categoría). SEGURIDAD DEL PACIENTE: La supervisión médica por la escala Likert. Todas las puntuaciones estaban entre 6 y 9 relativas a la supervisión general, y de 7 y 9 sobre la precisión en el diagnóstico, la calidad de documentación, las medicaciones requeridas y las investigaciones y patología determinadas (puntuación máx. 10). Resultados sobre el manejo del paciente, las investigaciones y derivaciones fueron apropiadas dentro de las guías de práctica clínica para urgencias según la evaluación médica.
Hart L 2009 Descriptivo U.S.A	Disposición de los pacientes de servicio de urgencias para ser tratado por un EPA.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	N=163. SEGURIDAD DEL PACIENTE: El 65% estuvieron dispuestos, el 17% no estaban seguros de si querían ser tratados por una EPA y el 17% no estaban dispuestos. Dependencia entre la disposición a ser tratado por una EPA y el haber sido tratado anteriormente por ella. 93% de los pacientes atendidos anteriormente por EPA con una disposición positiva a repetir. Entre respuestas negativas: el 70% refirió que si tuviera un problema distinto por el que se presentaban en ese momento hubiera aceptado ser tratado por una EPA, el 6% refirió preferir la atención médica y un 12% no respondió a la pregunta. No se demostró asociación entre la disposición del paciente y su raza, edad, género o tendencia a acudir a los servicios de urgencias.
Jennings N 2014 Ensayo clínico aleatorizado Australia	Evaluación de la efectividad de la EPA de urgencias en relación a la calidad de los cuidados y la capacidad de respuesta (Comparación entre profesionales médicos y EPA) Presentación del estudio.	SIGN methodology Checklist: Controlled Trials	+1	Datos que se analizaron: -Escala inicial de gravedad del paciente tomada en el triaje (ATS). -Datos demográficos -Seguimiento de puntuación de la escala de dolor: después de haber sido administrado el tratamiento clínico inicial, a los 30 minutos de administración de analgesia, al dar el alta del servicio de urgencias (SU) antes de las 4h desde el tiempo de llegada. -Uso de guías de práctica clínica basadas en evidencia científica para realizar el tratamiento (entre los pacientes con dolor del tobillo, dolor de rodilla o pacientes quemados). -Tiempo desde el registro inicial en urgencias hasta que es atendido en el SU. -Determinar si el paciente esperó para el tratamiento. -Determinar si hubo recidiva del paciente por el mismo problema dentro de las 48h de la atención recibida en el SU.

**Tabla 4**  
**Tabla de resultados. Cont.**

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Jennings N 2015 Ensayo clínico aleatorizado Australia	Evaluación de la efectividad de la EPA de urgencias en relación a la calidad de los cuidados y la capacidad de respuesta.	SIGN methodology Checklist: Controlled Trials	+1	N=258. 128 recibieron los cuidados medicalizados y 130 recibieron los cuidados por las EPA. <b>COMPETENCIA PROFESIONAL:</b> Puntuación media de dolor a la llegada fue 5 y de 4 en la <i>Australasian Triage Scale</i> . Pacientes de ambos grupos esperaron para ser atendidos. 15.1 % presentaron dolor de rodilla o tobillo, o quemaduras; de los que en sólo dos casos se hizo uso de guías de práctica clínica, ambos en el grupo de intervención (EPA). En 6 (0.5%) ocasiones dentro del grupo de EPA se planeó la visita en días consecutivos del paciente al SU, y en 1 (<0.1%) ocasión en el grupo control. Ningún valor analizado es significativo ( $p > 0.05$ ).
Jennings N 2015 Revisión sistemática	Obtener la mejor evidencia sobre el impacto de la EPA de urgencias en relación al coste, calidad de cuidados, satisfacción y tiempos de espera en el servicio.	AMSTAR 2005 (Assessment of Multiple Systematic Reviews)	8	<p><b>COSTE:</b> McClellan compara costes entre médicos o fisioterapeutas y EPA en lesiones tisulares. Generalización dudosa. Igualdad de costos.</p> <p><b>CALIDAD DE CUIDADO:</b> Ratio de calidad en cuidados de un 68% de EPA respecto un 50% de la atención medicalizada (M) (Dinh et al. 2012). Reducción de pacientes que se fueron del servicio de urgencias sin ser tratados (Colligan et al. 2011; Dinh et al. , 2012; Nash et al. 2006; Fry et al. 2011).</p> <p>Reingresos no esperados: 2.3% EPA VS 4.2% M, mientras que en otro estudio los datos fueron de un 2% y de un 1%, respectivamente. Sin diferencias significativas respecto fallos o manejo inapropiado de pacientes entre ambos grupos (Nash et al. 2006; Colligan et al. 2011).</p> <p><b>SATISFACCIÓN DEL PACIENTE:</b> Aumento de la calidad de cuidado, reducción de tiempos de espera e incremento de la satisfacción del paciente en grupo EPA respecto M (Dinh et al. 2012). Diferencias significativas en nivel de satisfacción de pacientes; de un total de 16 preguntas, 12 mostraron significación a favor de la EPA respecto la M (<math>p &lt; 0.005</math>) (Jennings et al. 2009).</p> <p>100% de pacientes EPA en área de FT, definen trato enfermero como bueno o excelente (Nash et al. 2006).</p> <p><b>TIEMPOS DE ESPERA:</b> Diferencia significativa entre el grupo de EPA y el grupo M, con reducción significativa (<math>p &lt; 0.05</math>) a favor de las EPA, de hasta 15 minutos en el menor de los casos (Colligan et al. 2011; Jennings et al. 2008; Fry et al. 2011; Van der Linden et al. 2010; Considine et al. 2010; Carter and Chochinov. 2007; Wilson et al. 2009). Similares tiempos de espera entre M, EPA y de fisioterapeutas (McClellan et al. 2012). Menores tiempos de espera en grupo EPA respecto el M (<math>p = 0.06</math>) (Dinh et al. 2012).</p>

**Tabla 4**  
**Tabla de resultados. Cont.**

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Lutze M 2011 Descriptivo Australia	Conocer el ámbito de trabajo de un Candidato a ser EPA de urgencias (TENP) en dos servicios de urgencias de hospitales urbanos; identificar las características demográfica de los pacientes tratados en este estudio; e identificar la calidad de los cuidados y los tiempos empleados.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	<p>N=482.</p> <p>COMPETENCIA PROFESIONAL: 1.04 paciente/hora en Hospital 1 (H1) y 0.63 pacientes/h en Hospital 2 (H2).</p> <p>En el equipo de "ver y tratar" (<i>See and Treat</i>), se atendieron 412 (84%), mientras que 70 (16%) pacientes pasaron por la "vía rápida" (<i>Fast Track</i>).</p> <p>423 pacientes tuvieron puntuación de 4-5 según la ATS.</p> <p>Diagnósticos más repetidos: musculoesqueléticos y relativos a diagnósticos de heridas; en menor frecuencia las revisiones planeadas.</p> <p>Media de duración de estancia por paciente: 180 minutos (mediana=142 min). 96% tratados en &lt;8h; 91% en &lt;6h; 78.5% en &lt;4h.</p> <p>SEGURIDAD DEL PACIENTE: No hubo reingresos de los pacientes llevados por las TENP fuera de lo esperado o de forma inapropiada.</p> <p>No se detectaron efectos adversos, quejas o elementos relativos a la seguridad del paciente; tampoco solicitud de pruebas diagnósticas de forma inapropiada.</p>

**Tabla 4**  
**Tabla de resultados. Cont.**

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
McDevitt J 2014 Descriptivo UK	Evaluar la calidad de cuidados aportados por un tipo de EPA de urgencias a los pacientes con problemas menores en un centro de urgencias rural: seguridad y efectividad; satisfacción de los pacientes y determinación de los factores de mejora de la calidad del cuidado en un servicio de urgencias (SU).	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	<p>Total 347 cuestionarios dados, porcentaje de respondidos fue de un 32% (111). REINGRESOS INESPERADOS AL SU: 4 (3.6%) entre los 7 días posteriores de la atención.</p> <p>DIGNÓSTICOS: afectación del tejido blando en MMII (32.4%), incluidos esguinces de tobillo y aplastamientos; problemas oculares (16.2%), afectación del tejido blando en MMSS (11.7%), heridas (10.8%) y fracturas o dislocamientos (10.8%).</p> <p>TIEMPOS DE ESPERA: media 22 minutos (máx. 120 min; mínimo 0 min). Triage se realizado según gravedad.</p> <p>TIEMPO DE ESTANCIA TOTAL: media 45 minutos (máx. 125 min; mín. 5 min). 73% pacientes fueron vistos, diagnosticados, tratados y dados de alta dentro de 1h desde su registro.</p> <p>PRUEBAS RADIOLÓGICAS: 46.8% del total fueron rayos-X.</p> <p>SEGURIDAD DEL PACIENTE: n=71 recibieron tratamiento para el alta, 98.6% recibieron información sobre la toma de medicación. 69.8% recibieron educación para la salud. 41.3% recibieron consejos escritos sobre sus problemas de salud y 90.1% recibieron información sobre a quién acudir en caso de necesitar ayuda.</p> <p>EFFECTIVIDAD: 97.3% creyeron tener tiempo suficiente para tratar todo con la EPA. 83.8% volverían a acudir a las EPA para tratar problemas similares, frente a 14.4% que no. 96.4% recomendaría los cuidados de la EPA a un amigo. 73% no sugirieron necesidad de mejora en su atención frente al 18.9%. Puntos de mejora principales: "disminuir tiempos de espera" y "recibir más información sobre sus problemas de salud".</p> <p>SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: 82% de máxima de conformidad en las 5 categorías. Buena fiabilidad del cuestionario [<i>Cronbach</i> (alfa)=0.779].</p> <p>FACTORES DE INFLUENCIA PARA LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: correlación con el <i>test de Spearman</i> para tiempos de espera y puntuación total de satisfacción del paciente sin muestra de significación (<math>p&gt;0.05</math>) con un porcentaje de varianza (0.49%) mínimo. <i>Prueba de Kruskal-Wallis</i> para relación entre los percentiles de edad y la satisfacción de pacientes, sin significación encontrada (<math>p=0.79</math>). Mostró significación la <i>prueba de Mann-Whitney</i> para la diferencia entre la satisfacción entre hombre y mujeres, siendo mayor en el grupo de las mujeres (<math>p=0.043</math>).</p> <p>EVALUACIÓN GENERAL DE LA CALIDAD DEL CUIDADO EPA: 82% de los pacientes la consideró "excelente", 15.3% "buena" y 0.9% la consideró "pobre".</p>

**Tabla 4**  
**Tabla de resultados. Cont.**

AUTOR/AÑO TIPO DE ESTUDIO PAÍS	INTERVENCIÓN	ESCALA	PUNTUACIÓN	RESULTADOS
Middleton R 2006 Descriptivo Australia	Resultados clínicos de las suturas realizadas por EPA en un servicio de urgencias hospitalario, regional y rural; y la satisfacción de los médicos con el resultado.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	10 (32%) cuestionarios pasados en el servicio de urgencias (SU) rural, 6 (19%) en el SU regional y 15 (48%) en el SU hospitalario. Diagnósticos principales: laceraciones menores en cara (42%- 13 pacientes), en cuero cabelludo (32%- 10 pacientes), en extremidad (6%- 2 pacientes) y en el tronco (20%- 6 pacientes). 24 (77%) de los casos, con calificaciones de sutura como "buena" y en 7 (23%) como "adecuada".
Sullivan E 2012 Descriptivo Australia	Describir los cuidados urgentes con los que fueron tratados los pacientes en cinco servicios de salud rurales en Victoria, y mostrar cómo la EPA podría contribuir a un modelo de cuidado más sostenible.	Queen's Joanna Briggs Collaboration	Grado B	RESULTADOS ATS: 70% pacientes categorizados como no-urgentes (ATS 4-5), 1% pacientes con tratamiento de emergencia. CUIDADO A PACIENTES: 59% atención médica; 26% atención EPA; 15% atención enfermera con seguimiento telefónico médico. Con gran variación de unos centros a otros. Atención EPA predominantemente con ATS 5-4. ATS < 3 no llega a la mitad el porcentaje de pacientes tratados por EPA (tanto de forma autónoma como con soporte médico telefónico). Único caso de ATS = 1 fue atendido por un médico. DIAGNÓSTICOS: 1/3 de las presentaciones de pérdida de integridad cutánea, quemaduras, dolor y laceraciones, de las cuales el 78.4% de pacientes clasificados con ATS 4-5. El resto emergencias generales y cardíacas, todas atendidas por los médicos en persona. Porcentajes totales: 67% fueron vistos por médicos y el 21.7% fueron vistos solamente por EPA. MANEJO DE MEDICACIÓN: 57% sin medidas farmacológicas; 25.7% enfermería necesitó prescripción médica; 7% enfermería de forma autónoma según procesos estandarizados y el 3.2% según la política de prescripciones de EPA del centro. Mayor probabilidad de atención enfermera en pacientes sin necesidad de medicación. 33% de los pacientes que no requirieron fármacos fueron atendidos por las EPA.

**Resultados sobre coste efectividad.** En esta línea, Lutze arrojó resultados de un tiempo de estancia medio por paciente de 180 minutos, junto a un 78.5% de pacientes atendidos en menos de 4 horas. Tampoco hubo reingresos no previstos y todas las pruebas diagnósticas solicitadas por las *Transitional Emergency Nurse Practitioner* (TENP) fueron adecuadas<sup>(23)</sup>. Dentro de nuestra revisión, otro estudio evaluó la calidad de los cuidados de las TENP a partir de la supervisión de médicos en su actividad clínica. Se utilizó la escala Likert, mostrando puntuaciones de 6 a 9 en la supervisión general y de 7 a 9 sobre precisión en el diagnóstico, la documentación utilizada, las medicaciones e investigaciones y patologías determinadas (sobre un máximo de 10). También McDevitt analizó elementos similares a los que se tratan en el estudio de Lutze, pero centrados en la EPA de urgencias como tal. En esta ocasión, la media en tiempo de estancia total fue de 45 minutos y el tiempo de espera de 22 minutos. Hubo 4 (3.6%) casos de reingresos inesperados dentro de los 7 días posteriores de la atención en urgencias y uno de ellos acudió en varias ocasiones. En los resultados del cuestionario de satisfacción a los pacientes, la mayoría declararon haber tenido un tiempo suficiente para tratar cualquier cuestión con la EPA durante su estancia en urgencias, aunque casi un 20% refirieron la posibilidad de mejora en cuanto a tiempos de espera y educación para la salud<sup>(26)</sup>.

Por otra parte, se agruparon los artículos en los que había una comparación entre la actividad de la EPA y el de la atención médica. En relación a los resultados del estudio de comparación de Dihn, esta vez centrado en las EPA de *Fast Track* (FT), las cuáles se encargan de atender a pacientes determinados (sistema protocolizado) de forma integral por una “vía rápida”, mostraron un mejor resultado en salud en pacientes consultados a las dos semanas de finalizar su visita a urgencias en el grupo de FT respecto al de los médicos. Como datos generales, el tiempo medio de espera en ambos grupos fue de 53 minutos, siendo el 60% atendidos dentro de las marcas

de referencia según su puntuación en la escala ATS y sólo un 8% de los pacientes fueron casos de reingresos no previstos o facturas sin identificar (de poca relevancia clínica)<sup>(27)</sup>.

Para finalizar este apartado, el estudio de Considine también evaluó los resultados en función de distintos tipos de EPA de urgencias, como se había mencionado anteriormente: destacaron los tiempos de espera significativamente menores dentro del grupo de los CIN, que sin embargo contó con los mayores tiempos de estancia en urgencias respecto los otros dos. Paradójicamente este último dato, destacó también por el grupo que tenía significativamente mayor porcentaje de pacientes con un tiempo de estancia menor a 4 horas<sup>(21)</sup>.

**Seguridad del paciente.** Cuatro trabajos estudiaron exclusivamente este punto, aunque se pueden obtener pequeñas referencias al respecto en distintos estudios. Por ejemplo, Lutze, señaló que en la fase de análisis de datos no se encontraron efectos adversos, quejas o elementos relativos a la seguridad del paciente<sup>(23)</sup>. En la misma línea, Fry documentó unos resultados de la auditoría sobre el manejo de documentación relativa al paciente con unas puntuaciones en todos los apartados por encima de 22 (máximo 25)<sup>(13)</sup>.

Black, en su estudio sobre la prescripción enfermera en el servicio de urgencias en situaciones de accidentes o en casos de salud sexual, recogió datos importantes que afectarían a la seguridad del paciente: en un 97.4% de pacientes se completó la historia médica y de medicaciones habituales y se manejó un porcentaje del 87.5% de improbabilidad de existir interacciones en accidentes y urgencias, aunque en el caso de la salud sexual éste fue de un 65.9%. No obstante, se señalaron dos situaciones en las que los pacientes recibieron tratamiento sin tener completa toda la documentación clínica personal; la primera en la que se dio medicación de forma inadecuada a un paciente dentro del grupo de “accidentes y urgencias”, y en segundo lugar, dentro del grupo de “salud sexual”, que ocurrió en un 10% del total<sup>(25)</sup>.

Entorno a la evidencia en materia de realización de suturas, en el estudio de Middleton se expusieron resultados de un 77% de los casos en los que el médico la calificó como “buena” y en un 23% “adecuada” después su evaluación<sup>(28)</sup>.

**Satisfacción del paciente.** Dihn obtuvo de su encuesta de satisfacción a los pacientes una media de 68% pacientes que calificaron los cuidados recibidos como “Excelentes”, respecto un 50% para el grupo de cuidados medicalizados (M) ( $p=0.02$ ). Además, las puntuaciones totales del cuestionario fueron significativamente altas para las EPA en comparación con los M, destacando una superioridad de 1.5 puntos en relación a los tiempos de espera en el primer grupo ( $p=0.004$ )<sup>(27)</sup>. En el estudio de McDevitt, el 97.3% de los pacientes quedaron satisfechos con el tiempo que se les dedicó en el cuidado, siendo suficiente para tratar todo lo relativo a su proceso de salud. El 83.8% de los pacientes volvería a acudir a las EPA para problemas similares frente a un 14.4% que no, y el 96.4% recomendaría estos cuidados a un amigo. Los puntos principales fueron “disminuir tiempos de espera” y “recibir más información sobre sus problemas en salud”. Los resultados del grado de satisfacción en las 5 categorías del cuestionario alcanzaron la máxima conformidad en el 82% de los casos. Sobre la evaluación general del cuidado recibido, el 82% la calificó de “excelente”, el 15.3% de “buena” y el 0.9% de “pobre”<sup>(26)</sup>.

Con un enfoque distinto, Hart analizó la disposición de los pacientes a ser tratados por las EPA. Los porcentajes de partida fueron que el 65% de los pacientes estaban dispuestos, el 17% no estaban seguros y el 17% respondieron con una negativa. Respecto los pacientes con disposición negativa a ser tratados, el 70% refirió ser por el problema de salud concreto por el que se presentaban, el 6% simplemente prefería la atención médica y el 12% no respondió a la pregunta<sup>(8)</sup>.

Para finalizar este apartado, se exponen los resultados principales de la única revisión

sistemática incluida. En cuanto los costes, señaló mismos resultados en la comparación entre grupo de atención médica y la atención de las EPA. Sin embargo, sí hay discrepancia respecto los tiempos de espera: la mayoría de estudios revelaron una reducción significativa a favor del grupo de la EPA respecto el de atención médica; solo en dos estudios se difería, refiriendo datos similares entre ambos grupos o datos a favor de las EPA pero sin encontrar significación estadística; McClellan y Dinh respectivamente (este último también incluido dentro de nuestra revisión)<sup>(6)</sup>.

Una limitación encontrada a la hora de extraer los resultados, fue la falta de consenso sobre la figura de la EPA de urgencias y sus distintos roles, lo que no asegura la homogeneidad de las condiciones en las que se basan los artículos incluidos. En el caso de los trabajos de Considine a pesar de cumplir con el mínimo de calidad exigido, no se determinaba de forma precisa el tipo de prescripción enfermera a la que hacían referencia, aunque no se consideró que hubiese afectado globalmente a los resultados expuestos en la revisión<sup>(21,22)</sup>.

## DISCUSIÓN

Todos los artículos incluidos en la revisión coinciden en lo referente al gran número de pacientes que acuden a las urgencias con patologías leves, y aunque nos basamos principalmente en estudios ingleses o australianos, son datos que no disciernen con los aportados por el Informe anual del SNS del 2015 en España<sup>(12)</sup>. Lo lógico sería pensar que depende del país en el que nos situemos, pero lo cierto es que incluso dentro del mismo del país hay una gran variación de un hospital a otro, como muestra Sullivan en sus resultados<sup>(14)</sup>, quizás necesitando equiparación de funciones a nivel nacional de las EPA de urgencias<sup>(8,29)</sup>. Sobre los diagnósticos más repetidos también se encuentra consenso respecto los últimos datos aportados por el Ministerio de Sanidad sobre los servicios de urgencias, los más frecuentes fueron los problemas de salud del sistema músculo-esquelético, piel y mama,

otorrinolaringológicos, respiratorios y digestivo<sup>(30)</sup>.

Al tratarse de un servicio de urgencias, en el que el perfil de paciente se suele repetir según ciertas categorías, cabría suponer que la DGP fuera el método más funcional para este rol; sin embargo, la evidencia arroja mejores resultados en seguridad del paciente sobre el grupo de PI<sup>(24,25)</sup>. Por eso, se podría incentivar la extensión de este rol dentro de la EPA de urgencias para mejorar la calidad de los cuidados.

Por otra parte, mientras que en las intervenciones más técnicas (prescripción farmacológica, suturar, solicitud de pruebas...) los resultados son favorables para la EPA, en relación a la educación sanitaria los porcentajes son insuficientes y son los propios pacientes los que hacen referencia a ella como un punto a mejorar<sup>(26)</sup>.

En lo referente a los resultados sobre coste-efectividad, sólo Dihn muestra datos con significación estadística<sup>(27)</sup>. Una buena atención sanitaria en los servicios de urgencias supone reducir las tasas de reingresos e institucionalización a largo plazo. Mientras que de forma inmediata, disminuir los tiempos de espera contribuye a la reducción de estancias hospitalarias y a una mayor resolución de casos en menor tiempo, es decir mayor productividad del sistema de salud. Todo ello se traduce en un ahorro económico.

A pesar de los resultados, Hart en su estudio estimó que sólo un 65% de pacientes presentaban una buena disposición de ser atendidos por las EPA por primera vez<sup>(8)</sup>.

La principal limitación de esta revisión ha sido la reducida muestra de artículos encontrada sobre los parámetros de estudio; en concreto sobre la educación sanitaria en el rol de la EPA de urgencias sólo se ha recogido un artículo y, siendo un elemento principal en la enfermería, es inevitable destacar la necesidad de nuevos estudios que aporten mayores resultados sobre su papel dentro de las EPA. Además, al no existir este sistema en España,

todos los datos recopilados en la revisión derivan de entornos distintos, países en los que la organización sanitaria o la epidemiología pueden no ser comparables al nuestro. Por esta misma razón se hacen necesarias futuras líneas de investigación encaminadas a la aplicación directa de este modelo en España para evaluar sus resultados en nuestro sistema de salud; e incluso investigar los modelos cercanos a la enfermería avanzada en urgencias que encontramos en nuestro país para compararlos con la EPA que se desarrolla en el exterior y crear una figura sólida de EPA que se pueda unificar en todo el territorio.

Se destaca como fortaleza la evaluación de la calidad metodológica de los artículos, aunque ésta contribuyera al escaso número de estudios incluidos. Puesto que ninguna revisión anterior a la nuestra consigue agrupar los parámetros fundamentales para el análisis del modelo en su conjunto, unido a lo novedoso del tema, se cree que proporcionará unos conocimientos globales y más fácilmente accesibles de este sistema.

Se podría concluir, en base a nuestros resultados, que una enfermería con una formación superior en urgencias sería capaz de ampliar sus núcleos de intervención en beneficio del funcionamiento de la unidad así como de la calidad asistencial, en base a una correcta gestión de los recursos.

Asimismo, la implantación de la EPA podría ofrecer ventajas muy importantes para la mejora del sistema sanitario público; tanto en términos de costo-eficiencia como en términos de mejora de la accesibilidad a los servicios por parte del ciudadano. Siendo precisamente los servicios de urgencias las puertas del sistema, y los puntos críticos donde con frecuencia se colapsan y generan situaciones de riesgo para la seguridad y la calidad de la atención de los usuarios.

Basándonos en los resultados descritos, este estudio deja la puerta abierta a futuras líneas de investigación que incidan en la implementación de la EPA en nuestro país.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schober M, Affara F. International council of nurses: Advanced nursing practice. 2006. 1-248 p.
2. Medina FJ, Gallardo R, Gómez J. La vía Máster Oficial para Enfermería de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. *Emergencias*. 2009;21(4):283–6.
3. Jennings N, Gardner G, O'Reilly G. A protocol for a pragmatic randomized controlled trial evaluating outcomes of emergency nurse practitioner service. *J Adv Nurs*. 2014;70(9):2140–8.
4. Camacho Bejarano R, Rodríguez Gómez S, Gómez Salgado J, Lima Serrano ML, Padín López S. Calidad, accesibilidad y sostenibilidad: Claves para la Enfermería de Práctica Avanzada en España. *Enferm Clin [Internet]*. 2015;25(5):221–2. Available from: [www.elsevier.es/enfermeriaclinica](http://www.elsevier.es/enfermeriaclinica)
5. Delamaire M-L, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description an evaluation of experiences in 12 developed countries. Organisation for Economic Cooperation and Development. *Health Working Papers*. 2010. p. 1–106.
6. Jennings N, Clifford S, Fox AR, O'Connell J, Gardner G. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:421–35.
7. Jennings N, Gardner G, O'reilly G, Mitra B. Emergency NP Model of Care in an Australian Emergency Department. *TJNP J Nurse Pract*. 2015;11(8):774–81.
8. Hart L, Mirabella J. A Patient Survey on Emergency Department Use of Nurse Practitioners. *Adv Emerg Nurs J*. 2009;31(3):228–35.
9. Mudd SS, Habre MA, Stanik-Hutt J. International residency for the development of the emergency department clinical nurse specialist role. *Int Emerg Nurs*. 2013;21:194–6.
10. Galao Malao R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería*. 2009;18(4):221–3.
11. Morales Asencio JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *metas de enferm*. 2012;15(6):26–32.
12. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016. p. 1–384.
13. Fry MM, Rogers T. The Transitional Emergency Nurse Practitioner role: Implementation study and preliminary evaluation. *Australas Emerg Nurs J*. 2009;12:32–7.
14. Sullivan E, Hegney DG, Francis K. Victorian rural emergency care—a case for advancing nursing practice. *Int J Nurs Pract*. 2012;18:226–32.
15. Harford E. Emergency nurse practitioner. *Accidentals*. 1993;27:32–43.
16. Perry A. The clinical nurse leader: Improving outcomes and efficacy in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2013;39(4):334–9.
17. Small V. El desarrollo de un rol de práctica avanzada en enfermería de urgencias y emergencias: reflexiones desde la experiencia en Irlanda. *Emergencias*. 2010;22(3):220–5.
18. Perestelo-Perez L. Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *Int J Clin Heal Psychol*. 2013;13(1):49–57.
19. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(11):507–11.
20. Wells G, Shukla VK, Bak G, Bai A. Quality Assessment Tools Project Report [Internet]. 2012. 1-139 p. Available from: [https://www.cadth.ca/media/pdf/QAT\\_final.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/QAT_final.pdf)
21. Considine J, Lucas E, Payne R, Kropman M, Stergiou HE, Chiu H. Analysis of three advanced practice roles in emergency nursing. *Australas Emerg Nurs J*. 2012;15(4):219–28.
22. Considine J, Martin R, Smit D, Jenkins J, Winter C. Defining the scope of practice of the emergency nurse practitioner role in a metropolitan emergency department. *Int J Nurs Pract*. 2006;12:205–13.
23. Lutze M, Ratchford A, Fry M. A review of the Transitional Emergency Nurse Practitioner. *Australas Emerg Nurs J*. 2011;14:226–31.
24. Black A. Non-medical prescribing by nurse practitioners in accident & emergency and sexual health: A comparative study. *J Adv Nurs*. 2013;69(3):535–45.
25. Black A, Dawood M. A comparison in independent nurse prescribing and patient group directions by nurse practitioners in the emergency department: A cross sectional review. *Int Emerg Nurs*. 2014;22:10–7.
26. McDevitt J, Melby V. An evaluation of the quality of Emergency Nurse Practitioner services for patients presenting with minor injuries to one rural urgent care centre in the UK: A descriptive study. *J Clin Nurs*. 2014;24:523–35.
27. Dinh M, Walker A, Parameswaran A, Enright N. Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors. *Australas Emerg Nurs J*. 2012;15:188–94.
28. Middleton R. Suturing as an advanced skill for Registered Nurses in the emergency department. *Aust J Rural Health*. 2006;14:258–62.

29. Hudson P V., Marshall AP. Extending the nursing role in Emergency Departments: Challenges for Australia. *Australas Emerg Nurs J.* 2008;11:39–48.

30. Estándares y Recomendaciones de la Unidad de urgencias hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. p. 1–148.

10.1.3. Publicación 3

Título

FACTORES PREDICTORES DE LOS NIVELES DE BURNOUT Y WORK ENGAGEMENT EN MÉDICOS Y ENFERMERAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Estado

Aceptado, pendiente de publicación

Referencia

Pendiente

Datos de la revista

Título: Revista Española de Salud Pública

Título abreviado ISO: Rev. Esp. Salud Pública

Lenguaje: Español

Factor de Impacto (2019): 0,746

Ranking (JCR): 159/171 (Q4) Public, Environmental & Occupational Health (SSCI)

Copia del artículo



## FACTORES PREDICTORES DE LOS NIVELES DE BURNOUT Y WORK ENGAGEMENT EN MÉDICOS Y ENFERMERAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

### PREDICTIVE FACTORS FOR BURNOUT AND WORK ENGAGEMENT LEVELS AMONG PHYSICIANS AND NURSES: A SYSTEMATIC REVIEW

Juan Jesús García-Iglesias<sup>(1,2,3)</sup>, Juan Gómez-Salgado<sup>(1,4)</sup>, Javier Fagundo-Rivera<sup>(2)</sup>, Macarena Romero-Martín<sup>(5)</sup>, Mónica Ortega-Moreno<sup>(6)</sup>, Yolanda Navarro-Abal<sup>(7)</sup>.

(1) Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Universidad de Huelva, Huelva, España.

(2) Escuela de Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad de Huelva, Huelva, España.

(3) Escuela Superior de Salud. Universidad Atlántica, Lisboa, Portugal.

(4) Programa de Posgrado de Seguridad y Salud. Universidad Espíritu Santo. Guayaquil. Ecuador.

(5) Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería. Universidad de Huelva, Huelva, España.

(6) Departamento de Economía, Universidad de Huelva, Huelva, España.

(7) Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación. Universidad de Huelva, Huelva, España.

#### Financiación

*Esta investigación no contó con financiación alguna, ni pública ni privada.*

#### Conflicto de intereses

*Los autores de esta investigación no tienen conflicto de interés, y lo planteado en la investigación es fruto del análisis de los resultados obtenidos.*

#### Correspondencia

*Prof. Dr. Juan Gómez-Salgado*

*Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Facultad de Ciencias del Trabajo.  
Universidad de Huelva. Avda. Tres de Marzo, S/N, 21007 Huelva (España).*

*Email: [salgado@uhu.es](mailto:salgado@uhu.es)*

*Teléfono: +34 959219700*

*Profª Dra. Macarena Romero-Martín*

*Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería.*

*Universidad de Huelva. Avda. Tres de Marzo, S/N, 21007 Huelva (España).*

*Email: [macarena.romero@denf.uhu.es](mailto:macarena.romero@denf.uhu.es)*

*Teléfono: +34 959218310*



## FACTORES PREDICTORES DE LOS NIVELES DE BURNOUT Y WORK ENGAGEMENT EN MÉDICOS Y ENFERMERAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

### RESUMEN

**Introducción:** Los profesionales sanitarios suelen estar sometidos a condiciones laborales exigentes y tanto el burnout como el work engagement son reacciones psicológicas que se desarrollan cuando las características personales interactúan con las características del trabajo. El objetivo de este estudio fue analizar los factores que influyen en los niveles de burnout y work engagement en los profesionales sanitarios.

**Métodos:** Se realizó una revisión sistemática siguiendo el formato PRISMA en las bases de datos electrónicas Pubmed, Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycINFO y ScienceDirect de los artículos publicados entre los meses de enero de 2015 y octubre de 2020. Se evaluó la calidad metodológica a partir de las herramientas de evaluación crítica para estudios no randomizados del Joanna Briggs Institute (JBI).

**Resultados:** Un total de 27 estudios fueron incluidos en esta revisión. Entre los profesionales sanitarios se observaron niveles moderados de work engagement y valores bajos de burnout. Las demandas laborales (sobrecarga laboral, tipo de turno, concurrencia de eventos negativos, tipo de servicio, etc.) y los recursos personales, situacionales y organizacionales (capital psicológico, apoyo social, capacidad de expresar emociones, valores personales, sentirse autorrealizado, entre otros), pueden ser factores que influyan en los niveles de work engagement y burnout.

**Conclusiones:** Los resultados permiten ofrecer implicaciones para el diseño, la evaluación y eficacia de las intervenciones en el lugar de trabajo para reducir el riesgo de burnout y mejorar los niveles de work engagement en los trabajadores de la salud.

**Palabras clave:** enfermeras; médicos; salud mental; agotamiento psicológico; estrés psicológico; compromiso laboral; factores de riesgo.



## PREDICTIVE FACTORS FOR BURNOUT AND WORK ENGAGEMENT LEVELS AMONG DOCTORS AND NURSES: A SYSTEMATIC REVIEW

### ABSTRACT

**Background:** Healthcare professionals are often subjected to demanding working conditions, and both burnout and work engagement are psychological reactions that develop when personality traits interact with the characteristics of the work. The objective of this study was to analyse the factors that influence burnout and work engagement levels among healthcare professionals.

**Methods:** A systematic review of articles published between January 2015 and October 2020 was conducted in the Pubmed, Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycINFO, and ScienceDirect electronic databases, following the PRISMA format. Methodological quality was assessed through the critical evaluation tools for non-randomised studies by the Joanna Briggs Institute (JBI).

**Results:** A total of 27 studies were included in this review. Moderate levels of work engagement and low levels of burnout were observed among healthcare professionals. Job demands (work overload, shift type, negative events, type of service, etc.) and personal, situational, and organisational resources (psychological capital, social support, ability to express emotions, personal values, feeling self-fulfilled, among others) may be factors that influence work engagement and burnout levels.

**Conclusions:** The results provide implications for the design, assessment and effectiveness of workplace interventions towards reducing the risk of burnout and improving work engagement levels among healthcare professionals.

**Keywords:** nurses; physicians; mental health; professional burnout; psychological stress; work engagement; risk factors.



## INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios suelen estar sometidos a condiciones laborales exigentes. En muchos casos, deben realizar actividades de elevada complejidad e incluso tomar decisiones críticas bajo presión, y deben mostrarse rigurosos en las tareas a realizar sobre el paciente y/o sus familiares. Además, pueden estar expuestos a largas jornadas de trabajo y a turnos rotativos, así como a altas demandas emocionales y en ocasiones, pueden ser víctimas de agresión por parte de pacientes, familiares e incluso compañeros, entre otros factores<sup>(1)</sup>.

Cuando estas condiciones laborales y las demandas de un entorno laboral complejo perduran en el tiempo, son susceptibles de provocar un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos personales del trabajador pudiendo provocar en los mismos el desarrollo de sintomatología como el agotamiento, la fatiga, la insatisfacción laboral, el estrés crónico, etc., fomentando una merma en la calidad de la atención prestada al paciente, un aumento de los errores y un enrarecimiento del clima laboral<sup>(2)</sup>.

Este hecho, puede ser explicado a partir del modelo *Job Demands-Resources* (JD-R) donde los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones están influenciados por las demandas laborales (*demands*) y por los recursos (*resources*) de los que dispone a nivel personal, situacional u organizacional<sup>(3)</sup>. Por un lado, las demandas laborales pueden ser entendidas como aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizativos del trabajo que requieren un esfuerzo físico y/o psicológico sostenido y, por lo tanto, están asociados con costes a nivel fisiológico y/o psicológico. Algunas de las demandas más habituales en los entornos sanitarios pueden ser la elevada carga de trabajo y presión de tiempo, exposición a posibles agresiones, situaciones de estrés, entre otras. Para contrarrestar estas altas demandas y alcanzar los objetivos laborales, los profesionales sanitarios ponen a disposición de la práctica sanitaria aquellos recursos situacionales y personales necesarios a nivel físico, psicológico, social u organizativo<sup>(4)</sup>. Entre los recursos situacionales que pueden tener los profesionales sanitarios se encuentran el apoyo de los compañeros, un adecuado nivel de autonomía, las oportunidades de aprendizaje, de reconocimiento y promoción. Por otro lado, entre los recursos personales pueden encontrarse elementos como la autoeficacia, las autocompasión, el optimismo, la resiliencia, entre otros<sup>(5)</sup>. Tanto recursos situacionales como personales son factores cruciales para facilitar la adaptación al entorno laboral de los trabajadores sanitarios, lo que les permite hacer frente a unas condiciones laborales exigentes<sup>(6)</sup>, pueden estimular la motivación y el compromiso laboral (*work engagement*) de los trabajadores y reducir el agotamiento<sup>(7)</sup>, pues una exposición permanente a factores estresantes puede desencadenar en la consiguiente aparición del síndrome de burnout<sup>(8)</sup>.

Según Montgomery *et al.*<sup>(9)</sup>, el burnout y el *work engagement* son reacciones psicológicas que se desarrollan cuando las características individuales interactúan con las características del trabajo. El primero es entendido como un síndrome caracterizado por un estado de estrés persistente y nocivo que tiene relación con las condiciones laborales e implica una respuesta desadaptativa y prolongada al estrés, donde la persona carece de los recursos personales suficientes para afrontarlo<sup>(10)</sup>. Además, Maslach & Leiter definieron el síndrome de burnout en

base a la presencia de tres dimensiones: agotamiento emocional, cinismo o despersonalización y disminución de la percepción de realización personal<sup>(11)</sup>. El segundo de los conceptos, el work engagement, supone un estado de bienestar, compromiso afectivo y motivacional con el propio trabajo manifestado por vigor (altos niveles de energía y disposición para invertir esfuerzos en la actividad profesional), dedicación (entusiasmo, orgullo y participación activa en el trabajo) y absorción (inmersión en las actividades que se realizan con altos niveles de concentración)<sup>(12)</sup>.

Tradicionalmente, tanto el burnout como el work engagement se han entendido como polos opuestos de un continuo. En el caso de los profesionales sanitarios, por lo general se observan niveles especialmente altos de burnout<sup>(13)</sup> y paradójicamente, niveles altos de work engagement<sup>(12,14,15)</sup>, esto hace indicar que pueden ser variables independientes pero con correlaciones moderadas negativas entre ambos<sup>(3,16)</sup>. De hecho, se ha sugerido que las demandas laborales pueden estar especialmente relacionadas con el burnout y los recursos laborales con la satisfacción laboral y el work engagement<sup>(16)</sup>, aunque con un impacto diferente según el tipo de muestra y el contexto laboral de estudio. En este sentido, autores como Aiken & Patrician<sup>(17)</sup> identificaron que las enfermeras que trabajaban en los hospitales, al tener una menor autonomía en el ejercicio de sus funciones y una menor posibilidad de desarrollo profesional que los médicos, podían ser susceptibles de presentar niveles superiores de burnout y menores de work engagement. Dentro del colectivo médico, ser residente parece ser un factor de riesgo para desarrollar el síndrome de burnout por los turnos rotatorios, las altas demandas educativas, el futuro incierto, sumado a la actividad asistencial que deben desarrollar y una falta de autonomía<sup>(13)</sup>.

En definitiva, analizar y comprender las características y las condiciones de trabajo entre los profesionales sanitarios, puede permitir abordar una óptima cultura organizacional con el fin de prevenir el burnout y aumentar los niveles de work engagement, permitiendo mejorar las condiciones en materia de seguridad, aumentando la calidad asistencial y el nivel de salud y bienestar de los profesionales sanitarios<sup>(9)</sup>. Por ello, el objetivo de este estudio fue describir los factores que influyen en los niveles de burnout y work engagement en los médicos y las enfermeras.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### *Diseño del estudio*

Siguiendo los criterios de la Declaración PRISMA<sup>(18)</sup>, se realizó una revisión sistemática de estudios que indagaran sobre los factores que influyen en los niveles de burnout y work engagement entre los médicos y las enfermeras. Para ello, los autores se basaron en un protocolo para realizar esta revisión sistemática siendo registrado en el *International Prospective Register for Systematic Reviews* (PROSPERO) con el código de identificación CRD42020214983.

## Estrategia de búsqueda

Haciendo uso del formato PICO (*Population, Intervention, Comparison, Outcomes*) se formuló la pregunta de investigación de la que se obtendrían las palabras clave usadas (**Tabla 1**).

Tabla 1. Formato PICO: palabras clave

Población	Médicos y enfermeras
Intervención	Niveles de work engagement y niveles de burnout
Comparador	Otros factores
Outcomes /Resultados	Impacto, correlación o tamaño del efecto
Pregunta de investigación	¿Qué factores influyen en los niveles de burnout y work engagement en los profesionales sanitarios?

La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas: Pubmed, Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycINFO y ScienceDirect, a partir de las palabras claves resultantes del PICO. Los descriptores *Medical Subject Headings* (MeSH) usados fueron: Health personnel, Work engagement y Professional burnout. Para mejorar el alcance de la búsqueda se emplearon términos sinónimos para completar la misma en base a los descriptores MeSH, siendo unidos mediante los operadores booleanos *and* y *or* de forma que la estrategia de búsqueda general fue: ["Health personnel" OR nurses OR physicians OR "health care workers" OR "health care professionals"] AND ["Work engagement" OR "job engagement" OR "employee engagement"] AND ["Professional Burnout" OR Burnout OR "Occupational Burnout"].

La **tabla 2** recoge la estrategia de búsqueda empleada, realizada el día 21 de noviembre de 2.020 para cada una de las bases de datos durante el proceso de búsqueda.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda utilizada según la base de datos

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Fecha de búsqueda	Resultados	Seleccionados
Pubmed	(("Health personnel"[Title/Abstract] OR nurses[Title/Abstract] OR physicians[Title/Abstract] OR "health care workers"[Title/Abstract] OR "health care professionals"[Title/Abstract]) AND ("Professional Burnout"[Title/Abstract] OR Burnout[Title/Abstract] OR Occupational Burnout[Title/Abstract])) AND ("Work engagement"[Title/Abstract] OR "job engagement"[Title/Abstract] OR "employee engagement"[Title/Abstract]). Filters: from 2015 - 2020	21/11/20	77	19
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("Health personnel" OR nurses OR physicians OR "health care workers" OR "health care professionals") AND TITLE-ABS-KEY ("Work engagement" OR "job engagement" OR "employee engagement") AND TITLE-ABS-KEY ("Professional Burnout" OR burnout OR occupational AND burnout)) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2015-2020))	21/11/20	172	13

Web Of Science	Buscó: TEMA: (“Health personnel” OR nurses OR physicians OR “health care workers” OR “health care professionals”) AND TEMA: (“Work engagement” OR “job engagement” OR “employee engagement”) AND TEMA: (“Professional Burnout” OR Burnout OR Occupational Burnout) Refinado por: AÑOS DE PUBLICACIÓN: (2020 OR 2015 OR 2019 OR 2018 OR 2017 OR 2016)	21/11/20	347	8
CINAHL	AB (“Health personnel” OR nurses OR physicians OR “health care workers” OR “health care professionals”) AND AB (“Work engagement” OR “job engagement” OR “employee engagement”) AND AB (“Professional Burnout” OR Burnout OR Occupational Burnout) Limitadores - Fecha de publicación: 20150101-20201231	21/11/20	48	5
PsycInfo	ab(“Health personnel” OR nurses OR physicians OR “health care workers” OR “health care professionals”) AND ab(“Work engagement” OR “job engagement” OR “employee engagement”) AND ab(“Professional Burnout” OR Burnout OR Occupational Burnout) Limitadores - Fecha de publicación: 20150101-20201231	21/11/20	38	2
ScienceDirect	Health personnel AND “Work engagement” AND Professional Burnout Limitadores - Fecha de publicación: 20150101-20201231	21/11/20	96	4
<b>Total</b>			<b>778</b>	<b>51/30*</b>

\* Tras eliminar duplicados

### Criterios de selección

Para la selección de los artículos se utilizaron los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión:

- Artículos originales publicados en inglés, español, francés y portugués.
- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Tipología: artículos originales, metaanálisis y comunicaciones breves/cortas.
- Artículos disponibles a texto completo y sometidos a revisión por pares.
- Población: médicos y enfermeras.
- Artículos que midan alguno de los siguientes valores y/o efectos: los niveles de work engagement y burnout, y 1) midan la correlación, el impacto o el tamaño del efecto entre los niveles de work engagement y burnout (y/o sus dimensiones) respecto a otros factores, 2) establezca modelos predictivos de work engagement y burnout en profesionales sanitarios, 3) cómo influyen las variables organizacionales, personales y sociodemográficas en los niveles de work engagement y burnout y 4) cómo influye trabajar durante la COVID-19 en el work engagement y burnout de los profesionales sanitarios.

#### Criterios de exclusión:

- Población: estudiantes, otros profesionales sanitarios diferentes a médicos y enfermeras, muestra interdisciplinar donde haya menos de un 75% de médicos y/o enfermeras o no se pueda establecer el número de médicos/enfermeras.
- Tipología: artículos de opinión, editoriales y cartas al director/editor.

- Estudios de baja calidad científico-técnica tras aplicar la herramienta de evaluación de la calidad.
- Estudios donde la recogida de datos fue anterior a 2010.
- Artículos que no den respuesta a la pregunta de investigación y no estén relacionados con el objetivo de la revisión.

### Recogida y extracción de datos

Dos investigadores realizaron de manera independiente la búsqueda y selección de los artículos incluidos según los criterios establecidos, consensuando posteriormente los resultados. Las discrepancias las resolvió un tercer autor.

### Evaluación de la calidad metodológica

Dos revisores determinaron de forma independiente la calidad metodológica de los estudios seleccionados mediante las herramientas de evaluación crítica para estudios no randomizados del Joanna Briggs Institute (JBI) de la Universidad de Adelaida (Australia)<sup>(19)</sup>. Estas herramientas permiten evaluar la calidad metodológica de un estudio y determinar en qué medida un estudio ha excluido o minimizado la posibilidad de sesgo en su diseño, conducta y/o análisis. Se usaron las versiones para estudios cuantitativos transversales (8 ítems)<sup>(20)</sup>, situando el punto de corte en 6 para aceptar su inclusión en esta revisión (Tabla 3).

Tabla 3. Puntuaciones de los estudios observacionales transversales<sup>(19)</sup>.

Estudio	JBI	Los participantes y el entorno se describen en detalle	Los criterios de inclusión son definidos con claridad	La exposición fue medida de forma válida y confiable	El criterio utilizado para medir la condición fue objetivo	Se identificaron los factores de confusión	Estrategias para hacer frente a los factores de confusión	Resultados medidos de forma válida y confiable	Se usó un análisis estadístico apropiado
Ada et al., 2020	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Mullins et al., 2020	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
McKenna & Jeske, 2020	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cheng et al., 2020	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Klein et al., 2020	6/8	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Contreras et al., 2020	6/8	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
Sawhney et al., 2020	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Lachowska & Minda, 2020	6/8	Sí	No	Sí	Sí	NC	Sí	Sí	Sí
Remegio et al., 2020	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Huber et al., 2019	6/8	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Faria et al., 2019	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Penz et al., 2019	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Solms et al., 2019	8/8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

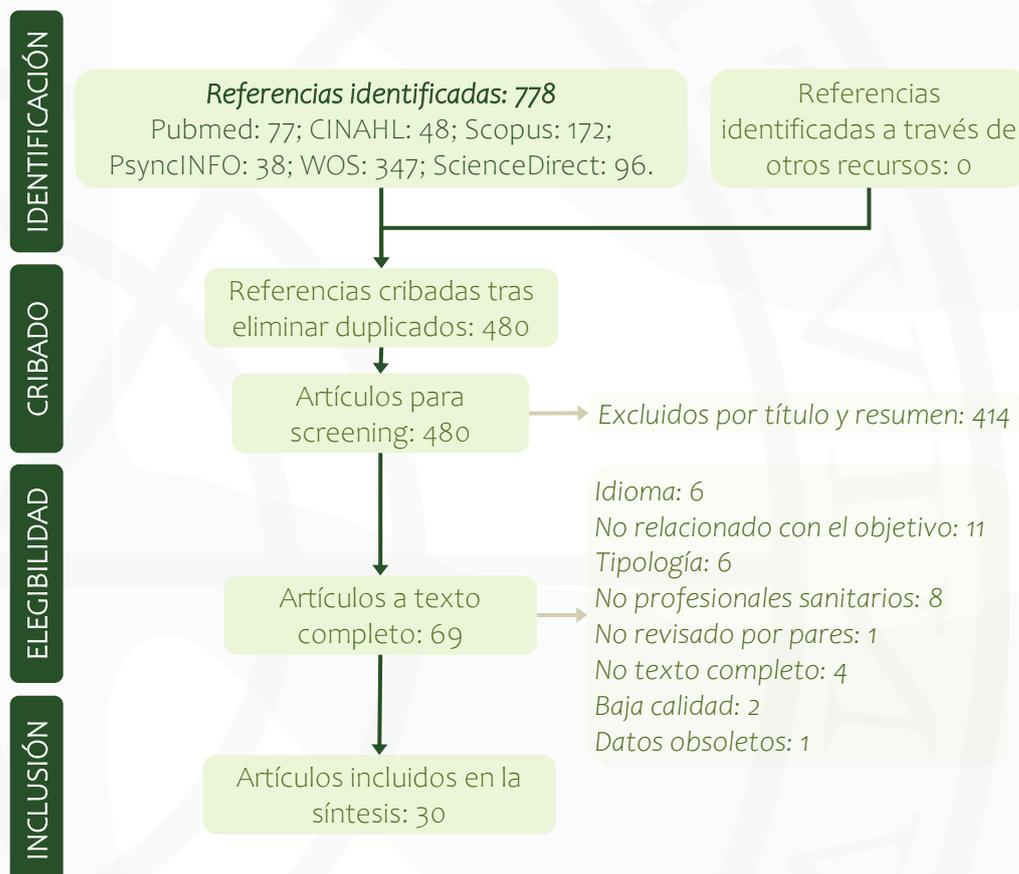
Domínguez et al., 2018	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Havens et al., 2018	6/8	Sí	No	Sí	Sí	NC	Sí	Sí	Sí
Saito et al., 2018	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bogaert et al., 2018	7/8	Sí	NC	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Marqués-Pinto et al., 2018	8/8	Sí							
Loerbroks et al., 2017	6/8	Sí	No	Sí	Sí	NC	Sí	Sí	Sí
Adriaenssens et al., 2017	8/8	Sí							
Matziari et al., 2017	7/8	Sí	NC	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Pisanti et al., 2016	8/8	Sí							
Fragoso et al., 2016	7/8	Sí	Sí	Sí	Sí	NC	Sí	Sí	Sí
Gabel-Shemueli et al., 2016	8/8	Sí							
Vander Elst et al., 2016	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
García-Sierra et al., 2016b	8/8	Sí							
Adriaenssens et al., 2015	8/8	Sí							
Mijakoski, Karadzinska-Bislimovska, Basarovska, Montgomery, et al., 2015	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Montgomery et al., 2015	8/8	Sí							
Mijakoski, Karadzinska-Bislimovska, Basarovska, Minov, et al., 2015	7/8	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

NC: No queda claro

## RESULTADOS

La estrategia inicial de búsqueda identificó un total de 778 referencias, las cuales fueron objeto de sucesivos cribados conforme al objetivo de esta revisión. Se seleccionaron finalmente un total de 30 estudios (Figura 1).

Figura 1. Resultados de la búsqueda (Diagrama de flujo - PRISMA)



Un 23% de los estudios se realizó en Estados Unidos (n=7), un 13% en Bélgica (n=4), 2 en Colombia, 2 Portugal, y 2 República de Macedonia que suponen un 20%, un 37% se realizó en 1 único país (China, Polonia, Austria, Canadá, Países Bajos, Japón, Alemania, Grecia, Italia, Irlanda, España), y el 7% restante se realizó en países conjuntos: España/Uruguay por un lado, y una confluencia de 7 países, por el otro.

En relación a los participantes, el 73% de los estudios (n=22) evaluaron muestras de enfermeras, el 17% (n=5) fueron muestras de médicos y el 10% (n=3) de médicos y enfermeras.

Además, el 63% de los estudios (n=19) se realizaron exclusivamente en el ámbito hospitalario (atención especializada), un 4% (n=1) se desarrolló a nivel de atención domiciliaria (atención primaria) y un 33% (n=10) en ámbitos sanitarios que podían incluir tanto atención primaria como atención especializada.

Los estudios incluidos fueron valorados mediante las herramientas de evaluación crítica para estudios no randomizados del Joanna Briggs Institute donde obtuvieron puntuaciones media-altas en todos los estudios observacionales transversales<sup>(19)</sup>.

La **tabla 4** está basada en el Manual del Centro Cochrane Iberoamericano<sup>(49)</sup> y en ella se muestran las características de cada uno de los 30 estudios incluidos en esta revisión. Estos fueron clasificados por autores y año de publicación, contexto, diseño y objetivo, participantes, instrumentos y variables, puntuaciones y principales hallazgos; además, se añadió los resultados obtenidos de la evaluación de la calidad de los estudios.

Tabla 4. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.

Estudios	Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad estudios
Ada et al., 2020 <sup>(21)</sup>	Hospital religioso Los Angeles, EE.UU.	Estudio descriptivo de corte transversal	463 enfermeras	Explorar las atribuciones de las enfermeras de lo sagrado al trabajo y medir su asociación con los resultados laborales de satisfacción laboral, BO, compromiso organizacional, compromiso de los empleados e intención de rotación.	8/8
	Instrumentos y variables	Puntuaciones		Principales hallazgos	
	SOWS DUREL JSS	EEESC 60.37 (SD=6.60)	MBI 15.36 (SD=7.93)	Hubo una asociación negativa entre la santificación del trabajo y los niveles de BO ( $r=-0.25$ , $p<0.05$ ) y la intención de irse ( $r=-0.18$ , $p<0.05$ ), y positiva con la satisfacción laboral ( $r=0.18$ , $p<0.05$ ), el WE ( $r=0.33$ , $p<0.05$ ) y el compromiso organizacional ( $r=0.30$ , $p<0.05$ ).	
Mullins et al., 2020 <sup>(22)</sup>	Programa académico de Cirugía General EE.UU.	Estudio descriptivo de corte transversal	164 residentes Cirugía general	Evaluar si los factores internos y externos están asociados con el BO en residentes quirúrgicos y probar la validez de este modelo teórico en una población multiinstitucional.	8/8
	Instrumentos y variables	Puntuaciones		Principales hallazgos	
	BEIS CDRS CAMS-R JDRQ	Residentes bajo BO UWEST 5 (IQR 4.4-5.7) DE 6 (IQR 4.8-6.0) VI 5 (IQR 4.0-5.7) AB 5 (IQR 4.7-5.7)	Residentes alto BO UWEST 4.2 (IQR 3.8-4.9) DE 4.3 (IQR 4.0-5.0) VI 3.7 (IQR 3.0-4.7) AB 4.7 (IQR 4.0-5.0)	Ninguna de las características internas estudiadas se asoció de forma independiente con el BO. Al combinar las características internas y externas, las únicas variables que continuaron asociadas con el BO fueron el WE (coeficiente = -0.76, IC del 95% = -1.00 a -0.52) y las experiencias laborales (coeficiente = -0.10, 95% CI = -0.19 a -0.01), y ambos muestran una asociación inversa, lo que protege contra el BO.	
McKenra & Jeske, 2020 <sup>(23)</sup>	3 hospitales Irlanda	Estudio descriptivo de corte transversal	89 enfermeras	Investigar el EE, el WE y la intención de rotación en la profesión de enfermería mediante la exploración de los efectos antecedentes del liderazgo ético y componentes del trabajo como la autoridad de decisión.	8/8
	Instrumentos y variables	Puntuaciones		Principales hallazgos	
	ELS-10 LQWLQ-N5 TIS-7	UWEST 3.40 (SD=0.82) 2.11 (SD=2.02)	EE El liderazgo ético también tuvo un efecto indirecto en el WE ( $r=0.37$ , $p>0.05$ ), el EE ( $r=0.17$ , $p>0.05$ ) y la intención de rotación ( $r=-0.23$ , $p<0.05$ ). La autoridad para tomar decisiones tuvo un efecto positivo en el WE ( $r=0.47$ , $p<0.001$ ) y se relacionó con una menor intención de rotación ( $r=-0.47$ , $p<0.001$ ). El EE se relacionó positivamente con la intención de rotación ( $\beta=0.35$ , $t=3.50$ , $p<0.05$ ) y negativamente con el WE ( $\beta=-0.32$ , $t=-2.99$ , $p<0.05$ ). La intención de rotación se asoció negativamente con el compromiso laboral ( $\beta=0.44$ , $t=2.58$ , $p<0.05$ ).		
Cheng et al., 2020 <sup>(24)</sup>	21 hospitales públicos 25 provincias de China	Estudio descriptivo de corte transversal	2095 enfermeras hospitalarias	Examinar el impacto de las demandas laborales y los recursos en la salud mental y la seguridad del paciente de las enfermeras chinas.	8/8
	Instrumentos y variables	Puntuaciones		Principales hallazgos	
	AIS PES-NWI-31 Job Crafting Scale GHQ-12 SAQ-24	UWES Día 30.86 (SD=10.02) Turno 28.19 (SD=9.36)	EES Día 12.28 (SD=7.80) Turno 15.36 (SD=7.97)	El BO medió la relación entre las demandas laborales reales ( $r=0.65$ , $p<0.01$ ) y la salud mental ( $r=0.62$ , $p<0.01$ ), el WE medió en la relación entre los recursos laborales percibidos ( $r=0.50$ ; $p<0.01$ ) y las actitudes en materia de seguridad del paciente ( $r=0.50$ ; $p<0.01$ ).	
Klein et al., 2020 <sup>(25)</sup>	Regiones Noroeste, Este y Oeste de EE. UU	Estudio descriptivo de corte transversal	1216 enfermeras de práctica avanzada	Investigar las interrelaciones entre el BO, los factores estresantes en el trabajo, el equilibrio entre el trabajo y la familia y el WE con las aplicaciones.	6/8
	Instrumentos y variables	Puntuaciones		Principales hallazgos	
	Job Stressors Scale-20 Equilibrio trabajo-familia-6	UWESr 5.51 (SD=0.87)	MBItr 2.56 (SD=0.83)	Hubo correlación fuerte entre el estrés laboral y el desarrollo del BO. Se apoyó un efecto negativo significativo entre el estrés laboral y el WE; sin embargo, los efectos indirectos del estrés a través del BO tuvieron un impacto más fuerte en el WE. Sólo la edad mostró una relación positiva significativa con el WE ( $r=0.11$ , $p<0.05$ ) y una relación negativa significativa con el estrés laboral ( $r=-0.10$ , $p<0.05$ ).	

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad estudios
<p>Contreras et al., 2020<sup>(6)</sup></p> <p>Hospital privado de 3<sup>er</sup> nivel Bogotá, Colombia.</p> <p><i>Instrumentos y variables</i></p> <p>UWES</p> <p>UWES DE 5.05 (SD=0.86)</p> <p>VI 4.64 (SD=0.78)</p> <p>AB 4.07 (SD=0.88)</p> <p>Inventario de Demandas y Recursos Laborales</p> <p>MBI</p> <p>EE 23.74 (SD=10.92)</p> <p>DP 7.17 (SD=5.67)</p> <p>PA 38.88 (SD=6.80)</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p>219 enfermeras</p>	<p>1) Identificar el papel de los recursos personales en el BO y el WE en el personal de enfermería y 2), evaluar si estos dos últimos conceptos son o no caras opuestas del mismo constructo</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p> <p>Los recursos personales mostraron una correlación positiva con el WE de los empleados (<math>r=0.40</math>) y negativa con el BO (<math>r=-0.51</math>), así como el WE y el BO mostraron ser constructos diferentes inversamente relacionados (<math>r=-0.95</math>). Además parece indicar que los recursos personales podrían ser un factor protector importante para el personal de enfermería.</p>	6/8	
<p>Sawhney et al., 2020<sup>(7)</sup></p> <p>Hospitales 29 ciudades de Región Noroeste, Estados Unidos.</p> <p><i>Instrumentos y variables</i></p> <p>ONRP-NEI</p> <p>Time 1 survey</p> <p>UWES<sub>T</sub></p> <p>3-36 (SD=0.81)</p> <p>Organizational Commitment Scale-4</p>	<p>Estudio descriptivo de corte longitudinal (12 semanas)</p> <p>SMBM-9</p> <p>1.98 (SD=0.73)</p>	<p>Explorar la asociación entre los eventos negativos y los eventos positivos, así como la interacción de estos eventos, para predecir el WE y el BO</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p> <p>Los eventos positivos y negativos, así como sus efectos interactivos, predijeron significativamente tanto el WE (<math>r=0.23</math>, <math>p&lt;0.01</math>; <math>r=0.06</math>, <math>p&lt;0.05</math>, respectivamente) como el BO (<math>r=0.13</math>, <math>p&lt;0.01</math>; <math>r=0.29</math>, <math>p&lt;0.01</math>, respectivamente). Además, el WE moderó la asociación entre los eventos negativos y el BO. Específicamente, la asociación entre eventos negativos y BO fue más fuerte para las enfermeras que reportaron un alto WE.</p>	8/8	
<p>Lachowska &amp; Minda, 2020<sup>(8)</sup></p> <p>Polonia</p> <p><i>Instrumentos y variables</i></p> <p>ELS-14</p> <p>UWES</p> <p>DE 4.21 (SD=1.15)</p> <p>VI 3.76 (SD=1.03)</p> <p>AB 3.61 (SD=1.07)</p> <p>Emotion Work Requirements Scale</p> <p>Frequency, Duration and</p> <p>Routineness of Interactions Scale</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p>60 enfermeras</p> <p>Psiquiatría</p>	<p>Evaluar el BO y el WE entre enfermeras psiquiátricas, y determinar la relación entre estas variables y las demandas percibidas de reglas de exhibición emocional, estrategias laborales emocionales y de demandas de interacciones interpersonales.</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p> <p>Se encontró que un mayor BO se asocia con mayores requisitos de ocultar las emociones negativas (<math>r=0.28</math>), una actitud superficial (<math>r=0.32</math>) y la rutina de las interacciones (<math>r=0.35</math>), mientras que un menor BO se relaciona con la expresión de emociones sentidas con naturalidad (<math>r=-0.26</math>) y una gran frecuencia de interacciones interpersonales. Un menor WE se relaciona con la realización de acciones superficiales (<math>r=-0.31</math>), mientras que una mayor DE se asocia con la duración de la interacción (<math>r=0.29</math>).</p>	6/8	
<p>Remegio et al., 2020<sup>(9)</sup></p> <p>Magnet Excellence™ EEUU</p> <p><i>Instrumentos y variables</i></p> <p>ProQOL-5</p> <p>SC 39.1 (SD=6.7)</p> <p>BO 24.9 (SD=6.8)</p> <p>ETS 24.0 (SD=6.4)</p> <p>UWES<sub>T</sub></p> <p>4.2 (SD=1.0)</p> <p>DE 4.4 (SD=1.1)</p> <p>VI 3.8 (SD=1.3)</p> <p>AB 4.3 (SD=0.9)</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p>144 enfermeras de gestión</p>	<p>Ofrecer una visión de la calidad de vida profesional y el WE de las enfermeras de gestión antes de la pandemia de COVID-19.</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p> <p>Hubo una fuerte correlación positiva significativa entre la satisfacción por la compasión y el VI (<math>r=0.75</math>, <math>p&lt;0.01</math>) y la DE (<math>r=0.87</math>, <math>p&lt;0.01</math>), así como una correlación moderada con la AB (<math>r=0.54</math>, <math>p&lt;0.01</math>). Hubo una correlación negativa moderada significativa entre el estrés traumático secundario y el VI y la DE (<math>r=-0.46</math>, <math>p&lt;0.01</math>), y ninguna correlación significativa con la AB. Específicamente, a medida que aumentan los niveles de WE, disminuyen los niveles de satisfacción por compasión y los niveles de BO y STS. Las enfermeras líderes experimentadas y con preparación doctoral tienen niveles más altos de satisfacción por compasión y bajos niveles de BO.</p>	8/8	
<p>Huber et al., 2019<sup>(10)</sup></p> <p>2 hospitales Austria</p> <p><i>Instrumentos y variables</i></p> <p>VIA-120</p> <p>ACS-RS</p> <p>CIT-54</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p>274 médicos</p>	<p>1) Evaluar las fortalezas del carácter en el trabajo y la vida privada y; 2) Analizar las relaciones con las dimensiones de bienestar, WE y BO (EE, DP y reducción de la PA).</p> <p><i>Principales hallazgos</i></p> <p>Se observó una correlación negativa entre el WE y las tres dimensiones del MBI: EE (<math>r=-0.57</math>, <math>DP\ r=-0.28</math> y <math>AA\ r=-0.49</math> (<math>p&lt;0.01</math>)). La correlación más alta se encontró entre el carácter característico del amor y su aplicabilidad en la vida privada (<math>r=0.48</math>), compartiendo aproximadamente el 23% de varianza.</p>	6/8	

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad estudios
<i>Faria et al., 2019<sup>(31)</sup></i> Distrito sanitario Oporto, Portugal <i>Instrumentos y variables</i> Variables sociodemográficas	Estudio descriptivo de corte transversal <i>Puntuaciones</i> UWESr DE 4.44 (SD=1.41) VI 4.37 (SD=1.32) AB 4.17 (SD=1.36)	346 enfermeras <i>Puntuaciones</i> MBI EE 2.73 (SD=1.28) PA 4.51 (SD=0.86) DP 1.07 (SD=1.11)	Conocer los niveles de BO y motivación en una muestra de enfermeras, su interrelación y su variación según sus características sociodemográficas y/o profesionales <i>Principales hallazgos</i> El BO y la DP disminuyen con la edad y los años de experiencia profesional, disminuyendo el EE a medida que aumentan los años experiencia profesional. El WE sólo presenta una correlación negativa con todas las dimensiones del BO, de menor intensidad para la AB ( $r=-0.404$ , $p<0.010$ )	7/8
<i>Penz et al., 2019<sup>(32)</sup></i> Canadá <i>Instrumentos y variables</i> Perceived Stress Scale	Estudio descriptivo de corte transversal <i>Puntuaciones</i> UWES 38.7 (SD=9.3)	2.065 enfermeras rurales <i>Puntuaciones</i> BO 2.7 (SD=1.3)	Probar empíricamente un modelo conceptual de confianza y competencia en la práctica de enfermería rural y remota. <i>Principales hallazgos</i> Hubo un efecto negativo directo del BO respecto a la confianza y no hubo efectos significativos en el WE o en el estrés percibido en la confianza. Además, trabajar en turnos de 12 horas influyó negativamente en el WE de las enfermeras ( $r=-0.21$ ).	7/8
<i>Solms et al., 2019<sup>(33)</sup></i> 5 hospitales universitarios y generales Países Bajos. <i>Instrumentos y variables</i> Quantitative Workload Inventory Work-Family Conflict Job insecurity Psychological Capital Questionnaire-6 Self-Compassion Scale-6 WAAQ	Estudio descriptivo de corte transversal <i>Puntuaciones</i> Residentes UWESr 4.93 (SD=0.77) MBI EE 2.55 (SD=1.02) CY 2.24 (SD=0.99)	124 residentes y 69 especialistas. Unidades de Pediatría, Medicina Interna y Neurología. <i>Puntuaciones</i> Especialistas UWESr 5.21 (SD=0.88) MBI EE 2.40 (SD=1.18) CY 2.01 (SD=1.07)	Objetivo del estudio La carga de trabajo se relacionó positivamente con el BO de los residentes ( $b=0.20$ , $p=0.011$ ) y especialistas ( $b=0.22$ , $p=0.009$ ). Los recursos personales salvaguardan el WE y disminuyen el riesgo de BO de residentes ( $b=0.37$ , $p<0.001$ ) y especialistas ( $b=0.55$ , $p<0.001$ ). Tanto los residentes como los especialistas se benefician del capital psicológico para mantener un funcionamiento óptimo. Además, los residentes se benefician de la flexibilidad psicológica, mientras que los especialistas se benefician del apoyo de sus compañeros. Los recursos personales parecen ser factores protectores importantes para el WE y el bienestar de los médicos.	8/8
<i>Dominguez et al., 2019<sup>(34)</sup></i> Colombia <i>Instrumentos y variables</i> DJCS TIS	Estudio descriptivo de corte transversal <i>Puntuaciones</i> UWESr 5.38 (SD=0.47)	202 médicos residentes de cirugía <i>Puntuaciones</i> MBI EE 28.11 (SD=10.23) PA 35 (SD=6.36) DP 35 (SD=4.81)	Objetivo del estudio Investigar la relación entre el job crafting en la formación quirúrgica y la intención de dejar el programa. <i>Principales hallazgos</i> Diseñar el propio trabajo se correlacionó positivamente con el WE ( $r=0.12$ a $0.35$ ), que estaba inversamente relacionado con la intención de irse ( $r=-0.40$ ). Por el contrario, la construcción del propio trabajo se correlacionó negativamente con el BO y positivamente con la intención de irse. Los residentes con intenciones serias de irse exhibieron niveles más bajos de la mayoría de las habilidades de job crafting y WE, en comparación con aquellos sin tales intenciones.	7/8
<i>Havens et al., 2018<sup>(35)</sup></i> 5 hospitales rurales Pensilvania, EE.UU. <i>Instrumentos y variables</i> Job satisfaction	Estudio descriptivo de corte transversal <i>Puntuaciones</i> UWESr 3.95 (SD=1.31) VI 3.63 (SD=1.59) DE 4.41 (SD=1.41) AB 3.81 (SD=1.47)	282 enfermeras <i>Puntuaciones</i> Urgencias, UCI, quirofano, obstetricia, unidad de rehabilitación postanestésica MBI PA 4.88 (SD=0.92) EE 3.34 (SD=1.49)	Objetivo del estudio Evaluar las experiencias de relación de coordinación informadas entre enfermeras y luego evaluar las asociaciones entre relación de coordinación y los resultados de enfermeras. <i>Principales hallazgos</i> Se observó que los niveles altos de relación de coordinación se asociaron con niveles más bajos de EE ( $r=-0.27$ , $p<0.01$ ). Los objetivos compartidos y el conocimiento compartido también mostraron fuertes correlaciones positivas con los resultados de la enfermera, mientras que la comunicación para resolver problemas se correlacionó fuerte y negativamente con el EE ( $r=-0.24$ , $p<0.01$ ). Además la relación de coordinación tuvo una relación positiva significativa con el WE ( $r=0.26$ , $p<0.01$ ).	6/8

	<p><b>Contexto</b> 257 hospitales Japón</p> <p><b>Instrumentos y variables</b></p> <p>NIOSH Generic Job Stress Questionnaire Jobresources Work Values Scale-21</p>	<p><b>Tipo de estudio</b> Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><b>Puntuaciones</b></p> <p>JBS EE 3.2 (SD=1.0) DP 2.1 (SD=0.8) PA 3.8 (SD=0.7)</p>	<p><b>Participantes</b> 3-279 enfermeras</p>	<p><b>Objetivo del estudio</b> Examinar el BO y el WE entre las enfermeras en los hospitales japoneses de atención a largo plazo y su relación con los valores del trabajo organizacional.</p> <p><b>Principales hallazgos</b> Una mayor puntuación de EE, DP y PA se asoció con las enfermeras más jóvenes (<math>\beta = -0.08, p &lt; 0.03</math>; <math>\beta = -0.08, p &lt; 0.05</math>; y <math>\beta = -0.068, p &lt; 0.04</math>, respectivamente. Se asociaron un mayor EE y una mayor DP con mayor varianza en la carga de trabajo (<math>\beta = 0.45, p &lt; 0.001</math> y <math>\beta = 0.22, p &lt; 0.001</math>, respectivamente). El mayor WE se asoció con el género femenino (<math>\beta = 0.06, p &lt; 0.05</math>), mayor edad (<math>\beta = 0.13, p &lt; 0.001</math>), mayor experiencia trabajando en el servicio actual (<math>\beta = 0.06, p = 0.05</math>). Además, un mayor WE se asoció con puntuaciones más altas en la autorrealización (<math>\beta = 0.14, p &lt; 0.01</math>), sentido de logro (<math>\beta = 0.19, p &lt; 0.001</math>) y contribución altruista a la organización (<math>\beta = 0.13, p &lt; 0.01</math>)</p>	<p>Calidad estudios 7/8</p>
Saito et al., 2018 <sup>(6)</sup>					
	<p><b>Contexto</b> Bélgica</p> <p><b>Instrumentos y variables</b></p>	<p><b>Tipo de estudio</b> Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><b>Participantes</b> 864 enfermeras y 241 médicos UCI</p> <p><b>Puntuaciones</b></p> <p>Enfermeras UWES VI 4.53 (SD=1.29) DE 5.02 (SD=1.10) AB 4.26 (SD=1.30) MBI EE 1.71 (SD=1.20) DE 1.70 (SD=1.06) PA 1.98 (SD=1.26)</p>	<p><b>Participantes</b> Médicos UWES VI 4.56 (SD=1.14) DE 5.03 (SD=1.05) AB 4.45 (SD=1.22) MBI EE 5.10 (SD=0.79) DE 5.07 (SD=0.80) PA 5.11 (SD=0.74)</p>	<p><b>Objetivo del estudio</b> Investigar las asociaciones entre las características laborales como capital social, latitud de decisión y carga de trabajo, WE y sentimientos de BO como variables explicativas y la satisfacción laboral, intenciones de rotación y calidad de atención percibida como variables dependientes en una población de estudio de personal de enfermería, personal de salud y el personal médico según factores demográficos, como las diferencias de género y generación.</p> <p><b>Principales hallazgos</b> Las dimensiones de WE mostraron asociaciones positivas respecto a los recursos sociales y capacidad de decisión y asociaciones negativas con un exceso de carga de trabajo. Además, la intención de dejar el hospital y la profesión se asociaron negativamente con la DE (<math>\beta = -0.647</math>; IC 95%: 0.37; 0.74). En cambio, la EE fue positivamente asociada con la intención de dejar el hospital y la intención de dejar la profesión. La intención de dejar el hospital y la profesión se asociaron positivamente con el EE y negativamente con la DE en los modelos BO y WE, respectivamente.</p>	<p>Calidad estudios 7/8</p>
Bogaert et al., 2018 <sup>(7)</sup>					
	<p><b>Contexto</b> 31 hospitales Portugal</p> <p><b>Instrumentos y variables</b></p> <p>RN4Cast Nurse Survey PES-NWI</p>	<p><b>Tipo de estudio</b> Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><b>Puntuaciones</b></p> <p>UWESr 3.92 (SD=1.16) PA 4.48 (SD=0.88)</p>	<p><b>Participantes</b> 1927 enfermeras</p>	<p><b>Objetivo del estudio</b> Fomentar el conocimiento de los factores que influyen en la intención de rotación de las enfermeras portuguesas, con el fin de contribuir a su prevención.</p> <p><b>Principales hallazgos</b> Los síntomas de EE (<math>\beta = -0.11, p &lt; 0.001</math>) y los sentimientos de WE (<math>\beta = -0.15, p &lt; 0.001</math>) fueron mediadores significativos entre la participación de las enfermeras en las decisiones y sus intenciones de dejar su organización. Las enfermeras que pretendían dejar la organización, participaron menos (<math>r = -0.30</math>) en los asuntos hospitalarios, tuvieron peores relaciones laborales con los médicos (<math>r = -0.16</math>), revelaron más EE (<math>r = 0.32</math>) y DP (<math>r = 0.07</math>) y expresaron niveles más bajos de PA (<math>r = -0.14</math>) y WE (<math>r = -0.37</math>), en comparación con las enfermeras que tenían la intención de quedarse.</p>	<p>Calidad estudios 8/8</p>
Marqués-Pinto et al., 2018 <sup>(6)</sup>					
	<p><b>Contexto</b> Munich, Alemania</p> <p><b>Instrumentos y variables</b></p> <p>Perceived quality of care</p>	<p><b>Tipo de estudio</b> Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p><b>Puntuaciones</b></p> <p>UWESr 3.8 (SD=1.0) VI 3.7 (SD=1.1) DE 3.9 (SD=1.2) AB 3.8 (SD=1.1)</p>	<p><b>Participantes</b> 416 médicos</p>	<p><b>Objetivo del estudio</b> Examinar las asociaciones del BO y el WE con la calidad de atención autopercibida de los médicos.</p> <p><b>Principales hallazgos</b> El BO se asoció con una calidad de atención percibida más deficiente (<math>b = 0.45</math>, IC 95%: 0.37, 0.54). Esta asociación fue más fuerte para la DP (<math>b = 0.37</math>; IC 95%: 0.29; 0.44) que para el BO (<math>b = 0.26</math>; IC 95%: 0.18; 0.33). El aumento del WE se asoció con una atención de mayor calidad percibida (<math>b = -0.20</math>, IC 95%: -0.28, -0.11).</p>	<p>Calidad estudios 6/8</p>
Loerbroks et al., 2017 <sup>(38)</sup>					

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad estudios
11 hospitales Bélgica	Estudio descriptivo de corte transversal	318 enfermeras de gestión	Analizar y describir las relaciones entre las características del puesto y los conflictos interdisciplinarios de los médicos como potenciales predictores del bienestar ocupacional (satisfacción laboral, malestar psicosomático, intención de rotación, WE y BO).	8/8
<i>Adriaenssens et al., 2017<sup>(39)</sup></i>			<i>Principales hallazgos</i> El BO ofreció una correlación fuerte positiva respecto a las manifestaciones de angustia psicológica ( $r=0.706$ ; $p<0.01$ ) y negativa ante el apoyo social de los compañeros y del equipo ( $r=-0.400$ ; $p<0.01$ ). El WE se correlaciona fuertemente con la satisfacción en el trabajo ( $r=0.508$ ; $p<0.01$ ).	
Hospitales, clínicas psiquiátricas y centros de salud. Norte de Grecia	Estudio descriptivo de corte transversal	214 enfermeras	Objetivo del estudio Evaluar la relación entre las prácticas organizacionales y los valores de BO y WE en una muestra de enfermeras	Calidad estudios
<i>Matziari et al., 2017<sup>(40)</sup></i>			<i>Principales hallazgos</i> Las enfermeras que trabajaban dentro del hospital tenían niveles más altos de BO y niveles más bajos de WE en comparación con las enfermeras que trabajan en Centros de Salud, Centros de Rehabilitación y Clínicas Psiquiátricas. Los valores organizacionales se asociaron negativamente con el EE y positivamente con la DE. De acuerdo con el modelo Job-Demands Resource (J-D-R), tanto las prácticas como los valores fueron recursos importantes para las enfermeras.	6/8
Hospital público universitario Terni, Italia	Estudio descriptivo de corte transversal	217 enfermeras	Objetivo del estudio Examinar el papel mediador de la facilitación de objetivos personales a través del trabajo (PGFW) en la asociación entre las características psicosociales del trabajo, la angustia psicológica y el bienestar relacionado con el trabajo	Calidad estudios
<i>Pisanti et al., 2016<sup>(41)</sup></i>			<i>Principales hallazgos</i> Los altos niveles de facilitación de metas personales a través del trabajo se relacionaron con altos niveles de control laboral, apoyo social, realización personal, satisfacción laboral y WE y con bajos valores de demandas laborales, EE y quejas somáticas. Las relaciones entre las variables demandas laborales-control-apoyo social y el WE fueron mediadas por el PGFW.	8/8
Servicios de emergencia EE.UU.	Estudio descriptivo de corte transversal	162 enfermeras líderes	Objetivo del estudio 1) Examinar la importancia relativa de las demandas y los recursos laborales como predictores del BO y el WE, y 2) examinar la importancia relativa del WE y el BO relacionados con la salud, los síntomas depresivos, la capacidad laboral, el compromiso organizacional y la rotación entre 2 muestras de profesionales sanitarios	Calidad estudios
<i>Fragoso et al., 2016<sup>(42)</sup></i>			<i>Principales hallazgos</i> El BO tuvo un mayor peso para predecir los resultados de salud, los síntomas depresivos y la capacidad de trabajo. En el caso de WE, las variables que afectan de forma positiva son las habilidades para aprender cosas nuevas ( $r=0.59$ ) y el significado del trabajo ( $r=0.67$ ) y de forma negativa los síntomas depresivos ( $r=-0.39$ ) y el propio BO ( $r=-0.29$ ). Además, varios factores influyen en las intenciones de la rotación (por ejemplo, las perspectivas de trabajo externo), posiblemente haciéndolo menos susceptible a la predicción por WE.	7/8

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad estudios
<p>Hospitales públicos de España y Uruguay</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>TIS-3</p> <p>Shirom-Melamed-12</p> <p>Social Support Scale-12</p> <p>Work Overload Scale-4</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p>Puntuaciones</p> <p>UWES<sub>r</sub> (España) 4.43 (SD=1.29)</p> <p>UWES<sub>r</sub> (Uruguay) 4.24 (SD=1.29)</p> <p>BO (España) 3.18 (SD=1.44)</p> <p>BO (Uruguay) 3.39 (SD=1.46)</p>	<p>316 enfermeras uruguayas</p> <p>502 enfermeras españolas</p>	<p>Examinar los efectos mediadores del BO y el WE en las relaciones entre las características laborales (sobrecarga laboral y apoyo social) y las intenciones de rotación en la comunidad de enfermería de dos países iberoamericanos dentro del modelo de demandas laborales-recursos</p> <p>Principales hallazgos</p> <p>El BO media en la relación entre la sobrecarga de trabajo y las intenciones de rotación (España <math>\beta=0.07</math>, <math>p&gt;0.05</math> / Uruguay <math>\beta=0.09</math>, <math>p&gt;0.05</math>).</p> <p>El WE media parcialmente la relación entre el apoyo social y las intenciones de rotación (España <math>\beta=-0.12</math>, <math>p&lt;0.05</math> / Uruguay <math>\beta=-0.13</math>, <math>p&lt;0.05</math>).</p>	8/8
<p>Organización de atención médica domiciliaria Flandes, Bélgica</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>SIMPH</p> <p>QEEW</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p>Puntuaciones</p> <p>UWES<sub>r</sub> 5.62 (SD=1.12)</p> <p>UBOS-A<sub>r</sub> 2.33 (SD=1.03)</p>	<p>675 enfermeras</p>	<p>Objetivo del estudio</p> <p>Investigar los principales efectos, la interacción de las demandas laborales distintivas (carga de trabajo, demandas emocionales y agresión) y recursos (autonomía, apoyo social y oportunidades de aprendizaje) sobre el BO y el WE.</p> <p>Principales hallazgos</p> <p>La carga de trabajo (<math>r=0.48</math>, <math>p&lt;0.001</math>) y las demandas emocionales (<math>r=0.26</math>, <math>p&lt;0.001</math>) se relacionaron positivamente con el BO, mientras que la agresión no se relacionó con el BO. Todos los recursos laborales se asociaron negativamente con el BO y positivamente con el WE. Además, la permanencia en la organización se relacionó negativamente con el WE (<math>\beta</math> varió de <math>-0.25</math> a <math>-0.15</math> en todas las pruebas), y las horas de trabajo se asociaron positivamente con el BO (<math>\beta</math> osciló entre <math>0.12</math> y <math>0.21</math> en todas las pruebas). El apoyo social amortiguó la relación positiva entre la carga de trabajo y el BO.</p>	7/8
<p>2 hospitales Elche y Terrassa, España</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>JCQ</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p>Puntuaciones</p> <p>UWES<sub>r</sub> 4.27 (SD=0.98)</p> <p>MBI<sub>r</sub> 1.99 (SD=0.93)</p>	<p>100 enfermeras</p>	<p>Objetivo del estudio</p> <p>Profundizar en la comprensión de las relaciones entre las demandas laborales, el control, el apoyo social, el BO y el WE en enfermeras.</p> <p>Principales hallazgos</p> <p>El apoyo social fue un predictor significativo del WE de las enfermeras (<math>r=0.361</math>; <math>p&lt;0.01</math>) y las demandas fueron un predictor del BO de las enfermeras (<math>r=0.446</math>; <math>p&lt;0.01</math>). El WE moderó la relación entre las demandas laborales y el BO. El proceso que conduce al BO y el proceso que conduce al WE no son procesos aislados.</p>	8/8
<p>13 hospitales secundarios Bélgica</p> <p>Instrumentos y variables</p> <p>LQWQ-N-15</p> <p>Goal Orientation Questionnaire</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p> <p>Puntuaciones</p> <p>UWES<sub>r</sub> 4.00 (SD=1.13)</p> <p>MBI<sub>r</sub> 46.00 (SD=10.38)</p>	<p>170 enfermeras</p> <p>Unidad de Urgencias</p>	<p>Objetivo del estudio</p> <p>Explorar hasta qué punto el modelo de 4 dimensiones de orientación a objetivos agrega una variación adicional a la explicación del BO y el WE en las enfermeras de emergencia, después de controlar la demografía, las características del trabajo y las variables organizacionales.</p> <p>Principales hallazgos</p> <p>Una percepción positiva de las demandas laborales fue predictiva de niveles más bajos de BO. El alto control del trabajo percibido se relacionó con niveles más altos de WE (<math>r=0.43</math>; <math>p&lt;0.01</math>) y con niveles más bajos de BO (<math>r=-0.40</math>; <math>p&lt;0.01</math>). El alto apoyo social percibido se relacionó con niveles más altos de WE (<math>r=0.36</math>; <math>p&lt;0.01</math>). Además, la edad se correlacionó negativamente con el WE (<math>r=-0.17</math>, <math>p=0.03</math>). No se identificaron diferencias significativas en las variables nivel educativo, grado, número de horas de trabajo y tipo de trabajo por turnos.</p>	8/8

Contexto	Tipo de estudio	Participantes	Objetivo del estudio	Calidad
Mijałowski et al., 2015 <sup>(47)</sup>	Hospital. Skopje, República de Macedonia	138 médicos y 148 enfermeras	1) Examinar las asociaciones entre el BO, el WE, las demandas laborales y la cultura organizacional 2) Demostrar las diferencias entre médicos y enfermeras que trabajan en un hospital general de Skopje, República de Macedonia.  <i>Principales hallazgos</i>	estudios
	<i>Instrumentos y variables</i>	<i>Puntuaciones</i>		
	Médicos UWES	Enfermeras UWES	Entre las enfermeras hubo correlaciones positivas significativas tanto con el EE ( $r=0.39$ ; $p<0.01$ ) como con la DP ( $r=0.272$ ; $p<0.01$ ). Las demandas de trabajo emocional se correlacionaron con las dimensiones de BO ( $r=0.25$ ; $p<0.01$ ) y las puntuaciones de WE ( $r=0.25$ ; $p<0.01$ ) en los médicos.	7/8
	VI 30.11 (SD=6.53) DE 26.24 (SD=5.76)	VI 28.98 (SD=7.83) DE 24.44 (SD=7.19)		
	MBI	MBI		
	EE 15.28 (SD=11.56) DP 3.17 (SD=4.61)	EE 16.47 (SD=12.02) DP 2.72 (SD=4.38)		
Montgomery et al., 2015 <sup>(9)</sup>	47 distritos 7 países	1156 enfermeras	Investigar la asociación entre la eficacia del trabajo en equipo dentro de los departamentos médicos según las demandas laborales, el BO y el WE entre las enfermeras  <i>Principales hallazgos</i>	estudios
	<i>Instrumentos y variables</i>	<i>Puntuaciones</i>		
	UWES	MBI	La carga de trabajo, las demandas emocionales y organizativas se asociaron positivamente con el EE, la DP y negativamente con el VI ( $p<0.01$ ). Las demandas emocionales ( $r=-0.258$ ) y organizativas ( $r=-0.293$ ) se asociaron negativamente con la DE ( $p<0.01$ ). La eficacia del trabajo en equipo se asoció positivamente con el WE.	8/8
	DE 21.45 (SD=7.14) VI 24.84 (SD=8.03)	DP 5.42 (SD=6.1) EE 20.85 (SD=12.68)		
Mijałowski et al., 2015 <sup>(48)</sup>	Hospital. Skopje, República de Macedonia	40 médicos 71 enfermeras Unidades de cirugía clínica y educación	Objetivo del estudio  Evaluar el efecto de mediación y moderación del trabajo en equipo sobre las variables independientes (demandas laborales o WE) y dependientes (BO o satisfacción laboral).  <i>Principales hallazgos</i>	estudios
	<i>Instrumentos y variables</i>	<i>Puntuaciones</i>		
	UWES	MBI	Las demandas laborales se correlacionaron positivamente con el BO ( $\beta=0.41$ ; $p<0.001$ ) y la participación laboral con el WE. Además, el trabajo en equipo se correlacionó negativamente con el BO ( $\beta=-0.25$ , $p<0.05$ ) y positivamente con la satisfacción laboral. La interacción entre trabajo en equipo y WE fue muy significativo, $b=0.01$ , IC del 95% (0.003, 0.02), $t=2.69$ , $p=0.008$ , lo que indicó que el relación entre el WE y la satisfacción en el trabajo estuvo moderada por el trabajo en equipo.	7/8
	DE 22.80 (SD=7.96) VI 26.51 (SD=9.46)	DP 3.68 (SD=4.55) EE 18.99 (SD=12.47)		

Correlación: Sin correlación  $r<0.10$ , Correlación baja  $r=0.10-0.29$ , Correlación moderada  $r=0.30-0.49$ , Correlación alta  $r\geq 0.50$ ; BO: Burnout; WE: Work engagement; VI: Vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción; DP: Despersonalización; PA: Personal Accomplishment (Realización Personal); EE: Emotional exhaustion (Agotamiento Emocional); UWES: Utrecht Work Engagement Scale (escala 0-6); MBI: Maslach-Burnout Inventory (rango 0-6); IQR: Rango intercuartílico; EESg: Employee Engagement Scale; SOWS: Sanctification of Work Scale; DUREL: Duke University Religion Index; BEIS: Brief Emotional Intelligence Scale; CDRS: Connor-Davidson Resilience Scale; CAMS-R: Revised Cognitive and Affective Mindfulness Scale; JDRQ: Job Demands-Resources Questionnaire; AIS: Athens Insomnia Scale; PES-NWI: Practice Environment Scale of the Nursing Work Content Questionnaire; JCS: Job-Crafting Scale; TIS: Turnover Intention Scale; BFH-10: Big Five Inventory-10; LQWQ-N: Leiden Quality of Work Life Questionnaire for Nurses; PGFW: Personal Goal Facilitation through Work; HSPSC: Hospital Survey on Patient Safety Culture; DASS: Depression Anxiety and Stress Scales; ELS-14: Emotional Labour Scale; JSS-39: Job Satisfaction Survey; HES: Hospital Experience Scale; UBOS-A: Utrecht Burnout Scale; SIMPH: Short Inventory to Monitor Psychosocial Hazards; QEEW: Questionnaire on the Experience and Evaluation of Work; CWBS: Copenhagen Work Burnout Inventory Scale; JES: Job Engagement Scale; SSS: Subjective Stress Scale; WLBS: Work-Life Balance Scale; JCDA: Job Control-Decision Authority; WMI: Work and Meaning Inventory; ACS: Affective Commitment Scale; RCSPC-7: Relational Coordination Survey for Patient Care; PM: Personal Motivation; WS: Work Satisfaction; WAAQ: Work Acceptance and Action Questionnaire; JBS-17: 17-item Japanese Burnout Scale.

## DISCUSIÓN

### *Niveles de burnout y work engagement*

Los niveles de burnout y work engagement mostraron una amplia variabilidad entre las distintas muestras y las variables para cada estudio. Si bien, se encontraron valores moderados tras la aplicación de las herramientas de medición del work engagement en la mayoría de los estudios, a excepción de una muestra de enfermeras de práctica avanzada estadounidenses<sup>(25)</sup>, de una segunda muestra de médicos residentes de cirugía colombianos<sup>(34)</sup> y una tercera muestra de médicos<sup>(33)</sup> de los Países Bajos que trabajan en las unidades de Pediatría, Medicina Interna y Neurología, todas ellas mostraron un valor de work engagement total categorizado como alto. Cabe destacar que en el estudio de Solms *et al.*<sup>(33)</sup>, pese a obtenerse valores totales altos, se observó una diferencia entre los médicos especialistas y los residentes, siendo los valores de work engagement total algo superior en los primeros. De forma puntual, se obtuvieron puntuaciones altas en la dimensión Dedicación en el estudio de Contreras *et al.*<sup>(26)</sup> en una muestra de enfermeras y en el de Bogaert *et al.*<sup>(37)</sup> tanto para enfermeras como para médicos belgas, obteniendo en estos últimos una puntuación alta también en la dimensión Absorción. En cambio, sólo en una muestra de 3.279 enfermeras se obtuvo una puntuación media total de work engagement baja.

En cuanto al nivel de burnout, sólo un estudio<sup>(40)</sup> realizado en 214 enfermeras de hospitales, centros de salud y clínicas psiquiátricas del Norte de Grecia presentó resultados altos en la dimensión Agotamiento Emocional del burnout.

### *Demandas laborales*

Las demandas laborales han mostrado una correlación positiva con las dimensiones del burnout en todos los estudios que se han incluido en la revisión.

Así, factores como la carga de trabajo se asoció a niveles más elevados de agotamiento emocional y despersonalización en varias muestras de profesionales sanitarios<sup>(9,33,43,48)</sup>. Además, cuando esta sobrecarga de trabajo fue elevada en una muestra de enfermeras españolas y uruguayas, aumentó la intención de rotar de servicio y/o cambiar de trabajo<sup>(42,43)</sup>. De hecho, 4 de los estudios han arrojado resultados de cómo afecta el tipo de turno de trabajo a los niveles de work engagement y burnout. En una muestra de 2095 enfermeras chinas<sup>(24)</sup>, se observó que aquellas que desarrollaban sus funciones en turnos diurnos tenían resultados superiores de work engagement e inferiores de burnout en comparación de las enfermeras que realizaban turnos rotatorios y este hecho podía influir en la salud mental de las mismas. Penz *et al.*<sup>(32)</sup> coincidieron en que los turnos de 12 horas influyó negativamente en los niveles de work engagement de una muestra de enfermeras canadienses de ámbito rural y Vander Elst *et al.*<sup>(44)</sup> en una muestra de enfermeras belgas de atención domiciliaria indicó una posible asociación entre un mayor número de horas de la jornada laboral y niveles superiores de burnout. Esto puede llevar a los profesionales sanitarios a dejar la organización<sup>(23,50)</sup>, participar menos en los asuntos hospitalarios y desarrollar peores relaciones laborales con el resto del equipo de

trabajo con las consiguientes consecuencias que pueden desencadenar en materia de calidad de atención al paciente<sup>(16,38)</sup>. De hecho, en el estudio de Cañadas-De la Fuente *et al.*<sup>(51)</sup> realizado en una muestra de 1225 enfermeras de los servicios de Urgencias del sur de España, indicaron que una jornada física complementaria podría aumentar el riesgo de desarrollo del síndrome de burnout. Por el contrario, Adriaenssens *et al.*<sup>(46)</sup> no encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en el número de horas de trabajo y tipo de trabajo por turnos en su muestra de enfermeras de urgencias y un estudio de Vidotti *et al.*<sup>(52)</sup> arrojó que los niveles del síndrome de Burnout fueron significativamente mayores entre los trabajadores de enfermería del turno diurno.

Según un estudio realizado en enfermeras de agudos de Estados Unidos<sup>(27)</sup>, la aparición de eventos positivos o negativos predijo positivamente tanto el work engagement como el burnout. Este hecho puede ser explicado porque las enfermeras suelen estar acostumbradas a experimentar mayores eventos positivos en el lugar de trabajo y en el caso que concurren un número elevado de eventos negativos en un corto período de tiempo, pueden llegar a sentirse desmotivadas debido a que estas experiencias permiten generar o agotar los recursos de los que dispone<sup>(53)</sup>. Algunos de estos eventos negativos, pueden desencadenar en situaciones continuadas de estrés con el consiguiente aumento de probabilidad de desarrollar burnout<sup>(25)</sup>. En este sentido, resulta llamativo cómo una situación estresante como una agresión, no se relacionó con unos mayores niveles de burnout en enfermeras de atención domiciliaria<sup>(44)</sup>. Este fenómeno, según los autores pudo deberse a la baja notificación de agresiones (cerca al 0.7 % de la muestra) y/o a la “normalización” de situaciones de violencia.

Además de la carga de trabajo y la concurrencia de eventos negativos, como estrés y violencia, los valores de la organización, el tipo de servicio y el ámbito de trabajo puede afectar a los niveles de work engagement y en mayor medida, en los niveles de burnout<sup>(53)</sup>. En un estudio comparativo entre enfermeras hospitalarias y enfermeras no hospitalarias (centros de salud y clínicas psiquiátricas)<sup>(40)</sup>, se observó que las enfermeras que trabajaban dentro del hospital tenían niveles más altos de burnout y niveles más bajos de work engagement en comparación con las enfermeras que trabajan en centros de salud y clínicas psiquiátricas. Este hecho puede ser explicado por los valores organizacionales prevalentes en cada ámbito y la diferencia en el tipo y la carga de trabajo en la demanda asistencial por parte de los ciudadanos en cada ámbito.

#### *Recursos laborales*

Para poder hacer frente a las demandas anteriormente descritas, existen una serie de recursos personales, situacionales u organizacionales, capaces de amortiguar y reducir el impacto en los niveles de work engagement y burnout en los profesionales sanitarios. Según Cheng *et al.*<sup>(24)</sup> el simple hecho de percibir los recursos favorece actitudes en materia de seguridad del paciente y aumentan los niveles de work engagement en una muestra de enfermeras chinas; y como indican Contreras *et al.*<sup>(26)</sup> los recursos personales podrían ser un factor protector importante para el personal de enfermería.

Como recursos personales, el capital psicológico de los profesionales sanitarios puede influir en la relación de éstos con el entorno. Lachowska & Minda<sup>(28)</sup> informaron que un mayor burnout se asoció con aquellas personas que tendían a ocultar las emociones negativas, tenían una actitud superficial y poseían una rutina diaria estructurada en materia de interacción. En contraposición, Adriaenssens *et al.*<sup>(39)</sup> informaron que las enfermeras de gestión que manifestaban cierto nivel y síntomas de angustia psicológica, ofrecían mayores puntuaciones medias de burnout. En una muestra de 124 residentes y 69 especialistas de Países Bajos<sup>(33)</sup>, determinaron que los recursos personales salvaguardan el work engagement y disminuyen el riesgo de burnout de residentes y especialistas, en el caso de los residentes parece que se benefician de la flexibilidad psicológica, mientras que los especialistas se benefician del apoyo de sus compañeros. En muchos casos, mostrar un sentimiento de logro derivado de los esfuerzos realizados para ayudar a otra persona (satisfacción por compasión), hace que el profesional muestre altos niveles de vigor y dedicación<sup>(29)</sup>. En otros casos, la aplicabilidad de los valores de justicia, honestidad, juicio y amor de los médicos que trabajan en dos hospitales austriacos fue particularmente esencial para su bienestar psicológico y work engagement<sup>(30)</sup>. En el caso de una muestra de enfermeras líderes de los servicios de emergencia en Estados Unidos, las variables que afectaron de forma positiva con más fuerza al work engagement fueron las habilidades para aprender cosas nuevas y el significado que le daban al propio trabajo<sup>(42)</sup>.

Por otro lado, el apoyo social y el trabajo en equipo han sido factores recurrentes de estudio y parece que influyen positivamente en los niveles de work engagement<sup>(9,16,43,45)</sup>. Cuando estos factores no son adecuados suele aumentar la intención de cambiar de servicio con el consiguiente aumento del riesgo de desarrollar el síndrome de burnout si la situación se alarga en el tiempo<sup>(37,43)</sup>. Como ocurrió en los estudios de Bogaert *et al.*<sup>(37)</sup> y Adriaenssens *et al.*<sup>(46)</sup>, el hecho de poseer los suficientes recursos sociales, tener capacidad de decisión y tener controlado su trabajo, mejoró los niveles de work engagement de las enfermeras. Havens *et al.*<sup>(35)</sup> van más allá e indican que cuando el equipo está coordinado, con unos objetivos y metas comunes, cuando se sienten autorrealizados y cuando comparten entre ellos el conocimiento, existe una correlación positiva con las dimensiones del work engagement, al igual que ocurrió en el estudio de Pisanti *et al.*<sup>(41)</sup> y Saito *et al.*<sup>(36)</sup> Por otro lado, en el colectivo médico según la muestra del estudio de Domínguez *et al.*<sup>(34)</sup>, aquellos médicos colombianos que tenían la posibilidad de diseñar su propio trabajo, estaban más comprometidos con su trabajo y manifestaron no tener intención de irse de su trabajo actual.

En relación al perfil, se observan menores valores de burnout entre las enfermeras menos jóvenes<sup>(25)</sup>, más experimentadas, más especializadas y con doctorado<sup>(29,31)</sup>. Como coinciden Schaufeli y Bakker<sup>(54)</sup>, a medida que avanza los años de experiencia, las enfermeras sienten una mayor identificación con su trabajo, una experiencia más inspiradora y desafiante y se sienten entusiasmadas y orgullosas con su trabajo.

*Influencia de la COVID-19 en los niveles de burnout y work engagement*

En una situación como la provocada por la COVID-19, las demandas laborales que deben atender los profesionales sanitarios pueden ser superiores a las habituales en su entorno de trabajo y los recursos de los que disponen pueden resultar insuficientes. Es por tanto importante evaluar los factores que pueden mejorar los niveles de work engagement y los factores que pueden moderar la posibilidad de desarrollo de burnout. En el estudio de Remegio *et al.* 2020<sup>(29)</sup>, realizado en una muestra de 144 enfermeras de gestión antes la pandemia en Estados Unidos se ha observado que los niveles de la satisfacción por compasión se asoció positivamente con las dimensiones del work engagement y una correlación negativa entre el estrés traumático secundario y las dimensiones del work engagement.

Ya inmersos en la pandemia, estudios como el de Giménez-Espert *et al.*<sup>(55)</sup> arrojan unos niveles medios de compromiso laboral de las enfermeras y niveles de satisfacción alta que podría deberse a factores como la resiliencia y autoeficacia de los participantes<sup>(56)</sup>, siendo conscientes de la importancia de su trabajo para la sociedad<sup>(57)</sup>. Este compromiso laboral puede ser dinámico como muestran Wildgruber *et al.*<sup>(58)</sup> que determinaron que el work engagement disminuye paralelamente con el aumento del estrés relacionado con la pandemia. Estas situaciones de estrés, pueden deberse al miedo de contagiar a los amigos y seres queridos, por el aumento de la carga de trabajo, los cambios de turnos y lugar de trabajo, el contacto frecuente con pacientes COVID-19, entre otros<sup>(56)</sup>. Algunas de estas condiciones laborales son modificables con estrategias de gestión adecuadas y puede ser interesante en este sentido el aporte de Remegio *et al.*, 2020<sup>(29)</sup> como punto de partida, especialmente cuando mencionan que la enfermeras líderes experimentadas y con preparación doctoral tienen niveles superiores de satisfacción por compasión y menores niveles de burnout.

Esta revisión presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, se debe comentar que se han rechazado estudios por razones idiomáticas, pudiendo darse el caso de dejar fuera artículos que cumplieran el resto de requisitos de inclusión. Además, se han rechazado estudios que no han sido revisados por pares y que no presentaran datos comprobables de los niveles de work engagement y burnout de la muestra en cuestión. En segundo lugar, al tratarse todos los trabajos incluidos de estudios observacionales de corte transversal, permiten examinar las condiciones de salud de una población en un tiempo y lugar definidos, pero no permiten hacer inferencias de causalidad, a lo que habría que sumarle la no representatividad de las muestras. En tercer lugar, no todos los autores han usado los mismos instrumentos de medida por que los resultados pueden que no sean homogéneos.

## CONCLUSIONES

Los niveles de burnout y work engagement mostraron una amplia variabilidad entre las distintas muestras y las variables para cada estudio, donde demandas laborales como la sobrecarga laboral, el tipo de turno, o el tipo de servicio, etc.; y recursos personales, situacionales y organizacionales como el capital psicológico del individuo, la percepción de apoyo social o ciertos valores personales, pueden ser factores influyentes

Los resultados pueden ofrecer implicaciones para el diseño, la evaluación y eficacia de las intervenciones en los lugares de trabajo para reducir el riesgo de burnout y mejorar los niveles de work engagement en los trabajadores de la salud, y especialmente en los médicos y las enfermeras. Además, supone un problema de Salud Pública pues el desarrollo de esta problemática puede afectar no sólo a la salud del trabajador sino a la calidad y a la seguridad de la atención prestada.

## REFERENCIAS

1. Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, Argentero P. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: The role of organisational and personal factors. *J Clin Nurs*. 2013;22(17–18):2614–24. doi: 10.1111/jocn.12084.
2. Pericak A, Hogg CW, Skalsky K, Bourdeanu L. What Influences Work Engagement Among Registered Nurses: Implications for Evidence-Based Action. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2020;17(5):356–65. doi: 10.1111/wvn.12469.
3. Demerouti E, Nachreiner F, Bakker AB, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):499–512. doi: 10.1037/0021-9010.86.3.499
4. Bakker AB, Demerouti E, Sanz-Vergel AI. Burnout and Work Engagement: The JDR Approach. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav*. 2014;1:389–411.
5. Xanthopoulou D, Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. The role of personal resources in the job demands-resources model. *Int J Stress Manag*. 2007;14(2):121–41. doi: 10.1037/1072-5245.14.2.121
6. Airila A, Hakanen JJ, Schaufeli WB, Luukkonen R, Punakallio A, Lusa S. Are job and personal resources associated with work ability 10 years later? The mediating role of work engagement. *Work Stress*. 2014;28(1):87–105. doi: 10.1080/02678373.2013.872208
7. 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 Interdiscip Appl*. 2015;149(3):277–302. doi: 10.1080/00223980.2013.876380
8. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. España personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83(2).
9. 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):71–9. doi: 10.1016/j.burn.2015.06.001.
10. Manzano-García G, Ayala-Calvo JC. New perspectives: Towards an integration of the concept “burnout” and its explanatory models. *An Psicol*. 2013;29(3):800–9.
11. Maslach C, Leiter MP. Burnout. En Fink, G. (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behaviour*. Academic Press. 2016; pp. 351–357.
12. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *J Organ Behav*. 2004;25(3):293–315. doi: 10.1002/job.248
13. Shanafelt T, Swensen S. Leadership and Physician Burnout: Using the Annual Review to Reduce Burnout and Promote Engagement. *Am J Med Qual*. 2017;32(5):563–5. doi: 10.1177/1062860617691605
14. Scheepers RA, Lases LSS, Arah OA, Heineman MJ, Lombarts KMJM. Job Resources, Physician Work Engagement, and Patient Care Experience in an Academic Medical Setting. *Acad Med*. 2017;92(10):1472–9. doi: 10.1097/ACM.0000000000001719.
15. 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. *Work Heal Saf*. 2016;64(10):479–87.
16. Marques-Pinto A, Jesus ÉH, Mendes AMOC, Fronteira I, Roberto MS. Nurses' Intention to Leave the Organization: A Mediation Study of Professional Burnout and Engagement. *Span J Psychol*. 2018 Aug 8;21:E32. doi:10.1017/sjp.2018.30.
17. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospital: The Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*. 2000;49(3):146–53.
18. Urrútia G, Bonfill X. PRISMA declaration: A proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(11):507–11.

19. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2019;17(1):58–71.
20. Moola S, Munn Z, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Lisy K, et al. Conducting systematic reviews of association (etiology): The Joanna Briggs Institute's approach. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):163–9.
21. Ada HM, Dehom S, D'Errico E, Boyd K, Taylor EJ. Sanctification of Work and Hospital Nurse Employment Outcomes: An Observational Study. *J Nurs Manag*. 2020 Sep 22;1-9.
22. Mullins CH, Gleason F, Wood T, Baker SJ, Cortez AR, Lovasik B, et al. Do Internal or External Characteristics More Reliably Predict Burnout in Resident Physicians: A Multi-institutional Study. *J Surg Educ*. 2020;77(6):e86-e93. doi: 10.1016/j.jsurg.2020.09.024
23. McKenna J, Jeske D. Ethical leadership and decision authority effects on nurses' engagement, exhaustion, and turnover intention. *J Adv Nurs [Internet]*. 2020 Oct;jan.14591. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33009864>
24. Cheng H, Yang H, Ding Y, Wang B. Nurses' mental health and patient safety: An extension of the Job Demands-Resources model. *J Nurs Manag*. 2020 Apr;28(3):653-663. doi: 10.1111/jonm.12971
25. Klein CJ, Weinzimmer LG, Cooling M, Lizer S, Pierce L, Dalstrom M. Exploring burnout and job stressors among advanced practice providers. *Nurs Outlook*. 2020 Mar 1;68(2):145-54.
26. Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Could Personal Resources Influence Work Engagement and Burnout? A Study in a Group of Nursing Staff. *SAGE Open*. 2020;10(1).
27. Sawhney G, Britt TW, Sinclair RR, Mohr CD, Wilson CA. Is Commitment to One's Profession Always a Good Thing? Exploring the Moderating Role of Occupational Commitment in the Association Between Work Events and Occupational Health. *J Career Assess*. 2020;28:551–70.
28. Lachowska B, Minda K. Burnout and work engagement among psychiatric nurses - Are work characteristics important? *Arch Psychiatry Psychother*. 2020 Mar;22(1):77–83.
29. Remegio W, Rivera RR, Griffin MQ, Fitzpatrick JJ. The Professional Quality of Life and Work Engagement of Nurse Leaders. *Nurse Lead*. 2020.
30. Huber A, Strecker C, Hausler M, Kachel T, Höge T, Höfer S. Possession and Applicability of Signature Character Strengths: What Is Essential for Well-Being, Work Engagement, and Burnout? *Appl Res Qual Life*. 2019 Jan 13;15(2):415–36.
31. Faria S, Queirós C, Borges E, Abreu M. Saúde mental dos enfermeiros: Contributos do burnout e engagement no trabalho. *Rev Port Enferm Saúde Ment*. 2019;22.
32. Penz KL, Stewart NJ, Karunanayake CP, Kosteniuk JG, MacLeod MLP. Competence and confidence in rural and remote nursing practice: A structural equation modelling analysis of national data. *J Clin Nurs*. 2019;28(9–10):1664–79.
33. Solms L, Van Vianen AEM, Theeboom T, Koen J, De Pagter APJ, De Hoog M. Keep the fire burning: A survey study on the role of personal resources for work engagement and burnout in medical residents and specialists in the Netherlands. *BMJ Open*. 2019 Nov;9(11).
34. Dominguez LC, Stassen L, de Grave W, Sanabria A, Alfonso E, Dolmans D. Taking control: Is job crafting related to the intention to leave surgical training? *PLoS One*. 2019 Jul;13(6).
35. Havens DS, Gittel JH, Vasey J. Impact of Relational Coordination on Nurse Job Satisfaction, Work Engagement and Burnout: Achieving the Quadruple Aim. *J Nurs Adm*. 2018 Mar 1;48(3):132–40.
36. Saito Y, Igarashi A, Noguchi-Watanabe M, Takai Y, Yamamoto-Mitani N. Work values and their association with burnout/work engagement among nurses in long-term care hospitals. *J Nurs Manag*. 2018 May 1;26(4):393–402.
37. Bogaert P Van, Heusden D Van, Sloopmans S, Roosen I, Aken P Van, Hans GH, et al. Staff empowerment and engagement in a magnet®-recognized and joint commission international accredited academic centre in Belgium: A cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2018 Oct;18(1).
38. Loerbroks A, Glaser J, Vu-Eickmann P, Angerer P. Physician burnout, work engagement and the quality of patient care. *Occup Med (Chic Ill)*. 2017;67(5):356–62.
39. Adriaenssens J, Hamelink A, Bogaert P Van. Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers: A cross-sectional survey study. *Int J Nurs Stud*. 2017 Aug 1;73:85–92.
40. Matziari A, Montgomery AJ, Georganta K, Doulougeri K. The Relationship Between Organizational Practices and Values with Burnout and Engagement. *Curr Psychol*. 2017 Jun;36(2):276–85.
41. Pisanti R, van der Doef M, Maes S, Violani C, Lazzari D. Psychosocial job characteristics and psychological distress / well-being: The mediating role of personal goal facilitation. *J Occup Health*. 2016;58(1):36–46.
42. 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. *Work Heal Saf*. 2016 Oct 1;64(10):479–87.

43. Gabel Shemueli R, Dolan SL, Suárez Ceretti A, Nuñez del Prado P, Shemueli RG, Dolan SL, et al. Burnout and Engagement as Mediators in the Relationship between Work Characteristics and Turnover Intentions across Two Ibero-American Nations. *Stress Heal.* 2016 Dec 1;32(5):597–606.
44. Vander Elst T, Cavents C, Daneels K, Johannik K, Baillien E, Van den Broeck A, et al. Job demands–resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nurs Outlook.* 2016 Nov;64(6):542–56.
45. García-Sierra R, Fernández-Castro J, Martínez-Zaragoza F, García-Sierra R, Fernández-Castro J, Martínez-Zaragoza F. Relationship between job demand and burnout in nurses: Does it depend on work engagement? *J Nurs Manag.* 2016;24(6):780–8.
46. 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.
47. Mijakoski D, Karadzinska-Bislimovska J, Basarovska V, Montgomery A, Panagopoulou E, Stoleski S, et al. Burnout, engagement, and organizational culture: Differences between physicians and nurses. *Maced J Med Sci.* 2015;3(3):506–13.
48. Mijakoski D, Karadzinska-Bislimovska J, Basarovska V, Minov J, Stoleski S, Angeleska N, et al. Work demands–burnout and job engagement–job satisfaction relationships: Teamwork as a mediator and moderator. *Maced J Med Sci.* 2015 Mar 15;3(1):176–83.
49. Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012 [consultado el 23/11/2020]. Disponible en <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
50. García-Sierra R, Fernández-Castro J, Martínez-Zaragoza F. Work engagement in nursing: an integrative review of the literature. *J Nurs Manag.* 2016;24(2):E101-E111. doi: 10.1111/jonm.12312
51. Cañadas-De la Fuente GA, Albendín-García L, de la Fuente EI, San Luis C, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. *Rev Esp Salud Pública.* 2016;90:e1-e9.
52. Vidotti V, Ribeiro RP, Galdino MJQ, Martins JT. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018;26:e3022. doi: 10.1590/1518-8345.2550.302
53. Teixeira CAB, Gherardi-Donato EC, Pereira SS, Cardoso L, Reisdorfer E. Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria. *Enferm. Glob.* 2016;15(44):288-98.
54. Schaufeli WB, Bakker A. UWES. Utrecht Work Engagement Scale. Escala Utrecht de Engagement en el Trabajo. Valencia, España: Occupational Health Psychology Unit Utrecht University; 2011. doi: 10.1037/t01350-000
55. Giménez-Espert MDC, Prado-Gascó V, Soto-Rubio A. Psychosocial Risks, Work Engagement, and Job Satisfaction of Nurses During COVID-19 Pandemic. *Front Public Health.* 2020 Nov 20;8:566896. doi: 10.3389/fpubh.2020.566896.
56. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, Wan SW, Liu Z, Shen Q, Yang J, He HG, Zhu J. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EclinicalMedicine.* 2020 Jun 27;24:100424. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100424.
57. Lyu H, Yao M, Zhang D, Liu X. The Relationship Among Organizational Identity, Psychological Resilience and Work Engagement of the First-Line Nurses in the Prevention and Control of COVID-19 Based on Structural Equation Model. *Risk Manag Healthc Policy.* 2020 Nov 2;13:2379-2386. doi: 10.2147/RMHP.S254928.
58. Wildgruber D, Frey J, Seer M, Pinther K, Koob C, Reuschenbach B. Work engagement and stress experience of health professionals in times of the corona pandemic: a cross-sectional study. *Pflege.* 2020;33(5):299-307. doi: 10.1024/1012-5302/a000759.



10.1.4. Publicación 4

Título

DIMENSIONES ÉTICAS DE LA PREVENCIÓN Y PLANIFICACIÓN EN LOS CENTROS SOCIO-SANITARIOS DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 (COVID-19): UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA.

Referencia

Coronado-Vázquez, V., Castro-Martín, J., Cámara-Escribano, C., Gómez-Salgado, J., Martín-López, C., y García-Iglesias, J. J. (2020). Dimensiones éticas de la prevención y planificación en los centros sociosanitarios durante la pandemia por SARS-CoV-2 (Covid-19): una emergencia de salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 94: e202009105.

Datos de la revista

Título: *Revista Española de Salud Pública*

Título abreviado ISO: *Rev. Esp. Salud Publica*

Lenguaje: Español

Factor de Impacto (2019): 0'746

Ranking (JCR): 159/171 (Q4) *Public, Environmental & Occupational Health (SSCI)*

Copia del artículo



**COLABORACIÓN ESPECIAL**Recibido: 10 de julio de 2020  
Aceptado: 19 de agosto de 2020  
Publicado: 7 de septiembre de 2020**DIMENSIONES ÉTICAS DE LA PREVENCIÓN Y PLANIFICACIÓN EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 (COVID-19): UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA****Valle Coronado-Vázquez (1,2), Josefa Castro-Martín (2,3), Carmen Cámara-Escribano (2,4), Juan Gómez-Salgado (5,6), Cristina Martín-López (7) y Juan Jesús García-Iglesias (5,8).**

- (1) Centro de Salud de Illescas. Toledo. España.  
(2) Grupo de Bioética de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC). Madrid. España.  
(3) Centro de Salud Benita de Ávila. Madrid. España.  
(4) Centro de Salud Dos de Mayo. Madrid. España.  
(5) Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Universidad de Huelva. Huelva. España.  
(6) Programa de Posgrado de Seguridad y Salud. Universidad Espíritu Santo. Guayaquil. Ecuador.  
(7) Unidad de Rehabilitación. Hospital de Río Tinto. Huelva. España.  
(8) Escuela Superior de Salud. Universidade Atlântica. Lisboa. Portugal.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

**RESUMEN**

La pandemia por SARS-CoV-2 (Covid-19) ha tenido un gran impacto en los residentes de centros sociosanitarios. Es probable que las características de estos pacientes y su especial fragilidad clínica hayan contribuido a una mayor vulnerabilidad a la infección, pero no se pueden descartar otros factores asociados a la misma como son la gestión de los centros y la falta de planificación de las actuaciones antes y durante la crisis sanitaria. Ambos aspectos pertenecen al ámbito de la salud pública, donde la ética del bien común entra en conflicto con la autonomía de las personas.

**Palabras clave:** SARS-CoV-2, Centros sociosanitarios, Salud pública, Planificación de emergencias, Ética.

**ABSTRACT****Ethical dimensions of prevention and planning in assisted-living facilities during the SARS-CoV-2 pandemic (Covid-19): a public health emergency**

The SARS-CoV-2 pandemic (Covid-19) has had a major impact on residents of assisted-living facilities. While it is plausible that the characteristics of these patients and their special clinical fragility have contributed to their greater vulnerability to infection, other related factors cannot be ruled out, such as the quality of management at these centers and the lack of planning for actions taken before and during the health crisis. Both aspects pertain to the field of public health, where the ethics of the common good conflicts with the autonomy of the individual.

**Keywords:** SARS-CoV-2, Social health centers, Public health, Emergency planning, Ethic.

Correspondencia:  
Juan Gómez-Salgado  
Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública  
Facultad de Ciencias del Trabajo  
Universidad de Huelva  
Avda. Tres de Marzo, s/n  
21007 Huelva, España  
salgado@uhu.es

Cita sugerida: Coronado-Vázquez V, Castro-Martín J, Cámara-Escribano C, Gómez-Salgado J, Martín-López C, García-Iglesias JJ. Dimensiones éticas de la prevención y planificación en los centros sociosanitarios durante la pandemia por SARS-CoV-2 (Covid-19): una emergencia de salud pública. Rev Esp Salud Pública. 2020;94: 7 de septiembre e202009105

## INTRODUCCIÓN

La pandemia por SARS-CoV-2 ha sacado a la luz las deficiencias de los centros sociosanitarios en cuanto a sus objetivos de proporcionar unos cuidados de calidad a la población más envejecida.

Poco tiempo después de la aparición de los primeros casos de infección por SARS-CoV-2 en la ciudad china de Wuhan, los datos publicados por el *Chinese Center for Disease Control and Prevention* ya mostraban que los pacientes más afectados por la enfermedad eran los ancianos, y que la mortalidad era mayor conforme se incrementaba la edad y, especialmente, en aquellos que presentaban determinadas condiciones de comorbilidad<sup>(1)</sup>.

Esta asociación entre fragilidad e infección por SARS-CoV-2 se ha demostrado en la rápida expansión que la enfermedad ha tenido entre los residentes de centros sociosanitarios. Aunque no se conoce con exactitud el impacto real de la misma, y a pesar de la variabilidad de los datos, en algunos países de la Unión Europea la incidencia de la enfermedad ha sido superior al 50%<sup>(2)</sup>. En Reino Unido, el incremento de mortalidad en estos centros alcanzó un 48,5%, mientras que en los domicilios particulares había sido de un 11%<sup>(3)</sup>.

En España, de los fallecimientos por Covid-19 hasta el 30 de abril, el 66,5% se habían producido en centros sociosanitarios<sup>(4)</sup>.

En este artículo se analiza la elevada mortalidad por coronavirus entre los residentes de centros sociosanitarios, valorando desde la salud pública y, en concreto, desde la perspectiva de la planificación y prevención, los fallos que han conducido a esta situación y las consecuencias que de ellos se han derivado, haciendo una aproximación desde la ética de la justicia y la responsabilidad. Finalmente,

se ofrecen algunas propuestas para enfrentar futuros retos sanitarios en este tipo de centros.

## LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS Y EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN EL ENVEJECIMIENTO

España es un país envejecido. El índice de envejecimiento nacional fue del 122% en 2019 y el porcentaje de personas mayores de 75 años, a 1 de enero de 2020, era del 10,3% de la población, con una tasa de dependencia en mayores de 64 años del 20,3%<sup>(5)</sup>.

Con estos datos, la atención a las personas dependientes se ha ido convirtiendo en el eje central de las políticas sociales, surgiendo los nuevos modelos de residencias con sistemas de gestión pública, en unos casos, y gestión privada en otros.

Los centros sociosanitarios son actualmente centros interdisciplinarios que atienden los problemas de salud de las personas dependientes en un ambiente donde pueden desarrollar sus funciones sociales, porque se entiende que la socialización, más si cabe en las personas mayores, está íntimamente relacionada con los cuidados de la salud.

En España hay 4,2 plazas para residentes por cada 100 personas mayores<sup>(6)</sup>, distribuidas como Centros de Día o Servicios de Atención Residencial, que ofrecen alojamiento y servicios de restauración de forma permanente o temporal para cubrir las distintas necesidades de las personas dependientes. Se estima que hay más de 6.000 centros de este tipo con aproximadamente 400.000 plazas disponibles en el territorio nacional<sup>(7)</sup>.

La asistencia integral e integrada a las personas dependientes, buscando la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, tuvo su

expresión en la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*<sup>(8)</sup>, que vino a establecer procedimientos homogéneos para garantizar la cohesión y equidad territorial en la prestación de este tipo atención.

Uno de los aspectos que recoge esta ley es la necesidad de implantar sistemas de gestión de la calidad en los centros residenciales, pero los recortes en políticas sociales llevados a cabo en España a consecuencia de la crisis económica de 2008 dieron lugar a una reducción en la financiación de los programas de dependencia y al retraso en la aplicación de la ley, lo que ha tenido consecuencias negativas sobre la situación familiar y el bienestar de estas personas<sup>(9)</sup>.

El *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*, que la Organización Mundial de la Salud publicó en 2015<sup>(10)</sup>, plantea un nuevo enfoque sobre cuál debería ser la respuesta más apropiada al envejecimiento de la población desde la salud pública y sugiere una serie de acciones concretas adaptadas a los diferentes niveles socioeconómicos de los países. Se insiste en la importancia de mantener la capacidad funcional de las personas mayores, transformando un sistema sanitario curativo como el actual en uno de prestación de cuidados integrales centrados en las necesidades de las personas, con el objetivo de corregir los problemas y las injusticias inherentes a los sistemas actuales.

## IMPACTO DE LA COVID-19 EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS

La enfermedad por SARS-CoV-2 (Covid-19) ha tenido una elevada incidencia y letalidad entre los residentes de los centros sociosanitarios. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, más de la mitad de las muertes ocurridas en Europa por Covid-19 fueron de personas que vivían en este tipo de centros<sup>(11)</sup>.

Algunos factores que han intervenido en esta situación dependen de las características de los pacientes, como son su elevada edad y el padecimiento de enfermedades crónicas, pero hay también otras circunstancias desencadenantes que se relacionan con la gestión de los centros como son las dificultades para el aislamiento de los casos, la falta de medios diagnósticos, la escasez de cuidadores y el hecho de que con frecuencia son éstos los que van transmitiendo la enfermedad al no disponer de material adecuado, así como las frecuentes visitas que estos pacientes reciben en su día a día por familiares y allegados<sup>(12,13)</sup>.

Como consecuencia de la enorme demanda de tratamientos hospitalarios durante las fases de mayor expansión de la enfermedad, fundamentalmente los aplicados en las unidades de cuidados intensivos, el sistema sanitario se ha visto desbordado<sup>(14)</sup>. Esto ha obligado a hacer una selección de aquellos enfermos que podían obtener más beneficios con el tratamiento, lo que ha tenido una repercusión directa sobre los residentes de estos centros que, debido a su fragilidad, algunos han sido excluidos para ser tratados en estas unidades<sup>(15)</sup>. Pero, se debe ser cauto a la hora de aplicar criterios utilitaristas, porque el valor de “maximizar” los beneficios, es decir, salvar el mayor número de vidas posibles, aunque aceptado en situaciones de escasez de recursos, puede ser injusto si se considera como un criterio único a seguir para priorizar a los pacientes que van a recibir un tratamiento curativo<sup>(16)</sup>. Además, deberían entrar en juego otros criterios como la evidencia científica de la que se disponga en cada momento sobre el mejor cuidado que la persona precise, ya sea con fines curativos o paliativos.

En todos los países que han sufrido con más intensidad la pandemia, se han debido racionar los recursos sanitarios. De aquí se derivan dos cuestiones, ambas relacionadas con la ética de la justicia y la responsabilidad. Una de ellas se

corresponde con el siempre problemático asunto de cómo hacer una distribución justa de unos recursos escasos, la otra entra en el terreno de la prevención y la planificación de las emergencias sanitarias.

## ÉTICA DE LA PLANIFICACIÓN DE LAS EMERGENCIAS EN SALUD PÚBLICA

El *Institute of Medicine* define la salud pública como “lo que nosotros, como sociedad, hacemos colectivamente, asegurando las condiciones para que las personas estén sanas”<sup>(17)</sup>.

Así entendida, es un proceso de planificación y prevención, que se caracteriza por ser continuo y adaptable a los cambios que se van produciendo<sup>(18)</sup>, y cuyo objetivo ético es el de minimizar las muertes, la discapacidad y la enfermedad<sup>(19)</sup>.

En la última década, la salud pública ha venido ganando relevancia en el campo de la bioética. Los problemas éticos en salud pública se debaten entre el respeto a la autonomía de las personas y la búsqueda del bien común como exigencia del principio de justicia. Si el autonomismo fue la principal preocupación en los inicios de la bioética, pronto las cuestiones de salud pública comenzaron a cobrar más protagonismo, surgiendo la necesidad de desarrollar un código ético, lo que ha venido reforzado por tres razones: evitar las acciones indebidas, establecer un marco moral que proporcione los principios a aplicar, y dotar a los profesionales de integridad ética<sup>(20)</sup>.

La justicia como principio ético en salud pública aparece unido al de equidad. No es posible entender la justicia distributiva en un marco social de inequidad, y así es como se piensa desde el liberalismo igualitario de Rawls<sup>(21)</sup>, que plantea la necesidad de garantizar a las personas unos bienes primarios para el desarrollo de

sus proyectos de vida individuales. Unos bienes en los que, a criterio de Norman Daniels<sup>(22)</sup>, entrarían los determinantes sociales de la salud. Esta postura queda lejos del liberalismo radical de Robert Nozick, para el que la salud no es un derecho humano fundamental y la prestación de los servicios está en función de la capacidad adquisitiva de las personas, no siendo posible subsanar las desigualdades en los más desfavorecidos<sup>(23)</sup>. Por otro lado, para Ronald Dworkin un objetivo justo sería reducir los gastos en salud, para lo que introduce el principio de responsabilidad individual en un sistema de cobertura universal mínima<sup>(24)</sup>.

Martha Nussbaum y Amartya Sen van más allá y consideran que la distribución justa de recursos no es suficiente para garantizar el bienestar de las personas. Es preciso considerar sus capacidades, que en parte vienen determinadas por la salud, porque las discapacidades limitan los proyectos de vida<sup>(25)</sup>.

De cómo las instituciones sean capaces de conjugar la idea de autonomía con la de justicia depende, en buena medida, la respuesta que se les dé a las personas más vulnerables en tiempos de crisis, como la generada por la pandemia de Covid-19. Mientras que la primera hace hincapié en el paradigma deontológico de Kant<sup>(26)</sup>, la segunda se fundamenta en el respeto a un sistema de valores y creencias asentados en la comunidad y plasmados en un cuerpo normativo<sup>(27)</sup>. Desde el punto de vista práctico, sería prudente buscar un punto intermedio en el que se respeten los derechos de información y toma de decisiones, bien ejercidos por la persona o de forma subrogada, y actuar bajo la premisa del paternalismo en cuestiones que implican la seguridad de la comunidad de individuos<sup>(28)</sup>.

El Estado debe asumir las obligaciones sanitarias y sociales que implican una ética de la responsabilidad, entendida como responder *por alguien y a alguien*. Así entendido, el concepto

de responsabilidad en salud pública puede resultar paradójico en algunas ocasiones y dar lugar a una limitación de las libertades individuales. En estos casos no hay criterios generales a seguir, siendo necesario recurrir con prudencia a una evaluación correcta y oportuna de todas las circunstancias presentes en el momento, como la extensión y magnitud del riesgo, y el grado en que se infringen los valores individuales<sup>(29)</sup>.

Las instituciones públicas tienen la responsabilidad de velar por la calidad de la atención prestada a las personas que residen en los centros sociosanitarios. Las estrategias de prevención en salud pública tienen que ver con las condiciones en las que viven las personas, por lo que es necesario abordar los entornos donde estas desarrollan sus actividades diarias y hacerlo con un enfoque positivo, en el sentido de protección de la salud<sup>(30)</sup>.

La falta de previsión para controlar la transmisión de las enfermedades infecciosas tiene consecuencias importantes en la salud comunitaria y, en concreto, en los centros sociosanitarios puede tener efectos dramáticos, como se ha visto en la actual pandemia por coronavirus. Los resultados de una insuficiente planificación sanitaria son la escasez de medios materiales y humanos, derivando en una inadecuada organización de los espacios, mayor concentración de personas y la imposibilidad de hacer un correcto aislamiento de los casos en los brotes epidémicos<sup>(31)</sup>.

La toma de decisiones en una situación de emergencia sanitaria como la actual, donde los recursos son escasos, debe realizarse en un marco de justicia, recurriendo a la equidad para que no recaigan sobre los más vulnerables todas las consecuencias de la enfermedad<sup>(32)</sup>.

Pero las cuestiones éticas que van a surgir irán cambiando en relación a las distintas fases de la emergencia sanitaria. Así, en la fase de planificación, el objetivo será la reducción de

los riesgos, preparando las actividades preventivas con respeto a la dignidad de las personas, con equidad y siguiendo un proceso transparente en la toma de decisiones<sup>(19)</sup>.

En cambio, durante la emergencia el interés se desplaza hacia el triaje, la distribución de los recursos y el establecimiento del estándar de cuidados que se va a seguir<sup>(33)</sup>. En la infección por SARS-CoV-2 en los centros sociosanitarios esto se traduce en el deber de las instituciones de gestionar adecuadamente los recursos disponibles y estimar aquellos que pueden escasear durante una crisis sanitaria, hacer un triaje de los residentes que tienen un mayor riesgo de infección para intensificar en ellos las medidas de prevención y vigilancia, y organizar los cuidados de forma que estén adaptados a la situación de emergencia, donde es muy probable que aumente su demanda.

Como la vigilancia de las personas sometidas a cuarentenas o aislamientos puede limitar su privacidad y desencadenar un sentimiento de discriminación y estigmatización, desde el punto de vista ético se debe hacer una supervisión continua por parte de las instituciones públicas para analizar las cargas y los beneficios de la vigilancia, reduciendo los riesgos y prestando mayor atención a los grupos más vulnerables<sup>(34)</sup>.

Otras consecuencias del aislamiento y la distancia social en los ancianos son la soledad y el edadismo, que pueden tener una repercusión negativa sobre su salud mental y física<sup>(35)</sup>. Para limitar su impacto es conveniente un abordaje multidisciplinar y el uso de las tecnologías de la información para mantener conectados a los pacientes con sus familiares y cuidadores<sup>(35)</sup>.

Corresponde a las autoridades de salud pública realizar protocolos de actuación con el objetivo de reducir en los médicos y en las enfermeras la tensión derivada de las decisiones sobre quiénes pueden o no tener acceso a los cuidados

intensivos<sup>(16)</sup>, así como para sostener la equidad, de forma que el acceso a unos cuidados de calidad no sea una cuestión discrecional.

Pero la planificación de las emergencias sanitarias no puede ser ajena a las creencias y valores de las personas, de ahí la importancia de implicar a los pacientes en las decisiones. En el caso de los centros sociosanitarios, algunos pacientes rechazarán el ingreso en las unidades de cuidados intensivos durante la pandemia, eligiendo recibir la atención en el centro donde residen, siempre que se puedan garantizar unos cuidados de calidad<sup>(36)</sup>. Es aquí donde cobra protagonismo la planificación anticipada de las decisiones como garantía del respeto a la voluntad de las personas y sus derechos, y que debe ser parte del proceso de planificación de las emergencias sanitarias.

### RETOS PARA UNOS CUIDADOS RESPONSABLES Y JUSTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS EN SITUACIONES DE EMERGENCIA SANITARIA

Tras el análisis de lo ocurrido en los centros sociosanitarios durante la pandemia de Covid-19, se hace necesario repensar este modelo de cuidados y su gestión durante las crisis sanitarias<sup>(3)</sup>. Algunas propuestas serían:

- Las instituciones deben garantizar los cuidados de los más vulnerables con criterios de justicia y equidad, proporcionando las medidas de prevención necesarias como son el facilitar las distancias físicas y los recursos materiales y humanos que se precisen.
- La integración de la gestión clínica de los centros sociosanitarios en la atención primaria, con profesionales que lideren los cuidados, facilitando la continuidad de la asistencia con un sistema de información único, es clave para

llevar a cabo de manera efectiva las actuaciones de salud pública.

- La planificación de las emergencias sanitarias, tales como las epidemias, requiere de la formación de los profesionales sanitarios para la detección precoz de los síntomas de la enfermedad, la provisión de material de protección, un liderazgo compartido y una comunicación fluida con las autoridades de salud pública<sup>(37)</sup>.
- Y, por último, es una prioridad la exigencia de un ejercicio de transparencia y rendición de cuentas por parte de los responsables de la atención a los residentes en los centros sociosanitarios, como señal de respeto a la dignidad de las personas y de compromiso con el bien común.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239–42. doi: 10.1001/jama.2020.2648.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 [citado 10 Junio 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA>.
3. O'Dowd A. Covid-19: Deaths in care home deaths in England and Wales rise sharply. *BMJ*. 2020;369:m1727. doi: 10.1136/bmj.m1727.
4. Gallego-Berciano P. Impacto de covid-19 en los centros sociosanitarios. *Rev Española de Salud Pública* [serie en internet]. Especial coronavirus COVID-19. Junio 2020 [citado 12 junio 2020]. Disponible en: [https://www.msccbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/Suplementos/coronavirus\\_covid19.htm](https://www.msccbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/coronavirus_covid19.htm).

5. Instituto Nacional de Estadística. Población residente por fecha, sexo y edad [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2020 [citado 20 Junio 2020]. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica\\_P&cid=1254734710984](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984).
6. Abellan García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2019 [Internet]. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2019. Documento técnico: Informes Envejecimiento en red núm. 22 [Fecha de publicación: 06/03/2019]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>.
7. Dirección General del IMSERSO. Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España 2018. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2018 [citado 18 Junio 2020]. Disponible en: [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf\\_ssppmmesp2018.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_ssppmmesp2018.pdf).
8. Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, de 15-12-2006.
9. Correa M, Jiménez-Aguilera JD. Sombra y sombras en la aplicación de la ley de dependencia. Gac Sanit. 2016;30(1):77-80. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.09.001.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 12 junio 2020]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=01BBDE7A249B5C782744150EE4E355C6?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=01BBDE7A249B5C782744150EE4E355C6?sequence=1).
11. Birnbaum M, Booth W. Nursing homes linked to up to half of coronavirus deaths in Europe [Internet]. Washington, USA: Washington Post; 2020. Disponible en: [https://www.washingtonpost.com/world/europe/nursing-homes-coronavirus-deaths-europe/2020/04/23/d635619c-8561-11ea-81a3-9690c9881111\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/world/europe/nursing-homes-coronavirus-deaths-europe/2020/04/23/d635619c-8561-11ea-81a3-9690c9881111_story.html).
12. Barnett M L, Grabowski DC. Nursing Homes Are Ground Zero for COVID-19 Pandemic. Jama Health Forum [serie en internet]. Marzo 2020 [citado 12 Junio 2020]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2763666>.
13. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. N Engl J Med. 2020;382(21):2005-11. doi: 10.1056/NEJMoa200541.
14. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next?. Lancet. 2020;395(10231):1225-1228.
15. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic [published online ahead of print, 2020 Mar 27]. JAMA. 2020;10.1001/jama.2020.5046.
16. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Upshur R, Thome B, Parker M, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med. 2020;382(21):2049-55. doi: 10.1056/NEJMs2005114.
17. Gostin L, Wiley L. Public Health Ethics and Law [Internet]. New York: The Hasting Center; 2020 [citado 20 Junio 2020]. Disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/public-health/>.
18. Pineault R, Daveluy C, García-Vargas J, Ferrús L. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1994.
19. Jennings B, Arras J. Ethical Guidance for Public Health Emergency Preparedness and Response: Highlighting Ethics and Values in a Vital Public Health Service [Internet]. EE.UU: Centers for Disease Control and Prevention; 2001 [citado 10 abril 2020]. Disponible en: <https://www.hsdl.org/?view&did=722935>.
20. Callahan D, Jennings B. Ethics and Public Health: forging a Strong Relationship [Internet]. Am J Public Health. 2002;92(2):169-76.

21. Rawls J. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica;2006.
22. Daniels N. Health-care needs and distributive justice. *Philos Public Aff.* 1981;10(2):146-179.
23. Wolff J. Property, Justice and the Minimal State. Oxford: Polity press; 2003. 164p.
24. Zúñiga Fajuri, A. La teoría distributiva de Dworkin y el derecho a la protección de la salud. *Revista De Derecho.* 2015;20(1): 323-338.
25. Anand P, Dolan P. Equity, capabilities and health. *Soc Sci Med.* 2005;60(2):219-222.
26. Carter MW. Advancing an ethical framework for long-term care. *J Aging Stud.* 2002;16(1):57-71. doi: 10.1016/s0890-4065(01)00034-2.
27. Papadimos TJ. Healthcare access as a right, not a privilege: a construct of Western thought. *Philos Ethics Humanit Med.* 2007;2:2. doi: 10.1186/1747-5341-2-2.
28. Collopy BJ. Ethical dimensions of autonomy in long-term care. *Generations.* 1990;14(Suppl. 1990):9-12.
29. Turolfo F. Responsibility as an ethical framework for public health interventions. *Am J Public Health.* 2009 Jul;99(7):1197-202.
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citado 05 julio 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>.
31. Li Y, Harrington C, Temkin-Greener H, You K, Cai X, Cen X, et al. Deficiencies In Care At Nursing Homes And Racial/Ethnic Disparities Across Homes Fell, 2006-11. *Health Aff (Millwood).* 2015;34(7):1139-46. doi: 10.1377/hlthaff.2015.0094.
32. Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J. El error de no planificar las emergencias en salud pública. *Gac Sanit.* 2020;34(4):416. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.04.004.
33. American Health Care Association. Ethical Guidelines for the Development of Emergency Plans [Internet]. Washington: American Health Care Association; 2008 [citado 05 julio 2020]. Disponible en: <https://www.ltcrepare.org/node/384>.
34. Fairchild AL, Dawson A, Bayer R y Selgelid MJ. The World Health Organization, Public Health Ethics, and Surveillance: Essential Architecture for Social WellBeing. *Am J Public Health.* 2017;107(10):1596-1598.
35. Van Orden KA, Bower E, Lutz J, et al. Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During ‘Social Distancing’ Restrictions [published online ahead of print, 2020 May 18]. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;10.1016/j.jagp.2020.05.004.
36. Roland K, Marcus M. COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20235. doi: 10.4414/smw.2020.20235.
37. Mills JP, Kaye KS, Mody L. COVID-19 in older adults: clinical, psychosocial, and public health considerations. *JCI Insight.* 2020;5(10):139292. doi: 10.1172/jci.insight.139292.

10.1.5. Publicación 5

Título

RELATIONSHIP BETWEEN WORK ENGAGEMENT, PSYCHOSOCIAL RISKS, AND MENTAL HEALTH AMONG SPANISH NURSES: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Referencia

García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Ortega-Moreno, M., Navarro-Abal, Y. (2020). Relationship between work engagement, psychosocial risks, and mental health among Spanish nurses: A cross-sectional study. *Front. Public Health*. doi: 10.3389/fpubh.2020.627472

Datos de la revista

Título: *Frontiers in Public Health*

Título abreviado ISO: *Front. Public Health*

Lenguaje: Inglés

Factor de Impacto (2019): 2'483

Ranking (JCR): 71/193 (Q2) *Public, Environmental & Occupational Health (SCIE)*

Copia del artículo





# Relationship Between Work Engagement, Psychosocial Risks, and Mental Health Among Spanish Nurses: A Cross-Sectional Study

Juan Jesús García-Iglesias<sup>1,2</sup>, Juan Gómez-Salgado<sup>1,3\*</sup>, Mónica Ortega-Moreno<sup>4</sup> and Yolanda Navarro-Abal<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Department of Sociology, Social Work and Public Health, Faculty of Labour Sciences, University of Huelva, Huelva, Spain, <sup>2</sup> Nursing Department, Atlântica Health School, Barcarena, Portugal, <sup>3</sup> Safety and Health Postgraduate Programme, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador, <sup>4</sup> Department of Economy, Faculty of Economic and Business Sciences, University of Huelva, Huelva, Spain, <sup>5</sup> Department of Social, Evolutionary and Educational Psychology, Faculty of Labour Sciences, University of Huelva, Huelva, Spain

## OPEN ACCESS

### Edited by:

Luigi Vimercati,  
University of Bari Aldo Moro, Italy

### Reviewed by:

Alberto Modenese,  
University of Modena and Reggio  
Emilia, Italy  
Nicola Mucci,  
University of Florence, Italy

### \*Correspondence:

Juan Gómez-Salgado  
jgsalgad@gmail.com

### Specialty section:

This article was submitted to  
Occupational Health and Safety,  
a section of the journal  
Frontiers in Public Health

Received: 09 November 2020

Accepted: 30 December 2020

Published: 26 January 2021

### Citation:

García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Ortega-Moreno M and Navarro-Abal Y (2021) Relationship Between Work Engagement, Psychosocial Risks, and Mental Health Among Spanish Nurses: A Cross-Sectional Study. *Front. Public Health* 8:627472. doi: 10.3389/fpubh.2020.627472

**Background:** Exposure to risk factors may lead to health problems of varied nature and to an increased risk of suffering accidents at work.

**Objectives:** The aim of this study was to evaluate the work engagement, psychosocial risks, and psychological well-being of Spanish nurses, analyzing existing relationships, and their associations with self-reported mental health problems of nurses.

**Methods:** To this end, a cross-sectional observational study was carried out with a sample of 1,704 Spanish nurses between January 2019 and January 2020, using a self-administered questionnaire containing sociodemographic variables, the Spanish version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (CoPsoQ-istas21), the Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9), and the General Health Questionnaire (GHQ-12).

**Results:** The Kruskal-Wallis test showed that nurses' perceptions for each of the tests significantly differed among different healthcare areas ( $p < 0.05$ ). The results indicated that emergency nurses offered higher scores in all dimensions of the CoPsoQ-istas21 and GHQ-12 tests; and in primary care, nurses scored higher in all three dimensions of the UWES-9 test. In addition, self-perceived health and vigor at work were identified as predictive factors of mental health.

**Conclusions:** A high percentage of Spanish nurses perceived a high level of psychosocial risk in the exercise of their duties and nearly 41% could suffer from some mental health-related problem. Primary Care nurses showed higher levels of work engagement and lower perception of psychosocial risks than Emergency nurses. Results may allow to identify a professional profile which is more likely to suffer from psychological distress, as both the working conditions and the work commitment expressed by nurses in their daily work are key elements in assessing the possible psychosocial risks to which they may be exposed.

**Keywords:** health personnel, mental health, work engagement, occupational disease, nurses, primary health care, emergency medical services

## INTRODUCTION

The health sector is considered to be one of the most exposed to occupational risks (1). The health worker may have his health compromised by frequent, continuous, and persistent exposure to physical, chemical, biological, ergonomic, and psychosocial risks of various kinds and nature (2). These idiosyncratic working conditions related, for example, to intensive and rotating work shifts, high levels of stress and high psychological demands, among others, may affect the development of psychological disorders, as is the case of nursing professionals (3).

In this context, perspectives are required to refocus understanding and intervention in the psychosocial context and its interaction with the person, focusing on premises that value the positive capital of people and the organizational context in which they develop occupationally and personally. Relevance should focus not only on the risk factors that can have negative consequences, but on the protective factors that can facilitate the prevention of such risks, leading to subjective welfare states by the healthcare professional (4). Within this perspective, importance has been given to the study of engagement as a shield against burnout, that has its own entity (5). Engagement is understood as an emotional, cognitive, and psychological construct that refers to a positive and satisfactory mental state related to work, based on three dimensions: vigor (high energy levels and mental endurance), dedication (work involvement, enthusiasm, and challenge by work), and absorption (total concentration at work) (6).

In this sense, having committed employees increases productivity levels, results in greater enthusiasm and interaction with colleagues, more motivation and creativity, and a decrease in absenteeism levels and the number of errors (5). To do this, it is necessary for personal factors such as situational factors to encourage increased levels of engagement.

In recent decades, from this approach of positive psychology, special emphasis has been placed on the relationship between health, well-being, and happiness, being sufficiently and scientifically proven at this point that the evidence of these variables in the person brings about consequences that are considered desirable, at the very least, and in the working context (7, 8).

According to the results of the 6th European Working Conditions Survey (9), nurses, due to their working conditions, present a clear and remarkable increase in reporting mental health problems and psychological discomfort (7, 8), which mainly manifest in irritability, stomach pain, sleep problems, and anxiety-like symptoms (9). In this sense, physical health is also affected, and a greater number of symptoms are observed, as compared to the rest of the working population.

Nurses experience recurrent symptomatology related to unfavorable psychosocial conditions as a result of their work performance: high levels of stress, anxiety, emotional overload, or fatigue, mainly as a result of the nature of their work and the place where they perform their work (10, 11). These adverse psychosocial circumstances are also related to reduced quality of life in their self-perceived health levels and also regarding well-being (5). Similarly, there is an increase in

absenteeism and the number of cardiovascular, musculoskeletal, and mental health-related diseases. These effects, according to the Job Demands-Resources Model by Bakker et al. (12) may be explained by the imbalance between resources and demands, where work demands are more numerous than work and/or personal resources.

Adverse working conditions affecting the health of nurses have been identified in very different work environments. Primary care (PC) nurses are subjected to a shortage of time to perform their duties and this fact may be related to their patient quota, excessive bureaucratic tasks (11), being subjected to geographical dispersion by having to assist outside their health centre and, in many cases, having to treat a population with a high level of dependence and complexity (13). In the case of intensive care units (ICU) and hospital emergency services (HES), nurses may be exposed to stressful situations due to the critical situation of the patient, and especially in HES (14, 15), where unpredictable events must be dealt with and being this the service where nurses are most exposed to aggression (16). As has been observed in nurses working in emergency and out-of-hospital emergency services (OHES), a high presence of symptomatology related to work stress (physical and emotional fatigue, overload, tension, and anxiety) has been observed that may pose a risk of impaired mental health to nurses working in these environments (17, 18).

As a result of this evidence, over the last few years, concern for the occupational health of the nursing professional collective has led to the development of studies related to pathologies and traits linked to professional performance (19). The data obtained show the need to address this problem that causes suffering and professional and personal impairment, and which directly affects the quality of the care provided (5).

As mentioned, there is evidence that the variability of the work environment of the nursing profession conditions the risk factors to which professionals are exposed. This study raises the hypothesis that the profile of the work environment influences the psychosocial risk endured by nurses and its effect on their mental well-being. It would be interesting to compare the psychosocial impact of different clinical settings to identify professionals at greatest risk and design preventive interventions adapted to each reality. The objective of this study was to describe the work engagement, psychosocial risks, and psychological well-being of a sample of Spanish nurses belonging to different areas of care, analyzing the relationships between these variables and their associations with self-reported mental health problems of nurses.

## MATERIALS AND METHODS

### Study Design and Participants

A cross-sectional study was conducted on a population of 185,835 Spanish nurses. According to the National Institute of Health Management (*INGESA*, for its acronym in Spanish) (20) under the Ministry of Health, in 2018 there were 185,835 nurses working in the National Health System, of which 30,499 worked in PC, 150,269 in specialized care (8,101 were part of the HES), 3,061 in the OHES and 15,716 nurses worked in the private health sector (of which 1,754 worked in private HES).

For this population, a necessary sample of 386 nurses was estimated for a 5% error, with a 95% confidence and a heterogeneity of 50%. As inclusion criteria, the following were established: (i) nurses who carry out healthcare, teaching, management and/or research work typical of their profession; (ii) resident in the national territory (Spain); (iii) active nurses; and (iv) who have accepted the informed consent. The exclusion criteria were: (i) not performing strictly nursing tasks; (ii) Spanish nurses working outside Spain at present.

An accidental or causal sampling method was followed, obtaining a sample of 1,808 participants. Of the total, those questionnaires that were not fully completed or had inconsistencies were eliminated, so 5.75% of them were removed from the study (losses), leaving a final sample of 1,704 participants.

Finally, participants were classified in three groups according to where they performed their duties: A group of PC nurses, a group of EC nurses (emergency care nurses of HES-OHES), and a group that included the rest of nurses. These were the arranged groups, as they are considered the most heterogeneous in terms of functions, stress levels, types of shifts and working hours, severity of the patient to assist, and professional profile (13, 21–23).

## Instruments

The questionnaire distinguishes four parts: (1) sociodemographic variables; (2) psychosocial risk assessment; (3) engagement assessment; and (4) psychological well-being assessment and detection of non-psychotic psychiatric problems.

Basic sociodemographic information included sex, age, place of residence, type of entity where they worked, type of position they occupied, type of service, time working at the current centre, type of employment contract, working hours (type of work, working days per week, out-of-hour tasks, shift changes), financial benefit they received, absences from work (work leave), and substance use.

The Spanish version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (CoPsoQ-istas21) (24) was used for the assessment of psychosocial risks. CoPsoQ-istas21 is an evaluation tool aimed at assessing psychosocial risks, identifying and locating such risks and facilitating the design and implementation of preventive measures. This instrument consists of 5 dimensions that are: Psychological Requirements, Active Work and Skills Development, Social Support in the Company, Compensation, and Double Presence. In relation to reliability, it has an internal consistency with a high Cronbach alpha ( $\alpha = 0.92$ ). The simple summation of the total points made it possible to determine the score for each dimension. This score calculated the number of workers at low, medium, or high-risk levels. Low (L), medium (M), and high (H) levels had different scores depending on the dimension: Psychological demands (L: 0–8; M: 9–11; H: 12–20), Active work and skills development (L: 0–5; M: 6–8; H: 9–20), Social support in the company (L: 0–3; M: 4–6; H: 7–20); Compensation (L: 0–2; M: 3–5; H: 6–12), and Double Presence (L: 0–1; M: 2–3; H: 4–8).

The Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (25) was the instrument used to assess engagement at work and it consists of nine items distributed in three items for each dimension (vigor,

dedication, and absorption), with a Likert scale of seven points which ranges from “never or not once” to “always or every day.” Cronbach's alpha reliability indexes are as follows: vigor ( $\alpha = 0.82$ ), dedication ( $\alpha = 0.86$ ), and absorption ( $\alpha = 0.8$ ).

The UWES survey gave three partial mean scores, corresponding to each subscale, and a total score within the range of 0–6 points. In addition, percentages of the score were compared according to the following recoding: 1 (Sometimes per year) from 0 to 0.99; 2 (Once or less per month) from 1 to 1.99; 3 (Sometimes per month) from 2 to 2.99; 4 (Once a week) from 3 to 3.99; 5 (Sometimes per week) from 4 to 4.99; and 6 (Every day) from 5 to 6.

The General Health Questionnaire (GHQ-12) (26) is a self-administered screening test that evaluates psychological well-being and detects non-psychotic psychiatric problems. It consists of 12 items: 6 positive and 6 negative sentences. GHQ-12 has proven good reliability in the different studies carried out, with Cronbach alphas ranging from 0.76 to 0.86 in the Spanish population (27).

Responses are valued on a Likert scale from 0 to 3 points. Scores 0 and 1 were recoded as 0, and scores 2 and 3, as 1. The total score was calculated by adding the scores obtained in all items of the dichotomous scale and 3 was considered a breakpoint for this one-dimensional screening instrument, with a range between 0 and 12 points. The percentage of individuals considered to present high values in terms of impaired mental health was determined, based on the number of individuals with higher atypical scores.

## Procedure

Data were collected through an online questionnaire conducted by three psychologists and two nurses. The questionnaire was distributed by the General Council of Nursing and the Nursing Colleges of each Spanish province through a web link to Google Forms<sup>®</sup>, being disseminated through their official webpages and social networks. Likewise, the link was shared in social networks via WhatsApp, Twitter, and LinkedIn.

Data collection took place between January 2019 and January 2020.

## Statistical Analysis

Descriptive statistics were presented as percentages and frequencies. The Kolmogorov-Smirnov test was used to determine whether the data exhibited normal behavior. The Kruskal-Wallis test was used to check for differences in the analyzed groups with respect to the assessment of the different dimensions, and the Mann-Whitney *U*-test with Bonferroni correction was used to analyse which subgroups differed from each other.

The bivariate analysis between the variables under study and having or not psychological distress shows the value of statistical significance with Chi-squared, the estimated risks from the Odds Ratios (OR), and their confidence intervals. Finally, in order to predict the probability that a healthcare professional has to present distress, a logistic regression analysis was carried out based on those factors that, after the preliminary analytical study, were considered most influential (sex, age, service in which

the professional works, perceived general health, UWES vigor, UWES dedication, UWES absorption, and total UWES).

Previous analysis of the data suggested that the working group could have a confounding effect on the variables to be included in the model. In order to identify this effect, statistical significance was assessed by chi-squared, as well as risks and confidence intervals of the stratified analysis by differentiating the data as they belonged to PC, HES-OHES, or other areas with those variables with the greatest risk, obtaining significant differences in all cases. The contrast of OR values by strata led to the conclusion that, in all independent variables under study, there were significant differences between the groups ( $p < 0.001$ ). Therefore, to avoid confusion in the model, it was chosen to determine the most optimal model in each working group, avoiding excessive interactions within the same model.

SPSS version 20.0 software was used for the study.

## Ethical Considerations

Participants voluntarily responded to the questionnaire and accepted the informed consent. The questionnaire explained in detail the study subject matter and included the participant's consent. Participants' responses were recorded anonymously, and the information was treated confidentially.

The study was conducted under the "Ethical Principles for Medical Research Involving Humans" contained in the latest version of the Helsinki Declaration (Fortress Amendment, Brazil, October 2013). It was also approved by the Ethics Committee of the General Council of Nursing (Spain) in April 2018.

The data obtained during the study were processed in accordance with Organic Law 3/2018 of December 5 on the Protection of Personal Data and guarantee of digital rights.

## RESULTS

### Sample Characteristics

Of the 1,704 participants who provided analysable data (loss of 5.75% compared to 1,808), 18.1% of them (308) were PC nurses, 8.7% (149) were EC nurses, and 73.2% (1,247) belonged to the other areas. The mean age of the people surveyed was 41.69 years (standard deviation 10.79), with 86.3% of them being females.

Most participants worked in a public or associated hospital (59.91%, 1,020), 18.08% in a health centre (308), and the rest in other institutions (22.01%, 375). 49.01% (801) of participants had remained in their current workplace for more than 10 years. They were civil servants 27.73% (484), permanent (indefinite contract) 28.99% (484), interim 21.03% (358), and temporary 19.44% (360). The rest of contractual relationships (discontinuous-permanent, temporary with training contract, etc.) accumulate < 1.5% of the cases each. 92.47% (1,567) of the surveyed nurses have a full-time contract, with a reduction in working hours in 9.89% of these cases. Similarly, they perform tasks that they consider to correspond to their professional category 70.64% (1,188), while 20.54% (362) think their work is above their category, and the rest, below (3.67%; 73) or do not know (5.05%; 81). The most common working hours include working both weekdays and weekends and holidays in 54.97% (968) of cases, or from Monday to Friday in 31.47% (525) of cases. The mean distance from the

place of residence to the work centre was 16.68 km (standard deviation 25). 24.08% (441) of the participants earn a net amount per month  $\leq 1,500$  euros;  $\sim 50\%$  (47.52%, 838) receive between 1,501 and 2,100 euros; 17.2% (263) receive up to 2,400 euros, 11.21% (162) receive more.

### Test Assessment

The number of cases, percentages, mean scores, and deviations typical of the three analyzed tests (CoPsoQ-istas21, UWES, and GHQ) for each dimension are shown in **Table 1**, both globally and by type of service.

Mann-Whitney *U*-test for independent samples with Bonferroni correction showed that perceptions of nurses significantly differed depending on the service. The statistics and *p*-values associated with this test were listed in **Table 2**.

### Work Engagement Level

More than 75% of PC nurses achieved a mean percentage of 5 or 6 in all subscales and in the total score. For EC nurses, the percentages associated with means of 5 or 6 were 57.72% regarding vigor, 71.14% for dedication, and 62.42% in absorption. However, for the group in the rest of the areas, the percentages were 58.46, 69.61, and 69.81%, respectively, and in both services, this percentage of the total was slightly higher than 62%. Specifically, in all areas under study, more than 30% reported experiencing these feelings every day, as compared to less than a mean value just over 2% who does sometimes per year (**Supplementary Material 1**).

### Psychosocial Risk Assessment

Most study participants had a high psychosocial risk, as more than 50% of them perceive a high level of risk (red color), except in the Compensation dimension, in which they showed a medium-high level (**Figure 1**).

### Psychological Well-Being Assessment

The assessment of the GHQ test stands out for a central positioning of the values, as well as the asymmetry on the right in all cases. 41.14% (701) of professionals scored with values  $> 3$  in the GHQ test. This percentage was lower for PC nurses (30.52%, 94), slightly higher for EC nurses (47.65%, 71), and very similar in other areas (42.98%, 536) (**Supplementary Material 2**).

### Binary Logistic Regression

The logistic regression analysis was performed on the basis of factors that were considered most influential after the preliminary study. These independent variables were: sex, age, working group (PC, EC, or other areas), perceived general health, score in vigor, dedication, absorption scales, and total in the engagement questionnaire (UWES).

Bivariate analysis, between study variables and having or not distress, shows the Chi-squared value of statistical significance, estimated risks from Odds Ratio (OR), and their confidence intervals (**Table 3**).

All the bivariate contrasts made were significant, which indicated the relationship between the variables, positive in the case of OR values greater than the unit. It is worth noting that health professionals with a mediocre or poor perception of health

**TABLE 1 |** Descriptive results of the three variables: psychosocial risks (CoPsoQ-istas21), work engagement (UWES), and psychological well-being (GHQ).

		PC nurses	EC nurses	Other areas	Overall total	Independent sampling Kruskal-Wallis test	
Number of cases		308	149	1,247	1,704		
Percentage no of cases		18.08%	8.74%	73.18%	100%		
		Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>CoPsoQ-istas21</b>	Psychological Requirements (0–20)	11.97 (2.80)	13.96 (2.75)	13.54 (2.82)	13.29 (2.88)	82.460	0.000
	Active Work and Skills Development (0–20)	7.75 (3.22)	9.47 (3.05)	8.65 (3.16)	8.56 (3.19)	33.261	0.000
	Social Support for the Company (0–20)	7.60 (3.37)	9.03 (3.20)	8.44 (3.19)	8.34 (3.24)	24.004	0.000
	Compensation (0–12)	4.60 (2.77)	5.50 (2.64)	5.29 (2.82)	5.19 (2.81)	19.832	0.000
	Double Presence (0–8)	3.37 (1.64)	3.81 (1.74)	3.52 (1.68)	3.52 (1.68)	7.464	0.024
<b>UWES</b>	Vigor (0–6)	4.44 (1.29)	4.00 (1.35)	3.98 (1.36)	4.06 (1.36)	34.029	0.000
	Dedication (0–6)	4.70 (1.32)	4.39 (1.49)	4.31 (1.45)	4.39 (1.44)	21.777	0.000
	Absorption (0–6)	4.63 (1.28)	4.07 (1.56)	4.21 (1.42)	4.27 (1.42)	21.150	0.000
	UWES_Total (0–6)	4.59 (1.21)	4.15 (1.38)	4.17 (1.30)	4.24 (1.30)	31.886	0.000
<b>GHQ</b>	General Health Questionnaire	2.94 (3.41)	4.17 (3.79)	3.87 (3.70)	3.73 (3.67)	19.778	0.000

PC, Primary Care; EC, Emergency Care; SD, Standard deviation.

**TABLE 2 |** Comparison between psychosocial risks (CoPsoQ-istas21), work engagement (UWES), and psychological well-being (GHQ) according to the type of nursing service.

Mann–Whitney <i>U</i> -test for two independent samples		PC nurses vs. EC nurses		PC nurses vs. Other areas		EC nurses vs. Other areas	
Test	Dimension	Statistical	<i>p</i>	Statistical	<i>p</i>	Statistical	<i>p</i>
<b>CoPsoQ-istas21</b>	Psychological Requirements (0–20)	14006.00**	0.000	252658.00**	0.000	85641.00	0.116
	Active Work and Skills Development (0–20)	15871.50**	0.000	223618.00**	0.000	79275.50*	0.003
	Social Support for the Company (0–20)	17170.50**	0.000	221095.00**	0.000	83682.50*	0.046
	Compensation (0–12)	18253.50**	0.000	221130.50**	0.000	88538.50	0.345
	Double Presence (0–8)	19425.50*	0.007	203391.50	0.101	84151.50	0.055
<b>UWES-9</b>	Vigor (0–6)	27469.00**	0.001	151159.50**	0.000	91903.00	0.829
	Dedication (0–6)	25636.50*	0.040	159217.50**	0.000	88572.50	0.350
	Absorption (0–6)	27744.00**	0.000	156665.00**	0.000	96429.00	0.446
	UWES_Total (0–6)	27297.50**	0.001	152308.00**	0.000	92034.00	0.852
<b>GHQ-12</b>	General Health Questionnaire –Likert scale	18307.00**	0.000	219137.50**	0.000	88031.50	0.294
	General Health Questionnaire –Dichotomous scale	18290.00**	0.000	220838.50**	0.000	88174.00	0.305

\**p* < 0.05, \*\* *p* < 0.001.

PC, Primary Care; EC, Emergency Care.

had a 3.935 ([2.943; 5.262]) higher risk of suffering distress than professionals with an optimal perception of overall health.

Prior to the construction of the models, a new bivariate analysis was performed between the variables under study and whether or not having distress, in each of the three working groups. **Table 4** lists the significant variables in each of the binary regression models, the estimated risks from the Odd Ratios (OR), and confidence intervals for these models. In the three models, PC nurses, EC nurses, and those from other areas, the perceived health and subscale variables of the UWES test were predictive. Age was significant in the groups of PC and

of other nursing areas, while sex and the dedication subscale of the UWES test were only significant in the last group. The absorption subscale and the total scale of the UWES test were not significant in any of the three models, so they were not shown in the table. The Hosmer and Lemeshow test showed no statistical significance (*lp* > 0.005 in all three models), which indicated a good fit in the logistic regression model. On the other hand, the omnibus test made it possible to state that the variables included in the model, taken together, help explain the modifications that occur in the likelihood of having psychological distress (*p* < 0.001).

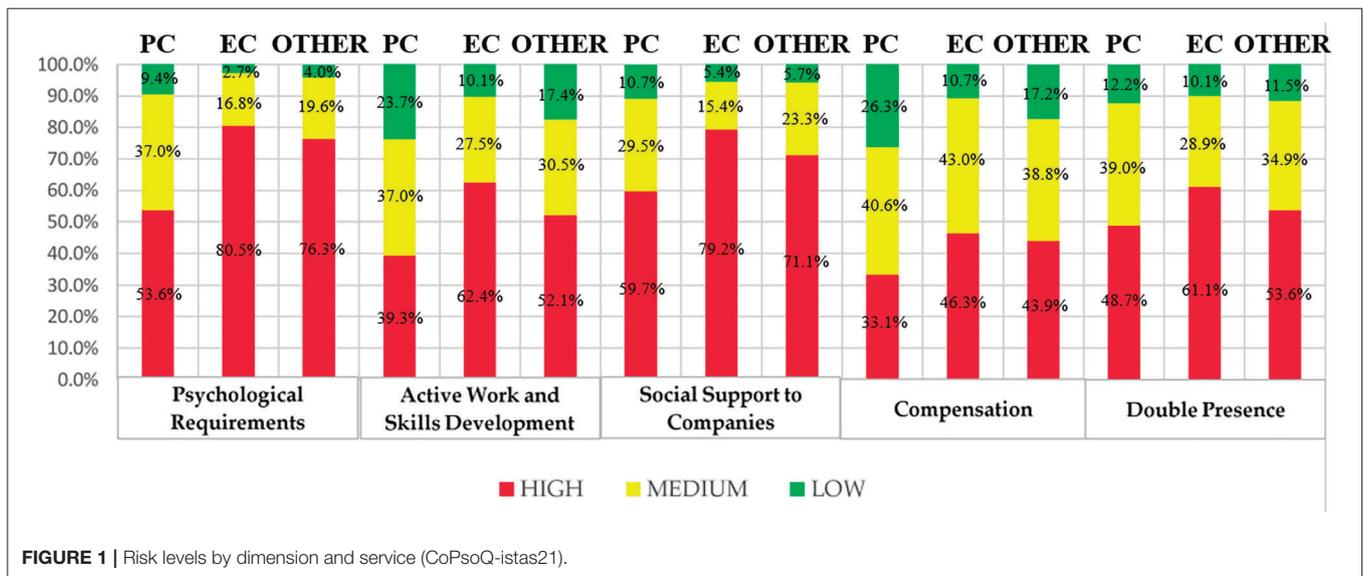


FIGURE 1 | Risk levels by dimension and service (CoPsoQ-istas21).

In the proposed model for PC nurses, predictive capacity was 18.6%, correctly classifying 75.1% of professionals, with a sensitivity (proportion of professionals without distress correctly classified) of 90.5%, and a specificity (proportion of professionals without distress correctly classified) of 40.40%. PC nurses with a mediocre or poor perception of health had 4,448 (95% CI = [2.134; 9.273]) times higher risk of psychological distress than those professionals with an optimal health perception. For those where vigor is not present at least once a week, the risk was 3.052 (95% CI = [2.308; 7.121]) times higher and it was also higher in professionals 41 years of age or younger (OR = 1.924; 95% CI = [1.092; 3.390]).

In the model presented for EC nurses, the modalities that had the highest weight were having a mediocre or poor perception of health (OR = 3.040; 95% CI = [1.080; 8.546]) and vigor less than once a week (OR = 3.625; 95% CI = [1.520; 8.641]). The model correctly ranks 66.4% of EC nurses, with a sensitivity of 82.9% and a specificity of 48.6%, being 14.5% the predictive capacity.

Finally, focusing on the rest of the areas, being female (OR = 1.682; 95% CI = [1.157; 2.444]), 41 years of age or younger (OR = 1.612; 95% CI = [1.257; 2.067]), having a mediocre or poor perception of health (OR = 3.382; 95% CI = [2.340; 4.890]), and vigor and dedication less than once a week (2.561; 95% CI = [1.786; 3.673]) are the modalities with the highest risk of psychological distress. The model correctly ranks 68.2% of professionals, with a sensitivity of 84.2%, a specificity of 47.2%, and a predictive capacity of 17.4%.

## DISCUSSION

This study found, in a sample of 1,704 Spanish nurses, how psychological risks, level of engagement, or psychological well-being presented significant differences between the different types of services, i.e., emergency services, primary care, and other areas. The results indicated that emergency nurses showed high

levels of psychological risk and psychological distress, and in primary care, nurses scored higher in all three dimensions of work engagement. In addition, self-perceived health and vigor at work were identified as predictive factors of mental health.

With regard to the assessment of psychosocial risks, obtained through the CoPsoQ-istas21 questionnaire, in four of the five dimensions (Psychological Requirements, Active Work and Skills Development, Social Support for companies, and Double Presence), a high-level prevalence predominates in the three groups under study, ranging from 80.5 to 48.7%. With regard to the Compensation dimension, case percentages are higher at high levels for the groups of EC nurses and of other areas, with a predominantly intermediate level among PC nurses (40.6%). This is consistent with previous studies (14) such as that conducted on 42 Resident Internal Physicians of the San Cecilio University Hospital (Granada, Spain), where 90% of doctors perceived a high risk in the Psychological Requirements dimension, low levels for the Social Support to Companies dimension, and an intermediate risk perception for 78% of the sample, as happened in the study by González-Cabrera et al. (28) on emergency practitioners in Granada (Spain). In a larger sample (29), consisting of 844 health team workers from 23 public hospitals in Cordoba, Argentina, unfavorable assessments predominated in the Psychological Requirements (57.7%), Social Support and Leadership Quality (56.2%), and Double Presence (64%) dimensions, so data from both studies are in line with those found in the present one. It should be noted in the latter study (29) the variability between the different professionals since, in the compensation dimension, high risk was more common among nurses, unlike medical staff, where the Psychological Requirements ( $p < 0.001$ ) and Social Support and Leadership Quality dimension presented a higher frequency at the level of risk, as compared to other professionals. Social support may be a key element to minimize the negative consequences of stress, as this may be one of the most important emerging risks regarding occupational health and management (30). It is particularly

**TABLE 3** | Bivariate analysis between study variables and having or not psychological distress\*.

	TOTAL	GHQ $\leq$ 3	GHQ $>$ 3	$\chi^2$ (p)	OR (95% CI)
	N (%)	N (%)	N (%)		
<b>Total</b>	1,704 (100)	1,003 (58.86)	701 (41.14)		
<b>Sex</b>					
0. Male	234	158 (67.5)	76 (32.5)		
1. Female	1,470	845 (57.5)	625 (42.5)	8.401 (0.004)	1.538 (1.148, 2.060)
<b>Age**</b>					
0. Older than 41	833	541 (64.9)	292 (35.1)	26.723 (< 0.001)	1.676 (1.377, 2.040)
1. 41 or younger	840	441 (52.5)	399 (47.5)		
<b>Service group</b>					
0. PC Nurses	308 (8.7)	214 (69.5)	94 (30.5)		
1. EC Nurses	149 (18.1)	78 (52.3)	71 (47.7)	12.776 (< 0.001)	2.072 (1.385, 3.100)
2. Other areas	1,247 (73.2)	711 (57.0)	536 (43.0)	15.921 (< 0.001)	1.716 (1.314, 2.242)
<b>General Perceived Health</b>					
0. Optimal	1,457	927 (63.6)	530 (36.4)		
1. Mediocre or poor	247	76 (30.08)	171 (69.2)	94.146 (< 0.001)	3.935 (2.943, 5.262)
<b>UWES Vigor</b>					
0. At least once a week	1,373	903 (65.8)	470 (34.2)		
1. Less than once a week	331	100 (30.2)	231 (69.8)	139.251 (< 0.001)	4.428 (3.423, 5.755)
<b>UWES Dedication</b>					
0. At least once a week	1,447	925 (63.9)	522 (36.1)		
1. Less than once a week	257	78 (30.4)	179 (69.6)	101.599 (< 0.001)	4.067 (3.053, 5.417)
<b>UWES Absorption</b>					
0. At least once a week	1,439	908 (63.1)	531 (36.9)		
1. Less than once a week	265	95 (35.8)	170 (64.2)	68.628 (< 0.001)	3.060 (2.328, 4.020)
<b>UWES Total</b>					
0. At least once a week	1,398	904 (64.7)	494 (35.3)		
1. Less than once a week	306	99 (32.4)	207 (67.6)	108.237 (< 0.001)	3.826 (2.940, 4.979)

\*Numbering before the modalities of each variable indicates the encoding method used for the analysis, coinciding value "0" with the baseline or reference category, and values "1" or "2" with categories that the researcher considers risky; \*\*total cases per variable do not correspond to the total number of professionals because data was not collected for some professionals; OR, Odds Ratio; 95% CI, Confidence Interval level at the 95%; PC, Primary Care; EC, Emergency Care; OR, Odds Ratio;  $\chi^2$ , Chi-squared.

striking among EC nurses that the Double Presence dimension is the fourth with the highest percentage of risk, unlike other studies (3, 29), although regarding percentages, both results are in line with percentages close to 60–65%. In contrast, the PC nurses group had a lower percentage of high risk than those from other services, and the mean risk perception was lower than 50% in all dimensions.

Engagement levels were high in a considerable number of healthcare professionals under study, exceeding mean scores above 4 out of 6 in all three dimensions. More than 30% of respondents claimed to have experienced feelings of engagement every day, as compared to < 2% who reported these feelings once a year or less. The total results showed similarities with some previous studies on nurses working in Spanish public hospitals (31), and very close to the work engagement levels found by Schaufeli and Bakker (32) in 2004 in their study on Belgian and Dutch professionals of different fields, with a mean total score of 4.3. In a study on 980 nurses from eight hospitals in Saudi Arabia (20), despite having a total UWES score of 4.1, it was observed that, in the dedication sub-dimension, a score had been obtained fairly higher than in the other two (dedication: 4.6; absorption:

3.9; vigor: 4), being observed in the studies by Aboshaiqah et al. (21), Othman et al. (33), and Wan et al. (34), and in the present study sample. People who feel dedicated to their work have a strong emotional and work involvement with their work, considering difficulties as personal challenges that can be encountered in their day-to-day work. This phenomenon could be explained by the long history that women have had in this profession, assuming the role of caregiver (21). Internationally, it has been observed, in a study (35) conducted in the city of Sao José do Rio Preto (São Paulo, Brazil) on 75 PC nurses, that vigor levels were slightly above the dedication levels, 5.2 vs. 5.3, respectively. At the national level, something similar happens with the study (31) carried out in the northeast of Spain on a sample of 373 nurses from the hospital field, where higher mean scores were observed for the vigor subscale 4.68 (SD = 1.07) than dedication 4.61 (SD = 1.37) and absorption scores 4.34 (SD = 1.24). The literature notes that levels of commitment (in their different dimensions) are influenced by sex, work service, educational level, and type of occupation (31, 34). As other authors indicate, the type of service appears to influence the three dimensions of the UWES scale. It has been observed how more

**TABLE 4 |** Binary logistic regression model for psychological distress by specialty.

Variables	PC Nurses OR (95% CI)	EC Nurses OR (95% CI)	Other areas OR (95% CI)
Sex (ref. Male)	NA	NA	1.682* (1.157, 2.444)
Age (ref. Older than 41)	1.924* (1.092, 3.390)	NA	1.612** (1.257, 2.067)
Perceived Health (ref. Optimal)	4.448** (2.134, 9.273)	3.040* (1.080, 8.546)	3.382** (2.340, 4.890)
UWES (ref. At least once a week)	Vigor-UWES 3.052* (1.308, 7.121)	3.625* (1.520, 8.641)	2.561** (1.786, 3.673)
	Dedication-UWES NA	NA	2.031** (1.354, 3.047)
Sensitivity/Specificity	90.5%/40.4%	82.9%/48.6%	84.2%/47.2%
Correctly classified percentage	75.1%	66.4%	68.2%
R <sup>2</sup>	0.186	0.145	0.174
Hosmer-Lemeshov test	$\chi^2 = 0.630$ ( $p = 0.730$ )	$\chi^2 = 1.837$ ( $p = 0.399$ )	$\chi^2 = 4.342$ ( $p = 0.501$ )
Omnibus test	$\chi^2 = 43.135$ ( $p < 0.001$ )	$\chi^2 = 16.744$ ( $p < 0.001$ )	$\chi^2 = 169.485$ ( $p < 0.001$ )

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.001$ . NA, variables that are not present in the model; OR, Odds Ratio; 95% CI, Confidence Interval at the 95% level.  
PC, Primary Care; EC, Emergency Care; CI, Confidence Interval; OR, Odds Ratio;  $\chi^2$ , Chi-squared.

than 75% of PC nurses scored high across all subscales and in the total score. Regarding the EC nurses and the group that includes the rest of professionals, these percentages are below those found in the PC group. This was the case in the study by Medeiros-Maio et al. (36), on Portuguese PC nurses who carried out their care work in Las Azores (Portugal), and in the studies by Loureno et al. (37) and da Silva et al. (35) on PC healthcare professionals in the state of São Paulo (Brazil). While true, it is striking that a considerable number of healthcare professionals scored high in the Engagement dimension, while few reported feelings of engagement, as was the case in the study by Aboshaiqah et al. (21). It is noted that, especially age (21), the characteristics of the work itself, and the environment can be predictors of work engagement (34, 35).

According to data from the present study, it is observed that four out of ten health professionals may have their mental health impaired (GHQ > 3). These figures are above those found in other studies carried out among healthcare professionals in Spain. For example, in the study by Portero et al. (38) conducted on 235 HES practitioners and nurses from four Andalusian hospitals (southern Spain), 32.3% of professionals were found to have impaired mental health. Likewise, in another study carried out in a tertiary hospital in Madrid (central Spain), the differences are even more pronounced (39). In the present study, means of 3.73 (SD = 3.67) are found for the total sample in the GHQ-12, and it is striking that similar scores (3.96 [SD = 3.27]) were found in a study conducted on Japanese nurses following an earthquake in Japan in 2017 (40), unlike other studies such as that conducted by Sánchez-López et al. (41), which compares mental health between female and male nurses obtaining mean scores of 2.28 (SD = 2.81) and 1.61 (SD = 2.45), respectively. As in the general Spanish population, women refer to some mental health

problems more often than men, 14.1 vs. 7.2%, figures below those found in the present study (42). This fact shows that Spanish nurses may have an increased risk of mental health problems, as compared to the general Spanish population (39). In addition, there are variables that can increase this risk such as being a woman, young (31), having a mediocre or poor perception of health, having low work commitment (34), and working in services with a high level of stress, as is the case of emergency services. By services, there have been differences of more than one point in the GHQ-12 among nurses working in PC = 2.94 (SD = 3.41), as compared to those working in emergency services 4.17 (SD = 3.79). This could be seen in the study by Abbaspour et al. (43), where 39.7% of health professionals working as OHES in Iran had high levels of risk for mental health impairment. This phenomenon can be explained by the care overload to which EC nurses are exposed. In fact, in the study by Kowalczyk et al. (44) excessive workload proved to increase fatigue symptoms and the probability of more recurrent absenteeism.

With regard to the three predictive models proposed, it is observed that the perceived health and vigor subscale variables of the UWES test are predictive, as was the case in other studies (45), and authors pay particular attention to how nurses with a mediocre or poor perception of their health have 4.448 (95% CI = [2.134; 9.273]) times higher risk of psychological distress in the case of PC nurses than those professionals with an optimal perception of health.

Likewise, as in previous studies (46), it is striking how nurses who feel vigor, dedication and absorption less than once a week have 4.428, 4.067, and 3.060, respectively, more risk of presenting distress than healthcare professionals who manifest such variables at least once a week when they have already been working for a while, as is the case. But these same authors agree

that, in the short term, high levels of work engagement can negatively affect the health of nurses (46).

Among the limitations that the study may pose are those derived from the methodology used itself. First, there could be a possible selection bias in the study population, as it is subjected to the degree of interest of professionals in participating, in addition to the use of self-administered questionnaires. Researchers should rely on the veracity of the data proposed by the people who have participated in the study. In addition, the type of sampling used, being non-probabilistic, allows to have an orientation of the results but not a representativeness of the sample. In this sense, it should be noted that the results point to associations, but do not allow to establish cause-and-effect relationships as it is a cross-sectional study. Finally, although the objective of the study focuses on nurses, it may be interesting to include other professionals in this environment, including non-health workers, in future research.

## DATA AVAILABILITY STATEMENT

The original contributions presented in the study are included in the article/**Supplementary Material**, further inquiries can be directed to the corresponding author/s.

## REFERENCES

- Orozco-Vásquez MM, Zuluaga-Ramírez YC, Pulido-Bello G. Psychosocial risk factors that affect nursing professionals. *Rev. Colomb. Enferm.* (2019) 18:e006. doi: 10.18270/rce.v18i1.2308
- Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos Para os Serviços de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil (2001).
- Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Hernández-Fernaund E, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Psychosocial factors and mental work load: a reality perceived by nurses in intensive care units. *Rev Lat Am Enfermagem.* (2015) 23:315–22. doi: 10.1590/0104-1169.0044.2557
- Pérez-Fuentes MC, Molero-Jurado MM, Gázquez-Linares JJ, Simón-Márquez MM. Analysis of burnout predictors in nursing: risk and protective psychological factors. *Eur J Psychol Appl.* (2019) 11:33–40. doi: 10.5093/ejpal2018a13
- García-Lourenção L. Work engagement among participants of residency and professional development programs in nursing. *Rev Bras Enferm.* (2018) 71(Suppl. 4):1487–92. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0278
- Salanova M, Llorens S. Current state of research on burnout and future challenges. *Papeles Psicol.* (2008) 29:59–67.
- Perreira TA, Innis J, Berta W. Work motivation in health care: a scoping literature review. *Int J Evid Based Healthc.* (2016) 14:175–82. doi: 10.1097/XEB.0000000000000093
- Dempsey C, Assi MJ. The impact of nurse engagement on quality safety and the experience of care: what nurse leaders should know? *Nurs Adm. Q.* (2018) 42:278–83. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000305
- Gomez-Baya D, Lucia-Casademunt AM. A self-determination theory approach to health and well-being in the workplace: results from the sixth European working conditions survey in Spain. *J Appl Soc Psychol.* (2018) 48:269–83. doi: 10.1111/jasp.12511
- Gómez-Salgado J, Navarro-Abal Y, López-López MJ, Romero-Martín M, Climent-Rodríguez JA. Engagement passion and meaning of work as modulating variables in nursing: a theoretical analysis. *Int J Environ Res Public Health.* (2019) 16:108. doi: 10.3390/ijerph16010108
- Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente GA. Risk factors and burnout levels in primary care nurses: a systematic review. *Aten Primaria.* (2017) 49:77–85. doi: 10.1016/j.aprim.2016.05.004
- Bakker AB, Hakanen JJ, Demerouti E, Xanthopoulou D. Job resources boost work engagement particularly when job demands are high. *J Educ Psychol.* (2007) 99:274–84. doi: 10.1037/0022-0663.99.2.274
- Cortés-Rubio JA, Martín-Fernández J, Morente-Páez M, Caboblanco-Muñoz M, Garajo-Cobo J, Rodríguez-Balo A. Working atmosphere in primary care: what needs improving? *Aten Primaria.* (2003) 32:288–95. doi: 10.1016/S0212-6567(03)79277-4
- Fernández-Prada M, González-Cabrera J, Iribar-Ibabe C, Peinado JM. Riesgos psicosociales y estrés como predictores del burnout en médicos internos residentes en el Servicio de Urgencias. *Gac Med Mex.* (2017) 153:450–8. doi: 10.24875/GMM.17002395
- Parul S, Anuradha D, Sanjeev D, Arvind S, Kajal S, Rahul B. Occupational stress among staff nurses: controlling the risk to health. *Indian J Occup Environ Med.* (2014) 18:52–6. doi: 10.4103/0019-5278.146890
- Edward KL, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs.* (2014) 23:653–4. doi: 10.12968/bjon.2014.23.12.653
- Miret C, Martínez-Larrea A. The professional in emergency care: aggressiveness and burnout. *An Sist Sanit Navar.* (2010) 33(Suppl. 1):193–201.
- Barroeta-Urquiza J, Boada-Bravo N. *Libro Blanco: Los Servicios de Emergencia Y Urgencias Médicas Extrahospitalarias en España*. MENSOR Available online at: [http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los\\_SEM\\_en\\_Espana.pdf](http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf) (accessed October 1, 2020).
- Kowalczyk K, Krajewska-Kulak E, Sobolewski M. Factors determining work arduousness levels among nurses: using the example of surgical medical treatment and emergency wards. *Biomed Res Int.* (2019) 2019:6303474. doi: 10.1155/2019/6303474
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. *Número de Profesionales de la Enfermería que Trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en los Equipos de Atención Primaria en los Hospitales en los Servicios de Urgencias y Emergencias (112/061) y Especialistas en Formación Según Comunidad Autónoma*. Ministerio de Sanidad. Available online at: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla14.htm> (accessed October 1, 2020).

## ETHICS STATEMENT

The studies involving human participants were reviewed and approved by Ethics Committee of the General Council of Nursing. The patients/participants provided their written informed consent to participate in this study.

## AUTHOR CONTRIBUTIONS

JG-I, JG-S, MO-M, and YN-A: conceptualization, formal analysis, and investigation. JG-I, MO-M, and YN-A: data curation, resources, and writing—original draft. JG-I, JG-S, and YN-A: methodology and writing—review and editing. JG-I and JG-S: project administration. MO-M: software. JG-S and YN-A: supervision. JG-S and MO-M: validation. JG-I, JG-S, and MO-M: visualization. All authors contributed to the article and approved the submitted version.

## SUPPLEMENTARY MATERIAL

The Supplementary Material for this article can be found online at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.627472/full#supplementary-material>

21. Aboshaiqah AE, Hamadi HY, Salem OA, Zakari NM. The work engagement of nurses in multiple hospital sectors in Saudi Arabia: a comparative study. *J Nurs Manag.* (2016) 24:540–8. doi: 10.1111/jonm.12356
22. Cañadas-De la Fuente GM, Albendín-García L, Inmaculada de la Fuente E, San Luis C, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR. Burnout in nursing professionals performing overtime workdays in emergency and critical care departments. Spain. *Rev Esp Salud Publica.* (2016) 90:e40015.
23. Herrera-Amaya G, Manrique-Abril F. Nursing job satisfaction. Differences of areas in primary health care and intensive care. *Duazary.* (2019) 16:74–86. doi: 10.21676/2389783X.2943
24. Moncada S, Llorens C, Navarro A, Kristensen TS. ISTAS21: the Spanish version of the Copenhagen psychosocial questionnaire (COPSOQ). *Arch Prev Riesgos Labor.* (2005) 8:18–29.
25. De Bruin GP, Henn CM. Dimensionality of the 9-item Utrecht work engagement scale (UWES-9). *Psychol Rep.* (2013) 112:788–99. doi: 10.2466/01.03.PRO.112.3.788-799
26. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med.* (1997) 27:191–7. doi: 10.1017/S0033291796004242
27. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *Int J Clin Health Psychol.* (2011) 11:125–39.
28. González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Molina-Ruano R, Blázquez A, Guillén-Solvas J, Peinado JM. Riesgo psicosocial en el trabajo estrés autopercebido y cortisol en saliva en una muestra de urólogos de Granada. *Emergencias.* (2012) 24:101–6.
29. Acevedo GE, Sánchez J, Farías MA, Fernández AR. Psychosocial risks in the health team public hospitals in the province of Córdoba Argentina. *Cienc Trab.* (2013) 15:140–7. doi: 10.4067/S0718-24492013000300006
30. Lecca LI, Finstad GL, Traversini V, Lulli LG, Gualco B, Taddei G. The role of job support as a target for the management of work-related stress: the state of art. Quality—access to success. *J Manag Syst.* (2020) 21:152–8. doi: 10.3389/fpsyg.2020.591957
31. González-Gancedo J, Fernández-Martínez E, Rodríguez-Borrego MA. Relationships among general health job satisfaction work engagement and job features in nurses working in a public hospital: a cross-sectional study. *J Clin Nurs.* (2019) 28:1273–88. doi: 10.1111/jocn.14740
32. Schaufeli W, Bakker A. *UWES: Utrecht Work Engagement Scale. Manual preliminar (Versión 1.1).* Utrecht University: Utrecht Países Bajos (2004). Available online at: [https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test\\_manual\\_UWES\\_Espanol.pdf](https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Espanol.pdf) (accessed October 1, 2020).
33. Othman N, Nasurdin AM. Work engagement of Malaysian nurses: exploring the impact of hope and resilience. *Int J Soc Hum Sci Eng.* (2011) 5:37–42. doi: 10.5281/zenodo.1334395
34. Wan Q, Zhou W, Li Z, Shang S, Yu F. Work engagement and its predictors in registered nurses: a cross-sectional design. *Nurs Health Sci.* (2018) 20:415–21. doi: 10.1111/nhs.12424
35. Da Silva AG, Cabrera EMS, Gazetta CE, Sodrè PC, Castro JR, Cordioli-Junior JR, et al. Engagement in primary health care nurses: a cross-sectional study in a Brazilian city. *Public Health Nurs.* (2020) 37:169–77. doi: 10.1111/phn.12694
36. Medeiros-Maio T, Borges E, Abreu M. *Bullying e Engagemen em Enfermeiros.* Doctoral Thesis. ESEP: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal (2016). Available online at: <http://hdl.handle.net/10400.26/17531>
37. Lourenção LG, Silva AG, Borges MA. Levels of engagement in primary health care professionals: a comparative study in two Brazilian municipalities. *Esc Anna Nery.* (2019) 23:e20190005. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2019-0005
38. Portero S, Cebrino J, Herruzo J, Vaquero M. Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. *Rev Lat Am Enfermagem.* (2019) 27:e3144. doi: 10.1590/1518-8345.3079-3144
39. Sanchez-Lopez P, Saavedra-San Roman AI, Dresch V, Garcia-Quintans L, Rodrigo-Holgado I. Women are more at risk of poor mental health: mental health of spanish nurses measured by the GHQ-12. *Women Health Bull.* (2016) 3:e29603. doi: 10.17795/whb-29603
40. Nukui H, Murakami M, Midorikawa S, Suenaga M, Rokkaku Y, Yabe H, et al. Mental health and related factors of hospital nurses. *Asia Pac J Public Health.* (2017) 29(Suppl. 2):161S–70S. doi: 10.1177/1010539516682589
41. Sánchez-López MD., Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema.* (2008) 20:839–43.
42. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. *Encuesta Nacional de Salud 2017. ENSE (2017) Metodología. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social Madrid España.* (2017). Available online at: <https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf> (accessed October 1, 2020).
43. Abbaspour S, Tajik R, Atif K, Eshghi H, Teimori G, Ghodrati-Torbati A, et al. Prevalence and correlates of mental health status among pre-hospital healthcare staff. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* (2020) 16:17–23. doi: 10.2174/1745017902016010017
44. Kowalczyk K, Krajewska-Kulak E, Sobolewski M. Working excessively and burnout among nurses in the context of sick leaves. *Front Psychol.* (2020) 11:285. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00285
45. Tomietto M, Paro E, Sartori R, Maricchio R, Clarizia L, De Lucia P, et al. Work engagement and perceived work ability: an evidence-based model to enhance nurses' well-being. *J Adv Nurs.* (2019) 75:1933–42. doi: 10.1111/jan.13981
46. Shimazu A, Schaufeli WB, Kubota K, Watanabe K, Kawakami N. Is too much work engagement detrimental? Linear or curvilinear effects on mental health and job performance. *PLoS ONE.* (2018) 13:e0208684. doi: 10.1371/journal.pone.0208684

**Conflict of Interest:** The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright © 2021 García-Iglesias, Gómez-Salgado, Ortega-Moreno and Navarro-Abal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.