



UNED

TESIS DOCTORAL

2019

**APLICACIÓN DEL MODELO DESEQUILIBRIO
ESFUERZO-RECOMPENSA EN PROFESIONALES
SANITARIOS: EL PAPEL DE LA IDENTIFICACIÓN Y LA
SOBREIMPLICACIÓN EN LA SALUD
OCUPACIONAL**

GUMERSINDO TIRADO CARDEÑAS

Licenciado en Psicología.

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Directora: Dra. Doña **GABRIELA ELBA TOPA CANTISANO**

*Esta tesis está dedicada a dos mujeres:
A mi madre, quien dedicó media vida a lo que soy,
y a mi mujer, con quien comparto desde hace de más de 20 años
y me dio lo más importante que tengo hoy.*

Agradecimientos

Esta tesis doctoral es el resultado de la colaboración de personas, algunas forman parte de mi vida. Quiero expresar mi agradecimiento a todos ellos.

En especial, me gustaría dar las gracias a mi directora de tesis, Gabriela Elba Topa Cantisano, por cruzarse en mi camino. Gracias por su perseverancia, vocación, por su constante disponibilidad y entrega incondicional.

Gracias también Marta Llorente Alonso, colaboradora en los estudios que se incluyen en esta Tesis, sus aportaciones, experiencia y ayuda desinteresada han sido importantes en este trabajo.

Por último, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi mujer, a mis hijos y a mis padres, quienes en todo momento han estado ahí. Sus palabras de ánimo siempre me alentaron a este desafío, y me ayudaron a cumplir este objetivo en una etapa no fácil de mi vida.

Índice

Agradecimientos.....	v
Lista de tablas.....	ix
Lista de Figuras.....	x
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>3</u>
Objetivos y preguntas de investigación.....	8
Aportaciones esperadas y significación de esta investigación.....	10
Estructura de esta tesis.....	13
<u>CAPÍTULO 1 . REVISIÓN TEÓRICA</u>	<u>18</u>
1.1. Riesgos psicosociales, condiciones de trabajo y salud ocupacional en un contexto económico global.....	18
1.2. Estrés laboral.....	23
1.2.1. Conceptualización.....	23
1.2.2. Modelos teóricos sobre estrés laboral.....	24
1.3. El desequilibrio esfuerzo-recompensa (ERI) como modelo explicativo del estrés.....	29
1.3.1. Conceptualización, antecedentes y revisión investigadora.....	29
1.3.2. Desequilibrio esfuerzo-recompensa y agotamiento emocional.....	39
1.3.3. Implicaciones del ERI en la salud de los trabajadores: aplicación del modelo en un contexto globalizado y transcultural.....	45
1.3.4. ERI y acoso laboral.....	50
1.3.5. Aplicación del modelo en el contexto profesional sanitario.....	53

1.4. Quejas subjetivas de salud (SHC).....	58
1.4.1. Conceptualización.....	58
1.4.2. Medición de las quejas subjetivas de salud.....	60
1.5. Identificación en las organizaciones.....	61
1.5.1. Conceptualización.....	61
1.5.2. Antecedentes.....	63
1.5.3. Identificación y apoyo Social.....	64
1.5.4. Aspectos positivos y negativos de la identificación organizacional; El lado oscuro de la identificación en el trabajo.....	66
1.6. Apoyo social: efectos sobre la salud y el estrés.....	71
1.6.1. Definición. Su papel en el bienestar laboral.....	71
1.6.2. Funciones del apoyo Social.....	73
1.6.3. Apoyo social directivo y apoyo social no directivo.....	73
1.6.4. Apoyo social y estrés.....	75
1.6.5. Apoyo social y quejas subjetivas de salud.....	77

**CAPÍTULO 2. DESEQUILIBRIO ESFUERZO-RECOMPENSA Y QUEJAS
SUBJETIVAS DE SALUD: ESTUDIO EXPLORATORIO ENTRE MÉDICOS EN
ESPAÑA** **82**

Introducción.....	84
Método.....	88
Resultados.....	92
Discusión.....	94

CAPÍTULO 3. DESEQUILIBRIO ESFUERZO - RECOMPENSA Y QUEJAS SUBJETIVAS DE SALUD: UN MODELO DE MEDIACIÓN MODERADA CON PROFESIONALES DE LA SALUD ESPAÑOLES	100
Introducción.....	102
Método.....	106
Resultados.....	112
Discusión.....	116
CAPÍTULO 4. <u>DISCUSIÓN GENERAL</u>	122
<u>REFERENCIAS</u>	139

Lista de tablas

Capítulo 1

Tabla 1. Estudios que prueban los efectos moderadores significativos del exceso de compromiso en las asociaciones entre el ERI y la salud.....	39
--	----

Capítulo 2

Tabla 1. Datos demográficos ($N=164$).....	86
Tabla 2. Datos demográficos ($N=164$).....	87
Tabla 3. Estadísticos descriptivos y matriz de correlaciones ($N=164$).....	90
Tabla 4. Efectos condicionales del desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre las quejas de salud en los diferentes niveles del moderador.....	92

Capítulo 3

Tabla 1. <i>Datos demográficos</i> ($N=459$).....	105
Tabla 2. <i>Datos demográficos</i> ($N=459$).....	106
Tabla 3. Estadísticos descriptivos y matriz de correlaciones ($N=459$).....	110
Tabla 4. Efectos indirectos condicionales de la identificación sobre la relación desequilibrio y problemas de salud, en los diferentes niveles de la sobreimplicación.....	113

Lista de Figuras

Capítulo 1

Figura 1. Representación del modelo ERI de Siegrist (1996).....	31
---	----

Capítulo 2

Figura 1. Hipótesis y modelo propuesto.....	85
---	----

Figura 2. Gráfico de los efectos condicionales en los diferentes valores del moderador.....	91
---	----

Capítulo 3

Figura.1. Hipótesis y modelo propuesto.....	104
---	-----

Figura 2. Efectos condicionales del desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre la identificación en los diferentes valores de sobreimplicación.....	111
--	-----

Figura 3. Coeficientes B no estandarizados y significación estadística.....	112
---	-----

INTRODUCCIÓN

“El gran descubrimiento de mi generación es que los seres humanos pueden alterar sus vidas al alterar sus actitudes mentales” (William James)

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones y el mundo del trabajo están experimentando importantes cambios como consecuencia de la globalización, el avance de los servicios y el impacto de las tecnologías. Todo ello es resultado de una profunda y acelerada evolución de la sociedad a todos los niveles, de la que venimos siendo testigos en las últimas décadas, propiciando la intensificación del trabajo, la inseguridad laboral y la reducción de la autonomía (Observatorio Europeo de Riesgos Laborales, 2018). En este contexto tan complejo, el estrés laboral sigue siendo un problema para la sociedad actual, condicionando la salud y el bienestar, no sólo de los trabajadores, también para las organizaciones y los servicios que prestan.

El trabajo ocupa un papel central en la vida de las personas, que trasciende a lo personal, familiar y social. Sin embargo, la vida laboral actual se caracteriza por la aceleración que afecta a toda la sociedad, al intensificar las demandas de trabajo, imponiendo nuevos factores de estrés en la fuerza de trabajo. Al mismo tiempo, la fuerza laboral está envejeciendo, lo que plantea una pregunta sobre cómo los empleados mayores se las arreglan para hacer frente a estos cambios en el trabajo (Mauno, Minkkinen, Tsupari, & Huhtala, 2019).

Los aspectos organizacionales y psicosociales que afectan a la salud de los trabajadores han sido y está siendo un motivo de preocupación para las organizaciones gubernamentales (EU-OSHA, 2002; Houdmont & Leka 2010; Leka & Houdmont, 2010; Näswall, Hellgren & Sverke, 2008). En este sentido, la exposición a los riesgos psicosociales se ha hecho más frecuente e intensa haciendo conveniente y necesario su

identificación, evaluación y control con el fin de evitar sus consecuencias negativas para la salud y la seguridad en el trabajo (EU-OSHA, 2007). Además de intervenir en un contexto evaluativo, desde un enfoque positivo de la salud ocupacional, existen antecedentes recientes respecto a la necesidad de actuar sobre uso de fortalezas, incluida la iniciativa personal, el apoyo organizativo, la autonomía y las oportunidades de desarrollo (Bakker & van Woerkom, 2018). Por otro lado, están surgiendo una serie de modelos y estrategias prácticas para ayudar a crear organizaciones con conocimientos de salud y reducir las demandas ambientales de las personas que participan con las organizaciones y profesionales de la salud (Nutbeam, Levin-Zamir, & Rowlands, 2018).

La Sexta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo (2015) concluye que las desigualdades y diferencias estructurales en lo que atañe al género, la situación en el empleo y la ocupación siguen siendo significativas y que, en los 10 últimos años, el avance en algunos aspectos de la calidad del empleo ha sido limitado. Igualmente establece la necesidad de acometer medidas objetivas de la calidad del empleo y la evaluación propia de los trabajadores respecto a su vida laboral.

En las últimas décadas, los factores psicosociales en el trabajo han sido ampliamente estudiados en la investigación sobre salud laboral. En la actualidad el estrés se ha posicionado como uno de los principales factores de baja laboral; el aumento paulatino del porcentaje de la población que padece los efectos sobre su salud hace que se profile como una gran amenaza del bienestar psicosocial y físico de las personas. Cuando las personas son influidas por condiciones de trabajo adversas y un ambiente psicosocialmente desfavorable, están sometidos a sistemas profesionales autoritarios o muy exigentes y el apoyo social es inexistente, los niveles de estrés no sólo se disparan, sino que se cronifican, aumentando los riesgos directos en la salud de los trabajadores. Las situaciones intensas, repetitivas y crónicas pueden hacer que

enfermedades físicas o psíquicas deterioren esta salud, el bienestar y la satisfacción de las personas. Entre los más comunes están el exceso-defecto de trabajo, el tiempo inadecuado para alcanzar los objetivos preestablecidos, la ambigüedad o conflicto de rol, la falta de reconocimiento, así como de satisfacción del trabajador por el producto o servicio prestado.

La función mediadora del estrés ante situaciones de intensificación del trabajo está cobrando relevancia y cierta preocupación en trabajadores del sector sanitario (Chowhan, Denton, Brookman, Davies, Sayin & Zeytinoglu, 2019), y que afecta a la salud y el bienestar de los profesionales de este sector. La exposición a un ambiente laboral psicosocialmente desfavorable puede conducir altos niveles de absentismo, disminución de la productividad, incremento de quejas y reclamaciones por falta de compensación, aumento de los problemas psicosomáticos y afectivos, e incluso conductas adictivas. Además de que el estrés puede provocar enfermedades y sufrimiento en las personas, la repercusión de este problema en término de pérdida de productividad, enfermedad y deterioro de la calidad de vida es muy alta, y contribuye a la aparición de otros problemas de salud laboral, como frecuentemente son los trastornos musculoesqueléticos, y puede poner en peligro no sólo la calidad, también la seguridad en el lugar de trabajo.

Un sistema sanitario tiene la finalidad de mejorar el estado de salud de la población mediante cuidados curativos, preventivos y rehabilitadores y se ve influido por el contexto político, social, cultural y económico del país en el que se desarrolla. Existen diferentes modelos de sistemas sanitarios, entre ellos, el Sistema Nacional de Salud que dispone actualmente España desde la Ley General de Sanidad en 1986. Sus características principales son el derecho de todo ciudadano a la protección de la salud, financiación de carácter público y provisión de servicios que garanticen la calidad de la

asistencia. Entre los principios y criterios de esta ley, se encuentra la descentralización de la sanidad en Comunidades Autónomas, otorgando a cada una de ellas la responsabilidad de atender a la salud de sus ciudadanos. El Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Español y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se publicó para hacer frente a la grave situación económica y al incremento del gasto sanitario, aunque su aplicación ha supuesto una situación de austeridad económica con importantes repercusiones.

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

Desde los años 90 los modelos que describen factores psicosociales del entorno laboral relacionados con estrés han ido en aumento, y la investigación ha aportado abundante información para la praxis investigadora y la intervención sobre los factores de riesgo para la salud de los trabajadores. Dos de ellos, han cobrado especial

relevancia: el *Modelo Demanda Control* (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990) y el *Modelo del desequilibrio esfuerzo-recompensa* (Siegrist, 1996, 1998). A pesar de las diferencias en sus postulados, no son modelos teóricos excluyentes, más bien, y es posible la complementariedad entre ambos. Así pues numerosos estudios han destacado su validez predictiva, y se ha podido comprobar la relación entre algunas dimensiones del entorno laboral y problemas de salud, como por ejemplo: trastornos cardiovasculares (Karasek & Theorell, 1990; Siegrist & Peater, 1996; Stansfeld & Marmot, 2002), músculo-esqueléticos (Stansfeld, Bosman, Hemingway & Marmot, 1998), depresión (Tsutsumi, 2001), abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos leves (Stansfeld, Fuhrer, Shipley, & Marmot, 1999) y baja auto-percepción de la salud (Pikhart, Bobak., Siegrist, Pajak, Rywik, Kyshegyi, Gostautas, Skodova, & Marmot, 2001), entre otros problemas de salud. Tres son los factores de riesgo que han sido estudiados por ambos modelos: el exceso de demandas o exigencias del trabajo, la falta de control sobre las mismas y la ausencia de recompensas.

En este ámbito de conocimiento, el modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa (ERI) de Siegrist (1996) es uno de los modelos de estrés relacionados con el trabajo que han recibido más sólido apoyo empírico en el campo de la psicología de las organizaciones. De acuerdo con este modelo, el estrés laboral es el resultado del desequilibrio entre los esfuerzos que el profesional invierte en su desempeño y las recompensas que recibe (Siegrist, 2008). Por lo tanto, el estrés laboral crónico se debe a un desequilibrio prolongado entre la cantidad de esfuerzo (demandas de trabajo extrínsecas y motivación intrínseca para cumplir con las demandas requeridas) que las personas dedican a su trabajo y la recompensa (en términos de estima, estatus, salario y seguridad, oportunidades de carrera y dinero) que reciben. A pesar de la evidencia acumulada en investigaciones efectuadas en muchos países, el peso de la investigación

de este modelo es escasa en España, especialmente en el sector médico y sanitario, siendo un desafío prometedor para la investigación y la intervención sobre el estrés y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los trabajadores sanitarios, principalmente en la profesión médica y de enfermería, y con ello mejorar la calidad de los servicios que prestan.

Objetivos y preguntas de investigación

El objetivo de esta tesis doctoral es explorar las relaciones entre variables asociadas al estrés según el modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (ERI), sobre las quejas de salud en médicos y personal de enfermería de España. Esta aportación se llevará a cabo a través de dos estudios transversales que han tenido como objetivo explorar el impacto del desequilibrio entre el esfuerzo extrínseco y las recompensas recibidas en las quejas de salud, y si este efecto es moderado por la sobreimplicación o compromiso excesivo, y mediado por otras variables, como la identificación con el grupo.

En concreto, se analizará el impacto de dichas variables a través de dos estudios originales, con muestras y procedimientos independientes, que se centran en aspectos que la investigación precedente, pero que en España la investigación sigue siendo escasa. En cada uno de los estudios se exploran las relaciones y efectos del desequilibrio esfuerzo-recompensa percibido en las quejas de salud subjetivas, así como el efecto moderador que tiene el tercer componente del modelo teórico ERI, la sobreimplicación. Ambos estudios pueden contribuir a una mejor comprensión de cómo y cuándo el desequilibrio de esfuerzo-recompensa aumenta el riesgo de quejas de salud subjetivas, en los profesionales de la salud, y en consecuencia, proponer recomendaciones para la

intervención temprana diseñada con el fin de amortiguar el impacto del estrés basado en los efectos negativos del desequilibrio del esfuerzo-recompensa.

Para llegar a este propósito se han tomado medidas de variables específicas que, por una parte, han derivado del análisis previo de la literatura y, por otra, parecen relevantes de cara a la sugerencia de futuras intervenciones y líneas de investigación.

Más específicamente, el propósito de esta tesis es: a) analizar empíricamente las relaciones y efectos directos del desequilibrio esfuerzo-recompensa con las quejas subjetivas de salud. b) analizar empíricamente las relaciones y efectos del desequilibrio esfuerzo-recompensa con las quejas de salud, y si dicha relación puede estar moderada por la sobreimplicación. c) analizar empíricamente las relaciones entre el desequilibrio esfuerzo-recompensas con la identificación organizacional, y la sobreimplicación. d) analizar las relaciones y efectos del desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre las quejas de salud pudiendo estar mediadas por identificación organizacional, cuando existe sobreimplicación. En concreto, las preguntas de investigación a las que se tratará de responder son las siguientes:

1. ¿Qué efecto tiene el desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre las quejas subjetivas de salud?
2. ¿Cómo influye el desequilibrio esfuerzo-recompensa en las quejas de salud, en presencia de sobreimplicación? ¿ejerce un papel moderador?
3. Cuándo existe sobreimplicación en el trabajo, ¿en qué medida el desequilibrio entre el esfuerzo y las recompensas recibidas se relaciona con identificación?
4. ¿Qué efectos puede tener un desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre las quejas de salud de los trabajadores, cuando existe identificación y sobreimplicación? ¿Ejerce la

sobreimplicación e identificación con el grupo un efecto protector en situaciones desequilibradas?

Aportaciones esperadas y significación de esta investigación.

Esta tesis doctoral pretende contribuir a la investigación sobre los efectos que puede tener el estrés para la salud de los profesionales sanitarios, resaltando la importancia del modelo ERI de Siegrist, como modelo explicativo del estrés en este contexto profesional, y el efecto que pueda tener algunas variables implicadas en el comportamiento laboral, por ejemplo, en situaciones donde los trabajadores están sobreimplicados, pudiendo este comportamiento influir positiva o negativamente sobre la salud de los trabajadores. En este sentido se podrán aportar conocimientos para promover estrategias de identificación y prevención a nivel individual, así como entornos de trabajo saludables. Además, la presente tesis podrá aportar contribuciones importantes a la literatura relativa a los factores psicosociales de riesgo en el ejercicio profesional de los médicos y enfermeros, y contribuir a la prevención del estrés en el contexto de hospitales y centros sanitarios.

En primer lugar, se pretende dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas, y se formularán las hipótesis clásicas del modelo ERI en una muestra de médicos y enfermeros españoles, aportando nuevas evidencias empíricas al trabajo internacional que se viene desarrollando desde hace algo más de 20 años, tras una exhaustiva revisión teórica sobre este modelo y sus relaciones con los indicadores de salud y bienestar en el trabajo.

En segundo lugar, los resultados y conocimientos que reportan esta tesis pretenden demostrar el efecto que tiene el desequilibrio entre los esfuerzos y recompensas sobre indicadores de salud, como son las quejas subjetivas, como predictor de estas quejas, y en qué medida se puede intervenir sobre variables mediadoras o

moderadoras, como la identificación con el grupo y la sobreimplicación, aportando medidas de tratamiento o intervención individualizado y apoyo grupal en estos profesionales sanitarios. Esta aportación ofrecería nuevas evidencias al debate surgido a lo largo de 20 años sobre la inconsistencia del efecto moderador de la sobreimplicación, contribuyendo con nuevas evidencias que respalden estudios que lo apoyan . Por otro lado hallazgos de estos estudios podrán ampliar la evidencia favorable al modelo ERI para incluir el efecto moderador de la sobreimplicación en la relación de ERI- quejas de salud como lo habían sugerido algunos autores (Prekel et al. 2007). En este estudio, las quejas de salud se utilizaron como un indicador del deterioro del bienestar personal entre los médicos, pero la investigación acumulada sobre el modelo ERI ha ampliado recientemente estas consecuencias y proporcionan evidencia del impacto de las situaciones desequilibradas en los resultados que afectan a terceros, como la calidad percibida del servicio prestado a los pacientes (Klein et al., 2011), o incluso los indicadores de bienestar de los hijos de los empleados, como peso al nacer y la edad gestacional, cuando las trabajadoras embarazadas experimentan ERI (Lee et al. 2011).

Además, el efecto moderador de la sobreimplicación en la relación entre ERI y las quejas de salud también se podrá confirmar, respaldando la hipótesis de interacción del modelo ERI, como se señaló en estudios anteriores (Feuerhahn et al., 2012; Topa, Guglielmi, & Depolo, 2016).

Por otro lado, la información aportada podrá servir para hacer recomendaciones con los roles de decisión, como gerentes de hospitales y centros sanitarios para reconducir la atención al impacto de las situaciones desequilibradas en los empleados sanitarios. Luego podrá ser factible la intervención tanto a nivel individual, como a nivel grupal y organizacional, ya que los eventos organizacionales que desencadenan tales percepciones podrían ser objetos de intervención.

En tercer lugar, se podrá discutir si hallazgos de un posible efecto moderador de la sobreimplicación (o compromiso excesivo), tan discutido en la literatura, responde a una estrategia de afrontamiento, o si por el contrario merece ser revisado. En este sentido, se podrán proponer medidas de formación y capacitación del personal sanitario en estrategias de afrontamiento ante el estrés. Por ejemplo, podrán ser recomendadas medidas de capacitación del personal del hospital para reconocer factores de riesgo específicos, y en su caso, educar sobre cómo prevenir mejor este estilo de afrontamiento si fuera inadecuado. Por otro lado, se podrá sugerir a los responsables de los hospitales en qué medida, a corto o largo plazo pueden ser estrategias beneficiosas para los profesionales, o por el contrario puedan ser estrategias no recomendables o perjudiciales en cuanto a los efectos sobre la salud de los empleados (trastornos musculoesqueléticos, falta de concentración, trastornos del sueño, y otros efectos psicósomáticos, que pueden derivar en bajas por enfermedad y deterioro de la salud del empleado (Derycke et al., 2013).

En cuarto lugar, podremos considerar la identificación con el grupo como una posible variable mediadora o que ejerza un efecto protector ante el estrés, para promover entornos saludables. Así, se podrán proponer estrategias en los procesos de socialización que permitan ayudar a los empleados a adoptar como propios los intereses y objetivos del colectivo, proponer medidas que favorezcan en la organización empleados altamente identificados, lo cual podrán disfrutar de mayor compromiso y lealtad, se podrán sentir más satisfechos, menos estresados y mostrar mayor rendimiento (Ellemers, De Gilder, & Haslam, 2004; Haslam, Jetten, O'Brien, & Jacobs, 2004; Topa & Palací, 2005; van Knippenberg & Ellemers, 2004; van Knippenberg & van Schie, 2000). A través de la identificación social, los empleados obtienen un incremento de su autoestima, participando del éxito de la organización a la que pertenecen (Mael &

Ashforth, 2001), ven reducida su incertidumbre gracias a la existencia de referentes comparativos relativo a la confirmación o corrección de sus creencias, actitudes, percepciones y comportamientos (Haslam, 2004), y proporcionan en el proceso de socialización un marco de referencia para la formación de su contrato psicológico con la organización (Topa & Morales, 2007). Sobre esta base, se puede esperar que la identificación con el grupo de trabajo influya en las conductas de ciudadanía organizacional, de iniciativa personal, compartirán objetivos colectivos, a la vez que sentarán las bases del apoyo social en el trabajo (Knippenberg & Ellemers, 2004).

Por último, las evidencias reportadas se pueden tener en cuenta en los procesos de reclutamiento y la selección del personal médico, como de desarrollo, a fin de identificar y capacitar a las personas en actitudes y comportamientos conducentes a brindar servicios de alta calidad.

Estructura de esta tesis

Esta tesis se compone de cuatro capítulos, además de la presente introducción.

En el primero de ellos se expone el marco teórico dentro del cual se han desarrollado las investigaciones que componen esta tesis doctoral. En un primer apartado de esta revisión se analizan los aspectos psicosociales que influyen en el estrés de las personas trabajadoras, y el impacto que tiene sobre la salud de los trabajadores en un contexto globalizado. En segundo lugar, se aborda el estrés y los modelos explicativos más influyentes, y que han tenido mayor relevancia en el mundo del trabajo y de las organizaciones. En un tercer apartado se aborda el modelo ERI de Siegrist, como modelo explicativo y eje principal de las aportaciones de esta tesis, con especial mención al impacto que ha tenido sobre los profesionales de la salud, y se destacarán

diversos estudios empíricos que apoyan esta teoría, después de 20 años de investigación. En un cuarto apartado, se hace una revisión teórica sobre las quejas de salud subjetivas, como uno de los indicadores de salud asociados al estrés. Este apartado nos servirá de referencia para los estudios posteriores que se expondrán, como variable dependiente a analizar . Se expondrán algunas de las investigaciones y hallazgos más relevantes sobre estas quejas como indicadores de salud ocupacional. En un quinto apartado se tratará la identificación, como amortiguador del estrés, así como sus efectos, positivos y negativos, extraídos de la literatura. Un sexto apartado de este marco tratará sobre el apoyo social, como una línea de investigación que puede ser interés como factor protector ante el estrés.

En el tercer y cuarto capítulo se exponen los dos estudios empíricos independientes que se han llevado a cabo para esta tesis. En el primero, de tipo transversal, se ha focalizado en las relaciones entre el Desequilibrio esfuerzo - recompensa y las quejas subjetivas de salud, mediante un estudio exploratorio en una muestra de 164 médicos españoles, y ha tenido por Objetivo, explorar el impacto de este desequilibrio en las quejas de salud de los trabajadores, como indicador del deterioro del bienestar personal, y si este efecto es moderado por la sobreimplicación (hipótesis de moderación). Este estudio puede contribuir a una mejor comprensión de cómo y cuándo el desequilibrio de esfuerzo-recompensa aumenta el riesgo de quejas de salud subjetivas y en consecuencia, poder establecer una intervención temprana diseñada para amortiguar los efectos negativos.

El segundo estudio empírico se ha centrado en aplicar el modelo ERI en una muestra de 459 personas, de las cuales, un 58.2% eran enfermeros, un 8.5 % celadores, un 30.5% auxiliares de enfermería y un 2.8 % administrativos, de una población española. Para evaluar el modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa de Siegrist (1996),

se ha utilizado la escala validada al castellano por Macías Robles, Fernández-López, Hernández-Mejía, Cueto-Espinar, Rancaño y Siegrist (2003). En concreto se pretende estudiar, por un lado, el papel moderador de la sobreimplicación, en la relación que pueda existir entre el desequilibrio entre el esfuerzo extrínseco y las recompensas recibidas con la identificación organizacional. Por otro lado, se pretende explorar el efecto de un desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre las quejas de salud, y si dicho efecto está mediado por la identificación grupal, teniendo en cuenta sobreimplicación como posible variable moderadora. Por lo tanto, se pretende comprobar también si la identificación y la sobreimplicación, ejercen o no un efecto protector de la salud, generando menos quejas, a pesar de contar con un desequilibrio entre los esfuerzos y las recompensas alto.

En el cuarto capítulo se resumen las principales conclusiones de cada uno de los estudios empíricos independientes y se exponen los aportes generales de esta tesis para la mejor comprensión de los aspectos psicosociales más relevantes. Para concluir se señalan las limitaciones del presente trabajo en general y de cada estudio en particular y se proponen nuevas líneas de investigación, a la vez que se hacen sugerencias de intervención.

La sección de referencias bibliográficas se ha unificado al final del documento, para facilitar la lectura.

CAPÍTULO I.- REVISIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1

REVISIÓN TEÓRICA

1.1. Riesgos psicosociales, condiciones de trabajo y salud ocupacional en un contexto socioeconómico globalizado.

En las últimas décadas, las organizaciones y el mundo del trabajo han experimentado una profunda transformación social y económica, como consecuencia de la globalización, el avance de los servicios y el vertiginoso cambio tecnológico. Así pues, podemos señalar efectos indirectos de la globalización, entre los que destacan la intensificación del trabajo, la inseguridad laboral y la reducción de la autonomía. (Observatorio Europeo de Riesgos Laborales, 2018). Esta terciarización de la economía ha propiciado el aumento del trabajo en el sector de los servicios, haciendo que el estrés laboral sea mucho más frecuente, y su relación con riesgos como la violencia y acoso en el lugar de trabajo. Por otro lado, el avance tecnológico propicia nuevas formas de estrés laboral, como por ejemplo el tecnoestrés, que se asocian con síntomas de ansiedad en el trabajador en relación con su capacidad de utilizar la tecnología de manera eficaz, o estrés asociado las demandas laborales por intensificación del trabajo o de rol. Podemos decir, que la vida laboral actual se caracteriza por la aceleración y la intensificación debidas a la aceleración social, y particularmente tecnológica, que afecta a toda la sociedad. Estos fenómenos también afectan a la vida laboral al acrecentarse las demandas de trabajo, posiblemente imponiendo nuevos factores de estrés laboral. Al mismo tiempo, la fuerza laboral está envejeciendo, lo que plantea una pregunta sobre cómo los empleados mayores se las arreglan para hacer frente a estos cambios en la vida laboral (Mauno, Minkkinen, Tsupari, & Huhtala, 2019).

El recorte de los recursos económicos conlleva una intensificación del trabajo, que afecta a muchos colectivos profesionales. En este sentido, se destaca la función mediadora del estrés ante situaciones de incremento del trabajo y sus demandas, por ejemplo, en trabajadores del sector sanitario (Chowhan, Denton, Brookman, Davies, Sayin, & Zeytinoglu, 2019).

En un contexto socioeconómico tan complejo como el actual, la reducción del bienestar parece relacionada con la exposición a un ambiente laboral psicosocialmente desfavorable. Dicho ambiente puede conducir a altos niveles de absentismo, disminución de la productividad, aumento de quejas y reclamaciones por falta de compensación, incremento de problemas psicosomáticos y afectivos, e incluso conductas adictivas. En definitiva, un escenario de cambios que han propiciado una mayor exposición de los trabajadores a diferentes riesgos psicosociales, y que están siendo objeto de numerosas investigaciones, así como modelos explicativos sobre el origen e influencia del estrés sobre la salud del trabajador y su calidad de vida, y su relación con diferentes variables.

Los aspectos organizacionales y psicosociales relacionados con la salud laboral están siendo objeto de estudio, lo que implica que la importancia y reconocimiento que ha adquirido esta preocupación en la última década es mayor (EU-OSHA, 2002; Houdmont & Leka 2010; Leka & Houdmont, 2010; Näswall, Hellgren, & Sverke, 2008). Estos estudios ponen de relieve que la exposición a los riesgos psicosociales se ha hecho más frecuente e intensa haciendo conveniente y necesario su identificación, evaluación y control con el fin de evitar sus consecuencias negativas para la salud y la seguridad en el trabajo (EU-OSHA, 2007).

Sin embargo, desde un enfoque preventivo, existen antecedentes importantes respecto al uso de fortalezas, incluida la iniciativa personal, el apoyo organizativo para

el uso de fortalezas, la autonomía y las oportunidades de desarrollo (Bakker & van Woerkom, 2018).

Más recientemente, los investigadores han llegado a una mejor comprensión de la medida en que estas habilidades y capacidades están mediadas por las demandas ambientales y las complejidades situacionales. Esto ha llevado a que se preste mucha más atención a las formas de reducir las demandas situacionales y la dificultad en la que un individuo toma una decisión de salud. Así pues, están surgiendo una serie de modelos y estrategias prácticas para ayudar a crear organizaciones con conocimientos de salud y reducir las demandas ambientales de las personas que participan con esas organizaciones y profesionales de la salud (Nutbeam, Levin-Zamir, & Rowlands, 2018).

La Sexta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo (2015) concluye que las desigualdades y diferencias estructurales en lo que atañe al género, la situación en el empleo y la ocupación siguen siendo significativas y que, en los 10 últimos años, el avance en algunos aspectos de la calidad del empleo ha sido limitado. Igualmente establece la necesidad de acometer medidas objetivas de la calidad del empleo y la evaluación propia de los trabajadores respecto a su vida laboral. Los autores de este informe observaron por asociaciones entre las diferentes dimensiones de la calidad del empleo y factores como el compromiso, la seguridad económica, el desarrollo de destrezas y competencias, la salud y el bienestar, la conciliación de la vida laboral y personal, y la sostenibilidad del empleo (Eurofound, 2015).

Los profesionales también deben considerar implementar programas para ayudar a mejorar el funcionamiento del trabajo y reducir los costos asociados con la discapacidad laboral. Por lo que la investigación reciente sugiere la implementación de intervenciones de múltiples dominios, es decir, con la prestación de asistencia sanitaria o la coordinación de servicios para ayudar a reducir el tiempo perdido o condiciones

relacionadas con el dolor y la salud (Cullen, Irvin, Collie, Arcilla, Gensby, Jennings, Hogg-Johnson, Kristman, Laberger, McKenzie, Newnam, Palagyi, Ruseckaite, Sheppard, & Shourie, 2018)

Desde la década de los 70, los factores psicosociales en el trabajo han sido ampliamente estudiados en la investigación sobre salud laboral. Concretamente es en uno de los primeros documentos “Los Factores Psicosociales en el Trabajo: Reconocimiento y Control”, publicado por la Organización Internacional del Trabajo en 1984, donde se reconoce que “Los factores psicosociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender, dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos” (OIT, 1986, p. 3). Por otro lado ya se constata en dicha publicación que la problemática es claramente anterior y que se remonta al menos a 1974, fecha en la que consta una clara llamada de la Asamblea Mundial de la Salud para documentar la importancia y los efectos de los factores psicosociales en el trabajo sobre la salud de los trabajadores.

Actualmente hay tres formas de abordar estos factores que, aunque tienen significados relacionados, no tienen la misma conceptualización y conviene abordarlos de forma diferenciada, evitando así un mal uso del término 1) factores psicosociales, 2) factores psicosociales de riesgo o factores psicosociales de estrés y 3) riesgos psicosociales.

En primer lugar, los factores psicosociales laborales son condiciones organizacionales (Mintzberg, 1993), son condiciones psicosociales de trabajo que como tales pueden ser positivas o negativas (Kalimo, 1988), como pueden ser las condiciones de trabajo, el diseño del puesto o la cultura de la organización. En segundo lugar, los factores psicosociales de riesgo o factores de estrés, se dan cuando los factores psicosociales a los que se expone el trabajador tienen la probabilidad de afectar

negativamente a la salud y su bienestar, actuando como desencadenantes o fuentes de estrés y malestar. En tercer lugar, los riesgos psicosociales laborales, ya no son condiciones, sino hechos, acontecimientos, situaciones o estados que, tiene una alta probabilidad de afectar a la salud del trabajador y cuyas consecuencias suelen ser importantes, aunque en cada trabajador sus efectos puedan ser diferentes. Cox (2000) identificó diez tipos de características estresantes del trabajo (factores de riesgo psicosocial), que se dividen en dos grupos: “contenido del trabajo” y “contexto del trabajo”.

Parece que hoy en día existe un consenso razonable entre la comunidad científica respecto de la naturaleza de los factores de riesgo psicosocial, a pesar de que las nuevas formas de trabajo y un entorno laboral en continuo cambio generan o hacen considerar nuevos factores de riesgo; y por ello, su concepto todavía tiende a evolucionar.

Según la Agencia Europea y para la Seguridad y Salud en el Trabajo, los riesgos psicosociales y el estrés laboral se encuentran entre los problemas relacionados con la seguridad y la salud en el trabajo, y que afectan de manera notable a la salud de las personas, de las organizaciones y de las economías nacionales (2014). Así pues, en torno a la mitad de los trabajadores europeos consideran que el estrés es un elemento común, y contribuye a cerca de la mitad de todas las jornadas laborales perdidas. En nuestro país los datos demuestran que el 49% de los trabajadores consideran que el estrés es algo frecuente y el 71% que su organización no lo gestiona de forma adecuada. Sin embargo, como muchas otras cuestiones relativas a la enfermedad mental, el estrés suele interpretarse mal o estigmatizarse.

Especial relevancia está teniendo la investigación sobre las condiciones de trabajo asociadas al estrés en los entornos laborales sanitarios, ampliamente reconocidos

en la investigación como factores de riesgo que afectan a la salud laboral en este sector (Schaufeli, Leiter y Maslach, 2009; Patel, BACHU, Adikey, Malik y Shah, 2018; Gómez-Urquiza, Vargas y De la fuente, 2017). Por ejemplo, han quedado demostrados la influencia de factores relacionados con el agotamiento emocional, donde las enfermeras de área médica presentan tasas elevadas de prevalencia del agotamiento emocional, alta despersonalización y un logro personal inadecuado, y que puede influir en la calidad de la atención proporcionada, en el bienestar de los pacientes y en la salud ocupacional de las enfermeras (Molina-Praena, Ramírez-Baena, Gómez-Urquiza, Cañadas, De la Fuente, & Cañadas-De la Fuente, 2018). También existe una fuerte evidencia de la relación entre los factores de riesgo psicosocial del trabajo y los trastornos musculoesqueléticos en personal de enfermería y auxiliares de enfermería de hospitales, demostrándose que la combinación de altas demandas y bajo control, el desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa o el bajo apoyo social se asocian de manera consistente con estos trastornos (Bernal, Campos-Serna, Tobias, Vargas-Prada, Benavides, & Serra, 2015).

1.2. Estrés laboral.

1.2.1. Conceptualización

De una forma general se entiende por estrés laboral: a) como un estímulo (estresor o agente que afecta temporal o permanentemente al empleado), b) como una respuesta (reacción psicofisiológica ante una condición laboral), y c) como una transacción (resultado de la transacción entre los estresores y los recursos del empleado para afrontarlo). Entre las causas más frecuentemente mencionadas de estrés relacionado con el trabajo están la reorganización en el trabajo o la inseguridad en el

puesto de trabajo, trabajar muchas horas o una carga de trabajo excesiva, así como el acoso y la violencia en el trabajo.

En la bibliografía existe un gran número de modelos que describen factores psicosociales del entorno laboral relacionados con estrés, en particular para relacionar directamente factores psicosociales y problemas de salud; éstos son, el *Modelo Demanda Control* (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990) y el *Modelo del desequilibrio esfuerzo-recompensa* (Siegrist, 1996, 1998). A pesar de las diferencias en sus postulados, y por qué no decirlo también temporal, es importante destacar que no son modelos teóricos excluyentes, sino que más bien, pudiéndose establecer relaciones y complementariedad entre ambos. Así pues numerosos estudios han destacado su validez predictiva, es decir, y se ha podido se ha comprobar la relación entre algunas dimensiones del entorno laboral y problemas de salud, como por ejemplo: trastornos cardiovasculares (Karasek & Theorell, 1990; Siegrist & Peater, 1996; Stansfeld & Marmot, 2002), músculo-esqueléticos (Stansfeld, Bosman, Hemingway, & Marmot, 1998), depresión (Tsutsumi, 2001), abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos leves (Stansfeld, Fuhrer, Shipley, & Marmot, 1999) y baja auto-percepción de la salud (Pikhart, et al., 2001), entre otros. En relación a la complementariedad entre estos dos modelos, tres son los factores de riesgo que han sido estudiados por ambos: el exceso de demandas o exigencias del trabajo, la falta de control sobre las mismas y la ausencia de recompensas.

1.2.2. Modelos teóricos sobre el estrés laboral

Merece la pena, hacer una breve revisión sobre los diferentes modelos explicativos del estrés, que han sido investigados en las cuatro últimas décadas, así pues en la actualidad coexisten varios modelos explicativos del estrés y sus efectos, que comentaremos de una forma breve:

a) Conservación de Recursos.

Hobfoll (1989) explica el estrés basándose en la falta de recursos, como objetos, características personales o condiciones que protegen la salud, destacando la autoeficacia, la autoestima, el optimismo y el apoyo social. Según el autor, se daría en tres situaciones: 1) cuando se percibe que se pueden perder recursos. 2) cuando ya se han perdido. 3) cuando no se pueden conseguir recursos suficientes. En este sentido, el modelo aporta que cuando se restauran los recursos que previamente se han perdido el estrés disminuye restando importancia a los mecanismos psicológicos de evaluación y afrontamiento. Según Hobfoll la evaluación subjetiva es importante, sobre todo si la fuente del estrés es ambigua, las circunstancias objetivas no influyen de forma determinante, no hay una clara respuesta biológica o cultural, y las circunstancias suponen una amenaza importante para las personas. Los estudios que abalan este modelo han sido aplicados sobre todo a la explicación del burnout.

b) Demandas-Control.

Según Karasek (1979), este modelo destaca la importancia de dos variables: las demandas o exigencias del trabajo, y el control o capacidad para enfrentarse a esas demandas. La combinación de ambas variables permite la identificación de cuatro tipos de trabajos: los pasivos (demandas reducidas y poco control), los de baja tensión (escasas demandas y mucho control), los de alta tensión (muchas demandas y escaso control), y los activos (elevadas demandas y control), siendo los de alta tensión los que tienen peores efectos sobre la salud, y en el extremo opuesto los pasivos. Por otro lado, según este modelo se identifican dos efectos sobre la salud: uno directo, donde las altas demandas tienen efectos negativos sobre la salud, y otro amortiguador, donde la capacidad de control ayuda a reducir el impacto negativo que tiene las exigencias sobre el trabajo. Desde un punto de vista teórico y aplicado, este doble mecanismo tiene un efecto

importante, ya que aumentando la capacidad de control de los empleados, mejorará la salud de éstos, sin tener que incidir de manera directa sobre las demandas o exigencias en el trabajo. No obstante, revisiones posteriores de esta teoría (Häusser, Mojzisch, Nielsen, & Schulz-Hardt, 2010), arrojan conclusiones como que el tamaño de la muestra condicionaría estos efectos, que estos efectos serían mayores en estudios de tipo transversal, y que la evidencia del papel amortiguador es débil dependiendo del tamaño de la muestra y del ajuste entre el tipo de demanda y el tipo de control.

El modelo demandas-control se ha asociado con el acoso. En una investigación reciente se mostró un efecto moderador significativo, aunque prácticamente insignificante. Esto sugiere que las condiciones de trabajo psicosociales negativas están asociadas con la intimidación independientemente de las características personales, al menos en términos de sentido de coherencia (Francioli, Høgh, Conway, Costa, Karasek & Hansen, 2016)

Este modelo ha sido objeto de algunas críticas, debido a su simplicidad y falta de complementariedad con otras variables, entre las que destacan el apoyo social o la autoeficacia, variables que ha aportado y complementado a los cuatro tipos de trabajos propuestos por Karasek y sus efectos sobre la salud, dependiendo de su presencia, según investigaciones recientes, a pesar de que no han podido ser del todo concluyentes.

c) Demandas-recursos

En una línea similar a los modelos anteriores, Demerouti, Blakker, Nachreiner y Schaufeli (2001), plantean un modelo explicativo del estrés basado en dos fuentes de riesgos: las demandas, que pueden ser físicas, psicológicas, sociales y organizacionales, y la falta de recursos, que igualmente pueden ser de estos tipos. Se trata de un modelo fundamentado en un proceso dual entre el estrés y la motivación. Por un lado las elevadas demandas activan procesos psicofisiológicos que van a suponer costes para los

empleados, y si son excesivos o se mantienen afectaría a la salud. Y por otro, los recursos influyen positivamente en la motivación al favorecer los aprendizajes, el desarrollo personal y la satisfacción.

Revisiones, como las de Alarcón (2011), permiten concluir que este modelo explica mejor las relaciones entre las características del trabajo y el estrés, al considerar varios tipos de demandas y recursos, o mejor dicho diferentes tipos de recursos pueden satisfacer diferentes tipos de demandas.

Estudios posteriores sobre el papel de las habilidades de regulación emocional en el trabajo en una muestra de enfermeras de hospitales españoles, concluyeron que, por un lado, las demandas emocionales en el trabajo tenían un efecto positivo en el vigor en el trabajo y en la vitalidad en el hogar. Por otro lado, los análisis mostraron que las enfermeras con habilidades de regulación emocional más altas tienen más motivación en el trabajo y el bienestar en el hogar cuando tienen que hacer frente a las altas demandas emocionales en el trabajo (Blanco, Demerouti, Garrosa, Moreno-Jiménez, & Carmona, 2015)

d) Teorías de Ajuste.

Siguiendo el modelo de Lewin (1935) como antecedente, este modelo plantea el desajuste como principal causa de estrés en el trabajo. Siguiendo algunas investigaciones, podemos diferenciar dos tipos de ajuste, según Muchinsky y Monahan (1987), uno complementario cuando las características personales, los conocimientos y las capacidades responden a las demandas del puesto, y otro suplementario cuando existe concordancia entre metas, objetivos y valores personales con los de la organización.

e) Desequilibrio esfuerzo-recompensa

El modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa, o por sus siglas en inglés ERI (Effort-reward imbalance), ha sido desarrollado por Johannes Siegrist (1996) para identificar condiciones de fallo de reciprocidad en los compromisos sociales, aplicado especialmente al mundo laboral y para predecir reducciones del bienestar y aumento de susceptibilidad a la enfermedad como consecuencias de tal exposición. El autor aplica los principios de intercambio social y de reciprocidad al ámbito del estrés laboral, donde las expectativas de los empleados sobre lo que vale su trabajo determinan como percibe su situación de forma que unas relaciones de intercambio justas con su organización, promueven sentimientos de satisfacción y bienestar, y por el contrario, si fracasan las normas de reciprocidad se producen emociones negativas, síntomas de estrés y un deterioro de la salud.

El modelo considera que existen tres tipos de recompensas: las económicas, el reconocimiento social y las oportunidades de carrera o desarrollo profesional. Además, el autor aborda la dimensión sobreimplicación en el trabajo, que se da en aquellos trabajadores que muestran un gran esfuerzo y un fuerte deseo de reconocimiento, y que tienen más riesgo de sufrir estrés porque perciben de forma inadecuada sus responsabilidades, ya que en estos casos los trabajadores infraestiman las exigencias y sobreestiman sus recursos o formas de afrontamiento para hacerles frente, generándose situaciones de intercambios no recíprocos.

La reciprocidad social se caracteriza por inversiones cooperativas mutuas basadas en la norma. Según el modelo, el esfuerzo en el trabajo se gasta como parte de un contrato social que corresponde al esfuerzo por recompensa adecuada. Las recompensas son distribuidas por tres transmisores sistemas: dinero, estima y oportunidades de carrera, incluida la seguridad laboral. Se demostró que estos

componentes de las recompensas relacionadas con el trabajo son importantes para la salud.

El modelo de ERI en el trabajo postula que un desequilibrio entre (alto) esfuerzo y (bajo) recompensa se mantiene bajo las siguientes condiciones:

1. Los contratos de trabajo están mal definidos o los empleados tienen pocas alternativas de elección de lugares de trabajo (por ejemplo, debido a un bajo nivel de habilidad, falta de movilidad, mercado laboral precario);

2. Los empleados pueden aceptar este desequilibrio por razones estratégicas (esta estrategia es principalmente elegida para mejorar las perspectivas de trabajo futuro por inversiones anticipadas);

3. La experiencia de "alto costo / baja ganancia" en el trabajo es frecuente en personas que exhiben un patrón cognitivo y motivacional específico de afrontamiento de demandas caracterizadas por una sobreimplicación relacionado con el trabajo (exceso de compromiso).

Este modelo lo abordaremos más detalladamente en el siguiente apartado.

1.3. El desequilibrio esfuerzo-recompensa (ERI) como modelo explicativo del estrés.

1.3.1. Conceptualización, antecedentes y revisión investigadora.

Aunque existen numerosas investigaciones empíricas relativas al estrés de los profesionales de la salud en España (González-Cabrera, Fernández-Prada, Iribar, Molina-Ruano, Salinero-Bachiller, & Peinado, 2018; Pérez-Fuentes, Molero Jurado, Martos Martínez, & Gázquez Linares, 2018; Pérez-Fuentes, Molero Jurado, Barragán

Martín, Simón Márquez, Martos Martínez, & Gázquez Linares, 2019), hay muy pocos estudios recientes aplicando el modelo ERI (Topa, Guglielmi & Depolo, 2014; Topa, Guglielmi & Depolo, 2016; Guglielmi, Mazzeti, Villano & Topa, 2018).

En la actualidad para evaluar cuantitativamente los factores psicosociales en el trabajo relacionados con el estrés y en qué medida influye en la salud ocupacional se han desarrollado dos modelos teóricos: el modelo clásico Demanda-Control, en inglés Demand-Control model (DC), y el reciente modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (DER), en inglés, Effort-Reward Imbalance model (ERI). El primero cuenta con mayor tradición en cuanto a evidencia empírica, el segundo más reciente ha sido objeto de numerosas investigaciones, a nivel internacional, y adaptado a distintas lenguas, incluida una versión en española.

La mayoría de los expertos están de acuerdo en que las distintas características extrínsecas que suponen exigencias o amenazas en los entornos laborales y las condiciones laborales actúan como determinantes de la salud de los trabajadores, y muchos investigadores afirman que las características intrínsecas específicas, como pueden ser los rasgos de personalidad, o los comportamientos de afrontamiento aumentan la vulnerabilidad de los trabajadores a los problemas de salud asociados al estrés (Cox, 1976; Cartwright, & Whatmore, 2005). Sin embargo, la investigación no proporciona consenso sobre cómo se define mejor esta interacción y cómo se ponderan los componentes extrínsecos e intrínsecos con respecto a su impacto sobre la salud (Edwards y Cooper, 1990; Van Vegchel, de Jongh; & Landsbergis, 2005). A diferencia del modelo Demandas-Control de Karasek, & Theorell (1990), otros enfoques mantienen que los factores individuales desempeñan un papel importante en la configuración del proceso de estrés (Perrewe & Zellars, 1999; Dewe, 2009). En consecuencia, en los últimos años se está dando relevancia a otros enfoques que centran

su atención en el nivel individual para reducir el estrés en el trabajo, como se evidencia en diferentes revisiones de estudios de intervención de estrés, como, por ejemplo, las llevadas a cabo por Murta, Sanderson y Oldenburg (2007), o las realizadas por Richardson y Rothstein (2008).

Un tercer enfoque combina factores extrínsecos e intrínsecos dentro de un modelo integrador. Por ejemplo, el modelo de demanda-recursos en el trabajo (Schaufeli y Taris, 2014) postula que tanto los recursos personales como los factores de vulnerabilidad personal influyen en el bienestar de las personas trabajadoras, además de las características del entorno laboral. Sin embargo, todavía falta un conjunto claro de hipótesis empíricamente probadas sobre cómo funciona esta interacción. En este mismo grupo, se encuadraría el modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa o ERI (Siegrist, 1996), que es otro ejemplo conceptual que combina factores extrínsecos e intrínsecos en el estudio de la salud relacionada con el trabajo. Con un enfoque centrado en el contrato de trabajo, se basa en el principio de reciprocidad social: recompensas recibidas a cambio de los esfuerzos realizados, y que incluyen dinero, estima y oportunidades de carrera (promoción, seguridad laboral). El modelo afirma que la falta de reciprocidad (un alto esfuerzo en combinación con una baja recompensa) genera fuertes emociones negativas y respuestas de estrés con efectos adversos a largo plazo en la salud. Se espera una mayor susceptibilidad a estas respuestas al estrés entre las personas que exhiben un patrón específico de afrontar situaciones exigentes caracterizadas por una sobreimplicación y el deseo de estar en control.



Fig.1 Representación del modelo ERI de Siegrist.

Se puede concluir de la literatura que ambos modelos tienen diferencias fundamentales: mientras que el modelo DC aborda mayormente las características específicas del puesto de trabajo y el grado de control sobre las tareas, el modelo ERI lo complementa centrándose en las características individuales del trabajador y el grado de recompensa que éste recibe por el esfuerzo.

En los últimos 20 años el modelo ERI ha evolucionado, especialmente en lo relativo al componente sobreimplicación, que en los primeros años era considerado como una parte del componente esfuerzo: trabajadores excesivamente comprometidos infraestimaban las situaciones a las que se enfrentaban y sobreestimaban sus propias capacidades, por lo que tendían a invertir demasiados esfuerzos en la tarea. Posteriormente la sobreimplicación ha sido considerado un concepto independiente. Es decir, es una variable que tiene influencia en la percepción tanto del alto esfuerzo como de la baja recompensa y, por tanto, tiene influencia indirecta sobre la salud del trabajador. Pero se piensa que la sobreimplicación tiene también un efecto directo sobre la salud, ya que la persona al estar altamente comprometida, a largo plazo puede causar

agotamiento. Basado en esta idea, Siegrist formula en 2002 tres predicciones que pueden ser postuladas para el modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa.

El modelo ERI fue desarrollado en un contexto de cambio en el mercado de trabajo más reciente. El estándar del contrato de empleo en el que tienes seguridad, estabilidad, y funciones delimitadas y definidas, vigente durante décadas está desapareciendo, dejando un panorama más inestable, más inseguro, más flexible. Es por esto que el modelo ERI no está especialmente interesado en las tareas (como puede estarlo el modelo demanda – control) si no por las relaciones en el empleo. Por lo que tienes que hacer lo que ofreces a la organización como un esfuerzo y lo que obtienes como recompensa en esa relación.

Según Siegrist (2016) en términos de recompensa hay que considerar las tres dimensiones que aborda el modelo: En primer lugar, el salario, en segundo lugar, la promoción, estatus o seguridad de empleo, y en tercer lugar, lo que podemos denominar recompensas “no materiales”, el reconocimiento en el trabajo. Y por otro lado, hay que tener en cuenta que estos tres tipos de recompensas no son intercambiables, y por tanto las organizaciones deben equilibrar estos tres aspectos si quiere ser una organización que promueve la salud. Sin embargo, el autor considera, que en aquellos casos en los que la situación económica se haya vuelto crítica, existen otras vías para recompensar a los trabajadores, que en la actualidad se denomina capital social, y que no debemos considerar que es directamente una manera de compensar o sustituir los tres elementos anteriores, aunque si una forma de reconocimiento en los casos en los que el salario se mantiene por debajo de las expectativas o no es equilibrado.

Las hipótesis del modelo se basa en las siguientes tres premisas:

1) Cada una de las tres escalas (esfuerzo y recompensa que representan los componentes extrínsecos, y sobreimplicación que representa el componente intrínseco) ejerce un efecto directo sobre la salud;

2) La interacción entre el esfuerzo y la recompensa (en términos de relación que cuantifica el desequilibrio entre esfuerzo alto y recompensa baja a nivel individual) ejerce efectos más fuertes en la salud que los observados en análisis separados;

3) El componente intrínseco sobreimplicación modera el efecto del desequilibrio esfuerzo-recompensa en la salud, de modo que se esperan los efectos más fuertes entre las personas con puntaje alto en sobreimplicación.

El cúmulo de evidencia empírica que respaldan el modelo desde los estudios iniciales (Bosma et al. 1998), ha crecido. Además, estos hallazgos amplían la evidencia favorable al modelo ERI para incluir la moderación de la sobreimplicación en la relación de ERI-quejas de salud como lo habían sugerido algunos autores (Preckel et al. 2007). Han sido numerosas las investigaciones que se han llevado a cabo en los últimos 20 años para la comprobación de estas hipótesis, y revisar la evidencia empírica sobre el modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa en asociación con la salud, con un enfoque especial en el componente intrínseco y su efecto moderador. Dichas revisiones responden a las siguientes motivaciones:

En primer lugar, el ERI podría ayudar a aclarar el debate sobre la importancia relativa de los aspectos intrínsecos vs extrínsecos y lograr su estudio combinado.

En segundo lugar, en el contexto de investigación internacional del modelo ERI, los resultados sobre las asociaciones de los componentes extrínsecos con la salud han recibido mucha más atención que aquellos que tratan su componente intrínseco o con la interacción de estos componentes. Probablemente, debido al hecho de que los mayores esfuerzos y las menores recompensas en el trabajo representan características

particularmente estresantes de los cambios significativos en la naturaleza del trabajo y el empleo mencionados anteriormente, y para la salud pública, estas características del entorno laboral pueden atraer una mayor atención entre la comunidad de investigación (Siegrist & Wahrendorf, 2016). Por lo que poner un énfasis especial en el componente intrínseco del modelo y su papel como moderador parece ser una buena justificación, y un desafío para la investigación sobre el modelo.

Por último, en las dos últimas décadas se han publicado varias revisiones sistemáticas exhaustivas sobre la investigación que analiza el modelo ERI en su asociación con la salud (Tsutsumi & Kawakami, 2004; Van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005). Además de la llevada a cabo por Siegrist y Li (2016) y la investigación empírica sobre el modelo ERI ha estado creciendo rápidamente. Algunos ejemplos de últimos estudios sobre el modelo van en la misma línea relacionada con los determinantes de la salud y bienestar de los trabajadores (Kinman, 2019; Notelaers, Törnroos & Salin, 2019; Keser Li, & Siegrist, 2019; Brooks, Jones, Hale, Lunau Dragano, & Wright, 2019).

El modelo ERI, que ha gozado de una amplia evidencia empírica en un contexto internacional, también tiene su aplicación en algunas investigaciones españolas, adaptándose el instrumento propuesto por el autor. Un análisis factorial confirmatorio de la versión española del cuestionario Effort-Reward Imbalance, de medida del estrés laboral sobre una muestra de médicos y personal de enfermería del Principado de Asturias, concluyó que los resultados de la estructura factorial de esta versión española permiten afirmar que el constructo subyacente en el modelo ERI ha podido ser replicado en su versión castellana, y que a pesar de las limitaciones inherentes a todos los procesos de validación de herramientas de medida extranjeras a nuestro medio, pueden considerarse como una importante confirmación de validez y fiabilidad de versión

castellana del modelo ERI para su uso en nuestro medio. Este modelo está recientemente abriendo nuevas líneas de investigación, y podemos considerarlo un modelo complementario a otros modelos sobre el estrés. Sin embargo, la investigación sobre el papel moderador de su componente intrínseco (sobreimplicación) sigue siendo un desafío en la investigación.

El papel moderador de la sobreimplicación

Una revisión sistemática de estudios sobre el dolor musculoesquelético y desequilibrio esfuerzo-recompensa (Koch, Schablon, Latza, & Nienhaus, 2014) concluyó que el papel del componente sobreimplicación y su interacción con el desequilibrio esfuerzo - recompensa como no concluyente. Así pues, no se puede extraer una conclusión confiable acerca de ninguna asociación entre los factores psicosociales determinados utilizando el modelo ERI y el dolor musculoesquelético. Ese mismo estudio también informaba que antes de poder hacer una declaración confiable sobre la asociación entre ERI y dolor musculoesquelético, se deben realizar estudios longitudinales adicionales, con un método estandarizado para registrar y clasificar la exposición, así como el control de factores de confusión físicos. Entonces se pueden especificar las medidas preventivas apropiadas.

En esta misma línea, Siegrist y Li (2016) llevaron a cabo una de revisión sistemática de estudios incluidos en 51 informes de un total de 176 artículos publicados entre 1996 y 2015, que analizan asociaciones entre desequilibrio esfuerzo-recompensa y la sobreimplicación con la salud de los trabajadores. Dicha revisión se realizó fundamentalmente con dos objetivos, por un lado ofrecer una visión general de la contribución distintiva del componente intrínseco del modelo, el compromiso excesivo, hacia la explicación de la salud y enfatizar la relevancia de extender el análisis del estrés laboral más allá de los factores extrínsecos, y por otro, revisar el apoyo empírico a favor

de la tercera hipótesis mencionada anteriormente, es decir, la moderación de las asociaciones de desequilibrio esfuerzo-recompensa con la salud por el componente sobreimplicación, olvidada en muchos estudios. En dicha revisión, se identificaron veintisiete informes que examinaron la interacción de la sobreimplicación y el desequilibrio esfuerzo-recompensa en asociaciones con la salud (Siegrist y Li, 2016). En la Tabla 1 se resumen algunos de los estudios de esta revisión, donde el efecto de interacción de la variable sobreimplicación fue significativa.

Los autores de esta revisión sistemática informaron que las personas que están demasiado comprometidas (mayor sobreimplicación) con su trabajo tienen más probabilidades de presentar factores de riesgo cardiovascular importantes, como presión arterial alta, lípidos aterogénicos, niveles altos de glucosa y fibrinógeno, o manifestaciones subclínicas de enfermedades cardiovasculares. Su actividad proinflamatoria aumenta y su competencia inmunológica en términos de células asesinas naturales se reduce. Sufren más a menudo de fatiga e insomnio que sus colegas más relajados y menos involucrados (Siegrist y Li, 2016). Por otro lado, se pudo comprobar los efectos de la hipótesis de interacción entre el ERI y la sobreimplicación, Por lo que, de los 21 estudios que probaron la hipótesis sobre la interacción entre la ERI y el componente sobreimplicación, 13 no la apoyaron, mientras que 8 informaron resultados significativos a su favor. Se observaron hallazgos más positivos si los análisis se basaron en la construcción de una variable que combinaba la información sobre componentes extrínsecos e intrínsecos (los seis estudios con resultados positivos), aunque este enfoque no está en línea con la forma estadística establecida de probar la interacción. Los autores de la revisión concluyen que la tercera de las tres hipótesis centrales del modelo ERI mencionado anteriormente (moderación de la sobreimplicación) ha recibido un apoyo empírico mucho menos sólido hasta ahora que

en el caso de la hipótesis de un efecto directo de la sobreimplicación (o exceso de compromiso) en la salud (Siegrist, Starke, Chandola, Godin, Marmot, Niedhammer & Peter, 2004; Siegrist, Wege, Pühlhofer, & Wahrendorf, 2009). Aunque los resultados no son tan categóricos como sería deseable, gracias a estos trabajos, aún no de forma concluyente, se ha podido comprobar el efecto de la moderación de la sobreimplicación en la dirección esperada, y han proporcionado pruebas preliminares adicionales que utilizan una medida compuesta de datos extrínsecos e intrínsecos, y por tanto esta hipótesis de moderación merece un análisis adicional en estudios futuros (Siegrist y Li, 2016).

A diferencia de otras investigaciones sobre la inconsistencia del papel moderador de la sobreimplicación, recientemente, otros autores han apoyado la hipótesis de moderación del componente sobreimplicación (Topa, Guglielmi, & Depolo, 2016). Por ejemplo, la sobreimplicación moderó la relación entre ERI e inmunidad (Eddy, Heckenberg, Wertheim, Kent, & Wright, 2016). Un metaanálisis más reciente evaluó las asociaciones de ERI y la sobreimplicación en el lugar de trabajo con las medidas del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA), destacando el papel moderador del componente sobreimplicación. (Eddy, Wertheim, Hale, & Wright, 2018). A continuación, citamos algunos ejemplos de investigaciones que van en esta línea.

Se pudo probar las relaciones entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa e injusticia organizacional en enfermeras de edad avanzada de España, se apoyó el efecto directo del desequilibrio en las quejas de salud: fue significativo cuando el exceso de compromiso fue bajo, pero no cuando fue alto. La injusticia organizacional medió la influencia del desequilibrio esfuerzo-recompensa en las quejas de salud. El efecto condicional de la mediación de la injusticia organizacional fue significativo en tres de las condiciones de sobreimplicación / edad, pero se debilitó, volviéndose no

significativo, cuando el nivel de sobreimplicación fue bajo y la edad fue alta. El estudio probó el modelo en poblaciones de enfermería y lo amplió a los entornos de salud y seguridad en el trabajo. Los resultados de este estudio resaltan la importancia del desequilibrio esfuerzo-recompensa y la justicia organizativa para crear entornos de trabajo saludables (Topa, Guglielmi, & Depolo, 2016). En este caso, el signo negativo de la interacción, apoya la idea de que las enfermeras con menos compromisos expresarán más quejas en comparación con los trabajadores más comprometidos, que se quejarán menos, incluso en situaciones más desequilibradas.

La interacción ERI-sobreimplicación también fue significativa en otra investigación reciente, donde los análisis de mediación múltiple revelaron una ansiedad especial para mediar el efecto de los factores estresantes en el trabajo sobre los síntomas somáticos, llegando a la conclusión que las condiciones de trabajo psicosocial adversas parecen afectar de manera longitudinal a los síntomas somáticos, potencialmente moderados por la sobreimplicación y mediados por la ansiedad (Herr, Li, Loerbroks, Angerer, Siegrist, & Fischer, 2017).

Aún más reciente, en una revisión sistemática y metaanálisis del modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa en el contexto laboral, y las medidas de estrés del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, ERI y sobreimplicación se relacionaron de manera similar con la capacidad de respuesta de hipotalámico-hipofisario-suprarrenal. Sin embargo, ya que la sobreimplicación moderó la relación entre los marcadores de eje ERI y la respuesta del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, no se debe pasar por alto su importancia. Debido a que la sobreimplicación es probablemente más maleable que el ERI para la intervención, algunos autores señalan que ésta puede ser una vía prometedora para futuras investigaciones sobre las relaciones entre ERI y salud (Eddy, Wertheim, Hale, & Wright, 2018).

Por último, en relación con los objetivos que pretende esta tesis, este apartado se cierra con la siguiente tabla, que resume algunas investigaciones recientes sobre las relaciones del ERI con algunos resultados sobre la salud en el trabajo, incluyendo los efectos moderadores de la sobreimplicación.

Tabla 1. Estudios que prueban los efectos moderadores significativos del exceso de compromiso en las asociaciones entre el ERI y la salud.

Autor/es	año	Muestra/Diseño	Resultados de salud
Wahrendorf & al.	2012	6053 empleados de la empresa francesa	Funcionamiento de la salud física
Xu & al.	2013	734 trabajadores chinos	Hipertensión
Xu & al.	2009	388 trabajadores chinos	Enfermedad coronaria
Li & al.	2012	2738 trabajadores industriales alemanes	Funcionamiento de la salud mental
Feuerhahn & al.	2012	152 empleados de la empresa alemana	Agotamiento emocional y desempeño laboral.
Bakker & al.	2000	204 enfermeras alemanas	Agotamiento
Jolivet & al.	2010	3316 enfermeras francesas	síntomas depresivos
Kinman & al.	2008	844 empleados académicos británicos	Satisfacción laboral e intención de rotación.
Topa, Guglielmi & Depolo	2016	255 enfermeras de 45 años españolas	Quejas de Salud
Eddy, Heckenberg, Wertheim, Kent, & Wright	2016	Metaanálisis	Inmunidad
Eddy, Heckenberg, Wertheim, Kent, & Wright	2018	Metaanálisis	Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal

1.3.2. Desequilibrio esfuerzo-recompensa y agotamiento emocional

Los vínculos entre ERI y el agotamiento se han expuesto en diversos estudios desde finales de los 90, por ejemplo en estudios entre profesionales de servicios

vinculados a personas, como enfermeras y maestros (Bakker y otros, 2000; Schulz y otros, 2009). El agotamiento puede ser un resultado sensible del desequilibrio esfuerzo-recompensa y sus principios de reciprocidad (Bakker et al., 2000) tal como ocurre, en particular, en ocupaciones con una considerable interacción humana (Marmot, Siegrist, & Theorell, 1999). Los hallazgos de diversos estudios respaldan la idea de que las experiencias organizativas caracterizadas por una falta de reciprocidad o percepciones de inequidad en el trabajo están significativamente asociadas con el agotamiento emocional, como lo demuestran otras investigaciones que involucran muestras no humanitarias, como los médicos (Klein et al., 2010; Wang et al., 2014), oficiales de policía (Garbarino et al., 2013), y maestros (Bakker et al., 2000). En esta línea, Schulz et al. (2009) encontraron que la escala de esfuerzo está más fuertemente asociada con el agotamiento emocional (el componente principal del agotamiento) que la escala de recompensa.

En un estudio realizado por Bakker, Killmer, Siegrist y Schaufeli (2008) sobre una muestra de 204 enfermeras alemanas se probó la hipótesis de que un desequilibrio de los altos esfuerzos extrínsecos (es decir, las demandas del trabajo) y las bajas recompensas extrínsecas obtenidas (por ejemplo, malas perspectivas de promoción) están asociados con el síndrome de burnout: el agotamiento de los recursos emocionales de las enfermeras. Los resultados de una serie de análisis de varianzas confirmaron esta hipótesis, al mostrar que las enfermeras que experimentaron un desequilibrio esfuerzo-recompensa (ERI) informaron niveles más altos en dos de las tres dimensiones centrales del agotamiento (es decir, agotamiento emocional y despersonalización) que aquellos que no experimentó tal desequilibrio. Además, como hipótesis adicional, los efectos de interacción significativos indicaron que el agotamiento (es decir, el agotamiento emocional y la reducción del logro personal) fue particularmente frecuente entre las

enfermeras que experimentaron ERI y ponen un esfuerzo intrínseco relativamente alto en sus trabajos, como se refleja en su fuerte tendencia a tener un control personal sobre las condiciones laborales.

En una línea muy parecida donde se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach con las subescalas, el agotamiento emocional, la falta de realización y la despersonalización, las enfermeras que trabajan en hospitales médicos informaron más agotamiento y obtuvieron puntuaciones ERI más altas. Los sujetos en educación eran comparables a las enfermeras examinadas en términos de agotamiento, pero tenían puntuaciones ERI más bajas. Los análisis de regresión múltiple mostraron que todas las escalas de ERI son predictores significativos de agotamiento emocional, mientras que la edad, el campo de trabajo y el estado educativo predicen aún más el esfuerzo o la ERI, respectivamente (Schulz et. al., 2009).

Otros estudios aún más recientes se han realizado con personal sanitario hospitalario, concluyéndose que las intervenciones dirigidas a aumentar la compatibilidad del trabajo y la vida privada pueden ayudar sustancialmente a disminuir el riesgo de agotamiento de los profesionales que trabajan en un entorno de atención médica. Así pues, destacamos estudios que investigan la importancia relativa del desequilibrio entre esfuerzos y recompensas y el conflicto entre el trabajo y la privacidad, señalándose el riesgo de agotamiento entre grupos profesionales en el sector de la atención de la salud, donde el conflicto entre el trabajo y la privacidad es un fuerte factor predictivo del agotamiento y está más fuertemente asociado al agotamiento que al desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa (Häusler, Bopp, & Hämmig, 2018).

El agotamiento es un problema importante entre los profesionales de la salud. Rasmussen, Turnell, Butow, Juraskova, Kirsten, Wiener, Patenaude, Hoekstra-Weebbers y Grassi (2015) investigaron los factores predictivos del agotamiento emocional y

despersonalización en oncólogos psicosociales, mediante la aplicación del modelo esfuerzo-recompensa desequilibrio. Un mayor esfuerzo y una menor recompensa se asociaron significativamente con un mayor agotamiento emocional. Como conclusión de este estudio el modelo ERI solo se apoyó parcialmente como un marco útil para investigar el agotamiento en los profesionales de la oncología psicosocial y el agotamiento entre los profesionales de la salud puede reducirse mediante intervenciones dirigidas a aumentar la autoeficacia y los cambios en el entorno laboral de apoyo (Rasmussen, Turnell, Butow, Juraskova, Kirsten, Wiener, Patenaude, Hoekstra-Weebers, Grassi, 2015).

Recientemente, Jachens, Houdmont y Thomas (2018), a raíz de un estudio con trabajadores de ayuda humanitaria en una organización internacional que opera en más de 100 ubicaciones en todo el mundo, han señalado, que a pesar de las limitaciones, los resultados de dicho estudio muestran que el agotamiento en los trabajadores de ayuda humanitaria está relacionado con los esfuerzos (demandas) y las recompensas ocupacionales. Igualmente, estos autores concluyeron que una implicación práctica de esta investigación es que las percepciones del equilibrio esfuerzo-recompensa están, al menos en parte, dentro del control de la organización, y que las intervenciones de ERI tienen como objetivo cambiar un entorno de trabajo para reducir el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa y, por lo tanto, prevenir resultados negativos para la salud, como el agotamiento emocional (Jachens, Houdmont, & Thomas, 2018).

La investigación sobre agotamiento emocional y ERI, también se ha realizado con otros sectores profesionales. En una investigación realizada con maestros de las escuelas primarias y secundarias en la provincia de Liaoning en China (Wang, Ramos, Wu, Liu, Yang, Wang, & Wang, 2015), un alto nivel de agotamiento emocional se asoció significativamente con un alto esfuerzo extrínseco, un alto compromiso excesivo,

una discreción de baja habilidad y una alta demanda de trabajo. Un alto nivel de cinismo se asoció con una baja recompensa, poca discreción de habilidades, un alto compromiso excesivo y un bajo apoyo del supervisor. El bajo nivel de eficacia profesional se asoció con el bajo apoyo de los compañeros de trabajo, la baja recompensa, la discreción de las habilidades y la alta demanda de empleo.

Las asociaciones de desequilibrio esfuerzo-recompensa (ERI) y la sobreimplicación fueron también objeto de investigación en un trabajo reciente sobre una muestra de agentes de policía en E. U. (Violanti, Mnatsakanova, Andrew, Allison, Gu, & Fekedulegn, 2018). Los resultados de dicho estudio sugieren que el ERI y la sobreimplicación en el trabajo son determinantes de un cinismo y agotamiento superiores. La asociación inversa de la sobreimplicación con la eficacia profesional (un indicador del compromiso en el trabajo) sugiere que la participación extrema en el trabajo puede afectar negativamente a la eficacia. La sobreimplicación puede estar relacionado con la necesidad de aprobación y la incapacidad de los oficiales para retirarse del trabajo, incluso en un estado fuera de servicio. Los autores de este estudio sostienen además que las agencias policiales deben considerar remedios organizacionales para mantener niveles aceptables de compromiso por parte de los oficiales. Además de la necesidad de monitorear y mejorar el esfuerzo, también lo es recompensar el desequilibrio experimentado por los oficiales.

En definitiva, agotamiento es un importante barómetro de la salud del trabajador debido a su asociación demostrada con los riesgos para la salud mental y física, y los contextos de trabajo pueden modificarse, es decir las organizaciones pueden elegir más o menos la forma en que recompensan a los empleados por sus esfuerzos, para que sea percibido como más gratificante y significativo. Los ejemplos de medidas de recompensa son una mejora de las perspectivas de promoción, el trato justo y el salario,

el enriquecimiento de las tareas y las oportunidades para la capacitación continua de habilidades. En esta línea se deben de trabajar programas de intervención dirigidos a adaptar y / o regular las demandas / esfuerzos del trabajo podrían incluir equilibrar la distribución de la carga de trabajo y brindar suficientes oportunidades para recuperarse. Aumentar la cantidad de comentarios positivos que reciben los trabajadores, ofrecer una capacitación adecuada para el desarrollo profesional y mejorar las habilidades de relación interpersonales de los gerentes y el apoyo social que brindan, son ejemplos de enfoques viables para aplicar el modelo ERI en cuanto a reducir el agotamiento.

1.3.3. Implicaciones del ERI en la salud de los trabajadores: aplicación del modelo en un contexto globalizado y transcultural.

Parece que el modelo ERI proporciona datos de investigación alentadores en cuanto a los determinantes de la salud, a nivel internacional. Este enfoque ha tenido diversas revisiones y réplicas en los últimos años, a nivel mundial, y traducido a múltiples idiomas, no siendo sólo un modelo que se aplica a las sociedades occidentales.

Los estudios sobre estrés relacionado con el trabajo se han realizado principalmente en la cultura occidental, sobre todo en USA y Europa. Sin embargo, no se evidencia riesgo de haber establecido un modelo explicativo de estrés exclusivamente para un mundo desarrollado. En una entrevista realizada al autor del modelo ERI, Johannes Siegrist (2016), comentaba que cuando desarrollaban este modelo, se pensaba que era un modelo exclusivamente aplicable a la cultura occidental. Sin embargo, desde hace más de 15 años, investigadores de Japón estuvieron interesados en estudiar el modelo ERI allí, y llegaron a conclusiones similares en las relaciones entre estrés laboral y depresión en la población japonesa. Sin embargo, en una cultura totalmente diferente, con una larga tradición, y donde la organización forma parte importante de la

vida de la población y tras una importante crisis económica, el modelo era aplicable. También está funcionando, comenta el autor, en China pero en África o en el mundo Árabe, la investigación sobre el modelo es muy reciente, si bien es cierto, hay algunos resultados prometedores provenientes de dos estudios que han tenido lugar en Irán, Arabia Saudí o Turquía (Siegrist, 2017)

En Asia, y en particular en China, se ha aportado abundante información gracias numerosos estudios empíricos sobre el modelo ERI. Tsutsumi y Kawakami (2004), en un análisis de estudios empíricos sobre el modelo del desequilibrio esfuerzo-recompensa en el trabajo, que incluía un análisis de estudios epidemiológicos a gran escala y estudios con grandes muestras representativas de población, confirmaron que los entornos de trabajo estresantes (en relación con el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa) predecían afecciones de salud en una amplia variedad de poblaciones activas. En otro de los primeros estudios realizados con la población japonesa, se encontraron asociaciones significativas entre los componentes de la ERI y los síntomas musculoesqueléticos en sanitarios japoneses, que revelaron un riesgo significativamente elevado de estos síntomas en los participantes que obtuvieron una puntuación alta en la escala que mide el componente intrínseco del modelo, la sobreimplicación. Concluyeron que la versión japonesa del Cuestionario ERI es una nueva medida viable y psicométricamente bien justificada para evaluar el estrés psicosocial en el trabajo con relevancia para la salud (Tsutsumi, Ishitake, Peter, Siegrist, & Matoba, 2001). Véase también otros estudios realizados posteriormente por Tsutsumi, Wakita, Kumagai, Noguchi y Kawakami.

Una revisión del estrés relacionado con el trabajo en enfermeras de China continental (Zeng, 2009), mediante una búsqueda bibliográfica entre enero de 2000 y junio de 2007, informaba que los factores estresantes específicos entre las enfermeras

chinas fueron el desequilibrio esfuerzo-recompensa, la mala imagen de la enfermería en la comunidad y los problemas de gestión. En dicho estudio, se destacó el inicio de las intervenciones de manejo del estrés para mejorar las habilidades de afrontamiento de las enfermeras, mientras que el objetivo a largo plazo era reducir el nivel de estrés o eliminar los factores estresantes a través de intervenciones individuales, organizativas y sociales. Igualmente argumentaron la necesidad de ampliar la investigación, con estudios más prospectivos y longitudinales, así como desarrollar un instrumento consistente para medir los factores estresantes.

Por su parte Li, Yang y Cho (2006) también observaron los efectos nocivos de la tensión laboral y el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa sobre la salud en médicos chinos. Aunque el diseño transversal no garantizaba una causalidad sólida, estos estudios sugieren que el efecto del entorno psicosocial en el trabajo no se limita a poblaciones occidentales.

El modelo ERI también ha sido aplicado para comparar la variabilidad existente en las diferentes regiones europeas, con una evolución sociopolítica diferente a otros países europeos en las últimas décadas. En una comparación de aspectos psicosociales del trabajo y de la salud autopercebida en cuatro países excomunistas (Polonia, República Checa, Lituania y Hungría (n= 3.941), descubrieron que el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa en el trabajo era un potente determinante de la salud autoevaluada en dichas poblaciones excomunistas (Pikhart et al. 2001). Sin embargo, hasta el 2010 poco se sabía sobre el efecto del estrés laboral en los antiguos países comunistas. Así pues, se llegó a comparar la asociación del estrés laboral con la salud autoevaluada en los países de Europa occidental y poscomunista. Se utilizaron los datos de cuatro estudios epidemiológicos: el estudio HAPIEE (Polonia, Rusia y la República Checa), el Panel Epidemiológico Húngaro (Hungría), el estudio Heinz Nixdorf Recall

(Alemania) y el estudio Whitehall II (Reino Unido). La muestra total consistió en 18.449 trabajadores y trabajadoras de 35 a 65 años. Estos estudios concluyeron que la asociación entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa en el trabajo y un alto grado de sobreimplicación con una mala salud autoevaluada en todos los países, pero el tamaño de los efectos difirió considerablemente. Sin embargo, no parece que los efectos en Europa del Este sean sistemáticamente más fuertes que en Occidente. Al comparar cuatro países de Europa Central y del Este con dos poblaciones de Europa Occidental, no se observaron diferencias sistemáticas en la magnitud del efecto entre el Este y el Oeste, a pesar del hecho de que las muestras de Hungría y la República Checa mostraron niveles particularmente altos del desequilibrio y un fuerte efecto sobre la mala salud. Sin embargo, estos efectos fueron más débiles en Rusia y Polonia. Las probabilidades crecientes de mala salud con niveles crecientes de estrés laboral se observaron tanto para los componentes extrínsecos (relación esfuerzo-recompensa) como para los componentes intrínsecos (sobreimplicación) del modelo. En este estudio no se encontró evidencia de una interacción entre la relación esfuerzo-recompensa y la sobreimplicación, a diferencia de otros estudios más recientes.

También el modelo ERI se ha relacionado con el clima de seguridad (Phipps, Malley, y Ashcroft, 2012), en una investigación que relaciona los modelos de demanda-control-apoyo (Karasek & Theorell, 1990) y desequilibrio esfuerzo-recompensa (Siegrist, 1996) con el clima de seguridad. Se realizó una encuesta con una muestra aleatoria de 860 farmacéuticos minoristas británicos, utilizando el cuestionario de contenidos de trabajo (JCQ), el indicador de desequilibrio esfuerzo-recompensa (ERI) y una medida del clima de seguridad en las farmacias, concluyendo, por un lado, que ambos modelos contribuyeron a la predicción de las calificaciones de clima de seguridad; y por otro, que hubo algunas interacciones entre las demanda, el control y el

apoyo de la JCQ en la predicción de clima de seguridad. Por último, destacaron la presencia de un "aprendizaje activo" con respecto a la mejora de la seguridad en entornos de alta demanda y alto control. Los hallazgos proporcionan información adicional sobre las formas en que las características del trabajo se relacionan con la seguridad, tanto a nivel individual como a nivel agregado.

Los componentes del modelo ERI (esfuerzo-recompensa-relación, esfuerzo, recompensa y sobreimplicación) se asocian con la calidad de vida relacionada con la salud, el agotamiento vital, la depresión y la calidad del sueño. Sin embargo estudios sugieren que las variables separadas esfuerzo y recompensa explicaron más de la varianza observada que la relación esfuerzo-recompensa.

Entendemos que no se ha investigado un modelo teórico alternativo del estrés en el contexto laboral que aborde los componentes extrínsecos e intrínsecos en el nivel conceptual y de medición tan ampliamente como es el caso con el modelo ERI. Los hallazgos resumidos en este apartado se derivan de diferentes diseños de estudios y diferentes grupos de población, y representan un amplio espectro de medidas de salud evaluadas por autoinforme y datos objetivos.

Los resultados de las revisiones más recientes del Modelo de Siegrist también han respaldado la idea de que tiene implicaciones directas para el diseño de estrategias de prevención y promoción de la salud en el lugar de trabajo (Siegrist & Li, 2016), y que es fruto de la investigación en los últimos 20 años, demostrándose el afianzamiento de asociaciones del componente intrínseco del estrés laboral, el patrón de afrontamiento individual de la sobreimplicación con el trabajo, con una variedad de indicadores de salud, y que sugieren que las personas altamente comprometidas tienen un riesgo elevado de sufrir una salud adversa a largo plazo. Sin embargo, en las últimas revisiones realizadas por Siegrist se encontró un apoyo limitado a favor de un posible papel de la

sobreimplicación como moderador de las relaciones entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y la salud. Si bien estas últimas revisiones estimulan los desafíos para la investigación, que aporten más datos sobre estas influencias, tanto a nivel científico como aplicado, y que en parte justifican los propósitos de esta tesis.

Como conclusión de este apartado, podemos decir que la mayor parte de estudios sobre modelo ERI han aportado un sólido argumento a favor de combinar medidas estructurales basadas en la organización con enfoques personalizados basados en la persona en programas de prevención primaria y secundaria que abordan los desafíos del estrés adverso para la salud en el trabajo en un contexto globalizado y transcultural. En definitiva, la investigación proporciona la amplitud del modelo y alientan nuevas líneas de investigación para la comprobación de papel moderador de la sobreimplicación, y su implicación en otras variables dependientes, que son indicadores de salud, así como como sus relaciones con otras variables que pueden tener un efecto mediador, como el apoyo social o la identificación en los contextos de organización.

1.3.4. ERI y acoso laboral

Durante la última década, los investigadores comenzaron a buscar marcos teóricos que explicaran más específicamente por qué diferentes características ambientales están asociadas con un mayor riesgo de acoso, lo que nos brindaría una comprensión más profunda de este fenómeno (De Cuyper et al., 2009). Algunos investigadores han utilizado diferentes modelos de estrés, como el modelo de control de demanda de trabajo (Karasek, 1979), el modelo demanda-recursos (Bakker & Demerouti, 2007) y el estrés de rol (Beehr & Glazer, 2005), que muestran las relaciones del estrés con la vulnerabilidad de los empleados al acoso laboral (Baillien et al., 2011a , b ; Notelaers et al., 2013 ; Reknes et al., 2014). Sin embargo, también se ha informado

que las experiencias de injusticia son un factor estresante grave en el lugar de trabajo (Greenberg, 2006).

Análogos a otros modelos de estrés, el ERI también puede ser un factor de riesgo para la intimidación. Algunas investigaciones han destacado que los factores de estrés en el trabajo pueden aumentar el riesgo de exposición al bullying a través de varios mecanismos diferentes. Por ejemplo, el manejo ineficiente del estrés y la frustración puede llevar a los empleados a comportarse de una manera que viola las normas (Baillien et al., 2009). Esto puede repercutir, por ejemplo, en disminuir el nivel de esfuerzos de trabajo, el aumento de quejas persistentes y el retirarse de la interacción social. Tales comportamientos pueden, a su vez, provocar represalias y la victimización de colegas y superiores, tratando de imponer o castigar al empleado que rompe las normas (Neuman & Baron, 2003). Además, el estrés resultante de un desequilibrio esfuerzo-recompensa puede derivar en problemas de salud mental (Bonde, 2008), que aumentaría la vulnerabilidad o el riesgo de ser expuestos a la intimidación (Nielsen et al., 2012).

En esta línea, Guglielmi, Mazzetti, Villano y Topa (2018) han aportado una de las primeras investigaciones para relacionar el modelo ERI con el acoso y la intimidación en el lugar de trabajo, como un indicador de salud. Según los autores, los entornos laborales caracterizados por condiciones de trabajo inadecuadas han sido ampliamente reconocidos como particularmente propensos a la aparición y exacerbación del comportamiento de acoso. Un estudio longitudinal desarrollado por estos autores tuvo como objetivo explorar si el impacto del desequilibrio esfuerzo-recompensa (ERI) en la intimidación en el lugar de trabajo estaba mediado por una menor percepción de la justicia organizacional, y si la asociación entre la ERI y las percepciones de la justicia estaba moderada por la identificación organizacional. En

dicho estudio, se utilizó una muestra de 195 empleados españoles y una recogida de datos en dos momentos diferentes con un retraso de 8 meses. De acuerdo con el hipotético modelo de mediación moderada, los resultados mostraron que la justicia organizacional medió el impacto de ERI en el acoso laboral. Además, el efecto de la percepción de ERI en la justicia organizacional fue más fuerte para los empleados con baja identificación organizacional. En general, este estudio puede contribuir a una mejor comprensión de cómo y cuándo en presencia ERI aumenta el riesgo de acoso. En consecuencia, la intervención temprana diseñada para amortiguar los efectos negativos de la ERI podría centrarse en aumentar los niveles individuales de identificación organizacional (Guglielmi, Mazzetti, Villano y Topa, 2018).

Muy recientemente, Notelaers, Törnroos y Salin (2019), pudieron establecer vínculos entre el modelo ERI y el acoso laboral, hasta ese momento solo investigado una vez (Guglielmi et al., 2018), que supone un nuevo testimonio de la importancia del modelo ERI para comprender la exposición a acoso laboral. El estudio se realizó mediante una encuesta en 19 organizaciones belgas ($n= 5727$), y confirmó que los empleados que experimentaban un desequilibrio entre esfuerzos y recompensas tenían más probabilidades de ser objetivos de exposición al acoso. En línea con investigaciones anteriores, este estudio ilustra que las situaciones estresantes aumentan el riesgo de exposición al acoso laboral. Muestra que la incongruencia percibida entre el esfuerzo y la recompensa puede aumentar la vulnerabilidad de los empleados a la intimidación (Notelaers, Törnroos y Salin, 2019). Estos hallazgos responden a la idea de que la injusticia percibida asociadas al ERI puede llevar a los empleados a involucrarse en un comportamiento que rompe las normas, lo que potencialmente provoca comportamientos negativos de los demás. Esto también respalda hallazgos anteriores, que sugieren, que los factores relacionados con el trabajo pueden contribuir al riesgo de

acoso a través de un proceso de estrés (Hoel & Salin, 2003 ; Baillien et al., 2009). Los autores de este reciente estudio informaron que sobre la base de investigaciones anteriores, es probable que existan varios mecanismos que pueden explicar esta asociación: los empleados frustrados y tratados injustamente pueden violar las normas y, por lo tanto, ser castigados (Neuman & Baron, 2003), y los empleados poco recompensados pueden ser aún más vulnerables debido a la percepción de un menor poder social o porque experimenten angustia mental y agotamiento de la energía (Nielsen et al., 2012).

1.3.5. Aplicación del modelo ERI en el contexto profesional sanitario.

El estrés laboral es uno de los riesgos psicosociales más destacados en la profesión médica, tal como reportan diversas investigaciones (Kumar, 2016; Lemaire, & Wallace, 2017; Perdikaris, Kletsiou, Gymnopoulos, & Matziou, 2010). Cuando el estrés es alto, los médicos tienen mayor probabilidad de tomar decisiones desacertadas, mostrar actitudes hostiles con sus pacientes, cometer errores y también tener problemas de relación con sus compañeros y supervisores. En el plano personal, el estrés está relacionado estrechamente con diversos indicadores subjetivos de malestar, entre otros las quejas de salud (Dollard, LaMontagne, Caulfield, Blewett, & Shaw, 2007; van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005).

Aunque existen numerosas investigaciones empíricas relativas al estrés de los profesionales de la salud en España (González-Cabrera, Fernández-Prada, Iribar, Molina-Ruano, Salinero-Bachiller, & Peinado, 2018; Pérez-Fuentes, Molero Jurado, Martos Martínez, & Gázquez Linares, 2018; Pérez-Fuentes, Molero Jurado, Barragán Martín, Simón Márquez, Martos Martínez, & Gázquez Linares, 2019), hay muy pocos estudios recientes aplicando el modelo ERI (Topa, Guglielmi & Depolo, 2014; Topa,

Guglielmi & Depolo, 2016; Guglielmi, Mazzeti, Villano & Topa, 2018), y no se han centrado exclusivamente en los médicos.

La aplicación de modelos de estrés en general y del modelo ERI en particular ha tenido gran evidencia empírica en los últimos 20 años, y deja constancia de la necesidad de profundizar en los determinantes (intrínsecos y extrínsecos) del estrés laboral en los profesionales sanitarios, especialmente en el contexto hospitalario. Así pues la investigación con los médicos y personal de enfermería es prometedora (Arenas, 2006; González-Méndez et al.2006; Ortega et al, 2006; Moreno et al, 2003; Maslach & Pines, 2000), por ejemplo, tanto médicos en formación como especialistas ya graduados refieren como causa de estrés laboral a factores externos, tales como sobrecarga de trabajo, ambiente físico inadecuado, exceso de responsabilidades, falta de incentivos, administración burocrática y rivalidad entre los médicos. Dichos factores pueden ser objeto de análisis para proporcionar recomendaciones de intervención organizacional y mejorar la calidad de vida y estrés de estos profesionales.

La evaluación ambiental en hospitales ha demostrado que existen factores del ambiente vinculados al estrés laboral del personal sanitario hospitalario; además, se ha comprobado que tanto la edad como la experiencia de los médicos se relaciona con su susceptibilidad al desgaste emocional, y ambos aspectos individuales determinan la congruencia entre percepción del ambiente y las condiciones reales de éste (Ortega et al, 2006).

Existen estudios que parten del principio que señala que el estrés laboral ocurre cuando las habilidades de una persona son incompatibles con las demandas del ambiente laboral, para hacer el análisis de la relación del médico con su entorno y diseñar un instrumento que permita identificar los factores que determinan su estrés laboral (Hernández, Ortega & Reidl, 2012). En el caso de los médicos, se requiere

indagar los factores asociados al estrés laboral para prevenir e intervenir en él, más allá de únicamente detectar sus efectos (Ortega et al, 2006). Por ejemplo, se construyó el Instrumento de Estrés Laboral para Médicos Mexicanos, que mide los aspectos generadores de estrés en los médicos debido a las condiciones laborales del hospital donde se desempeñan. (Hernández, Ortega y Reidl, 2012).

La aplicación del modelo ERI es un ejemplo de la experiencia investigadora del estrés en el contexto sanitario de China. Ya se han citado las investigaciones realizadas en las sociedades chinas, por ejemplo sobre el estrés relacionado con el trabajo en enfermeras de China continental (Yingchun Zeng, 2009), que informaban que los factores estresantes específicos entre las enfermeras chinas fueron el desequilibrio esfuerzo-recompensa, la mala imagen de la enfermería en la comunidad y los problemas de gestión. O Por parte Li, Yang y Cho (2006) que también observaron los efectos nocivos de la tensión laboral y el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa sobre la salud en médicos chinos.

También se ha demostrado que el estado de los trastornos del sueño en una muestra 2.033 de enfermeras chinas de hospitales generales estaba estrechamente relacionado con el estrés laboral. Los sujetos de esta investigación, que eran mujeres trabajadoras del departamento de ginecología y obstetricia, el departamento de emergencias y la UCI, mostraban un alto riesgo de padecer trastornos del sueño, asociado a muchos años de trabajo, frecuentes turnos de noche por mes, falta de ejercicio frecuente, muchos esfuerzos y pocas recompensas, y alta autonomía de decisión (Han, Yuan, Zhang; & Fu, 2016) .

La aplicación del cuestionario de desequilibrio de esfuerzo-recompensa en griego es otro ejemplo de estudio entre profesionales de la salud. En este caso, demostraron la asociación de medidas de ERI teóricamente relevantes con la salud

autoevaluada de los encuestados. La versión griega del cuestionario ERI mostró buenas propiedades psicométricas (Msaouel, Keramaris, Apostolopoulos, Syrmos, Kappos, Tasoulis, Tripodaki, Kagiampaki, Lekkas, & Siegrist., 2012). La versión griega traducida y adaptada es comparable con el instrumento ERI original en términos de validez y estructura factorial y fue adecuada para la evaluación del entorno de trabajo psicosocial de los profesionales de la salud griegos.

En un estudio más reciente sobre los efectos de las diferencias individuales y las características del trabajo en la salud psicológica de las enfermeras italianas (Zurlo, Vallone, & Smith, 2018), el esfuerzo representó el mejor pronóstico para las condiciones de salud psicológica entre las enfermeras italianas, y el apoyo social moderó significativamente los efectos de las demandas laborales en los niveles percibidos de ansiedad. El estudio comparativo mostró diferencias significativas en los perfiles de riesgo de las enfermeras italianas y británicas. Estos hallazgos fueron discutidos con el fin de definir intervenciones enfocadas para promover el bienestar de las enfermeras.

Recientemente, el modelo se ha probado en sanitarios de otros países no occidentales, como Egipto, donde se investigó el ambiente de trabajo psicosocial y estrés oxidativo en 204 enfermeras registradas que trabajaban en dos hospitales terciarios de Menoufia. Los resultados mostraron que el ERI fue más frecuente entre las enfermeras casadas jóvenes que trabajaron más de 10 años. Las enfermeras que trabajaron en las UCI se quejaron más de ERI (43,2%) mientras que las quejas de enfermeras que trabajaron en las salas de operaciones eran más asociadas al sobrecompromiso (62,5%). Esta investigación apoya la implementación de programas y estrategias que eliminen las condiciones de trabajo estresantes en los hospitales para la reducción y prevención del estrés laboral entre las enfermeras.

Otro estudio aún más reciente (Hayes, Prihodova, Walsh, Doyle, & Doherty, 2019) sirvió para medir los niveles de estrés laboral asociados al ERI en médicos de hospital y consultores en Irlanda, sobre una muestra de 1749 médicos (tasa de respuesta del 55%) de todas las especialidades hospitalarias excepto radiología. Los resultados de este estudio ofrecieron informaron que apuntaba un agotamiento evidente en el 29,7% y se asoció significativamente con el sexo masculino, la edad más joven, los años de práctica más bajos, el menor deseo de practicar, la menor capacidad de trabajo, la mayor proporción de ERI y una mayor sobreimplicación. Aparte de las medidas de capacidad de trabajo y sobreimplicación, no hubo diferencia de sexo o edad en ninguna variable. Sin embargo, ERI y el agotamiento fueron significativamente más bajos en consultores que en aprendices. Los médicos de hospitales de todos los grados en Irlanda tenían una capacidad de trabajo insuficiente, bajos niveles de equilibrio entre la vida laboral y personal, altos niveles de estrés laboral, y casi un tercio experimentaron un agotamiento que indicaba su relación con las condiciones de trabajo. Sin embargo, la mayoría tenía un gran deseo de practicar la medicina. La medición de estos índices debe convertirse en un indicador de calidad para los hospitales, y la investigación debe centrarse en la eficacia de una gama de intervenciones individuales y organizativas para reducir el agotamiento y el estrés laboral (Hayes, Prihodova, Walsh, Doyle, & Doherty, 2019) .

En España, cabe destacar el estudio descriptivo de corte transversal en una muestra representativa de los trabajadores del Hospital Comarcal del Área Sanitaria III de Asturias en 2001) en una muestra de 1.271 trabajadores. Para facilitar su estudio los trabajadores se clasificaron en los siguientes estratos laborales: directivos, facultativos, ATS, auxiliares de enfermería, administrativos y empleados de mantenimiento, donde se investigó el grado de estrés laboral, mediante la aplicación autoadministrada del cuestionario estandarizado ERI, mediante el instrumento utilizado para evaluar el grado

de estrés laboral de los individuos seleccionados fue la versión abreviada del cuestionario alemán ERI, previamente adaptada al español (Macías, Fernández-López, Hernández-Mejías, Cueto-Espinar, Rancaño y Siegrist, 2003). Con este trabajo se ha realizado la validación preliminar de la versión española de cuestionario ERI. Han podido reproducirse en nuestro medio los componentes del modelo teórico definido, validándose los ítems del instrumento de medida, y se ha establecido que la versión española final adaptada del cuestionario ERI tiene suficiente consistencia interna y validez. También estos hallazgos son similares y están en consonancia con los descritos por otros estudios previos realizados con la versión original alemana y con otras adaptaciones hasta la fecha (Siegrist, Peter, Junge, Cremer, & Seidel, 1998; Bosma, Peter, Siegrist, & Marmot, 1998; Peter, Alfredsson, Hammar, Siegrist, Theorell, & Westerholm, 1998; Niedhammer, Siegrist, Landre, Golberg, & Leclerc, 2000).

Sin embargo, en España la investigación sobre el ERI en profesionales de la salud, y especialmente en los médicos, sigue siendo aún insuficiente, siendo una línea interesante y prometedora para la intervención del estrés en este contexto, a pesar del avance de datos empíricos, a nivel internacional, ya aportados en numerosas investigaciones.

1.4. Quejas subjetivas de salud (SCH)

1.4.1. Conceptualización

Las quejas subjetivas de salud (SHC), según Eriksen, Ihlebaek y Ursin (1999), son síntomas sin signos objetivos o sin criterios objetivos de juicio. Las quejas de salud son frecuentes en la población en general y, aún en ausencia de síntomas objetivos, se emplean como indicadores de salud general. Sin embargo, la mayoría de las quejas de salud subjetivas no cumple con los umbrales requeridos para estos trastornos, y por eso

son consideradas quejas "normales", o consideradas como una serie de atribuciones y etiquetas. Por otro lado, estos autores, afirmaban, de que no hay un acuerdo general sobre cómo medir estas quejas, y existe una falta de estandarización.

Algunos estudios muestran que en los países nórdicos el 59% de los días de baja laboral se conceden por diagnósticos basados únicamente en las afirmaciones subjetivas de los pacientes (Eriksen, Svendsrød, Ursin, & Ursin, 1998). Los síntomas juegan un papel importante en la ausencia de enfermedad a corto y largo plazo, y se traducen en quejas musculoesqueléticas y de salud mental que tienen una alta prevalencia en la población general (Ihlebak, Eriksen, & Ursin, 2002; Indregard, Ihlebak, & Eriksen, 2013). Las SHC se refiere, por tanto, a las quejas sin una explicación fisiopatológica o cuando los hallazgos patológicos son desproporcionados a la experiencia de la enfermedad (Ursin, 1997). Las quejas pueden ser muy problemáticas, afectando negativamente la capacidad de funcionar tanto en el trabajo como en entornos sociales.

Las quejas no específicas, como las musculoesqueléticas y las quejas de salud mental, presentan un importante problema de salud pública y una carga económica elevada en las sociedades occidentales (Andersson, 1999; Wittchen, et al., 2011; Knudsen, Harvey, Mykletun, & Øverland, 2012), y son las razones más frecuentes reportadas para la baja por enfermedad (Waddell, & Burton, 2001). La baja por enfermedad es un fenómeno multicausal y existen diferentes opiniones sobre qué factores más importantes lo condicionan (Dekkers-Sánchez, Hoving, Sluiter, & Frings-Dresen, 2008; Aamland, Malterud, & Werner, 2012). Sin embargo, hay un consenso considerablemente mayor respecto de las consecuencias negativas de la baja por enfermedad a largo plazo, tanto en términos de los principales costos para la sociedad y las organizaciones como de las graves consecuencias que puede tener para el individuo (Melchior et al., 2009). En consecuencia, es importante adquirir conocimientos sobre

que tipo de intervenciones son efectivas para prevenir y reducir la baja por enfermedad a largo plazo, tanto desde una perspectiva psicosocial como individual.

Las quejas se atribuyen a menudo a los estresores de la vida moderna. Las quejas subjetivas de salud sin o con síntomas somáticos mínimos (dolor, fatiga) son razones comunes y frecuentes para el encuentro con el médico general, y para la baja por enfermedad a largo plazo y la discapacidad. En un estudio comparativo con poblaciones de Noruega y aborígenes de Filipinas, llegaron a la conclusión de que ésta última tenían más quejas musculoesqueléticas, fatiga, cambios de humor, y quejas gastrointestinales que la muestra representativa de la población Noruega (Eriksen, Hellesnes, Staff, & Ursin, 2004). Por lo tanto, las quejas de salud subjetivas comunes no son necesariamente específicas para las sociedades industrializadas.

Prevenir la ocurrencia de quejas subjetivas de salud es difícil, o puede que ni siquiera sea posible, ya son comunes, parecen ser inherentes a la naturaleza humana y a una parte de la vida cotidiana, independientemente de la sociedad o la civilización moderna (Eriksen, Hellesnes, Staff, & Ursin, 2004; Wilhelmsen, Mulindi, Sankok, Wilhelmsen, Eriksen, & Ursin, 2007). Sin embargo, puede ser posible influir en la percepción y la gestión de estas quejas en los empleados, y con ello en las bajas por enfermedad y la vuelta al trabajo después de dicha licencia (Odeen, Ihlebæk, Indahl, Wormgoor, Lie, & Eriksen, 2013).

1.4.2. Medición de las quejas subjetivas de salud.

Los problemas de salud asociados a estas quejas han sido medidos mediante un cuestionario de quejas subjetivas de salud desarrollado por Eriksen, Ihlebaek y Ursin (1999). Esta escala puede dividirse en varias subescalas, no obstante, se puede usar escala como medida global de problemas de salud. En el presente trabajo está formada por 23 ítems, medidos en una escala de respuesta tipo Likert que va de 1 a 4, indicando

valores inferiores, menos problemas de salud. Los ítems evaluados en este estudio miden el daño muscular, los problemas gastrointestinales y los síntomas pseudoneurológicos. La fiabilidad obtenida en este estudio mediante Alpha de Cronbach es de .88. Otros autores también han mostrado niveles adecuados de entre .75 y .82 (Eriksen et al, 1999).

El SHC-Inventory registra quejas sin pedir atribuciones o diagnósticos médicos. La selección de artículos no se basa en ninguna teoría específica, pero cubre las quejas de salud más frecuentes y razones para ser visto por el médico general (Ursin H., 1997). El inventario original tiene cinco subescalas: dolor musculoesquelético, quejas pseudoneurológicas, quejas gastrointestinales, gripe, y quejas de alergia, y cubre el período de los últimos 30 días.

1.5. Identificación en las organizaciones

1.5.1. Conceptualización

Mael y Ashforth (1992) definen la identificación organizacional como una unidad percibida con una organización y la experiencia de los éxitos y fracasos de la organización como propios. Si bien la identificación se considera importante para la organización, no ha sido claramente operacionalizada. En su estudio en el año 1992, probó un modelo propuesto de identificación organizacional sobre datos de autoinforme de 297 alumnos de un colegio religioso de hombres, e indicaban que la identificación con el alma mater se asoció con: (1) los antecedentes organizacionales hipotéticos del carácter distintivo de la organización, el prestigio organizativo y (la ausencia de) la competencia intraorganizacional, pero no con la competencia interorganizacional, (2) los antecedentes individuales hipotéticos de satisfacción con la organización, la permanencia como estudiantes y el sentimentalismo, pero no con la antigüedad de la

asistencia, el número de escuelas que asistieron, o la existencia de un mentor, y (3) los resultados hipotéticos de realizar contribuciones financieras, disposición para aconsejar a los hijos y otras personas para que asistan a la universidad y participar en diversas funciones escolares. Los hallazgos proporcionaron orientación a los administradores académicos para aumentar el apoyo de exalumnos, así como a los gerentes corporativos preocupados por la lealtad de los trabajadores en una era de fusiones y adquisiciones (Mael & Ashforth, 1992). A partir de ahí, el modelo de medición ha sido replicado en múltiples investigaciones, por ejemplo, en un estudio realizado en el 2010 sobre identificación y redes sociales, donde los resultados muestran que el tamaño de la red, así como la interacción entre la solidez de la relación y el prestigio explican mejor la identificación de la organización que los antecedentes basados únicamente en la categorización y los procesos de comparación social (Jones & Volpe, 2011).

Podemos hablar de identificación organizacional como identificación social, ya que es la percepción de pertenencia a una organización, y también se puede hablar de identificación grupal, o percepción de pertenencia a un grupo de trabajo, y de identificación profesional, o incluso de percepción de pertenencia a una profesión. La identificación organizacional se define como una unidad percibida con una organización, asumiendo la experiencia de los éxitos y fracasos de la organización como propios.

El impacto de la identificación organizacional en el bienestar de los miembros de la organización y en la propia organización ha sido ampliamente estudiada y reconocida por mucho tiempo (Brown, 1969; Hall & Schneider, 1972; Rotondi, 1975; O'Reilly & Chatman, 1986). La identificación, es entendida como el sentido de unidad y pertenencia de las personas a sus organizaciones (Ashforth & Mael, 1989; Mael & Ashforth, 1992; Mael & Ashforth, 2001), y parece ofrecer muchas ventajas a las

organizaciones, aunque no deja atrás otros inconvenientes, si no se gestiona adecuadamente desde un punto de vista organizacional, dejando un lado oscuro en los procesos psicosociales que se dan en los grupos y relaciones entre personas.

1.5.2. Antecedentes

Los experimentos iniciales bajo el paradigma del grupo mínimo de Tajfel demostraron que las personas tendemos a evaluar más positivamente a los miembros de nuestro grupo, a beneficiar a nuestro grupo si debemos tomar decisiones y a exagerar las diferencias entre éstos y los miembros de los demás grupos, pese a que no haya interdependencia. La teoría de la identidad social se desarrolló inicialmente como un intento por entender las bases psicológicas de la discriminación entre los grupos, y que parte de los estudios llevados adelante por Tajfel y sus colegas en los años '70. Dicho enfoque aportó conocimientos para explicar estos hechos, esto es que las personas buscamos mejorar nuestra autoestima, que una parte del autoconcepto está ligada a la pertenencia a grupos sociales significativos, como concepto de identidad social, y esa identidad social se mantiene y mejora a través de la comparación con otros grupos relevantes (Tajfel, 1982; Turner, Hogg, Oakes, Reicher, & Wetherell, 1987). Posteriormente, se aprecia un aumento de los trabajos que procuran aplicar este enfoque de la identidad social, y su posterior desarrollo, la teoría de la categorización del yo, o al análisis de cuestiones del ámbito organizacional (Ashforth & Mael, 1989; Mael & Ashforth, 1992; van Knip-penberg & van Schie, 2000; Haslam, 2004).

La teoría de la categorización del yo intenta explicar los procesos psicológicos por los cuales los individuos son capaces de llegar a actuar como grupos (Turner, 1982; Turner et al., 1987). Desde este enfoque las personas tienen su concepción de sí misma a lo largo de un continuo que va desde la definición en función de su identidad personal a la definición en función de su identidad social. Cuando la identidad social es saliente o

destacada, las personas suelen interactuar en cuanto miembros de los grupos a los que pertenecen (conducta intergrupala), mientras que, si la identidad personal es la que resulta saliente en esa situación, las personas se relacionan en cuanto individuos (conducta interpersonal).

En este sentido, la identificación organizacional es una forma específica de identidad social disponible en el referido contexto (Ashforth & Mael, 1989; Mael & Ashforth, 1992), mediante el cual las personas se identifican con un grupo, se perciben a sí mismas como psicológicamente intercambiables con los otros miembros, compartiendo un destino común y participando de sus experiencias comunes, con sus éxitos y fracasos. Cuanto más se identifica una persona con un grupo social, más probable es que actúe de acuerdo con las creencias, normas y valores que son típicos para ese grupo, siendo a la vez una fuente de autoestima y satisfacción, a la vez que reportan las bases psicosociales del apoyo grupal en el trabajo. En el ámbito laboral se comprende que la conducta en el trabajo está determinada en gran medida por la pertenencia de los trabajadores a ciertos grupos sociales o a la organización en su conjunto.

1.5.3. Identificación y apoyo Social

Algunos autores defienden desde el enfoque de la identidad social aplicado al trabajo, que la identidad social es la base para recibir apoyo social dentro de un grupo y de una organización (Haslam, 2004b; Haslam, O'Brien, Jetten, Vormedal, & Penna, 2005; Haslam, Vigano, Roper, Humphrey, & O'Sullivan, 2003; Topa, Moriano, Morales, 2008).

Como sostienen Topa, Moriano y Morales (2008), el papel mediador del apoyo social percibido es bien reconocido en diversos modelos explicativos del bienestar

psicológico en el trabajo, como el modelo de demandas – control de Karasek (1979), o el modelo OSI (Indicador de Estrés ocupacional) de Cooper, Sloan y Williams (1988).

Podemos encontrar tres formas distintas en las cuales la identificación puede afectar al apoyo social (Levine, 1999; Levine, Cassidy, Brazier, & Reicher, 2002; Levine, Prosser, Evans, & Reicher, in press):

- a) Por la disponibilidad de un miembro del grupo a brindar apoyo social a otro,
- b) Por la probabilidad de que la persona necesitada de apoyo, lo acepte y finalmente.
- c) Por la interpretación que ésta haga del ofrecimiento de apoyo que recibe.

Estudios han demostrado que el ofrecimiento de apoyo social es un fenómeno contingente con las percepciones de una identidad social compartida. Cuando una persona ofrece apoyo social a un miembro de su propio grupo, es más probable que el apoyo social sea aceptado cuando quien lo brinda es percibido como miembro de una categoría social compartida y, todavía más cuando ambas personas pertenecen al mismo grupo social (Topa et al., 2006; Topa, Moriano, & Morales, 2008).

En la medida en que las personas estén más identificadas con su grupo social de pertenencia, percibirán más apoyo social y, como consecuencia redefinirán la situación de modo más positivo, implicándose en comportamientos discrecionales beneficiosos para su grupo, por ejemplo, en grupos de trabajo o profesionales. Haslam (2004, 2005) señala que la identidad social compartida y el apoyo social percibido, como resultado de ésta, influyen en la redefinición del potencial valor estresor de los estímulos. Otro ejemplo es el papel mediador que ejerce el apoyo social, en las relaciones entre identidad social y conductas de ciudadanía organizacional, en este sentido Topa, Moriano y Morales (2008) verificaron la influencia de la identidad social sobre las conductas de ciudadanía confirmando y ampliando así los hallazgos de estudios

precedentes (Van Dick & Wagner, 2002; van Knippenberg & Ellemers, 2004). Según los trabajos de Topa, Moriano y Morales, se confirma el pronóstico de que la relación entre la identidad social y los resultados estará mediada por el apoyo social percibido, y por otro, que la identidad social compartida aparece como la base para una redefinición de las situaciones experimentadas por las personas en los contextos laborales, y por tanto influye en sus comportamientos laborales de grupo (Topa & Morales, 2007; Topa, Moriano, & Morales, 2008).

1.5.4. Aspectos positivos y negativos de la identificación organizacional; el lado oscuro de la identificación en el trabajo.

Hoy podemos considerar la Identificación organizacional como una forma específica de identidad social en la medida en que la persona se identifica con su organización. En este sentido, la identificación con la organización o con el grupo de trabajo puede llevar a los individuos a adoptar como propios los intereses y objetivos de ese colectivo, y por tanto las personas estarán primeramente interesadas en los objetivos del grupo más que en su interés individual, ya que este último les resultará menos relevante, como muestran los estudios empíricos que aportan evidencia sobre la relación entre la identificación y los esfuerzos en beneficio del grupo. Aquellas organizaciones que disponen de empleados altamente identificados podrán disfrutar de mayor compromiso y lealtad, sus miembros estarán más satisfechos, menos estresados y mostrarán mayor rendimiento (Ellemers, De Gilder y Haslam, 2004; Haslam, Jetten, O'Brien & Jacobs, 2004; Topa & Palací, 2005; van Knippenberg & Ellemers, 2004; van Knippenberg & van Schie, 2000).

No obstante, parece que ha existido cierta ambigüedad respecto a los beneficios que reportan este fenómeno a las organizaciones. Por un lado, través de la identificación social, los empleados obtienen un incremento de su autoestima,

participando del éxito de la organización a la que pertenecen (Mael & Ashforth, 2001), ven reducida su incertidumbre gracias a la existencia de referentes comparativos relativo a la confirmación o corrección de sus creencias, actitudes, percepciones y comportamientos (Haslam, 2004), y proporcionan en el proceso de socialización un marco de referencia para la formación de su contrato psicológico con la organización (Topa & Morales, 2007). Pero por otro, las organizaciones laborales presentan hoy un contexto donde la identificación de los empleados parece presentar ciertas dificultades debido a los cambios estructurales, tales como fusiones, adquisiciones, de reestructuraciones de plantilla, el aumento de la subcontratación o la deslocalización de las empresas. Esto nos llevaría a cuestionar los verdaderos beneficios de la identificación en las organizaciones actuales, así como moderar su impacto, haciendo más complejo sus efectos. O mejor dicho, hasta dónde las personas y los grupos son afectados según los diversos focos de identificación en el ámbito del trabajo, tales como el grupo de trabajo, la organización en su conjunto o la profesión.

Los trabajos desarrollados por Knippenberg y Schie (2000) han demostrado que la identificación con el grupo de trabajo es probable que sea la forma de identidad organizacional más fuerte, debido al tamaño, ya que el grupo será más pequeño y será mayor número de aspectos compartidos con los miembros del grupo que con el resto de los miembros de la organización debido a que el contexto propiciará encuentros con miembros de otros subgrupos organizacionales. Sobre esta base, es de esperar que la identificación con el grupo de trabajo influya en las conductas de ciudadanía organizacional, de iniciativa personal, a la vez que sentarán las bases del apoyo social en el trabajo.

Van Knippenberg y Ellemers (2004) afirman que la identificación con la organización y con sus objetivos es la variable clave que brinda las bases para un

aumento del rendimiento tanto en las tareas pautadas como en un amplio abanico de conductas deseables, compartirán objetivos colectivos (lo que resultará mucho más beneficioso a las organizaciones), promoviendo conductas de ciudadanía, conductas extra-rol, iniciativa de sus empleados, a la vez que el rendimiento en las tareas, salvando las limitaciones que pueden llegar a presentar cuando se centran la atención sobre los objetivos y preocupaciones meramente individuales. El estudio realizado por Topa y Morales (2007) en una muestra de 336 empleados de diferentes organizaciones los cuales son miembros de 60 grupos de trabajo con cinco integrantes cada uno, ponen de manifiesto que la identificación organizacional tiene poder predictivo sobre aquellas conductas de los empleados que superan el rendimiento exigido en el puesto de trabajo, es decir conductas de ciudadanía organizacional y de iniciativa personal. Estos hallazgos confirman los de otros trabajos precedentes, como los de van Leeuwen y van Knippenberg, en 1999, que habían mostrado que las contribuciones individuales al rendimiento grupal eran mayores entre los miembros del grupo más identificados. También prueba que la influencia de la identificación organizacional sobre tales resultados está parcialmente mediada por la cohesión del grupo de trabajo. En aquellos grupos más cohesionados la identificación sería una característica más saliente.

Pero podemos encontrarnos con otros efectos negativos de la identificación en los grupos de trabajo. Por ejemplo, los empleados pueden llegar a desarrollar normas contraproductivas, en caso de que haya un conflicto con los jefes, o desarrollar conductas absentistas. Por otro lado, una fuerte identificación puede tener directamente consecuencias negativas para la organización, si los miembros de un grupo se hallan excesivamente identificados con el grupo o la organización, promoviendo ambientes altamente homogéneos y de elevada conformidad, o bien de resistencia al cambio y a la innovación en las organizaciones actuales.

La identificación grupal es un predictor negativo de todas las formas de acoso y la identificación organizacional lo es del acoso personal y laboral. Este hecho consistente en no compartir el marco de referencia común hace más difícil que la persona conforme su conducta a los estándares del grupo y, por consiguiente, propicia el rechazo por parte de éste.

Algunos autores aportan que la identificación con el grupo influye sobre los procedimientos de justicia percibida, así si compañeros en un grupo defienden un procedimiento como justo, es probable que uno adhiera a esa creencia, especialmente si está fuertemente identificado con el grupo. (Lamertz, 2002).

En cuanto a la diferenciación entre el compromiso y la identificación organizacional ha quedado demostrada en diversos trabajos. El compromiso ha recibido considerable atención en el ámbito organizacional, siendo su carencia un predictor de conductas indeseables para la organización (Clugston, 2000). Existen numerosas investigaciones sobre las dimensiones del constructo (Allen & Meyer, 1990; Meyer & Herscovitch, 2001; De Frutos, Ruiz & San Martín, 1998; Ashforth & Mael, 1989). Estas investigaciones destacan en el componente autodefinitorio de la identificación organizacional como base para la diferenciación entre ésta y el compromiso, y por tanto podemos concluir que la identificación organizacional no es la base del compromiso organizacional, como afirmaban O'Reilly & Chatman (1986), ni una parte de éste, en contra de lo que defienden autores como Allen y Meyer (1990), Mowdays et al (1979). A esta misma conclusión llegan también autores españoles como Ana Lisbona Bañuelos, J. Francisco Morales Domínguez y Francisco J. Palací Descals (2006), en investigaciones posteriores.

Por otro lado, la identificación con un grupo incrementa la preocupación por el trato recibido dentro del grupo, ya que este trato es el feedback más directo acerca del propio estatus dentro del grupo (Tyler & Blader, 2000).

Es interesante diferenciar cómo influye la identificación o en qué medida ésta es prevalente según los colectivos: organizacional, grupal o profesional. En trabajos llevados a cabo por van Knippenberg y van Schie (2000), una identificación diferente a la organizacional puede explicar mejor ciertos resultados organizacionales. A esta misma conclusión llegaron otros investigadores como Lisbona, Morales y Palací (2006) donde afirmaban que no es la identificación profesional, más que grupal, es la que parece tener más poder explicativo de la identificación organizacional, al investigar los equipos de intervención en emergencias.

Por último, la identificación influye en la inclusión o exclusión de otros (Deutsch, 1973), de tal modo que los incluidos se encuentran dentro de nuestra frontera psicológica de justicia. Como resultado de esto, procuraremos tener comportamientos justos, los consideraremos autorizados a compartir los recursos de dicha comunidad y estaríamos incluso dispuestos a incurrir en sacrificios personales para ayudarles. Estas tendencias positivas no estarían presentes hacia los excluidos. Así, la exclusión moral llevaría a que el daño causado a otros no produjese remordimiento alguno, ni sentimientos de injusticia. La investigación, en esta sentido, ha mostrado que en las organizaciones los empleados están más predispuestos a considerar injusto un despido si las víctimas están dentro de sus ámbito de justicia (Brockner, 1990).

1.6. Apoyo social: efectos sobre la salud y el estrés.

1.6.1. Definición. Su papel en el bienestar laboral.

Por apoyo social se entiende un amplio abanico de recursos que las personas perciben como procedentes de su entorno social y que muestran una influencia decididamente favorable sobre el bienestar personal en múltiples procesos psicosociales (Eisenberg et al., 1986; Hutchinson, 1997; Kottke & Shratinski, 1988; Littler-Bishop, Seiden-Feller, & Opaluch, 1982).

Algunos autores sostienen el papel mediador del apoyo social percibido, reconocido en diversos modelos explicativos del bienestar psicológico en el trabajo, como el modelo de demandas – control de Karasek (1979) o el modelo OSI (Indicador de Estrés ocupacional) de Cooper, Sloan y Williams (1988).

En la actualidad las personas otorgan el mayor tiempo de su vida diaria a las actividades laborales, por lo que es frecuente que las personas mantengan niveles elevados de estrés ante determinadas situaciones o estresores. La falta del apoyo social como estrategia de afrontamiento al estrés puede aumentar dichos niveles; es por ello que el analizar el uso del apoyo social como estrategia de afrontamiento ante el estrés parece que ha recibido inquietud investigadora en los últimos tiempos como formas de amortiguarlo.

El apoyo social está asociado con el bienestar y los resultados de salud positivos (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010). Sin embargo, los resultados positivos del apoyo social pueden depender más de la forma en que se proporciona el apoyo que la cantidad de apoyo recibido. El apoyo social predice el comportamiento que promueve la salud (Gallant, 2003)

El apoyo social ha sido referenciado por diversos autores como la principal estrategia de afrontamiento para el estrés. La convivencia y la socialización permiten al

individuo sentirse importante, querido, escuchado y, hasta cierto punto, útil para las demás personas, lo cual otorga gran satisfacción y propiamente disminución de los niveles del estrés en sus vidas.

Como Gamarra y col. (2010), mencionan en un estudio, el apoyo social proporciona un estado positivo que se proyecta en todas las facetas, tanto en lo profesional como en lo familiar. Por ello es importante la calidad de las relaciones sociales, más que la cantidad; cuanto más sea cubierta la necesidad de afecto y afiliación, la calidad de vida, tanto física como psicológica y social, mejorará.

En la actualidad, el agotamiento físico y mental en el trabajo se podría considerar una epidemia en los individuos de algunas profesiones. El trabajo aporta oportunidades de convivencia y una mejor calidad de vida, así como seguridad, autoestima e identidad, pero también puede reportar situaciones que pueden ser perjudicial para la salud del trabajador.

El apoyo social bajo se asocia con la baja por enfermedad (Knapstad, Holmgren, & Hensing, 2014). Se supone que el apoyo social en el lugar de trabajo es un recurso muy importante para ayudar a los empleados a sobrellevar el estrés al reducir las tensiones y los factores estresantes (Blanch, 2016). Sin embargo, las redes sociales y las relaciones también pueden caracterizarse por cualidades negativas como el estrés, los conflictos o la insatisfacción, y por lo tanto servir como modelo para la mala salud (Stansfeld & Candy, 2006). Pero contar con redes de apoyo social tiene un impacto positivo en la calidad de vida de las personas (Romero , Herrera, & Flórez, 2010).

El apoyo social se define como aquellos lazos entre los individuos que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona, al promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar retroalimentación sobre la propia identidad y el desempeño. Por ello, se

dice que es sumamente importante en la actividad y la vida real de los individuos, ya que permite salvaguardar o condescender las relaciones sociales, tanto en la familia como en amigos que proporcionan bienestar y prevención de variaciones emocionales o de índole física como enfermedades crónicas (Fernández & Manrique, 2010)

1.6.2. Funciones del apoyo Social

De acuerdo con Pinazo (Pinazo y Sánchez, 2015), las funciones del apoyo social se pueden clasificar en: afectiva (corresponde al plano emocional), cognitiva (pertenece al apoyo informativo, lección o guía) y conductual (referencia la ayuda financiera, material o de servicios).

1. Apoyo afectivo: en dicho apoyo se engloban aquellas acciones como compartir sentimientos, emociones, hablar con alguien; lo cual otorga un vínculo de confianza e intimidad.
2. Apoyo cognitivo: son las palabras que sirven de ayuda para hacer frente a situaciones difíciles o estresantes y participan en la resolución del problema o vivencia complicada. Suele confundirse con el apoyo emocional, ya que recibir palabras de aliento o consejo se puede percibir como expresión de afecto y preocupación por la persona.
3. Apoyo conductual: dicho apoyo atañe al bienestar, ya que permite reducir la sobrecarga laboral, trayendo como consecuencia aumento en el tiempo libre, que se puede utilizar para realizar actividades de recreación.

1.6.3. Apoyo social directivo y apoyo social no directivo.

El apoyo social se puede clasificar por el tipo de apoyo social, por roles y relaciones entre los proveedores de soporte y los receptores de soporte. La clasificación más familiar es probablemente la distinción en función del soporte, por ejemplo, apoyo emocional o instrumental (Cohen, Mermelstein, & Kamark, 1985) pero existen

diferentes opiniones con respecto al número de categorías y sus características definitorias y, por lo tanto, también diferentes mediciones utilizadas en la literatura existente.

Fisher et al. (1997) hace una distinción entre apoyo *social directivo* y *no directivo*, basado en los roles y relaciones presumidas entre el proveedor de soporte y el receptor de soporte:

El soporte o apoyo social directivo se refiere al soporte donde el proveedor asume la responsabilidad, toma el control y le dice al receptor del soporte lo que debe hacer, pensar o sentir. Por lo tanto, el apoyo social directivo se puede ver como una forma de imponer la propia agenda en el receptor de soporte (Harber, Schneider, & Everard, 2005; Stewart, Gabriele; & Fisher, 2012).

El soporte o apoyo social no directivo cambia el enfoque del control del proveedor de soporte al receptor de soporte. Se refiere al soporte donde el proveedor coopera con el receptor de soporte, y reconoce los sentimientos, pensamientos y elecciones del receptor. El apoyo social no directivo se puede ver así como una forma de lograr una toma de decisiones compartida, donde el proveedor de soporte busca promover las intenciones del receptor de soporte (Harber, Schneider, & Everard, 2005; Stewart, Gabriele, & Fisher, 2012).

La distinción entre apoyo social directivo y apoyo social no directivo por tanto se basa en la forma en que se proporciona el soporte, y en función de soporte puede entregarse de una forma directiva o no directiva. Cuando se tiene apoyo social no directivo las personas tienden a funcionar mejor cuando tienen un fuerte sentido de afrontamiento y autoestima, sienten que sus vidas tienen un significado y están motivadas por factores internos en lugar de presiones externas. El apoyo social no directivo se centra en los desafíos intrapsíquicos del receptor de apoyo, como la

necesidad de restablecer los sentimientos de autoestima, en lugar de la condición externa de los desafíos del receptor de apoyo, y a menudo conduce a un aumento de los comportamientos de salud positivos, mayor satisfacción con la vida, autoestima, esperanza y optimismo (Stewart, Gabriele & Fisher, 2012; Øyeflaten, Gabriele, & Fisher, 2010).

Por otra parte, el apoyo social directivo se asocia más frecuentemente con resultados negativos, como mayores niveles de depresión y soledad, quejas de salud más subjetivas (SHC), autoestima reducida y mayor dependencia (Øyeflaten, Gabriele; & Fisher, 2010; Kowitt, Ayala, Cherrington et al., 2017). Sin embargo, es importante reconocer que el apoyo social directivo puede ser útil en algunas situaciones y no se puede concluir que sea siempre positivo o siempre sea negativo. En ocasiones cuando el individuo carece de las habilidades necesarias para manejar un desafío, está iniciando un cambio de comportamiento o las circunstancias son agudas, el apoyo social directivo puede ser preferible o incluso necesario. En situaciones agudas, la atención a las soluciones inmediatas puede ser más importante que las necesidades psicológicas del receptor de soporte, y el hecho de no tomar el control podría poner en peligro el bienestar del receptor de apoyo y también implicar una atención insuficiente.

1.6.4. Apoyo social y estrés.

Espinosa y col. (2009) demostraron que el uso frecuente de estrategias activas de afrontamiento como: focalizado en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social resulta favorable para la calidad de vida, así como para el bienestar psicológico en los participantes de ese estudio (Espinosa, Contreras, & Esguerra, 2009).

Gamarra y col., en un estudio, encontraron que no existe relación significativa entre el estilo de vida y el apoyo social que maneja la población en estudio. El nivel alto

de apoyo social global representó solamente el 27%, sobresaliendo las dimensiones de relaciones sociales y el apoyo emocional. Un apoyo social elevado generalmente es sinónimo de menor riesgo de conductas inapropiadas, menor consumo de alimentos insanos, mayor inclinación por la actividad física, mejor manejo del estrés y mejor control de sus relaciones interpersonales (Gamarra, Rivera, Alcalde, & Cabellos, 2010).

En un estudio, Theme y Col.(2013) midieron el estrés y la autoevaluación de la salud, se encontró que los individuos satisfechos con el trabajo, la vida y con alto apoyo social presentaron significativamente mejor evaluación de la propia salud, lo que una vez más indica la importancia y relevancia del apoyo social como estrategia de afrontamiento ante la presencia del estrés. Por el contrario, Espinoza y Jofre encontraron en su estudio un 24% de apoyo social percibido entre los participantes, lo cual se puede considerar como bajo en relación a otros estudios (Espinoza & Jofre., 2015).

Por su parte, Aranda comenta que el apoyo social juega un papel fundamental en la salud y bienestar de las personas. Se pueden mejorar los niveles de salud siempre y cuando no se carezca de éste o el que sea el adecuado; de igual manera, un buen estado de salud facilita el mantener un apoyo social apropiado (Aranda, Pando, & Pérez, 2004):

Hoy en día, el estudio del estrés y las estrategias de afrontamiento ayudan en gran medida al personal de salud. En el análisis de la bibliografía se ha detectado la presencia de estrés en el personal de salud en diversos niveles, así como la búsqueda de habilidades para afrontarlo, pero esto no es suficiente. El propio personal de salud debe conocer el complicado proceso biopsicosocial del estrés y tener en mente la individualidad de las personas para el complejo causa/efecto de éste. Es necesario conocer que la causa del estrés es diversa en las personas, así como la manera de

manifestarse y sobre todo, que el afrontamiento es tan personal que debe quedar claro para los profesionales.

Oxenstierna *et al.* (2005) estudiaron la salud de los empleados en ocho situaciones distintas que difieren en cuanto al apoyo de superiores y compañeros de trabajo y en relación con la capacidad para tomar decisiones, usando una gran muestra de empleados suecos (n= 53.371). Observaron que los empleados que informaban de una capacidad para tomar decisiones por debajo de la media presentaban mayor prevalencia de dolores después del trabajo y síntomas físicos generales, así como mayor incidencia de bajas por enfermedad de larga duración, que quienes tenían mayor capacidad para tomar decisiones en todos los subgrupos. Los que tenían un buen apoyo de compañeros y superiores presentaban menos prevalencia de síntomas e incidencia de bajas por enfermedad de larga duración que aquellos que contaban con poco apoyo. Los grupos con poco apoyo de superiores o compañeros estaban en una categoría intermedia en cuanto a prevalencia de síntomas se refiere. Sin embargo, el grupo que tenía un buen apoyo de superiores y poco apoyo de compañeros tenía una incidencia de bajas por enfermedad de larga duración tan alta como el grupo con poco apoyo de superiores y compañeros. Los patrones eran similares para hombres y mujeres.

En conclusión, es importante que los profesionales de la salud reconozcan la importancia del apoyo social como estrategia de afrontamiento para el estrés y que ésta podría prevenir o tratar consecuencias posteriores al manejo de elevados índices de estrés.

1.6.5. Apoyo social y quejas subjetivas de salud.

Tanto las quejas de salud como las características del trabajo pueden estar relacionadas con el ausentismo de los empleados. Las SHC, como el dolor de espalda, la ansiedad y la depresión, son las razones más frecuentes de los permisos o bajas por

enfermedad. La baja satisfacción laboral se asocia con una mayor proporción de bajas por enfermedad, mientras que las altas demandas de empleo (Roelen, Koopmans, & Notenbomer, 2015) y el bajo control del trabajo (Clumeck, Kempnaers, & Godin, 2009) son predictivos de baja por enfermedad posterior. El apoyo social puede tener una influencia positiva en estos factores (Chiaburu & Harrison, 2009) y por lo tanto, un aspecto importante a considerar cuando se pretende promover un ambiente laboral positivo y una mayor presencia laboral.

La investigación actual demuestra una diferencia considerable en los resultados del apoyo y la ayuda brindados de manera no directiva, y de manera directiva. El apoyo social no directivo normalmente promueve el manejo y el control, mientras que el apoyo social directivo puede restringir estos recursos. Se han realizado numerosos estudios de investigación sobre el impacto del apoyo social en el lugar de trabajo, tanto en relación con la salud (Shirom, Toker, & Alkaly, 2011) como con las características del trabajo (Chiaburu & Harrison, 2008), pero existe una investigación limitada que distingue entre la provisión de apoyo social directivo y no directivo en un entorno laboral, y si el tipo de apoyo influye en la salud de los empleados, la satisfacción laboral y la percepción de las demandas y el control del trabajo.

En un estudio más reciente sobre apoyo social directivo y apoyo social no directivo en el lugar de trabajo, y su relación con las quejas de salud subjetivas (Langjordet, Eriksen, Indahl, & Tveito, 2017), se pudo comprobar que el apoyo social estaba relacionado con la satisfacción laboral de los empleados, cómo percibían las demandas y el control en el trabajo y también la cantidad de SHC que informaban. El apoyo social no directivo tuvo una relación positiva con estas variables de salud y trabajo, mientras que el apoyo social directivo mostró una relación negativa.

CAPÍTULO 2

DESEQUILIBRIO ESFUERZO-RECOMPENSA Y QUEJAS SUBJETIVAS DE SALUD: ESTUDIO EXPLORATORIO ENTRE MÉDICOS EN ESPAÑA.

Publicado: Tireado, G.; Llorente, M. y Topa, G. (2019), *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, volumen 9 (2), pag 59-70.

CAPÍTULO 2

DESEQUILIBRIO ESFUERZO-RECOMPENSA Y QUEJAS SUBJETIVAS DE SALUD: ESTUDIO EXPLORATORIO ENTRE MÉDICOS EN ESPAÑA.

Resumen

Objetivos: este estudio transversal tuvo como objetivo explorar si el impacto del desequilibrio de esfuerzo-recompensa en las quejas de salud es moderado por la sobreimplicación.

Métodos: participó una muestra de 164 médicos españoles que llenaron un cuestionario de papel y lápiz.

Resultados: El efecto negativo del desequilibrio de esfuerzo-recompensa percibida en las quejas de salud subjetivas fue más fuerte para los empleados con sobreimplicación alta o media, mientras que fue positivo y no significativo para aquellos con un bajo compromiso.

Conclusiones: El presente estudio puede contribuir a una mejor comprensión de cómo y cuándo el desequilibrio de esfuerzo-recompensa aumenta el riesgo de quejas de salud subjetivas. En consecuencia, la intervención temprana diseñada para amortiguar los efectos negativos del desequilibrio de esfuerzo-recompensa debería centrarse en aumentar el nivel individual de sobreimplicación.

Palabras clave: desequilibrio de esfuerzo-recompensa; quejas de salud; sobreimplicación; médicos.

Effort-reward imbalance and subjective health complaints: exploratory study among physicians in Spain.

Abstract

Objectives: This cross-sectional study aimed to explore whether the impact of Effort-Reward Imbalance (ERI) on health complaints was moderated by overcommitment.

Methods: A sample of 164 Spanish medical doctors that filled in a paper and pencil questionnaire.

Results: The negative effect of perceived ERI on subjective health complaints was stronger for employees with high or medium overcommitment, while it was positive and non-significant for those with low overcommitment.

Conclusions: The present study can contribute to a better understanding of how and when ERI boosts the risk of subjective health complaints. Accordingly, early intervention designed to buffer the negative effects of ERI would focus on increasing individual level of overcommitment.

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

Introducción

Casi un 10% de los trabajadores en la Unión Europea están empleados en el sector de la salud y muchos de ellos son médicos. España es el séptimo país de la Unión Europea con mayor número de médicos en ejercicio. En concreto, 3,8 profesionales por cada 1.000 habitantes, según un informe comparativo de indicadores de los sistemas sanitarios de la UE, realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). El estrés laboral es uno de los riesgos psicosociales más destacados en la profesión médica, tal como reportan diversas investigaciones (Kumar, 2016; Lemaire, & Wallace, 2017; Perdikaris, Kletsiou, Gymnopoulou, & Matziou, 2010). Su incidencia ha sido comprobada entre los profesionales en ejercicio y también entre los estudiantes de medicina y los médicos en prácticas (residentes). Cuando el estrés es alto, los médicos tienen mayor probabilidad de tomar decisiones desacertadas, mostrar actitudes hostiles con sus pacientes, cometer errores y también tener problemas de relación con sus compañeros y supervisores. En el plano personal, el estrés está relacionado estrechamente con diversos indicadores subjetivos de malestar, entre otros las quejas de salud (Dollard, LaMontagne, Caulfield, Blewett, & Shaw, 2007; van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005).

El modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa (Effort-Reward Imbalance, ERI) de Siegrist (1996) es uno de los modelos de estrés relacionados con el trabajo que más sólido apoyo empírico ha recibido dentro de psicología de las organizaciones. De acuerdo con este modelo, el estrés laboral es el resultado del desequilibrio entre los esfuerzos que el profesional invierte en el desempeño de su trabajo y las recompensas que recibe (Siegrist 2008). Por lo tanto, el estrés laboral crónico se debe a un desequilibrio prolongado entre la cantidad de esfuerzo (demandas de trabajo extrínsecas y motivación intrínseca para cumplir con las demandas requeridas) que las personas

dedican a su trabajo y la recompensa (en términos de estima, estatus, salario y seguridad, oportunidades de carrera y, de hecho, dinero) que reciben. La evidencia se ha acumulado en investigaciones efectuadas en muchos países (Basińska & Wilczek-Ruzyczka 2013). Aunque existen numerosas investigaciones empíricas relativas al estrés de los profesionales de la salud en España (González-Cabrera, Fernández-Prada, Iribar, Molina-Ruano, Salinero-Bachiller, & Peinado, 2018; Pérez-Fuentes, Molero Jurado, Martos Martínez, & Gázquez Linares, 2018; Pérez-Fuentes, Molero Jurado, Barragán Martín, Simón Márquez, Martos Martínez, & Gázquez Linares, 2019), hay muy pocos estudios recientes aplicando el modelo ERI (Topa, Guglielmi, & Depolo, 2014; Topa, Guglielmi & Depolo, 2016; Guglielmi, Mazzeti, Villano, & Topa, 2018) y ninguno de ellos se ha centrado exclusivamente en los médicos.

De acuerdo con este modelo, las quejas de salud relacionadas con el estrés se derivan de un desequilibrio entre el esfuerzo que los individuos dedican a su trabajo y la recompensa (de cualquier tipo) que reciban. La condición de desequilibrio puede provocar graves trastornos psicológicos, que en consecuencia afectan tanto la salud mental como la física. En concreto, varios estudios han analizado la relación entre el estrés en el trabajo y los síntomas de la enfermedad cardiovascular (Byrne & Espnes, 2008). En una revisión de cuarenta y cinco estudios de acuerdo al modelo ERI (van Vegchel et al., 2005), ocho estudios mostraron una correlación significativa entre el estrés laboral y los resultados de enfermedades cardiovasculares (es decir, mortalidad y morbilidad) y otros diecisiete estudios una correlación entre ERI y síntomas cardiovasculares y factores de riesgo, como hipertensión y colesterol. Además, entre los empleados expuestos a ERI (Siegrist, 2010) se observaron un aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, y una secreción alterada de las hormonas del estrés.

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

El papel moderador del compromiso excesivo en las relaciones de ERI-quejas de salud.

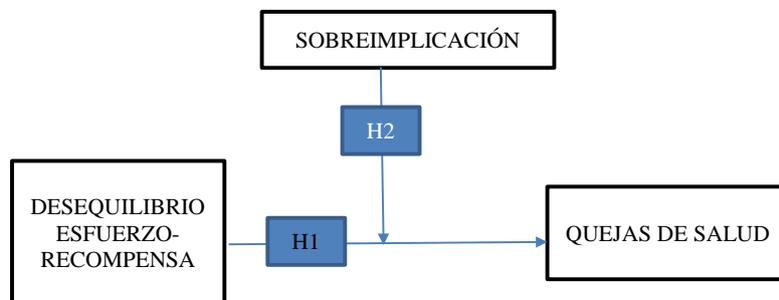
De acuerdo con el modelo ERI, los trabajadores comprometidos juzgan mal el equilibrio entre las demandas y sus propios recursos, y su subestimación de las demandas externas contribuye a la exposición prolongada a intercambios desequilibrados, que conllevan para ellos un alto riesgo. La interacción entre un ERI asociado con un alto nivel de sobreimplicación conduce al mayor riesgo de mala salud y de malestar físico y psicológico. A pesar de este razonamiento, la investigación empírica encontró evidencia mixta. Primero, se ha demostrado un efecto de moderación de la sobreimplicación en la relación entre el desequilibrio y varios resultados (Feuerhahn et al. 2012). Pero la interacción de la sobreimplicación en las relaciones

entre ERI y las quejas de salud no ha sido respaldada por todos los estudios (Preckel et al. 2007), mientras que sí ha sido apoyada por otros (Topa, Guglielmi, & Depolo, 2016). Por lo tanto, un segundo propósito de esta investigación es probar el papel moderador de la sobreimplicación en la relación entre ERI y las quejas de salud entre médicos españoles.

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

Hipótesis 1: El desequilibrio esfuerzo-recompensa estará relacionado directamente con las quejas subjetivas de salud. En presencia de un nivel de esfuerzo superior al de recompensas esta relación será significativa, lo que evidencia la relación del estrés con las quejas de salud.

Figura 1. Hipótesis y modelo propuesto.



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

Las hipótesis y el modelo propuesto se desglosa en la figura 1.

Método

Participantes

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

Tabla 1. *Datos demográficos (N=164)*

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

Tabla 2. Datos demográficos (N=164)

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

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

Instrumentos

Escala de desequilibrio esfuerzo-recompensa. El desequilibrio esfuerzo-recompensa fue evaluado mediante la escala validada al castellano en personal sanitario, por Macías Robles, Fernández-López, Hernández-Mejía, Cueto-Espinar, Rancaño y Siegrist (2003). Este cuestionario está formado por dos componentes, extrínseco e intrínseco. El componente extrínseco lo constituye el esfuerzo extrínseco y las recompensas y el intrínseco, la sobreimplicación. El esfuerzo extrínseco está compuesto por seis ítems y en la presente investigación ha obtenido adecuados índices de consistencia interna $\alpha=.66$. La escala de recompensa se compone de 11 ítems, de los cuales 4 son inversos y requieren una codificación posterior. Ha obtenido un $\alpha=.80$. Siegrist, Starke, Chandola, Godin, Marmot, Niedhammer y Peter (2003) mostraron las propiedades psicométricas del cuestionario de esfuerzo-recompensa en un estudio comparativo de varios países europeos. Encontraron valores para el esfuerzo de .61 a .78, y para la recompensa de .70 a .88. Ejemplos de ítems de la escala de esfuerzo extrínseco son: “A menudo, estoy obligado a hacer horas extras”, “En los últimos años, cada vez tengo más trabajo”. Ejemplos de la escala de recompensa son “En las situaciones difíciles recibo el apoyo

necesario”,” Mis compañeros me dan el reconocimiento que merezco”. Ambas han sido medidas con una escala de respuesta tipo Likert que iba de 1 (no me afecta) a 4 (me afecta muchísimo).

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

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

Otros autores han mostrado adecuados niveles de consistencia interna de la escala de sobreimplicación, de .64 a .80 (Siegrist et al, 2003). En este estudio se obtuvo un $\alpha=.71$. Ejemplos de ítems son: “Si dejo sin hacer algo importante me quita el sueño”,” No puedo olvidarme del trabajo, incluso por la noche estoy pensando en él”. La escala de respuesta tipo Likert iba de 1 (No estoy en absoluto de acuerdo) a 4 (muy de acuerdo).

Escala de quejas subjetivas de salud. Los problemas de salud se evaluaron mediante el cuestionario de quejas subjetivas de salud de Eriksen, Ihlebaek y Ursin (1999). Esta escala puede dividirse en varias subescalas, no obstante, en el presente estudio se usa escala como medida global de problemas de salud. Está formada por 23

ítems, medidos en una escala de respuesta tipo Likert que va de 1 a 4, indicando valores inferiores, menos problemas de salud. Los ítems evaluados en este estudio miden el daño muscular, los problemas gastrointestinales y los síntomas pseudoneurológicos. La fiabilidad obtenida en este estudio mediante Alpha de Cronbach es de .88. Otros autores también han mostrado niveles adecuados de entre .75 y .82 (Eriksen et al, 1999).

Procedimiento

La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad. Se optó por un muestreo de conveniencia y se contactó con 226 potenciales participantes. Los potenciales participantes fueron contactados en las Unidades del Hospital por dos colaboradores del equipo investigador, quienes facilitaron este trabajo a cambio de créditos académicos. Aquellos que aceptaron participar, recibieron un sobre con una carta de presentación con información sobre el objetivo del estudio, asegurándoles que la participación era voluntaria y que sus respuestas serían anónimas y confidenciales, y se utilizarían solo con fines de investigación. Además, no se solicitó información de identificación personal a los participantes para mantener su confidencialidad. En el mismo sobre se adjuntaba también el cuestionario escrito que se devolvería al grupo de investigación una vez completado por correo postal. Se recogieron 164 cuestionarios que constituyen la muestra del presente estudio (73% de tasa de respuesta).

Análisis de los datos

Los análisis de datos se realizaron utilizando el software SPSS (versión 25.0) utilizando los datos de la fila como entrada. Se calcularon las estadísticas descriptivas, así como la fiabilidad para todas las variables del estudio. Todas las variables exhiben normalidad multivariada. Para probar las hipótesis del estudio, se utilizó el modelo n° 1

de la macro PROCESS para SPSS (Hayes, 2013), que nos permitió realizar el análisis de moderación. El número de muestras Bootstrap seleccionadas fue de 10000.

Resultados

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

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

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral); *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Análisis descriptivo y correlaciones

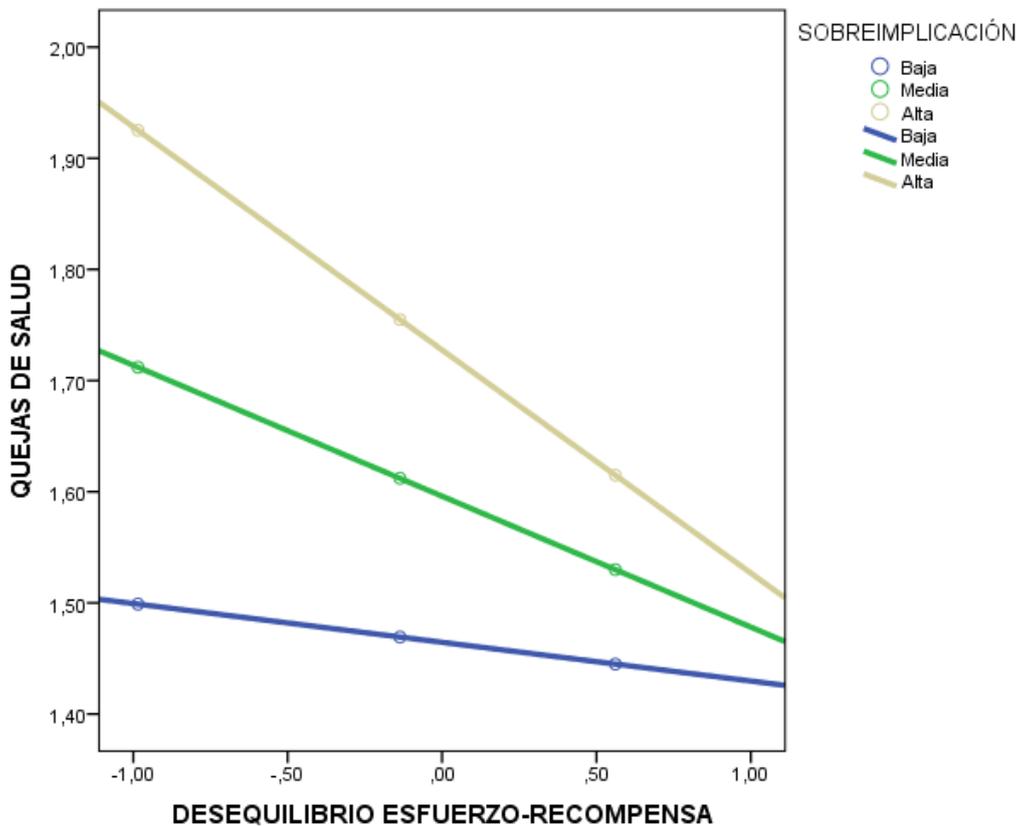
Las medias, desviaciones típicas, y correlaciones de las variables del estudio se observan en la tabla 3. Se cumplen los supuestos de validez del modelo de regresión.

Prueba de hipótesis

En primer lugar, los resultados de la regresión mostraron que los efectos principales del desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre las quejas de salud no fueron significativos ($B = .30$, $p = .06$). La hipótesis 1 no se puede apoyar. En segundo lugar, la relación entre la sobreimplicación y las quejas de salud resultó significativa ($B = .26$, $p < .000$). Así como el efecto de la interacción entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y la sobreimplicación, sobre las quejas de salud ($B = -.17$, $p < .006$). Este

resultado nos lleva a apoyar la hipótesis 2, o hipótesis de moderación. El signo negativo del coeficiente B no estandarizado indica que la relación entre desequilibrio y quejas de salud es negativa, ante la medida de sobreimplicación. En presencia de un desequilibrio entre el esfuerzo y las recompensas habrá menos quejas de salud, pero solamente cuando la sobreimplicación está presente.

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



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

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

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

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

Discusión

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

En este estudio, las quejas de salud se utilizaron como un indicador del deterioro del bienestar personal entre los médicos, pero la investigación acumulada sobre el modelo ERI ha ampliado recientemente estas consecuencias. Los estudios empíricos

proporcionan evidencia del impacto de las situaciones desequilibradas en los resultados que afectan a terceros, como la calidad percibida del servicio prestado a los pacientes (Klein et al. 2011), o incluso los indicadores de bienestar de los hijos de los empleados, como peso al nacer y la edad gestacional, cuando las trabajadoras embarazadas experimentan ERI (Lee et al. 2011).

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

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

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

Limitaciones

A pesar del hecho de que este estudio proporciona una sólida evidencia de las relaciones entre los predictores y los correlatos del ERI, la investigación que se presenta en este documento tiene algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta al evaluar sus contribuciones a la teoría. En primer lugar, el presente estudio se basa totalmente en medidas autoinformadas. Aunque investigaciones anteriores indican que las quejas de

salud son un indicador bastante confiable de la salud de los empleados, una evidencia más sólida debe provenir de medidas objetivas de bienestar. En segundo lugar, la selección de participantes puede estar sesgada por alguna variable de interés para el estudio, por ejemplo, los médicos menos comprometidos con sus trabajos pudieron declinar su participación en el estudio.

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

Conclusión

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

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

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

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

CAPÍTULO 3

DESEQUILIBRIO ESFUERZO - RECOMPENSA Y QUEJAS
SUBJETIVAS DE SALUD: UN MODELO DE MEDIACIÓN
MODERADA CON PROFESIONALES DE LA SALUD ESPAÑOLES

CAPÍTULO 3

DESEQUILIBRIO ESFUERZO - RECOMPENSA Y QUEJAS SUBJETIVAS DE SALUD: UN MODELO DE MEDIACIÓN MODERADA CON PROFESIONALES DE LA SALUD ESPAÑOLES

Resumen

Objetivos: este estudio trasversal tuvo dos objetivos. En primer lugar, explorar si la identificación grupal mediaba el impacto del desequilibrio de esfuerzo-recompensa en las quejas de salud. En segundo lugar, se procuraba explorar si la relación entre desequilibrio de esfuerzo-recompensa y la identificación grupal está moderada por la sobreimplicación.

Métodos: participó una muestra de 459 profesionales de la salud españoles que rellenaron un cuestionario de papel y lápiz.

Resultados: el efecto directo del desequilibrio sobre las quejas de salud resultó significativo y negativo. El efecto indirecto del desequilibrio de esfuerzo-recompensa en las quejas subjetivas de salud, mediado por la identificación grupal, fue más intenso y estadísticamente significativo para los empleados con sobreimplicación alta o media, mientras que fue no significativo para aquellos con una baja sobreimplicación.

Conclusiones: El presente estudio puede contribuir a una mejor comprensión de cómo y cuándo el desequilibrio de esfuerzo-recompensa aumenta el riesgo de quejas de salud subjetivas. También contribuye a explicar cómo podría estar operando esta influencia a través de la identificación con el grupo de trabajo. En consecuencia, la intervención temprana diseñada para amortiguar los efectos positivos del desequilibrio de esfuerzo-recompensa debería centrarse en aumentar el nivel individual de sobreimplicación y favorecer la identificación grupal.

Palabras clave: desequilibrio de esfuerzo-recompensa; quejas de salud; sobreimplicación; enfermeras.

Effort – reward imbalance and health complaints: a moderated mediation model with Spanish Health professionals

Abstract

Objectives: This cross-sectional study was two aims. Firstly, to explore whether group identification mediates the impact of Effort-Reward Imbalance (ERI) on health complaints. Second, it was a purpose to explore if the relationship between Effort-Reward imbalance and group identity was moderated by overcommitment.

Methods: A sample of 459 Spanish health professionals that filled in a paper and pencil questionnaire.

Results: The direct effect of Effort reward imbalance on subjective health complaints was statistically significant. The indirect effect mediated by group identification was more intense and statistically significant for employees with high or medium overcommitment, while it was non-significant for those with low overcommitment.

Conclusions: The present study can contribute to a better understanding of how and when ERI boosts the risk of subjective health complaints. At the same time, it could contribute to the explanation about how this influence can act through work group identification. As a consequence, early intervention designed to buffer the negative effects of ERI would focus on increasing individual level of overcommitment, as well as favour group identity.

Keywords: Effort-Reward Imbalance (ERI); health complaints; overcommitment; nurses.

Introducción

Las quejas subjetivas de salud son muy frecuentes entre la población trabajadora y alcanzan tasas de prevalencia del 90% según algunos estudios (Eriksen, Svendsrod, Ursin, & Ursin, 1998; Ottova-Jordan, Smith, Gobina, Mazur, Augustine, Cavallo, & Vollebergh, 2015). La intensidad de tales quejas oscila entre normales o tolerables y severas, pudiendo estas últimas afectar a la capacidad habitual de trabajo. En Noruega, por ejemplo, la principal causa de baja por enfermedad son las quejas de salud, en ausencia de una explicación patológica o física clara (Ihlebaek, Brage, & Eriksen, 2006). Esta prevalencia también es alta en otros países, y las quejas de salud son la razón que más frecuentemente se aduce para visitar al médico (Haugland, Wold, Stevenson, Aaroe, Woynarowska, 2001; Poulsen, Persson, Kristiansen, Andersen, Villadsen, & Ørbæk, 2013; Wilhelmsen, Mulindi, Sankok, Wilhelmsen, Eriksen, Ursin, 2007). Las quejas de salud subjetivas comprenden un amplio abanico de problemas, como aquellas que refieren dolencias musculoesqueléticas (dolor de cuello y espalda), pseudo-neurológicas (ansiedad y depresión), quejas gastrointestinales (dolor de estómago), alergias (asma y eczemas), y gripe (resfriados y tos) (Eriksen et al., 1998).

Además de los costes directos en atención sanitaria, las quejas de salud se asocian a un creciente número de bajas por enfermedad, así como a la reducción de la productividad y la pérdida de recursos en el mercado laboral y el desempleo (Eriksen, Hellesnes, Staff, & Ursin, 2004). Aunque hay una gran cantidad de estudios dedicados a este fenómeno, especialmente en los países escandinavos, son menos abundantes las investigaciones acerca de los predictores de las quejas de salud en población adulta trabajadora (Siegrist, 2017). Algunos estudios pioneros señalaron la relación entre el estrés y las quejas de salud (Smith, Cohen, Stammerjohn, & Happ, 1981; Watson, & Pennebaker, 1989), la cual se ha continuado explorando en trabajos más recientes

(Blom, Svedberg, Bergström, Mather, & Lindfors, 2017; Johnsen, Indahl, Eriksen, Ihlebæk, & Tveito, 2017). Sin embargo, muchos de los trabajos empíricos se han centrado en grupos ocupacionales específicos, como los empleados ferroviarios (Urhonen, Lie, & Aamodt, 2016), encontrándose escasos estudios con personal de enfermería (Daraiseh, & Summerville, 2016; Indregard, Nielsen, & Knardahl, 2018) y ningún trabajo aborda esta temática con población española. Por consiguiente, la presente investigación tiene por objeto explorar algunos de los predictores potenciales de las quejas de salud subjetivas entre los profesionales sanitarios españoles.

Estrés laboral y quejas de salud

Pese a que el trabajo es, por lo general, una fuente de bienestar y salud para las personas, en ocasiones puede estar asociado al estrés. Éste fenómeno ha sido repetidamente considerado un antecedente de los problemas de salud física y mental. Esta afirmación es plenamente consistente con la noción central del modelo de desequilibrio entre esfuerzo y recompensa (*Effort-Reward Imbalance*, ERI) (Siegrist, 1996; 2017; Siegrist, & Li, 2016).

Según este modelo, la falta de correspondencia entre el esfuerzo que las personas dedican a sus trabajos y las recompensas que ellos reciben a cambio puede ser el antecedente de un estrés severo que, en consecuencia, afecte negativamente a la salud física y mental del trabajador. Los estudios precedentes han acumulado evidencia empírica que respalda la relación entre el desequilibrio entre esfuerzos y recompensas y las enfermedades asociadas al estrés, tales como la hipertensión (Boucher, Gilbert-Quimet, Trudel, Duchaine, Milot, & Brisson, 2017), los dolores musculoesqueléticos (Halonen, Virtanen, Leineweber, Rod, Westerlund, & Hanson, 2018), la diabetes (Mutambudzi, Siegrist, Meyer, & Li, 2018) y otras patologías.

Sin embargo, la relación entre el desequilibrio esfuerzos-recompensas y las quejas subjetivas de salud no ha recibido atención empírica hasta donde nos consta. Por consiguiente, en la presente investigación se propone que las condiciones de altas demandas impuestas a los empleados (alto esfuerzo) y escasas compensaciones financieras, reconocimiento y oportunidades de carrera (bajas recompensas) pueden llevar a la percepción de un desequilibrio que estaría asociado a un aumento de las quejas de salud.

El papel mediador de la identificación con el grupo

Por otra parte, aunque el modelo ERI ha acumulado evidencia que lo respalda, todavía queda por clarificar a través de qué mecanismos el desequilibrio ejerce su efecto negativo sobre la salud. En este sentido, diferentes trabajos han explorado el papel mediador de la identificación social en las relaciones entre el desequilibrio esfuerzo - recompensas e indicadores de malestar, como el acoso laboral (Guglielmi, Mazzetti, Villano, & Topa, 2018).

La identificación social ha sido definida como la parte del propio autoconcepto que se vincula con la pertenencia a grupos relevantes. Según la Teoría de la Identidad Social, las personas incorporan aquellas pertenencias grupales que son relevantes en su autoconcepto y tienden a asumir los juicios, evaluaciones y comportamientos que el grupo promueve o que benefician al grupo. Además, dentro de los grupos, las personas tienden a favorecer a sus miembros (Hogg & Terry, 2000) y, por el contrario, ven con indiferencia a quienes consideran fuera del grupo (Brewer, 2001) e incluso llegan a excluirlos activamente (Tajfel & Turner, 1986).

Abundante evidencia empírica apoya que, cuando existen altos niveles de identificación grupal, la identificación grupal se transforma en una especie de “lente” perceptiva a través de la cual los trabajadores pueden evaluar la realidad de forma

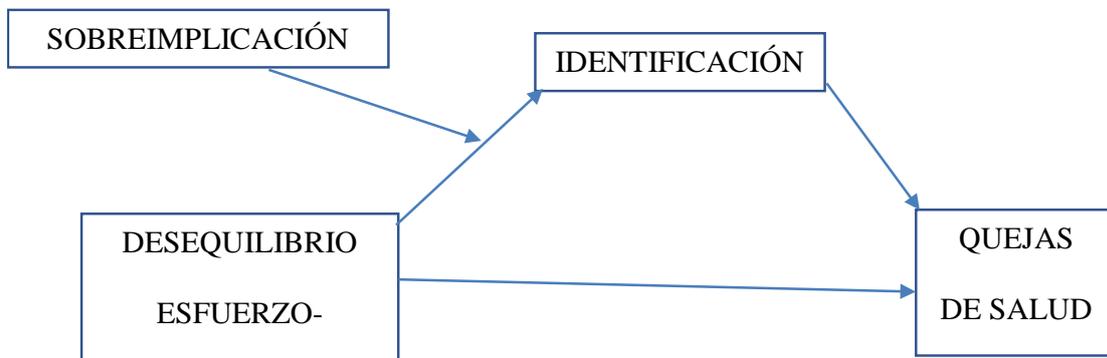
semejante a cómo lo hacen sus compañeros (Hogg, Abrams, & Brewer, 2017). En este mismo sentido, los empleados a menudo adoptan las perspectivas de sus compañeros y esto acaba influyendo sobre sus comportamientos (Choi, Ahn, & Lee, 2017). Por último, debido a la significación emocional que la pertenencia al grupo lleva asociada, aquellos empleados que están más identificados con sus grupos es más probable que se sientan miembros del endogrupo y sean proclives a evaluar sus condiciones de trabajo de forma coherente con las evaluaciones de sus compañeros (Litchfield, Karakitapoğlu-Aygün, Gumusluoglu, Carter, & Hirst, 2018). En resumen, estos argumentos sugieren que la identidad grupal puede jugar un papel de mediador entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y las quejas de salud.

El papel moderador de la sobreimplicación.

Por último, cabe señalar que el modelo ERI ha supuesto un avance sobre otros enfoques teóricos que se centran en el estrés, ya que añade la existencia de un componente intrínseco que afecta directamente a la salud, la sobreimplicación (Romeo, Yepes-Baldó, Piñeiro, Westerberg, & Nordin, 2019). Los trabajadores sobreimplicados evalúan mal el potencial daño que pueden causarles las condiciones de trabajo y también sobreestiman sus propias capacidades para hacerles frente (Violanti, Mnatsakanova, Andrew, Allison, Gu, & Fekedulegn, 2018). En concreto, la hipótesis del modelo es que el "compromiso excesivo" o sobreimplicación modera el efecto del desequilibrio esfuerzo-recompensa en la salud, de modo que se esperan los efectos más fuertes entre las personas con puntaje alto en sobreimplicación. Por consiguiente, en la presente investigación se propone que la relación entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y las quejas de salud, mediada por la identificación grupal, estará moderada por la sobreimplicación. Para resumir, el presente estudio está orientado a evaluar si la relación entre el desequilibrio entre esfuerzos y recompensas y las quejas de salud está

mediado por la identificación con el grupo, y si este efecto del desequilibrio sobre la identificación grupal está moderado por la sobreimplicación. De manera que la identificación con el grupo y la sobreimplicación ejercerán un efecto protector de la salud, generando menos quejas, a pesar de encontrarse en presencia con un desequilibrio entre los esfuerzos y las recompensas alto (Figura 1).

Figura 1. *Hipótesis y modelo propuesto*



Método

Participantes

La muestra definitiva fue de 459 personas, de las cuales, un 58.2% eran enfermeros, un 8.5 % celadores, un 30.5% auxiliares de enfermería y un 2.8 % administrativos. La edad media fue de 47.25 años (DT=10.72). El resto de los datos demográficos de los participantes se reflejan en las Tablas 1 y 2.

Tabla 2. *Datos demográficos (N=459)*

	Nº	%	Media	D.T.
Edad			47.25	10.52
Sexo:				
Mujeres	301	65.6		
Hombres	158	34.4		
Nivel educativo:				
Sin estudios	5	1.1		
EGB	16	3.5		
Formación profesional I	68	14.8		
Bachillerato/FP II	103	22.4		
Universitarios	261	56.9		
Profesión:				
Enfermeros	267	58.2		
Auxiliares de enfermería	140	30.5		
Celadores	39	8.5		
Administrativos	13	2.8		
Situación laboral:				
En activo	411	89.5		
Parado (menos de 6 meses)	14	3.1		
Parado (más de 6 meses)	8	1.7		
Baja por enfermedad	6	1.3		
Jubilado	5	1.1		
Tipo de trabajo:				
Cargo directivo	6	1.3		
Puesto intermedio	93	20.3		
Cuenta ajena	317	69		
Autónomo	5	1.1		
Años en la profesión			13.95	9.96
Tipo de empresa:				
Pública	280	61		
Privada	175	38.1		

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

Tabla 2. Datos demográficos (N=459)

	Nº	%	Media	D.T.
Otros trabajos además del actual: (Coempleo)				
No	64	13.9		
Si	387	84.3		
Horas de trabajo semanales			36.89	6.82
Trabajo a turnos:				
No	177	38.6		
Si, con turno de noche	196	42.7		
Si, sin turno de noche	86	18.7		

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

Instrumentos

Escala de desequilibrio esfuerzo-recompensa. Para evaluar el modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa de Siegrist (1996), se utilizó la escala validada al castellano por Macías Robles, Fernández-López, Hernández-Mejía, Cueto-Espinar, Rancaño y Siegrist (2003). Estudiaron las propiedades psicométricas de la escala y procedieron a su validación en una muestra de trabajadores de un hospital, entre los que se encontraban auxiliares, médicos y enfermeros.

El cuestionario está formado por dos componentes, extrínseco e intrínseco. El componente extrínseco está constituido por dos escalas que miden el esfuerzo extrínseco y las recompensas. El esfuerzo extrínseco está compuesto por seis ítems, todos ellos directos. En la presente investigación ha obtenido un índice de consistencia interna de .63. La escala de esfuerzo está compuesta por un único factor.

La escala de recompensa se compone de 11 ítems, de los cuales, 4 son inversos y requieren recodificación posterior. La recompensa desarrolla y evalúa aspectos relacionados con el estatus financiero, estima y seguridad en el trabajo. Respecto a la

fiabilidad, en este estudio ha obtenido un $\alpha=.73$. Otros autores han mostrado adecuados niveles de consistencia interna para ambas escalas, con valores de .74 para el esfuerzo y .76 para la recompensa (Birgit, Gunnevi y Ann, 2013). Siegrist, Starke, Chandola, Godin, Marmot, Niedhammer y Peter (2003) encontraron valores de fiabilidad por Alpha de Cronbach de .61 a .78 para el esfuerzo, y de .70 a .88 para la recompensa.

Ejemplos de ítems de la escala de esfuerzo extrínseco son: “Debido a la gran cantidad de trabajo, a menudo, estoy muy apurado”, ”Me interrumpen o molestan con frecuencia en mi trabajo”. Ejemplos de la escala de recompensa son “Obtengo de mis superiores el reconocimiento que merezco”, ” Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo realizado, el reconocimiento que recibo me parece justo”. Ambas han sido medidas con una escala de respuesta tipo Likert que iba de 1(no me afecta) a 4 (me afecta muchísimo).

Para poder contar con una puntuación que expresara el desequilibrio percibido por los trabajadores entre esfuerzo extrínseco y recompensas, se calculó una medida global restando las puntuaciones de recompensa a las de esfuerzo. Para ello, en primer lugar, se calcularon ambas dimensiones por separado, sumando las puntuaciones de sus ítems y dividiéndolos entre el número de ítems de la escala correspondiente. Posteriormente se restarían ambas puntuaciones permitiendo generar la medida en la que visualizar el grado de desequilibrio percibido. Así, contar con una puntuación positiva y alta, significaría que el esfuerzo percibido sería superior a las recompensas por lo que habría mayor riesgo de estrés en los trabajadores.

Escala de sobreimplicación. La escala de sobreimplicación consiste en el componente intrínseco del modelo de desequilibrio de esfuerzo-recompensa. También se utilizó el cuestionario validado al castellano por Macías Robles et al (2003). Está compuesta por seis ítems. Un ítem es inverso y ha requerido la codificación posterior.

Esta escala evalúa la dedicación excesiva al trabajo, los sentimientos negativos y positivos, y las actitudes relacionadas con el trabajo por parte del trabajador.

En este estudio se obtuvo un $\alpha=.75$. Otros autores han mostrado adecuados niveles de consistencia interna de la escala de sobreimplicación, de .64 a .85 (Siegrist et al, 2003; Birgit, Gunnevi y Ann, 2013). Ejemplos de ítems son: “Siempre me falta tiempo para terminar las tareas”, “Muchos días me despierto con los problemas del trabajo en la cabeza”. La escala de respuesta tipo Likert iba de 1 (No estoy en absoluto de acuerdo) a 4 (muy de acuerdo).

Escala de problemas de salud. Los problemas de salud se evaluaron mediante el cuestionario de quejas subjetivas de salud de Eriksen, Ihlebaek y Ursin (1999). Consta de 29 preguntas sobre la duración y la severidad de las quejas de salud. La escala original está formada por 5 factores referidos al dolor musculoesquelético, síntomas pseudoneurológicos, problemas gastrointestinales, alérgicos y síntomas gripales. En el presente estudio se usa la escala como medida global de problemas de salud, sin desglosarla en las dimensiones que la conforman. Además, se utilizaron un total de 23 ítems, medidos en una escala de respuesta tipo Likert que va de 1 a 4, indicando valores inferiores, menos problemas de salud. La fiabilidad obtenida en este estudio mediante Alpha de Cronbach es de .88. Eriksen et al. (1999) también mostraron adecuados niveles de consistencia interna, de entre .75 y .82.

Identificación grupal. La identificación grupal fue evaluada con cinco ítems del cuestionario de Mael y Ashforth (1992), adaptados al foco del grupo. Todos los ítems son directos. Ejemplos de ítems de este cuestionario son “Me siento identificado con mi grupo de trabajo”, “Me gusta trabajar en este grupo”. Se ha medido con una escala tipo Likert que va de 1 a 4, indicando disconformidad los valores inferiores y mayor acuerdo con la pregunta los superiores. En este estudio se ha obtenido un $\alpha=.93$. Mael y

Ashforth (1992) reportaron índices de consistencia interna para los cinco ítems utilizados en este estudio de .83 a .84, en dos muestras de miembros de la armada americana.

Procedimiento

El Comité de Bioética de la Universidad aprobó la investigación con el protocolo: número 12201403. Se optó por un muestreo de conveniencia y se contactó con 650 potenciales participantes.

Los potenciales participantes fueron contactados en las Unidades del Hospital por dos colaboradores del equipo investigador, quienes facilitaron este trabajo a cambio de créditos académicos. Los colaboradores distribuyeron anuncios en los tableros de los hospitales y visitaron las diferentes Unidades en persona. Aquellos que aceptaron participar, recibieron un sobre con una carta de presentación con información sobre el objetivo del estudio, asegurándoles que la participación era voluntaria y que sus respuestas serían anónimas y confidenciales, y se utilizarían solo con fines de investigación. Además, no se solicitó información de identificación personal a los participantes para mantener su confidencialidad. En el mismo sobre se adjuntaba también el cuestionario escrito que se devolvería al grupo de investigación una vez completado por correo postal. Se recogieron 459 cuestionarios que constituyen la muestra del presente estudio (70% de tasa de respuesta).

Análisis de los datos

Los análisis de datos se realizaron utilizando el software SPSS (versión 24.0) utilizando los datos de la fila como entrada. Se calcularon las estadísticas descriptivas, así como la fiabilidad para todas las variables del estudio. Todas las variables exhiben

normalidad multivariada. Para probar las hipótesis del estudio, se utilizaron las macros PROCESS (Hayes 2013), que nos permitió realizar el análisis de moderación.

Resultados

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

Tabla 3. Estadísticos descriptivos y matriz de correlaciones (N=459)

Variables	Media	DT	1	2	3	4
1. Desequilibrio E-R	-0.23	0.78	-			
2. Sobreimplicación	2.45	0.58	-.42**	-		
3. Identificación grupal	3.54	0.92	.25**	-.16**	-	
4. Quejas de salud	1.82	0.51	-.35**	.36**	-.25**	-

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

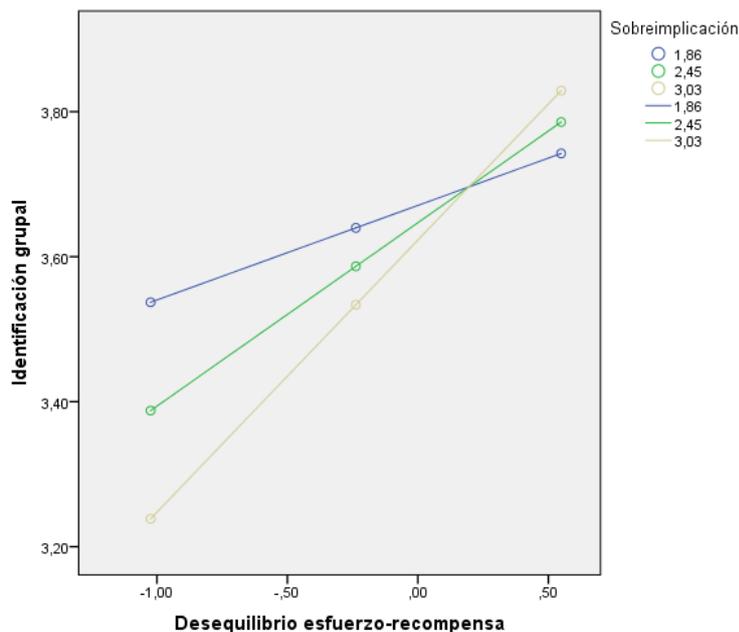
Los análisis de datos se realizaron con técnicas de bootstrapping utilizando la macro PROCESS para SPSS, modelo nº 7, elaborado por Andrew Hayes (2013). Se seleccionaron 10000 muestras bootstrap para la realización de los análisis, así como un intervalo de confianza del 95%.

En primer lugar, se pone a prueba la moderación simple de la sobreimplicación entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y la identificación grupal. El modelo resulta significativo ($F=13.88$, $p<.000$). La relación directa entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y la identificación grupal no es significativa ($B=-.27$, $p=.18$). Tampoco lo es el efecto directo entre la sobreimplicación y la identificación ($B=-.04$, $p=.61$). El efecto de la interacción entre el desequilibrio y la sobreimplicación sobre la

identificación grupal sí ha resultado significativo ($B= .21, p<.005$). Por lo tanto, puede apoyarse la existencia de moderación simple.

Mediante la técnica Johnson-Neyman, se calculó el valor de la sobreimplicación a partir del cual comienza a ser estadísticamente significativa la relación entre el desequilibrio sobre la identificación. Este valor fue de 1.89, y dado que la medición se realiza en una escala tipo Likert de 1 a 4, se corresponde a valores medios de sobreimplicación. Asimismo, se analizan los efectos del desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre la identificación grupal en los distintos niveles del moderador. Como puede observarse en la Figura 2, cuanto mayor es el desequilibrio, en el que los esfuerzos superan a las recompensas, y mayor es la sobreimplicación, existen mayores niveles de identificación grupal. Mientras que cuando el desequilibrio es inferior, incluso cuando las recompensas superan al esfuerzo, son los niveles medios de sobreimplicación los que generan más identificación grupal.

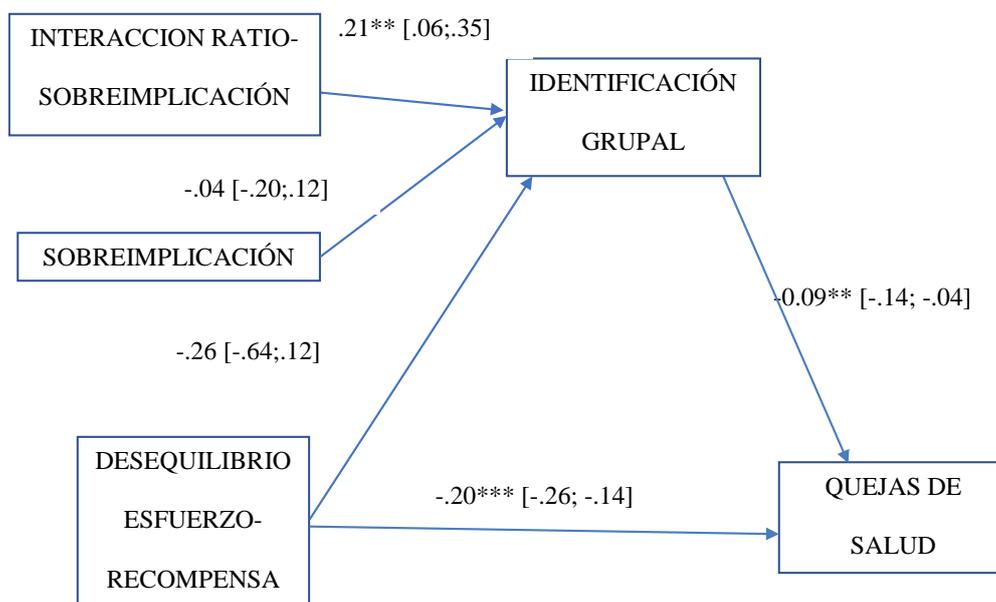
Figura 2. *Efectos condicionales del desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre la identificación en los diferentes valores de sobreimplicación*



Nota: Significación estadística de los valores de sobreimplicación: 1.83 ($p=.08$); 2.33 ($p<.000$) y 3 ($p<.000$).

En segundo lugar, se pone a prueba la mediación de la identificación entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y los problemas de salud, en presencia del efecto moderador de la sobreimplicación. Los efectos directos del desequilibrio ($B=-.21$, $p<.00$) y de la identificación grupal ($B=-.09$, $p<.00$) sobre las quejas de salud son ambos significativos (Figura 3). El índice de mediación moderada ($-.02$) también es significativo, IC 95% $[-.05,-.003]$. Este índice brinda información sobre la asociación existente entre el efecto de mediación o indirecto de la identificación grupal y el efecto de moderación de la sobreimplicación. Como el intervalo de confianza no incluye el valor 0, se concluye que el efecto indirecto sí está moderado por la sobreimplicación.

Figura 3. Coeficientes *B* no estandarizados y significación estadística



Nota: *** $p<.000$; ** $p<.01$

Por último, se analizan los efectos indirectos, mediado por la identificación grupal, del desequilibrio esfuerzo recompensa sobre las quejas de salud en función de los diferentes niveles de la sobreimplicación. Permite contrastar hasta qué punto el

desequilibrio esfuerzo-recompensa influye en la identificación y ello a su vez en las quejas de salud, en los diferentes niveles de la variable sobreimplicación (baja, media o alta implicación). (Tabla 4). Solamente los valores superiores a 1.89 son significativos lo que indica que en condiciones de media-alta sobreimplicación se puede aceptar la hipótesis de mediación moderada. El efecto del desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre las quejas de salud estará mediado por la identificación grupal, pero solamente en presencia de sobreimplicación media-alta. De forma que, a mayor desequilibrio esfuerzo-recompensa menos quejas de salud, pero sólo en presencia de alta identificación con el grupo y alta-media sobreimplicación.

De nuevo, se observa que a medida que aumenta la puntuación en sobreimplicación, el efecto indirecto condicional va disminuyendo, aunque continúa siendo significativo. Es decir, cuando el desequilibrio no presenta valores altos, son los niveles medios de sobreimplicación los que generan mayor efecto mediador de la identificación y menos problemas de salud.

Tabla 4. *Efectos indirectos condicionales de la identificación sobre la relación desequilibrio y problemas de salud, en los diferentes niveles de la sobreimplicación*

Puntuación de sobreimplicación	Coefficiente estandarizado	B	no	Boot EE	Boot 95% IC
1.86	-.01			.009	[-.03, .005]
2.44	-.02			.009	[-.04, -.007]
3.02	-.03			.01	[-.06, -.01]

Nota: Boot EE, Error estándar; Boot 95% IC, intervalo de confianza al 95%. Bootstrapping: 10000 muestras

Discusión

El presente estudio transversal tenía por objeto explorar la relación entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y las quejas subjetivas de salud mediada por la identificación grupal y moderada por la sobreimplicación. A la vista de los hallazgos se puede concluir que el objetivo se ha alcanzado ya que las relaciones directas entre el desequilibrio y las quejas de salud han resultado significativas, al igual que las relaciones indirectas, mediadas por la identificación. Además, la evidencia encontrada respalda el papel moderador de la sobreimplicación, no sólo en las relaciones directas entre los componentes extrínsecos del modelo ERI, como el desequilibrio, sino también en las relaciones indirectas. Estos hallazgos vienen a abonar el debate actual sobre el postulado del modelo relativo a la sobreimplicación. Por una parte, en la última revisión de los trabajos empíricos efectuada por el autor del modelo, la evidencia sobre esta hipótesis es mixta. De un total de 51 trabajos empíricos, la mayoría no aporta evidencia confirmatoria de la hipótesis, aunque hay un número razonable de trabajos que brinda datos favorables a ella (Siegrist, & Li, 2016). En este sentido, los autores han reconocido que los hallazgos contradictorios exigen mayor investigación. Por otra parte, la complejidad de las relaciones entre el desequilibrio, sobreimplicación y consecuencias, puesta de manifiesto por los estudios, ha propiciado que el papel de la sobreimplicación se esté reformulando. En concreto, algunos autores han propuesto que la sobreimplicación podría ser un predictor del desequilibrio, en lugar de simplemente un resultado (Feldt, Hyvönen, Mäkikangas, Rantanen, Huhtala, & Kinnunen, 2016). Los autores parecen sugerir que la sobreimplicación podría ser una característica individual, con cierto grado de estabilidad, que llevaría a las personas a buscar la compensación del desequilibrio a través de un compromiso desproporcionado con la tarea a la que se enfrentan.

Este estudio pretende contribuir a la teoría al aportar evidencia que sugiere el papel de los factores psicosociales que pueden actuar como mediadores en la relación entre desequilibrio y consecuencias negativas para la salud. Esta evidencia respaldaría que la influencia del desequilibrio se produce, pero también contribuiría a explicar cómo actúa. La identificación con el grupo de trabajo ha mostrado su papel amortiguador de las demandas del ambiente de trabajo sobre las personas en diversos estudios empíricos. Desde el enfoque de la Teoría de la identidad social aplicado a las organizaciones, se ha señalado la identidad social es la base para recibir apoyo social dentro de un grupo (Haslam, O'Brien, Jetten, Vormedal, & Penna, 2005; Haslam, Vigano, Roper, Humprey, & O'Sullivan, 2003). De hecho, parece que hay tres formas distintas en las cuales la identificación puede afectar al apoyo social: por la disponibilidad de un miembro del grupo a brindar apoyo social a otro, por la probabilidad de que la persona necesitada de apoyo, lo acepte y finalmente, por la interpretación que ésta haga del ofrecimiento de apoyo que recibe. Diversas investigaciones han aportado soporte empírico para estas afirmaciones (Levine, 1999; Levine, Cassidy, Brazier, & Reicher, 2002) sosteniendo que el hecho de dar apoyo social es contingente con las percepciones de una identidad social compartida. Esta disponibilidad de apoyo podría ser el mecanismo mediante el cual se reduce el impacto negativo del desequilibrio entre esfuerzos – recompensas sobre el bienestar. De hecho, Haslam mismo ha señalado que la identidad social compartida y el apoyo social percibido, como resultado de ésta, influyen en la redefinición del potencial valor estresor de los estímulos (Haslam, 2004; Haslam, Jetten, O'Brien, & Jacobs, 2004). De aquí se puede deducir que en la medida en que las personas estén más identificadas con su grupo social, percibirán más apoyo social y, como consecuencia de ello percibirán menos síntomas asociados a enfermedades y referirán menor número de quejas de salud.

Limitaciones

El presente estudio adolece de limitaciones que es necesario destacar. En primer lugar, el uso exclusivo de cuestionarios autoinformados limita la solidez de nuestra evidencia. Pese a que la investigación continua sugiriendo que las quejas de salud subjetivas reflejan de forma fiable la salud en adultos trabajadores, sería deseable disponer en estudios futuros de algunas medidas objetivas, como el número de visitas al médico o el consumo de medicamentos. En segundo lugar, el procedimiento de selección de participantes no ha sido aleatorio y, por el tamaño, la muestra no resulta tampoco representativa de la población objeto de estudio. Si bien es cierto que es difícil acceder a los trabajadores sanitarios en sus centros de trabajo, sería deseable que las investigaciones futuras dispusieran de muestras más amplias y obtenidas por procedimientos más rigurosos. En tercer lugar, el cuestionario ERI evalúa por separado los esfuerzos y las recompensas, de modo que los antecedentes del estrés se cuantifican mediante una diferencia aritmética. Dejando de lado las críticas metodológicas que se han hecho a las medidas que resultan de restar dos variables, se plantea un problema de interpretación de los resultados, puesto que la discrepancia puede ser tanto positiva como negativa, por lo cual algunas relaciones entre las variables podrían mostrar patrones no lineales.

Conclusiones

El presente trabajo abre una vía interesante de intervención futura basada en la evidencia, cuando sugiere que la influencia de la identificación grupal puede contrarrestar el efecto negativo del desequilibrio entre esfuerzos y recompensas. Así, las acciones orientadas a promover la identidad grupal podrían acabar redundando positivamente en los empleados a través de una mejora de su salud percibida. Esta vía

de acción parece más positiva que el fomento de la sobreimplicación, puesto que, si bien ésta puede ser un recurso a corto o medio plazo, no puede cifrarse en ella el éxito a largo plazo de las intervenciones, puesto que los trabajadores acabarían agotados.

Desde el enfoque de la gestión de los recursos humanos en los centros sanitarios, la promoción de la salud de los trabajadores es un objetivo muy relevante, y el impacto positivo de la identificación con el grupo sugiere vías de acción promisorias.

CAPÍTULO 4
DISCUSIÓN GENERAL

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN GENERAL

En el presente capítulo se pretende, en primer lugar, resaltar los hallazgos de los estudios que componen esta tesis y sus contribuciones a la investigación sobre el estrés en profesionales sanitarios, principalmente en médicos y enfermeros, basado en la aplicación del modelo ERI de Siegrist. Este trabajo ha focalizado su atención en los diferentes efectos que puede tener el desequilibrio entre el esfuerzo y las recompensas recibidas (ERI) sobre las quejas de salud, como indicador del bienestar de los empleados sanitarios, y si la sobreimplicación e identificación con el grupo puede jugar un papel destacable como variables (moderadora y/o mediadora), como agentes protectores ante el estrés. Es decir en qué medida la sobreimplicación puede moderar y identificación con el grupo puede mediar estos efectos del ERI sobre la salud de los profesionales sanitarios.

En segundo lugar, se prestará atención a sus limitaciones, a fin de aportar algunas sugerencias para futuras líneas de investigación. Y, en tercer lugar, a partir de los resultados empíricos, se proponen algunas recomendaciones relativo a implicaciones prácticas y de intervención.

En el primero de los estudios se han confirmado las principales hipótesis del modelo ERI (Siegrist 2008), aplicadas a los médicos, y aumentan el cúmulo de evidencia que respaldan el modelo desde los estudios iniciales (Bosma et al. 1998). Además, estos hallazgos amplían la evidencia favorable al modelo ERI para incluir la moderación de la sobreimplicación, en la relación de ERI-quejas de salud como lo habían sugerido algunos autores (Prekel et al. 2007). Por otro lado, se ha podido apoyar que las quejas de salud pueden ser un indicador del deterioro del bienestar personal entre los médicos, y que éstas aumentarán ante la existencia de un desequilibrio entre el

esfuerzo y las recompensas percibidas de estos trabajadores, respaldando el poder predictivo que pueden tener las situaciones desequilibradas sobre estas quejas. Se ha podido tener en cuenta el efecto moderador de la sobreimplicación en la relación entre ERI y las quejas de salud, también confirmado en este estudio, acumulando así evidencia favorable para la hipótesis de interacción del modelo ERI, como se señaló en estudios anteriores (Feuerhahn et al. 2012; Topa, Guglielmi, & Depolo, 2016). Por ejemplo, la sobreimplicación agravó significativamente las asociaciones entre ERI y el agotamiento emocional, así como ERI y el desempeño laboral. En nuestro estudio, a diferencia de otras investigaciones (Derycke et al. 2013), que no la apoyan, la interacción respalda la idea de que los médicos con una menor sobreimplicación serán aquellos que expresarán más quejas en comparación con los trabajadores más comprometidos, que se quejarán menos, incluso en situaciones más desequilibradas.

Por otro lado, las aportaciones de este estudio pueden sugerir, que el impacto que provoca las situaciones desequilibradas en el personal médico en sus resultados, pueden afectar a terceros, como la calidad percibida del servicio prestado a los pacientes, ya evidenciadas por otros estudios (Klein et al. 2011), o incluso los indicadores de bienestar de los empleados (Lee et al. 2011). No obstante, habrá que discutir en líneas futuras, en qué medida la moderación de la sobreimplicación, afecta a las salud a corto, medio y largo plazo.

En el segundo estudio se ha tratado de analizar el impacto del modelo ERI sobre el estrés en el personal sanitario, principalmente de enfermería (enfermeros, celadores, auxiliares de enfermería y administrativos), de una población española. En particular el análisis se ha centrado en el papel que juega la moderación de la sobreimplicación, ante situaciones donde existe un desequilibrio entre el esfuerzo extrínseco y las recompensas recibidas, mediado por la identificación con el grupo. Igualmente, se ha podido

comprobar el efecto que tiene un desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre las quejas de salud, mediado por la identificación grupal, cuando existe sobreimplicación. En este sentido, se ha podido demostrar que la identificación grupal y la sobreimplicación, ejercen un efecto protector de la salud, generando menos quejas, a pesar de contar con un desequilibrio entre los esfuerzos y las recompensas alto.

Los resultados de estos estudios han revelado los efectos que pueden tener la combinación de estas variables. Por un lado, en el personal sanitario evaluado, la relación directa entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y la identificación grupal no es significativa. Tampoco lo fue el efecto directo entre la sobreimplicación y la identificación. Sin embargo, podemos confirmar las dos hipótesis que se habían planteado. Por un lado, el efecto de la interacción entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y la sobreimplicación sobre la identificación grupal sí ha resultado significativo. Se ha podido confirmar que cuando existe sobreimplicación en los trabajadores, el desequilibrio entre el esfuerzo y las recompensas recibidas estará relacionado positivamente con una mayor identificación con su grupo. Por lo tanto, las personas más comprometidas y con un desequilibrio alto, tendrán una mayor identificación con el grupo. También se ha podido llegar a la conclusión que cuanto mayor es el desequilibrio entre los esfuerzos y las recompensas recibidas, mayor es la sobreimplicación, y a la vez existen mayores niveles de identificación. Mientras que cuando el desequilibrio es inferior, incluso cuando las recompensas superan al esfuerzo, son los niveles medios de sobreimplicación los que se asocian más identificación grupal. En segundo lugar, se ha comprobado el efecto mediador de la identificación en situaciones donde un desequilibrio esfuerzo-recompensa tiene efectos sobre las quejas de salud, cuando existe las personas están más comprometidas. En este sentido, el efecto de mediación o indirecto de la identificación grupal sobre las quejas de salud está

moderado por la sobreimplicación de los trabajadores. Por último, en este segundo estudio, se pudo comprobar en qué medida los niveles de sobreimplicación, aumenta o disminuye la identificación y los efectos del desequilibrio sobre las quejas de salud. Es decir, permite contrastar hasta qué punto el desequilibrio esfuerzo-recompensa influye en la identificación y ello a su vez en las quejas de salud, en los diferentes niveles de la variable sobreimplicación (baja, media o alta implicación). En este sentido, se puede concluir que el efecto del desequilibrio esfuerzo-recompensa sobre las quejas de salud estará mediado por la identificación organizacional, pero solamente en presencia de sobreimplicación media-alta. De forma que, a mayor desequilibrio esfuerzo-recompensa menos quejas de salud, cuando existe una alta identificación con la organización y media-alta de sobreimplicación. Sin embargo, cuando el desequilibrio no presenta valores altos, son los niveles medios de sobreimplicación los que generan mayor efecto mediador de la identificación y menos problemas de salud. En consecuencia, la intervención temprana diseñada para amortiguar los efectos negativos de la ERI debe centrarse en aumentar los niveles individuales de identificación organizacional.

En resumen, esta tesis hace varias aportaciones en el sentido de ampliar el marco teórico del modelo ERI, como modelo explicativo del estrés y predictivo de los problemas de salud aplicado a profesionales de la sanidad. Estas aportaciones amplían el conocimiento y abre nuevas líneas de investigación en un contexto profesional tan influyente en nuestra sociedad como es la salud, trazándose nuevos horizontes de investigación sobre la salud ocupacional de los profesionales sanitarios, y de intervención sobre el bienestar de hospitales. Las investigaciones, que integran este trabajo arrojan nuevas evidencias a la ya acumulada, concluyéndose como en situaciones de desequilibrio entre el esfuerzo y las recompensas, la sobreimplicación e identificación con el grupo pueden ejercer un efecto protector sobre los indicadores

salud o malestar de los profesionales sanitarios, y el conjunto de aspectos estudiados en estas relaciones que afectan a la salud en el ejercicio profesional. Sin embargo, habrá que tener en cuenta que esta moderación puede afectar en distintos plazos temporales, no siempre va en una misma dirección, pudiendo ser una estrategia perjudicial como mecanismo de afrontamiento individual del estrés a largo plazo. Por lo que será necesario llevar a cabo estudios longitudinales con la población y abrir nuevas líneas de investigación que arrojen nuevas evidencias para ampliar este conocimiento en este sector profesional. A pesar de ello, hay que destacar que la experiencia investigadora en España sobre el modelo es escasa, y puede ampliar el abanico de posibilidades para mejorar la situación en nuestro país, gracias a este trabajo. No obstante, los estudios que componen esta tesis muestran diversas limitaciones, que comentaremos en el siguiente apartado.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

A pesar del hecho de que este estudio proporciona una sólida evidencia de las relaciones entre los predictores y los correlatos del ERI, la investigación que se presenta en este documento tiene algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta al evaluar sus contribuciones a la teoría.

En primer lugar, los estudios se basan totalmente en medidas autoinformadas. Aunque investigaciones anteriores indican que las quejas de salud son un indicador bastante confiable de la salud de los empleados, una evidencia más sólida debe provenir de medidas objetivas de bienestar.

En segundo lugar, la selección de participantes puede estar sesgada por alguna variable de interés para el estudio, por ejemplo, los médicos menos comprometidos con sus trabajos pudieron declinar su participación en el estudio, por lo que nuevas investigaciones deberán tener en cuenta estas limitaciones, al objeto de ampliar las

muestras y motivar desde los responsables de las organizaciones, el interés que tiene investigar estos efectos en los profesionales de salud, no solo por el bienestar en el trabajo, también para promover organizaciones y entornos laborales saludables que repercutan en la calidad de los servicios y en el bienestar de terceros.

En tercer lugar, tampoco se ha clarificado a qué tipo de identificación, como variable mediadora, nos referimos, como efecto indirecto y protector, por lo que habrá que estudiarse más en profundidad las características y mecanismos que hacen que la identificación pueda influir en los problemas de salud y bienestar no sólo a nivel personal, también a nivel grupal y organizacional. Por un lado, es un reto interesante conocer cómo influyen los diferentes tipos de identificación y qué atributos los sustentan (grupal, organizacional, profesional), ya que sus efectos pueden ser diferentes. Por otro, ya se ha sugerido que la investigación sobre la identificación con el grupo arrojan luces y sombras, y en algunos casos pueden derivar en conductas contraproducentes para uno mismo y para los demás miembros de un grupo u organización: ruptura de normas, violencia e intimidación en el trabajo, percepción errónea de injusticia, exclusión de compañeros, entre otros.

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

suficientemente sensibles para distinguir entre factores estresantes que son obstáculos y aquellos que pueden considerarse desafíos.

En quinto lugar, no se ha tenido en cuenta en el análisis la edad como efecto moderador sobre las quejas de salud en situaciones desequilibradas. En este sentido el efecto moderador de la edad y la sobreimplicación sobre las quejas de salud, que si fue señalado en investigaciones anteriores (Topa, Guglielmi, & Depolo, 2016), donde las personas mayores de 45 podrían prestar menos atención a los intercambios desequilibrados que producen resultados decepcionantes, y presentar diferencias individuales en su afrontamiento laboral.

Otro aspecto que debería tenerse en cuenta los investigadores es que el estudio de la muestra se extienda más allá de un solo marco en el tiempo, en lo que se refiere a la necesidad de tomar notas de los cambios, realizar observaciones y en las características de sus participantes. Como resultado, esto permitirá a los investigadores establecer una secuencia adecuada de los eventos ocurridos, mediante estudios longitudinales. En este sentido, se recomienda obtener información en el tiempo sobre cómo los eventos organizacionales pueden moderar el impacto del estrés, e influir en las percepciones de la muestra estudiada, a la vez que se dan más detalles sobre la evolución de las estrategias de afrontamiento y sus efectos sobre los indicadores de salud.

Por último, se deberá tener en cuenta en futuras investigaciones, el posible impacto del ERI como factor de riesgo para la intimidación, como lo han demostrado otras investigaciones donde los factores de estrés en el trabajo pueden aumentar el riesgo de exposición al acoso a través de varios mecanismos diferentes. Por ejemplo, el manejo ineficiente del estrés y la frustración puede llevar a los empleados a comportarse de una manera que viola las normas (Baillien et al., 2009). Además, el estrés resultante

de un desequilibrio esfuerzo-recompensa-desequilibrio derivar en problemas de salud mental (Bonde, 2008), que aumentan el riesgo o vulnerabilidad a la intimidación (Nielsen et al., 2012). Por lo que los estudios que integran esta tesis podrían haber contribuido y ampliado evidencias para una mejor comprensión de cómo y cuándo en presencia ERI aumenta el riesgo de acoso, y proponer una intervención temprana diseñada para amortiguar los efectos negativos de la ERI centrándose en aumentar los niveles individuales de identificación organizacional (Guglielmi, Mazzetti, Villano, & Topa, 2018; Notelaers, Törnroos, & Salin, 2019). No obstante, estaríamos hablando de una línea de investigación cuyo germen es relativamente reciente, pero prometedora.

A pesar de estas limitaciones y de interrogantes que se pueden plantear, estos estudios se suma al creciente cuerpo de literatura que vincula el ERI con los problemas de salud en el ámbito laboral sanitario, y de las variables que pueden ser protectoras, mediando y moderando el impacto de las situaciones desequilibradas. Así, se extiende esta literatura, añadiendo nuevos resultados sobre el modelo aplicado a una muestra española.

Aportaciones, implicaciones prácticas y de intervención.

Los resultados de este trabajo resaltan la importancia de ERI y la sobreimplicación para promover entornos de trabajo saludables, centrándose en la moderación del componente intrínseco del modelo (sobreimplicación), y en la identificación como variable que puede mediar en los efectos sobre la salud de las personas y su bienestar. Además, los estudios que incluyen esta tesis, hacen contribuciones importantes a la literatura relativa a los médicos y personal de enfermería, cuya investigación es escasa en España, y a posibles formas de intervención y prevención del estrés en el lugar trabajo.

Las aportaciones de esta tesis han tenido un efecto incremental, es decir, se parte de la comprobación de una hipótesis más sencilla sobre el modelo, para continuar con la comprobación una hipótesis más compleja. El argumento general de llevar ambos estudios exploratorios ha sido, en primer lugar, partiendo de un estudio sobre una muestra de médicos para comprobar la moderación simple de la sobreimplicación del ERI sobre resultados de quejas de salud, posteriormente se ha querido comprobar si esto último se cumplía en una muestra de enfermeras, dando como resultado una moderación simple y una mediación moderada en esta muestra. A destacar, en el caso de los médicos, que no hay estudios que prueben el modelo de moderación de la sobreimplicación en médicos en España y con resultados sobre quejas de salud.

En primer lugar, los estudios confirman las hipótesis clásicas del modelo ERI en una muestra de médicos y profesionales de enfermería españoles que trabajan en los servicios de salud. En ambos estudios, el modelo ERI-sobreimplicación es un modelo predictivo de los de los problemas de salud. A diferencia de otros modelos que se centran en el perfil o características del trabajo, el modelo ERI tiene la ventaja de combinar componentes estructurales y personales de estrés laboral (Siegrist et al., 2004), luego implica, que ante situaciones de desequilibrio, donde no pueda llevar un control de las características del trabajo, se podrá intervenir en componente intrínseco del trabajo, y su efecto moderador sobre el estrés. Es decir, cuando las expectativas de los empleados sobre lo que vale su trabajo (económicas, de reconocimiento social y de oportunidades de carrera o desarrollo profesional) determinan como percibe su situación, unas relaciones de intercambio justas con su organización promueven sentimientos de satisfacción y bienestar, y por el contrario si fracasan las normas de reciprocidad se producen emociones negativas, síntomas de estrés y un deterioro de la

salud. Pero estas estas experiencias de estrés y sus efectos pueden estar moderadas por las sobreimplicación (o compromiso excesivo) de las personas en el trabajo.

En segundo lugar, los resultados de estos estudios apuntan hacia un desequilibrio entre esfuerzos y recompensas en el ejercicio de la profesión médica y de enfermería que, además, se ha revelado como un predictor de las quejas de salud. Su investigación sigue siendo limitada en cuanto a las aportaciones sobre el modelo en España, especialmente en los profesionales de la salud. En este sentido, la información reportada por estos estudios puede ayudar a los gerentes de hospitales y centros sanitarios en la toma de decisiones y mejorar la atención al impacto a largo plazo que puedan tener estas situaciones desequilibradas. Si bien las percepciones de los individuos sobre el desequilibrio esfuerzo / recompensa pueden no ser directamente controlables, los eventos y dinámicas organizacionales que desencadenan tales percepciones están sujetos a intervención, y poder reajustar el contrato psicológico en este contexto laboral.

En tercer lugar, los hallazgos también sugieren que la sobreimplicación, cuyo efecto ha sido discutido y no concluyente en la investigación sobre el ERI, es una estrategia de afrontamiento que podría ser peligrosa desde el punto de vista del trabajador, en la medida de que no siempre actúa en una misma dirección, pudiendo tener resultados positivos a corto plazo, pero negativos a largo plazo. En consecuencia, también se debe advertir a los administradores de los hospitales que, a corto plazo, las intervenciones dirigidas a aumentar el exceso de compromiso de los profesionales sanitarios pueden parecer beneficiosas. Pero las consecuencias a largo plazo deben ser tomadas en consideración. En este sentido, los estudios recientes no han podido encontrar relaciones a corto plazo entre el ERI y la baja por enfermedad, pero los mismos estudios verificaron los efectos del ERI en la baja por enfermedad a largo plazo (Derycke et al. 2013).

Esta evidencia se debe tener en cuenta no sólo en los procesos de reclutamiento y la selección del personal médico y sanitario, también en los procesos de desarrollo del personal y evaluación del desempeño, a fin de identificar a las personas que demuestren actitudes y comportamientos conducentes a brindar servicios de alta calidad, y en su caso promoverlos. Se puede capacitar al personal del hospital para reconocer estos factores de riesgo específicos y se puede educar sobre cómo prevenir mejor este estilo de afrontamiento inadecuado (Zhou et al. 2015).

Por otro lado, este trabajo nos permite reflexionar sobre el nivel en el que habrá que intervenir. Las intervenciones basadas en terapia conductual frente al estrés y las quejas de los síntomas relacionados con la ansiedad han sido efectivas (Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2001; Bamberg, 1996), sin embargo, algunos autores concluyeron que las mejores intervenciones eran aquellas que incluían intervenciones enfocadas tanto individual como organizativamente, en ocasiones las intervenciones organizacionales pueden ser más importantes (Lamontagne, Keegel, Louie, Ostry, & Landsbergis, 2007). Las intervenciones basadas en el trabajo tienden a mejorar el nivel de control del trabajo de un empleado, pero las intervenciones individualizadas mejoran las percepciones y las habilidades de afrontamiento. Sin embargo, otros autores han apoyado la utilidad de varias estrategias de tratamiento psicosocial, incluido el entrenamiento de relajación, la terapia cognitivo-conductual, la meditación o el apoyo emocional grupal, para reducir el estrés. Por ejemplo, se demostró que los pacientes que reciben tratamiento psicosocial mostraron mayores reducciones del estrés en comparación con los controles en trastornos psicológicos, presión arterial, frecuencia cardíaca y colesterol sérico (Linden, Stossel, & Maurice, 1997). La gran mayoría de las intervenciones para mejorar el estrés laboral que se han probado y estudiado en el lugar de trabajo se han centrado en medidas individuales, sin embargo, centrarse sólo en

intervenciones basadas en individuos, a diferencia de las modificaciones más amplias del entorno laboral, no significa necesariamente que este tipo de intervenciones sean más efectivas, sino que puede reflejar el hecho de que estas intervenciones son más fáciles de implementar y estudiar. Las intervenciones basadas en el lugar de trabajo son inevitablemente más costosas, requieren más tiempo para implementarse y requieren que la gerencia relevante del lugar de trabajo se comprometa con los cambios basados en el lugar de trabajo. Este modelo responde a un grupo de gerentes que reconoce la importancia del bienestar de los trabajadores y ya ha implementado otras medidas en el lugar de trabajo para ayudar a mitigar el estrés relacionado con el lugar de trabajo (Sara, Prasad, Eleid, Zhang, Widmer y Lerman, 2018).

Todavía es escasa la investigación sobre las diferentes formas de intervenir en el entorno laboral de una forma consensuada. Además, aunque las terapias basadas en individuos son más fáciles de implementar, son más sencillas de evaluar y es probable que sean menos costosas, la efectividad de la terapia basada en el individuo o grupo, no se traduce necesariamente en efectividad en todos los individuos o grupos. Los individuos son diferentes y traen consigo una mezcla única de atributos psicosociales, rasgos de personalidad y características fisiológicas, y lo que puede ser útil para una persona o grupo puede ser ineficaz entre otros. Es importante seguir estudiando en qué medida la sobreimplicación, como componente intrínseco, y su efecto moderador, actúa en diferentes individuos, grupos y organizaciones, atendiendo no solo a aspectos individuales, también psicosociales según los ambientes y contextos organizacionales. Los contextos organizativos de los países industrializados con procesos políticos democráticos, donde las presiones sociales exigen una mayor supervisión y regulación en el lugar de trabajo hacen que tales intervenciones sean cada vez más comunes.

Crear entornos saludables que mitiguen la estigmatización de las quejas de salud asociadas al estrés podrán ser también medidas recomendables. De cara a la intervención habrá que tener en consideración, que las quejas subjetivas de salud (SHC) es difícil su prevención, o incluso no posible por ser inherentes a la naturaleza humana o formar parte de la vida cotidiana, independientemente de la sociedad o la civilización moderna, sin embargo puede ser posible influir en la percepción y la gestión de SHC de los empleados, lo que a su vez puede tener un impacto en la baja por enfermedad y el regreso al trabajo después de una baja por enfermedad (Odeen, Ihlebæk, Indahl, Wormgoor, Lie, Eriksen, 2013). En este sentido, las intervenciones atWork (intervenciones en el lugar de trabajo) pueden ser de gran beneficio tanto desde una perspectiva social como organizativa e individual. Este tipo de intervenciones pueden ser ampliadas a diferentes tipos de quejas, tanto físicas como mentales (Langjordet et al. 2016), e integra medidas de información, apoyo social y habilidades de afrontamiento, por ejemplo, como factores importantes para aumentar la resistencia al desarrollo de trastornos mentales. Estas medidas pueden tener efectos positivos para los trabajadores, directivos y trasciende a toda la organización. Las intervenciones atWork son intervenciones de tipo cognitiva en el lugar de trabajo, basada en intervenciones breves, y utiliza el lugar de trabajo como un espacio para la promoción de la salud. Al centrarse en alterar las creencias y el comportamiento de los empleados a través de información de salud basada en la evidencia, atWork pretende permitirles a los empleados hacer frente a las consecuencias de sus quejas de salud (Odeen, Ihlebæk, Indahl, Wormgoor, 2013) Las sesiones están dirigidas tanto a empleados y gerentes, con el objetivo de reforzar una cultura organizativa en la que los trabajadores con problemas de salud sean aceptados como parte del entorno laboral normal.

Otra recomendación ya avalada en estudios anteriores se refiere a los beneficios que el apoyo social en lugar de trabajo (Langjordet, Eriksen, Indahl y Tveito, 2017), donde se ha podido comprobar que el apoyo social estaba relacionado con la satisfacción laboral de los empleados, cómo percibían las demandas y el control en el trabajo y también la cantidad de SHC que informaban. También habrá que considerar en estos casos, el tipo de apoyo que se brinda: el apoyo social no directivo o basados en el receptor de soporte, parecen tener una relación más positiva como efecto protector.

Finalmente, es recomendable que los aspectos que median el impacto del estrés y ejerzan un efecto protector, como puede ser la identificación con el grupo o la organización, sigan siendo objeto de estudio y nuevas líneas de investigación, como ya han sido demostrado en estos estudios, y en investigaciones precedentes, también por sus relaciones con apoyo social como fenómeno contingente con las percepciones de una identidad social compartida. Cuando una persona ofrece apoyo social a un miembro de su propio grupo, es más probable que el apoyo social sea aceptado cuando quien lo brinda es percibido como miembro de una categoría social compartida y, todavía más cuando ambas personas pertenecen al mismo grupo social (Topa et al., 2006, Topa, Moriano y Morales, 2008).

En la medida en que las personas estén más identificadas con su grupo social de pertenencia, percibirán más apoyo social y, como consecuencia pueden redefinir la situación de modo más positivo, promueven conductas de ciudadanía organizacional (Van Dick & Wagner, 2002; van Knippenberg & Ellemers, 2004) y comportamientos laborales de grupo (Topa & Morales, 2007; Topa, Moriano & Morales, 2008). Aquellas organizaciones que disponen de empleados altamente identificados podrán disfrutar de mayor compromiso y lealtad, sus miembros estarán más satisfechos, menos estresados y mostrarán mayor rendimiento (Ellemers, De Gilder, & Haslam, 2004; Haslam, Jetten,

O'Brien y Jacobs, 2004; Topa y Palací, 2005; van Knippenberg & Ellemers, 2004; van Knippenberg & van Schie, 2000). A través de la identificación social, los empleados obtienen un incremento de su autoestima, participando del éxito de la organización a la que pertenecen (Mael & Ashforth, 2001), ven reducida su incertidumbre gracias a la existencia de referentes comparativos relativo a la confirmación o corrección de sus creencias, actitudes, percepciones y comportamientos, (Haslam, 2004), y proporcionan en el proceso de socialización un marco de referencia para la formación de su contrato psicológico con la organización (Topa & Morales, 2007).

En este sentido merece prestar mayor atención a las diferentes formas de identificación, cuáles pueden ser más beneficiosas para los grupos de trabajo y las personas, así como seguir estudiando sobre cuáles son los atributos que promueven la identificación, median los efectos del estrés y promueven comportamientos saludables. Por ejemplo, cómo conocer cómo influye la identificación o en qué medida ésta es prevalente según los colectivos: organizacional, grupal o profesional. Como ya comprobaron van Knippenberg y van Schie (2000) o Lisbona, Morales, Palací (2006), una identificación diferente a la organizacional puede explicar mejor ciertos resultados organizacionales, y en este contexto sanitario, la profesional, podría tener más poder explicativo que la identificación organizacional. Estos atributos que identifican a los profesionales de la salud con su profesión, pueden podrían ser más potentes como efectos protectores ante el estrés, y por tanto se podrían diseñar intervenciones orientadas a mejorar la imagen y el autoconcepto profesional del profesional sanitario.

Por otro lado, aquellas situaciones donde los trabajadores perciben desequilibrios, la identificación con el grupo puede influir en la justicia percibida, así si los compañeros en un grupo defienden un procedimiento como justo, es probable que uno adhiera a esa creencia, especialmente si está fuertemente identificado con el grupo

(Lamertz, 2002). Podríamos decir que estos procedimientos que influyen en la percepción de justicia e injusticia deben ser tenidos en cuenta, tanto en futuras investigaciones como formas de intervenir, y pueden guardar relación con las situaciones de desequilibrio percibido.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- AEPSAL (2016, julio). Entrevista a Johannes Siegrist, *Prevencionistas. Revista de los especialistas en prevención y salud laboral* (21), 8-13. Recuperado de <https://www.aepsal.com/>
- Bakker, A. B., & van Woerkom, M. (2018). Strengths use in organizations: A positive approach of occupational health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 59(1), 38-46.
- Basińska B. A. & Wilczek-Rużyczka E. (2013) The role of rewards and demands in burnout among surgical nurses. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 26(4), 593-604.
- Birgit, E., Gunnevi, S. y Ann, Ö. (2013). Work experiences among nurses and physicians in the beginning of their professional careers – analyses using the effort–reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 26-43.
- Blom, V., Svedberg, P., Bergström, G., Mather, L., & Lindfors, P. (2017). Stress in paid and unpaid work as related to cortisol and subjective health complaints in women working in the public health care sector. *International Journal of Workplace Health Management*, 10(4), 286-299.
- Bosma H., Peter R., Siegrist J. & Marmot M. (1998) Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health* 88(1),
- Eriksen, HR., Ihlebaek, C., y Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Psychology*, 1, 63-72

- Boucher, P., Gilbert-Ouimet, M., Trudel, X., Duchaine, C. S., Milot, A., & Brisson, C. (2017). Masked hypertension and effort-reward imbalance at work among 2369 white-collar workers. *Journal of Human Hypertension*, 31(10), 620.
- Chang V., Hiller C., Keast E., Nicholas P., Su M. & Hale L. (2013) Musculoskeletal disorders in support workers in the aged care sector. *Physical Therapy Reviews* 18(3), 185-206. doi:10.1179/1743288X13Y.0000000083
- Choi, B., Ahn, S., & Lee, S. (2017). Construction workers' group norms and personal standards regarding safety behavior: Social identity theory perspective. *Journal of Management in Engineering*, 33(4), 04017001.
- Chowhan, J., Denton. M., Brookman, C. Davies, S., Sayin, F. K. & Zeytinoglu, I. (2019) Work intensification and health outcomes of health sector workers. *Personnel Review*, Vol. 48 Issue: 2, pp.342-359.
- Cuitún Coronado, J., Chandola, T., & Steptoe, A. (2018). Allostatic load and effort-reward imbalance: Associations over the working-career. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 191.
- Daraiseh, N. M., & Summerville, L. A. (2016). Subjective Health Complaints in Registered Nurses: Associations With Select Individual and Organizational Factors. *IIE Transactions on Occupational Ergonomics and Human Factors*, 4(1), 54-66.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499–512.
- Derycke H., Vlerick P., Van de Ven B., Rots I. & Clays E. (2013) The impact of effort–reward imbalance and learning motivation on teachers' sickness absence. *Stress*

- and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 29(1), 14-21. doi:10.1002/smi.2416
- Eddy, P., Wertheim, E. H., Hale, M. W., and Wright, B. J. (2018). A systematic review and meta-analysis of the effort-reward imbalance model of workplace stress and hypothalamic-pituitary-adrenal axis measures of stress. *Psychosom. Med.* 80, 103–113.
- Elovainio M., van den Bos K., Linna A., Kivimäki M., Ala-Mursula L., Pentti J. & Vahtera J. (2005) Combined effects of uncertainty and organizational justice on employee health: testing the uncertainty management model of fairness judgments among Finnish public sector employees. *Social Science & Medicine*, 61(12), 2501-2512.
- Eriksen H. R., Hellesnes B., Staff, P. & Ursin, H. (2004). Are Subjective Health Complaints a Result of Modern Civilization? *International Journal of Behavioral Medicine*; 11(2):122-5.
- Eriksen H. R., Ihlebæk C. & Ursin H. (1999) A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(1), 63-72.
- Eriksen, H. R., Svendsrod, R., Ursin, G., & Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *The European Journal of Public Health*, 8(4), 294-298.
- Espinosa J. C., Contreras F. V. & Esguerra, G. A. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*. 5(1): 87-96.
- Espinoza, K. & Jofre, V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Cienc. enferm.* 2012; 18(2): 23-30.
- EU-OSHA (2016). Sexta Encuesta Europea sobre las Condiciones de trabajo.

- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. First Findings: Sixth European Working Conditions Survey. Available online: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1568en.pdf
- Feldt, T., Hyvönen, K., Mäkikangas, A., Rantanen, J., Huhtala, M., & Kinnunen, U. (2016). Overcommitment as a predictor of effort—reward imbalance: evidence from an 8-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 309-319.
- Fernández-López J. A., Martín-Payo R., Fernández-Fidalgo M., & Rödel A. (2006) Análisis factorial confirmatorio de la versión española del cuestionario Effort-Reward Imbalance, de medida del estrés laboral. [Confirmatory factor analysis of the Spanish version of Effort-Reward Imbalance Questionnaire of measure of work stress] *Atención Primaria*, 38(8), 465-466.
- Feuerhahn N., Kühnel J., & Kudielka B. M. (2012) Interaction effects of effort–reward imbalance and overcommitment on emotional exhaustion and job performance. *International Journal of Stress Management*, 19(2), 105-131. doi:10.1037/a0028338
- Francioli, L., Høgh, A., Conway, P. M., Costa, G., Karasek, R., & Hansen, Å. M. (2016). Do Personal Dispositions Affect the Relationship Between Psychosocial Working Conditions and Workplace Bullying? *Ethics and Behavior*. 26 (6): 451-469.
- Gamarra, M. E. , Rivera H. S., Alcalde, M. E. & Cabellos D. (2010). Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de Enfermería. *Scientia*, 2(2): 73-81.
- González-Cabrera, J., Fernández-Prada, M., Iribar, C., Molina-Ruano, R., Salinero-Bachiller, M., & Peinado, J. (2018). Acute Stress and Anxiety in Medical

- Residents on the Emergency Department Duty. *International journal of environmental research and public health*, *15*(3), 506.
- Guglielmi, D., Mazzetti, G., Villano, P., & Topa Cantisano, G. (2018). The impact of perceived effort–reward imbalance on workplace bullying: also a matter of organizational identification. *Psychology, Health & Medicine*, *23*(5), 511-516.
- Halonen, J. I., Virtanen, M., Leineweber, C., Rod, N. H., Westerlund, H., & Hanson, L. L. M. (2018). Associations between onset of effort-reward imbalance at work and onset of musculoskeletal pain: analyzing observational longitudinal data as pseudo-trials. *Pain*, *159*(8), 1477-1483.
- Haslam, A., Vigano, V., Roper, H., Humphrey, L. & O'Sullivan, L. (2003). Social identifications and burnout: evidence of a variable relationship across subcomponents. *Unpublished manuscript, Universidad de Exeter*.
- Haslam, S. A., Jetten, J., O'Brien, A. & Jacobs, E. (2004). Social identity, social influence and reactions to potentially stressful tasks: support for the self-categorization model of stress. *Stress and Health*, *20* (1) 3-9.
- Haslam, S. A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K. & Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, *44* (3) 355-370.
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson. J., Aaroe, L.E. & Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*; *11*(1):4-10.
- Hayes A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. Guilford Press.
- Hayes, A.F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York, NY: The Guilford Press

- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3): 513-524
- Hogg, M. A., Abrams, D., & Brewer, M. B. (2017). Social identity: The role of self in group processes and intergroup relations. *Group Processes & Intergroup Relations*, 20(5), 570-581.
- Ihlebaek, C., Brage, S., & Eriksen, H. R. (2006). Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003. *Occupational Medicine*, 57(1), 43-49.
- Indregard, A. M. R., Nielsen, M., & Knardahl, S. (2018). Emotional dissonance, mental health complaints, and sickness absence among health-and social workers. The moderating role of self-efficacy. *Frontiers in Psychology*, 9, 592.
- Johnsen, T. L. ; Indahl, A; Baste, V; Eriksen, H. R.; Tveito, T.H. (2016). Protocol for the atWork trial: a randomised controlled trial of a workplace intervention targeting subjective health complaints. *Johnsen et al. BMC Public Health*, 16 (844)
- Johnsen, T. L., Indahl, A., Eriksen, H. R., Ihlebæk, C., & Tveito, T. H. (2017). Work and mental complaints: are response outcome expectancies more important than work conditions and number of subjective health complaints? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(2), 218-227.
- Karasek, R. A. (1979). A. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*. 24 (2): 285-308.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, NY: Basic Books
- Kinnunen, U., Feldt T. & Mäkikangas, A. (2008) Testing the effort-reward imbalance model among Finnish managers: The role of perceived organizational support.

Journal of Occupational Health Psychology, 13(2), 114-127. doi:10.1037/1076-8998.13.2.114

Klein J., Frie K. G., Blum, K. & von dem Knesebeck, O. (2011) Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC health services research* 11(1), 109.

Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A., & Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 287-297.

Koch P, Schablon A, Latza U, Nienhaus A.(2014). Musculoskeletal pain and effort-reward imbalance—a systematic review. *BMC public health*. 14:37.

Kumar, S. (2016). Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. In *Healthcare* (Vol. 4, No. 3, p. 37). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.

Lee B. E., Ha M., Park H., Hong Y. C., Kim Y., Kim Y. J. & Ha E. H. (2011) Psychosocial work stress during pregnancy and birthweight. *Paediatric and Prenatal Epidemiology*, 25(3), 246-254.

Lemaire, J. B., & Wallace, J. E. (2017). Burnout among doctors. *BMJ: British Medical Journal* (Online), 358.

Levine, M. (1999). Rethinking bystander nonintervention: Social categorization and the evidence of witnesses at the James Bugler trial. *Human Relations*, 52(9), 1-23.

Levine, M., Cassidy, C., Brazier, G., & Reicher, S. (2002). Self-categorization and bystander non-intervention: Two experimental studies. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(7), 1452-1463.

Litchfield, R. C., Karakitapoğlu-Aygün, Z., Gumusluoglu, L., Carter, M., & Hirst, G. (2018). When Team Identity Helps Innovation and When It Hurts: Team

- Identity and Its Relationship to Team and Cross-Team Innovative Behavior. *Journal of Product Innovation Management*, 35(3), 350-366.
- Lunau T., Wahrendorf M., Dragano N. & Siegrist J. (2013) Work stress and depressive symptoms in older employees: Impact of national labour and social policies. *BMC Public Health* 13:1086.
- Macías Robles, M. D., Fernández-López, J. A., Hernández-Mejía, R., Cueto-Espinar, A., Rancaño, I. y Siegrist, J. (2003). Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público español. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa. *Medicina Clínica*, 120 (17),652-7
- Mael, F., y Ashforth, B. E. (1992). Alumni and their alma mater: A partial test of the reformulated model of organizational identification. *Journal of organizational Behavior*, 13(2), 103-123.
- Mauno, S. & al. (2019). Do Older Employees Suffer More from Work Intensification and Other Intensified Job Demands? Evidence from Upper White-Collar Workers. *Scandinavian Journal of Work and Organizational Psychology*, 4(1): 3, 1–13.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Los Sistemas Sanitarios en los Países de la Unión Europea. Recuperado de :
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf
- Mutambudzi, M., Siegrist, J., Meyer, J. D., & Li, J. (2018). Association between effort-reward imbalance and self-reported diabetes mellitus in older US workers. *Journal of Psychosomatic Research*, 104, 61-64.

Nutbeam, D., Levin-Zamir, D. & Rowlands, G. (2018). Health Literacy in Context. *Environ. Res. Public Health*, 15(12), 2657.

Observatorio Europeo sobre condiciones de trabajo (2018). Recuperado de: <https://osha.europa.eu/es/about-eu-osha/what-we-do/european-risk-observatory>

Ottova-Jordan, V., Smith, O. R., Augustine, L., Gobina, I., Rathmann, K., Torsheim, T., ... & Vollebergh, W. (2015). Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl_2), 83-89.

Perdikaris, P., Kletsiou, E., Gymnopolou, E., & Matziou, V. (2010). The relationship between workplace, job stress and nurses' tobacco use: a review of the literature. *International journal of environmental research and public health*, 7(5), 2362-2375.

Pérez-Fuentes, M., Molero Jurado, M., Barragán Martín, A., Simón Márquez, M., Martos Martínez, Á., & Gázquez Linares, J. (2019). The Mediating Role of Perceived Stress in the Relationship of Self-Efficacy and Work Engagement in Nurses. *Journal of clinical medicine*, 8(1), 10.

Pérez-Fuentes, M., Molero Jurado, M., Martos Martínez, Á., & Gázquez Linares, J. (2018). New Burnout Evaluation Model Based on the Brief Burnout Questionnaire: Psychometric Properties for Nursing. *International journal of environmental research and public health*, 15(12), 2718.

Poulsen, O. M., Persson, R., Kristiansen, J., Andersen, L. L., Villadsen, E., & Ørbæk, P. (2013). Distribution of subjective health complaints, and their association with register-based sickness absence in the Danish working population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(2), 150-157.

- Preckel D., Meinel M., Kudielka B. M., Haug H. J. & Fischer J. E. (2007) Effort-reward-imbalance, overcommitment and self-reported health: Is it the interaction that matters? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 80(1), 91-107.
- Romeo, M., Yepes-Baldó, M., Piñeiro, M. Á., Westerberg, K., & Nordin, M. (2019). Job crafting and well-being in the elderly care sector: the effect of overcommitment. *Employee Relations: The International Journal*, 41: 3, 405-419
- Romero, E., Herrera, A., Flórez, I. E. & Montalvo, A. (2010). Las TIC y el apoyo social: una respuesta desde Enfermería en Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. Barranquilla, 26(1): 325-338.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41.
- Siegrist, J. (2008). Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: Evidence from prospective studies. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 258, 115-119. doi:10.1007/s00406-008-5024-0
- Siegrist, J. (2017). The effort–reward imbalance model. *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*, John Wiley & Sons, Chichester, 24-35.
- Siegrist, J., & Li, J. (2016). Associations of extrinsic and intrinsic components of work stress with health: a systematic review of evidence on the effort-reward imbalance model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(4), 432.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. y Peter, R. (2003). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483–1499.

- Smith, M. J., Cohen, B. G., Stammerjohn Jr, L. W., & Happ, A. (1981). An investigation of health complaints and job stress in video display operations. *Human Factors*, 23(4), 387-400.
- Stadin, M., Nordin, M., Broström, A., Hanson, L. L. M., Westerlund, H., & Fransson, E. I. (2016). Information and communication technology demands at work: the association with job strain, effort-reward imbalance and self-rated health in different socio-economic strata. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(7), 1049-1058.
- Topa, G., & Moriano, J. A. (2013). Stress and nurses' horizontal mobbing: Moderating effects of group identity and group support. *Nursing Outlook*, 61(3), e25-e31.
- Topa, G., Guglielmi, D., & Depolo, M. (2014). Mentoring and group identification as antecedents of satisfaction and health among nurses: What role do bullying experiences play? *Nurse Education Today*, 34(4), 507-512.
- Topa, G., Guglielmi, D., & Depolo, M. (2016). Effort–reward imbalance and organisational injustice among aged nurses: a moderated mediation model. *Journal of nursing management*, 24(6), 834-842.
- Urhonen, T., Lie, A., & Aamodt, G. (2016). Associations between long commutes and subjective health complaints among railway workers in Norway. *Preventive Medicine Reports*, 4, 490-495.
- Violanti, J. M., Mnatsakanova, A., Andrew, M. E., Allison, P., Gu, J. K., & Fekedulegn, D. (2018). Effort–reward imbalance and overcommitment at work: associations with police burnout. *Police Quarterly*, 21(4), 440-460.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological review*, 96(2), 234.

- Wilhelmsen I., Mulindi S., Sankok D., Wilhelmsen A. B., Eriksen, H. R., Ursin., H. (2007). Subjective health complaints are more prevalent in Maasais than in Norwegians. *Nordic Journal of Psychiatry*; 61(4):304-9.
- Zhou, H., & Gong, Y. H. (2015) Relationship between occupational stress and coping strategy among operating theatre nurses in China: a questionnaire survey. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 96-106.

