



Factores relacionados con la probabilidad de padecer problemas de salud mental en profesionales de urgencias


Silvia Portero de la Cruz¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5043-0445>


Jesús Cebrino Cruz²

 <https://orcid.org/0000-0001-8619-6208>

Javier Herruzo Cabrera³

 <https://orcid.org/0000-0001-6940-1222>

Manuel Vaquero Abellán¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0602-317X>

Objetivos: evaluar la influencia que ejerce el *burnout* y las estrategias de afrontamiento empleadas por el personal sanitario del servicio de urgencias hospitalario sobre el estado de salud mental y determinar las características sociodemográficas y laborales relacionadas. **Método:** estudio descriptivo transversal en una muestra de 235 profesionales de enfermería y medicina que trabajaban en cuatro servicios de urgencias hospitalarios. Como instrumentos de recogida de datos se utilizaron cuestionarios originales y específicos de variables sociodemográficas y laborales, el *Maslach Burnout Inventory*, el *General Health Questionnaire* y el *Inventario breve de afrontamiento-COPE 28*. Se aplicó estadística descriptiva, inferencial y multivariante. **Resultados:** la dimensión de despersonalización, el afrontamiento centrado en la evitación y ser médico estuvieron relacionados con la presencia de síntomas somáticos, de ansiedad, disfunción social y depresión. El aumento de la experiencia profesional estuvo asociado a una mayor disfunción social del personal sanitario y el incremento del número de pacientes se relacionó con la sintomatología depresiva entre los profesionales sanitarios. **Conclusiones:** las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, el afrontamiento centrado en la evitación, ser médico y consumir tabaco diariamente incrementan el riesgo de constituir un caso psiquiátrico. La práctica de ejercicio físico diario constituye un factor protector.




Descriptores: Adaptación Psicológica; Agotamiento Profesional; Enfermería; Salud Laboral; Salud Mental; Servicio de Urgencia en Hospital.

¹ Universidad de Córdoba, Facultad de Medicina y Enfermería, Departamento de Enfermería, Córdoba, Andalucía, España.

² Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Sevilla, Andalucía, España.

³ Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Educación, Departamento de Psicología, Córdoba, Andalucía, España.

Cómo citar este artículo

Portero S, Cebrino J, Herruzo J, Vaquero M. Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3144. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3079-3144>. mes día año

URL

Introducción

Desde hace varias décadas, se está reconociendo la necesidad de incluir la salud mental en las prioridades de los programas de salud pública. La promoción de la salud mental tiene especial relevancia en el lugar de trabajo debido a que este es considerado un importante factor en el desarrollo de problemas físicos y mentales⁽¹⁾. En este sentido, el número de países que han reportado enfermedades profesionales, en especial alteraciones de origen mental como la neurosis, paranoia, depresión, ansiedad, insomnio o fatiga, es creciente⁽²⁾.

En el ámbito sanitario, la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en profesionales de la salud del servicio de urgencias hospitalario se sitúa en el 36,8%⁽³⁾ en un entorno laboral generalmente estresante que implica, entre otros, el manejo de incertidumbres diagnósticas y terapéuticas, lo cual puede producir *burnout*⁽⁴⁾.

El *burnout* se define como un síndrome psicológico tridimensional constituido por agotamiento emocional, despersonalización y realización personal que tiene lugar como respuesta al estrés laboral crónico⁽⁵⁾. El agotamiento emocional provoca la disminución o pérdida de recursos emocionales, la despersonalización da lugar al desarrollo de actitudes negativas hacia los pacientes y la falta de realización personal se caracteriza por la disminución de sentimientos de competencia y logro en el trabajo⁽⁶⁾.

La incidencia de *burnout* se ha incrementado en los últimos años y se han llevado a cabo numerosos estudios con el fin de establecer las causas y factores asociados al mismo⁽²⁾. Así, un número creciente de estudios señalan que el género femenino incrementa el riesgo de sufrir *burnout* justificado en base a la doble presencia de la mujer en el hogar y en el trabajo, los salarios inferiores o las mayores exigencias en el trabajo^(2,7).

Las tasas más elevadas de *burnout* corresponden a profesionales sanitarios del servicio de urgencias hospitalario en comparación con el resto de las especialidades⁽⁸⁻⁹⁾. En el personal de enfermería, niveles elevados de *burnout* producen una mayor incidencia de trastornos musculoesqueléticos, lesiones laborales, absentismo, insatisfacción laboral, así como abuso de alcohol y otras drogas⁽¹⁰⁾. Además, afectan negativamente, entre otros, a la calidad del cuidado que reciben los pacientes⁽¹¹⁾ y a la salud mental de los profesionales de enfermería, pudiendo ocasionar depresión, ansiedad, baja autoestima o sentimientos de culpa⁽¹²⁾.

Un factor que puede moderar el impacto negativo de *burnout* sobre el bienestar físico y psicológico de los profesionales sanitarios es el estilo de afrontamiento de estos⁽¹³⁾. El afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo, mediante esfuerzos cognitivos, emocionales o conductuales constantemente cambiantes, maneja, controla o reduce las demandas de la relación individuo-ambiente que han sido evaluadas como estresantes⁽¹⁴⁾.

Existen dos estilos de afrontamiento principales: por un lado, el afrontamiento activo o adaptativo, empleado cuando las condiciones estresantes son evaluadas por el individuo como susceptibles de cambio, modificación o eliminación empleando, para ello, estrategias como la búsqueda de solución de problemas o la reinterpretación positiva y, por otro lado, el afrontamiento pasivo o desadaptativo, empleado cuando las condiciones estresantes son evaluadas como permanentes o no modificables. Este tipo de afrontamiento incluye estrategias conductuales de huida o evitación y cognitivas de distanciamiento o atención selectiva con objeto de disminuir el malestar emocional⁽¹⁵⁾. El uso de una determinada estrategia depende del nivel previo de adaptación del individuo o de los recursos psicológicos, familiares o sociales de que disponga⁽¹⁶⁾.

Diversos estudios se han centrado en analizar los binomios de *burnout*-salud mental⁽¹⁷⁾ o *burnout*-estrategias de afrontamiento individuo⁽¹³⁾ o salud mental-estrategias de afrontamiento⁽¹⁸⁾ en profesionales sanitarios del servicio de urgencias hospitalario. Teniendo en cuenta la importancia de las consecuencias que, tanto a nivel individual como organizacional, se pueden derivar del *burnout* y que la respuesta generada por los profesionales ante situaciones o condiciones similares es desigual, resulta necesario profundizar sobre las relaciones *burnout*-estilos de afrontamiento-salud mental en conjunto como paso previo a la implantación de programas de prevención e intervención que constituyan herramientas útiles en la promoción y puesta en práctica de nuevas estrategias de afrontamiento con un abordaje integral tanto a nivel individual, social como organizacional y que posibiliten niveles adecuados de salud mental en los sanitarios del servicio de urgencias hospitalario.

Los objetivos de este estudio son evaluar la influencia que ejerce el *burnout* y las estrategias de afrontamiento empleadas por el personal sanitario del servicio de urgencias hospitalario sobre el estado de salud mental y determinar las características sociodemográficas y laborales relacionadas.

Método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, realizado de marzo a diciembre de 2016 en el servicio de urgencias de cuatro hospitales de la Comunidad Autónoma de Andalucía (España). Dos hospitales eran públicos (Hospital 1: 1302 camas con 214 profesionales de medicina y enfermería en el servicio de urgencias; Hospital 2: 880 camas con 167 profesionales de medicina y enfermería en el servicio de urgencias) y dos hospitales eran privados (Hospital 3: 154 camas con 42 profesionales de medicina y enfermería en el servicio de urgencias; Hospital 4: 220 camas con 55 profesionales de medicina y enfermería en el servicio de urgencias). Los datos referidos al total de dotación de

camas y de personal sanitario que trabaja en el servicio de urgencias fueron suministrados a los investigadores por la dirección de enfermería de los distintos hospitales, los cuales fueron elegidos mediante muestreo incidental. La población de estudio estuvo formada por la totalidad de profesionales de medicina y enfermería de los servicios de urgencias hospitalarios de aquellos hospitales.

Se incluyó al personal laboralmente activo durante la recolección de datos y cuyo tiempo trabajado en el servicio de urgencias hospitalario fuera igual o superior a un año. Se excluyeron a los especialistas internos residentes y a los sanitarios tratados con antidepresivos y/o ansiolíticos.

Se determinó una muestra de 235 sujetos, con un nivel de confianza del 95%, una precisión absoluta del 4% y una proporción de morbilidad psiquiátrica del 25,50%⁽¹⁹⁾, asumiendo que la población era de 478 sujetos. El cálculo del tamaño de muestra se llevó a cabo mediante el programa Epidat 4.0 y se basó en suponer la prevalencia menos ventajosa.

Se emplearon tres cuestionarios validados, baremados y autoadministrados y otro que recogía variables sociodemográficas: sexo (hombre, mujer), edad (años), estado civil (casado/a, soltero/a, separado/a-divorciado/a, viudo/a), práctica de ejercicio físico diario (sí, no) y consumo de tabaco diario (sí, no), así como variables laborales: categoría profesional (médico/a, enfermero/a), tipo de contrato (fijo/a, interinidad, eventual), antigüedad en el servicio de urgencias hospitalario (años), experiencia profesional (años) y número de pacientes atendidos a diario.

La evaluación del *burnout* se realizó a través del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en su versión adaptada al español⁽²⁰⁾. El MBI valora tres dimensiones del *burnout*: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. El cuestionario consta de 22 ítems con formato de respuesta tipo Likert en la que los profesionales valoran la frecuencia de las situaciones enunciadas de 0 puntos (nunca) a 6 puntos (diariamente).

Para determinar la puntuación de cada dimensión, se suman las puntuaciones de los ítems pertenecientes a cada una. La dimensión de agotamiento emocional está compuesta por 9 ítems con una puntuación total mínima de 0 puntos y una máxima de 54 puntos. La dimensión de despersonalización está constituida por 5 ítems oscilando la puntuación total entre 0 puntos y 30 puntos. Con respecto a la dimensión de realización personal, está constituida por 8 ítems y la puntuación total varía entre 0 puntos y 48 puntos. Cuanto más elevada sea la puntuación obtenida en las dimensiones de agotamiento emocional y la despersonalización, peor es el nivel de *burnout* mientras que la interpretación de la dimensión de realización personal es inversa. Las dimensiones fueron categorizadas en niveles bajos, medios y altos teniendo en cuenta los siguientes puntos de corte: cansancio emocional (<18 puntos: bajo, 19-26 puntos: medio, >27 puntos: elevado), despersonalización (<5 puntos: bajo,

6-9 puntos: medio, >10 puntos: elevado) y realización personal (<33 puntos: bajo, 34-39 puntos: medio, >40 puntos: elevado)⁽²¹⁾. Niveles bajos de las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y elevados de realización personal son indicativos de ausencia de *burnout*. Por el contrario, el *burnout* alto está delimitado por elevados niveles de las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y bajos de realización personal y nivel medio de *burnout* para el resto de los casos.

Se administró el *General Health Questionnaire* (GHQ-28) en su validación al español⁽²²⁾ para evaluar la salud mental de los sujetos. Está compuesto por 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: síntomas somáticos (síntomas somáticos de origen psicológico como cansancio, fatiga, dolores de cabeza o malestar general), ansiedad (problemas para conciliar el sueño, despertares frecuentes, irritabilidad o tensión psíquica), disfunción social (incapacidad para tomar decisiones o para el desarrollo organizado del trabajo, dando lugar a peor funcionamiento cotidiano) y depresión (síntomas relacionados con el estado de ánimo que incluyen hasta la ideación suicida). Las subescalas representan dimensiones de sintomatología, por lo que no se corresponden con diagnósticos psiquiátricos. Cada ítem se valora mediante una escala de cuatro posibles respuestas que van desde 0 (menos que lo habitual) a 3 (mucho más que lo habitual). Para la valoración de los resultados, se utilizó la escala de respuesta bimodal en la que distintas posiciones comparten puntuación. De esta forma, se evitan posibles errores debidos a la elección de respuestas extremas o centrales. Así, se puntúa 0 si se responde cualquiera de las dos primeras opciones y 1 si se responde cualquiera de las dos últimas (0011). Para cada una de las subescalas, la puntuación puede adoptar un rango entre 0 puntos (ausencia de síntomas) a 7 puntos (frecuencia máxima de sintomatología).

Puntuaciones ≤ 6 muestran ausencia de alteraciones de origen mental mientras que puntuaciones iguales a 7 son indicativas de la presencia de un probable caso psiquiátrico.

El afrontamiento de los sujetos fue medido con el *Inventario breve de afrontamiento* - COPE 28 en su adaptación española⁽²³⁾. Se utilizó el cuestionario de manera disposicional, así los sujetos respondieron haciendo referencia a cómo afrontan las situaciones estresantes. El cuestionario consta de 28 ítems con cuatro opciones de respuesta en una escala tipo Likert que va de 0 (no hago nada de esto en absoluto) a 3 (hago esto con mucha frecuencia). Los ítems se agrupan en catorce escalas de 2 ítems cada una. Estas escalas representan tres tipos de afrontamiento: afrontamiento centrado en el problema (formado por las escalas de afrontamiento activo, planificación y búsqueda de apoyo instrumental con un total de 6 ítems), afrontamiento centrado en la emoción (compuesto por las escalas de búsqueda de apoyo emocional, reinterpretación positiva, negación,

aceptación, religión y humor con un total de 12 ítems) y afrontamiento centrado en la evitación (constituido por las escalas de auto-distracción, desahogo, desconexión conductual, uso de sustancias, auto-inculpación con un total de 10 ítems). Para obtener la puntuación total de los tipos de afrontamiento, se suma la puntuación de los ítems que componen cada uno de ellos y se divide entre el número de ítems que componen cada tipo de afrontamiento. Así, las puntuaciones de los tipos de afrontamiento oscilan entre 0 y 3 puntos. Puntuaciones elevadas indican un mayor uso de la estrategia.

Los cuestionarios fueron entregados en mano a cada participante al inicio del turno de trabajo y devueltos directamente a los investigadores al final del turno de trabajo. Junto a los cuestionarios, se entregó una carta informativa en la que se detallaban los objetivos del estudio, la forma de colaboración de los sujetos en él, así como el carácter voluntario y anónimo de dicha participación y una solicitud explícita de colaboración en la que el personal sanitario otorgaba su consentimiento a la participación en el estudio.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, España (acta número 249, referencia 3050) y las direcciones del servicio de urgencias de los centros participantes, y tuvo en cuenta los principios de Helsinki.

Para el análisis de las variables cualitativas, utilizamos una tabla de frecuencias para las cuantitativas de la media y desviación estándar. Para establecer las posibles relaciones entre las variables cualitativas se aplicó la prueba de Ji-cuadrado o el test exacto de Fisher y la t de Student y el análisis de la varianza para las variables cuantitativas. Se comprobó la distribución normal de los datos mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. En los casos en que no se cumplieron los supuestos de normalidad, se aplicaron test no paramétricos (U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis). Para la correlación de las variables se calculó el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según las condiciones de aplicabilidad. Se realizaron cuatro modelos de regresión lineal múltiple mediante el método reverso de selección de variables, uno para cada subescala del GHQ-28. Las variables dependientes de cada modelo fueron: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. Además, se llevó a cabo un modelo de regresión logística binaria cuya variable dependiente fue la presencia/ausencia de probables casos psiquiátricos detectados mediante el GHQ-28. Las variables independientes incluidas en todos los modelos fueron: sexo, edad, estado civil, práctica de ejercicio físico diario, consumo de tabaco diario, categoría profesional, tipo de contrato, antigüedad en el servicio de urgencias hospitalario, experiencia profesional, número de pacientes atendidos a diario, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento centrado en la evitación. En cada modelo, por medio del estadístico de Wald, las

variables con una $p \geq 0,15$ fueron una a una eliminadas. La escala de las variables continuas fue valorada mediante la prueba de Box-Tidwell. Se estudiaron las posibles interacciones entre todas las variables. Las variables con una significación superior a 0,05 fueron estudiadas como posibles factores de confusión, considerándolas como tales si el porcentaje de cambio de los coeficientes era mayor al 15%. En los modelos de regresión lineal múltiple, se comprobó la normalidad de los residuos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. No consideramos la existencia de problemas de colinealidad entre las variables independientes si el factor de incremento de la varianza era menor o igual a 10. Como prueba diagnóstica de casos extremos, se utilizó el análisis de residuos estudentizados. El coeficiente de determinación ajustado R^2 fue empleado para valorar la bondad de ajuste. Se determinaron los valores del coeficiente β crudos y ajustados. En el modelo de regresión logística binaria, se empleó el test de la razón de verosimilitud y R^2 de Nagelkerke para conocer la bondad de ajuste. Se calculó el área bajo la curva *Receiver Operating Characteristic* (ROC) al objeto de determinar qué variables explicativas se asocian más con la probabilidad de constituir un caso psiquiátrico. Se determinaron los valores de *Odds Ratio* (OR) crudos y ajustados. Se consideraron significativos los valores $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó el programa G-Stat versión 2.

Resultados

Participaron 235 profesionales. El sexo femenino constituyó la población predominante con un 76,2% de representación (Tabla 1). La edad media fue de 48,3 (8) años. La mayoría eran solteros/as (61,7%) y el 48,9% declaraban consumir tabaco diariamente. Además, el 54,5% afirmó practicar ejercicio físico diario. Las variables laborales recogidas muestran que la mayor parte de la muestra estaba constituida por profesionales de enfermería (72,8%) y que el tipo de contrato más frecuente era estar fijo/a (66,4%). Además, la media de experiencia profesional fue de 22,7 (8,7) años, siendo la antigüedad media en el servicio de urgencias hospitalario de 12 (9,4) años. La media de pacientes atendidos a diario fue de 102,4 (63,2). El 55,7% de los profesionales mostraron un nivel medio de la dimensión de agotamiento emocional y elevado tanto de despersonalización (48,9%) como de realización personal (54,9%), lo que indica que el nivel de *burnout* fue medio. En cuanto a la sintomatología relacionada con la salud mental, los profesionales manifestaron una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad con puntuaciones medias de 2,5 (1,9) puntos. Asimismo, las estrategias de afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción fueron las más usadas con puntuaciones medias de 1,5 (0,5) y 1,3 (0,4), respectivamente. Además, un tercio de los

profesionales (32,3%) probablemente padecían un trastorno psiquiátrico.

Tabla 1 - Descripción de las características sociodemográficas-laborales y dimensiones-subescalas del *Maslach Burnout Inventory*, *General Health Questionnaire* e *Inventario breve de afrontamiento – COPE 28* en personal sanitario del servicio de urgencias hospitalario. Andalucía, España, 2016

Variables	Frecuencia (Porcentaje) n=235
Sexo	
Hombre	56 (23,8)
Mujer	179 (76,2)
Ejercicio físico diario	
Sí	128 (54,5)
No	107 (45,5)
Consumo de tabaco diario	
Sí	115 (48,9)
No	120 (51,1)
Categoría profesional	
Médico/a	64 (27,2)
Enfermero/a	171 (72,8)
Tipo de contrato	
Fijo/a	156 (66,4)
Interinidad	58 (24,7)
Eventual	21 (8,9)
Agotamiento emocional	
Elevado	46 (19,6)
Medio	131 (55,7)
Bajo	58 (24,7)
Despersonalización	
Elevado	115 (48,9)
Medio	42 (17,9)
Bajo	78 (33,2)
Realización personal	
Elevado	129 (54,9)
Medio	45 (19,1)
Bajo	61 (26)
Caso psiquiátrico	
Sí	76 (32,3)
No	159 (67,7)
Variables	Media (Desviación Típica)
Antigüedad en el servicio (años)	12 (9,4)
Experiencia profesional (años)	22,7 (8,7)
Pacientes atendidos a diario	102,4 (63,2)
<i>Maslach Burnout Inventory</i>	
Agotamiento emocional (puntos)	17,4 (11,3)
Despersonalización (puntos)	8,7 (6,1)
Realización personal (puntos)	37,9 (8,4)
<i>General Health Questionnaire</i>	
Síntomas somáticos	2,4 (2)
Ansiedad	2,5 (1,9)
Disfunción social	2,3 (1,8)
Depresión	2 (2)
<i>Inventario breve de afrontamiento – COPE 28</i>	
Afrontamiento centrado en el problema (puntos)	1,5 (0,5)
Afrontamiento centrado en la emoción (puntos)	1,3 (0,4)
Afrontamiento centrado en la evitación (puntos)	1,1 (0,5)

Tras realizar el análisis bivalente (Tabla 2), encontramos relación entre el afrontamiento centrado en la evitación y una mayor frecuencia de síntomas

somáticos ($r=0,5$), ansiedad ($r=0,6$), disfunción social ($r=0,5$) y depresión ($r=0,6$) ($p<0,001$). Otras variables que estuvieron relacionadas con las cuatro subescalas de sintomatología fueron, por un lado, el número de pacientes (síntomas somáticos: $r=0,2$; ansiedad: $r=0,3$; disfunción social: $r=0,2$ y depresión: $r=0,3$) ($p<0,001$) y, por otro lado, el personal médico con respecto a los profesionales de enfermería (diferencia de puntuación de síntomas somáticos=0,7; de ansiedad=1,1; de disfunción social=0,8 y de depresión=1,2) ($p<0,001$). Además, la media de agotamiento emocional fue superior entre los casos psiquiátricos con respecto a los casos no psiquiátricos (18,7 vs. 15,1 puntos; $p<0,01$).

Se cumplieron las condiciones del modelo de regresión lineal múltiple de normalidad de residuos, no colinealidad entre las variables independientes y no existencia de valores extremos para las subescalas de síntomas somáticos y ansiedad. A igualdad del resto de variables, la frecuencia de síntomas somáticos se elevó 0,02 puntos por cada incremento de puntuación de la dimensión de despersonalización ($p=0,01$), 2 puntos por cada incremento de puntuación de afrontamiento centrado en la evitación ($p=0,0001$) y 0,3 puntos entre el personal médico con respecto a los profesionales de enfermería ($p=0,02$). Con respecto a la frecuencia de síntomas de ansiedad, esta se elevó 0,1 punto por cada incremento de puntuación de la dimensión de despersonalización ($p=0,01$), se duplicó por cada incremento de puntuación de afrontamiento centrado en la evitación ($p=0,001$) y se incrementó 0,7 puntos entre el personal médico con respecto a los profesionales de enfermería ($p=0,001$) (Tabla 3).

Se cumplieron las condiciones del modelo de regresión lineal múltiple de normalidad de residuos, no colinealidad entre las variables independientes y no existencia de valores extremos para las subescalas de disfunción social y depresión. A igualdad del resto de las variables, la frecuencia de síntomas de disfunción social disminuyó 1 punto por cada incremento de puntuación de frecuencia de afrontamiento centrado en el problema ($p=0,002$), se incrementó 0,5 puntos por cada año de experiencia profesional ($p=0,04$), se elevó 2 puntos por cada incremento de puntuación de afrontamiento centrado en la evitación ($p=0,001$) y estuvo aumentado en 0,5 puntos entre el personal médico con respecto a los profesionales de enfermería ($p=0,03$). Además, la frecuencia de síntomas de depresión se elevó 0,2 puntos por cada incremento de puntuación de frecuencia de afrontamiento centrado en la evitación ($p=0,03$), aumentó 0,4 puntos por cada paciente atendido a diario por los profesionales ($p=0,04$) y se duplicó entre el personal médico con respecto a los profesionales de enfermería ($p=0,001$) (Tabla 4).

El riesgo de constituir un probable caso psiquiátrico estuvo determinado por el incremento del nivel de agotamiento emocional (OR ajustada=1,07; $p=0,01$), despersonalización (OR ajustada=1,87; $p=0,001$), afrontamiento centrado en la evitación (OR ajustada=4,37; $p=0,001$), el consumo de tabaco

Tabla 2 - Relación entre las dimensiones y subescalas del *Maslach Burnout Inventory*, *Inventario breve de afrontamiento - COPE 28* y variables sociodemográficas-laborales y las subescalas del *General Health Questionnaire* en personal sanitario del servicio de urgencias hospitalario. Andalucía, España, 2016

Variables	SS* (puntos) n=235	A† (puntos) n=235	DS‡ (puntos) n=235	D§ (puntos) n=235	CP¶ (puntos) n=235	No CP¶ (puntos) n=235
	r Pearson¶	r Pearson¶	r Pearson¶	r Pearson¶	Media (Desv. Típica)	Media (Desv. Típica)
AE** (puntos)	0,1	0,2	0,2††	0,1	18,7(11,8)	15,1(10,1)††
DP§§ (puntos)	0,01	0,1	0,04	0,04	8,7 (5,9)	8,7 (6,6)
RP¶¶ (puntos)	0,03	-0,03	-0,03	0,1	37,8 (8,5)	38,1 (8,2)
ACP¶¶ (puntos)	-0,1	-0,1	-0,3††	-0,2††	1,5 (0,5)	1,6 (0,5)
ACEM*** (puntos)	0,2	0,1	0,1	0,2	1,3 (0,4)	1,2 (0,4)
ACEV††† (puntos)	0,5††	0,6††	0,5††	0,6††	1,3 (0,4)	0,8 (0,3)
Edad (años)	0,1	0,1	0,1	0,1	49,1 (7,3)	46,7 (8,9)††
Antigüedad en el servicio (años)	-0,1	-0,04	-0,1	-0,1	11,5 (9,6)	13,1 (9,1)
Experiencia profesional (años)	0,1	0,1	0,1††	0,1	23,3 (9)	21,4 (7,8)
Pacientes atendidos/diario	0,2††	0,3††	0,2††	0,3††	55,8(23,2)	43,3 (248)
	Media (Desv. Típica)	Media (Desv. Típica)	Media (Desv. Típica)	Media (Desv. Típica)	n (%)	n (%)
Sexo						
Hombre	2,2 (2)	2,2 (1,9)	2,1 (1,8)	2 (2)	34 (60,7)	22 (39,3)
Mujer	2,5 (1,9)	2,6 (1,9)	2,4 (1,8)	2 (2)	120 (67)	59 (33)
Estado civil						
Casado	1,9 (1,9)	2,1(2,1)	1,9 (1,9)	1,4 (2)	27 (50,9)	26 (49,1)
Soltero	2,5 (2)	2,6 (1,9)	2,4 (1,8)	2,1 (2)	98 (67,6)	47 (32,4)
Separado/divorciado	2,8 (1,9)	2,7 (1,7)	2,8 (1,6)	2,4 (1,9)	22 (81,5)	5 (18,5)
Viudo	2,2 (2,2)	2,8 (2)	2,7 (2,2)	2,2 (1,9)	7 (7)	3 (30)
Ejercicio físico diario						
Sí	2 (1,8)	2,2 (2)	2 (1,8)	1,7 (2)	94 (73,4)	34 (26,6)
No	2,7 (2)††	2,7 (1,9)	2,6(1,8)††	2,3 (1,9)	60 (56,1)	47 (43,9)††
Consumo de tabaco diario						
Sí	2,6 (1,9)	2,6 (1,9)	2,4 (1,9)	2,3 (2)	83 (72,2)	32 (27,8)
No	2,2 (2)	2,3 (2)	2,3 (1,8)	1,7 (1,9)	71 (59,2)	49 (40,8)††
Categoría profesional						
Médico/a	2,9 (1,8)	3,3 (1,6)	2,9 (1,7)	2,9 (1,7)	54 (84,4)	10 (15,6)
Enfermero/a	2,2 (2)††	2,2 (2)††	2,1(1,8)††	1,7 (2)††	100 (58,5)	71 (41,5)††
Tipo de contrato						
Fijo/a	2,5 (1,9)	2,6 (1,9)	2,5 (1,8)	2,1 (2)	106 (67,9)	50 (32,1)
Interinidad	2 (2,1)	1,9 (2)	1,9 (1,8)	1,7(2)†† †††	24 (52,2)	32 (47,8)
Eventual	2,6(2,1)	3 (2,1)	2,3 (1,8)	2 (2)	14 (60,9)	9 (39,1)

*SS: Síntomas somáticos; †A: Ansiedad; ‡DS: Disfunción social; §D: Depresión; ¶CP: Caso psiquiátrico; ¶Rectas de regresión: Síntomas somáticos=0,1+2afrontamiento centrado en la evitación; Síntomas somáticos=1,5+0,02pacientes atendidos a diario; Ansiedad=-0,1+2,3afrontamiento centrado en la evitación; Ansiedad=1,4+0,02pacientes atendidos a diario; Disfunción social=3,8-0,9afrontamiento centrado en el problema; Disfunción social=-0,02+2afrontamiento centrado en la evitación; Disfunción social=1,6+0,03experiencia profesional; Disfunción social=1,7+0,01pacientes atendidos a diario; Depresión=3,1-0,7afrontamiento centrado en el problema; Depresión=-0,8+2,5afrontamiento centrado en la evitación; Depresión=0,8+0,02pacientes atendidos a diario; **AE: Agotamiento emocional; ††p valor<0,001. ††p valor<0,01; §§DP: Despersonalización. ¶¶¶RP: Realización personal. ¶¶ACP: Afrontamiento centrado en el problema.; ***ACEM: Afrontamiento centrado en la emoción; †††ACEV: Afrontamiento centrado en la evitación; †††Significación obtenida mediante análisis de la varianza y método Scheffé para las comparaciones a posteriori: diferencia significativa frente a eventual

Tabla 3 - Factores relacionados con las subescalas de síntomas somáticos y ansiedad del *General Health Questionnaire* en personal sanitario del servicio de urgencias hospitalario. Andalucía, España, 2016

Variables	Síntomas somáticos*				Ansiedad†			
	Estimación cruda		Estimación ajustada‡		Estimación cruda		Estimación ajustada‡	
	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p
AE§ (puntos)	0,02	0,1			0,03	0,1		
DP¶ (puntos)	0,1	0,03	0,02	0,01	0,01	0,02	0,1	0,01
RP¶ (puntos)	-0,04	0,9			-0,2	0,2		
ACP** (puntos)	-0,3	0,2			-0,2	0,4		
ACEM†† (puntos)	0,2	0,6			-0,4	0,2		
ACEV††† (puntos)	1,9	0,001	2	0,0001	2,3	0,002	2	0,001
Edad (años)	0,03	0,2			-0,3	0,7		
Antigüedad en el servicio (años)	0,6	0,7			-0,4	0,1		
Experiencia profesional (años)	0,02	0,2			0,01	0,5		
Pacientes atendidos a diario	0,2	0,4			0,2	0,1		

(continúa...)

Tabla 3 - continuación

Variables	Síntomas somáticos*				Ansiedad†			
	Estimación cruda		Estimación ajustada‡		Estimación cruda		Estimación ajustada‡	
	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p
Sexo								
Mujer	1 (Ref.)	0,7			1 (Ref.)	0,4		
Hombre	0,1				0,2			
Estado civil								
Casado/a	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Soltero/a	0,3	0,3			0,3	0,8		
Separado/divorciado	0,8	0,9			0,1	0,8		
Viudo/a	0,6	0,3			0,6	0,4		
Ejercicio físico diario								
Sí	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
No	0,7	0,1			0,3	0,1		
Consumo de tabaco diario								
Sí	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
No	0,3	0,2			0,2	0,4		
Categoría profesional								
Médico/a	0,4		0,3		0,8		0,7	
Enfermero/a	(1 Ref.)	0,01	(1 Ref.)	0,02	(1 Ref.)	0,01	(1 Ref.)	0,001
Tipo de contrato								
Fijo/a	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Interinidad	0,2	0,3			0,4	0,2		
Eventual	0,3	0,5			0,7	0,1		

*Coeficiente de determinación ajustado para la subescala de síntomas somáticos = 23,8%, F = 25,4, p<0,001; †Coeficiente de determinación ajustado para la subescala de ansiedad = 34,9%, F = 21,9, p<0,001; ‡Variables de ajuste: edad y sexo; §AE: Agotamiento emocional; ||DP: Despersonalización; ¶RP: Realización personal; **ACP: Afrontamiento centrado en el problema; ††ACEM: Afrontamiento centrado en la emoción; ‡‡ACEV: Afrontamiento centrado en la evitación

Tabla 4 - Factores relacionados con las subescalas de disfunción social y depresión del *General Health Questionnaire* en personal sanitario del servicio de urgencias hospitalario. Andalucía, España, 2016

Variables	Disfunción social*				Depresión†			
	Estimación cruda		Estimación ajustada‡		Estimación cruda		Estimación ajustada‡	
	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p
AE§ (puntos)	0,02	0,1			0,04	0,3		
DP (puntos)	0,1	0,2			0,1	0,1		
RP¶ (puntos)	-0,01	0,4			-0,1	0,6		
ACP** (puntos)	-1	0,001	-1	0,002	-0,8	0,5		
ACEM†† (puntos)	0,1	0,8			0,2	0,4		
ACEV‡‡ (puntos)	2	0,004	2	0,001	0,2	0,01	0,2	0,03
Edad (años)	-0,02	0,2			-0,03	0,1		
Antigüedad en el servicio (años)	-0,02	0,2			-0,2	0,7		
Experiencia profesional (años)	0,3	0,04	0,5	0,04	0,03	0,1		
Pacientes atendidos a diario	0,3	0,3			0,32	0,01	0,4	0,04
Sexo								
Mujer	1 (Ref.)	0,3			1 (Ref.)	0,4		
Hombre	0,2				0,2			
Estado civil								
Casado/a	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Soltero/a	0,03	0,9			0,2	0,5		
Separado/divorciado	0,1	0,9			0,4	0,5		
Viudo/a	0,4	0,3			0,4	0,3		
Ejercicio físico diario								
Sí	0,4	0,1			0,4	0,1		
No	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Consumo de tabaco diario								
Sí	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
No	-0,1	0,03			-0,5	0,3		
Categoría profesional								
Médico/a	0,4		0,5		1,3		2,1	
Enfermero/a	1 (Ref.)	0,02	(1 Ref.)	0,03	(1 Ref.)	0,01	(1 Ref.)	0,001
Tipo de contrato								
Fijo/a	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Interinidad	-0,2	0,4			0,02	0,9		
Eventual	0,2	0,5			0,2	0,6		

*Coeficiente de determinación ajustado para la subescala de disfunción social = 36,7%, F = 23,6, p<0,001; †Coeficiente de determinación ajustado para la subescala de depresión = 40,6%, F = 33,1, p<0,001; ‡Variables de ajuste: edad y sexo; §AE: Agotamiento emocional; ||DP: Despersonalización; ¶RP: Realización personal; **ACP: Afrontamiento centrado en el problema; ††ACEM: Afrontamiento centrado en la emoción; ‡‡ACEV: Afrontamiento centrado en la evitación

Tabla 5 - Factores relacionados con probabilidad de caso psiquiátrico mediante el uso del *General Health Questionnaire* en personal sanitario del servicio de urgencias hospitalario. Andalucía, España, 2016

Variables*	Odds Ratio cruda (IC*95%)	Valor p	Odds Ratio ajustada*§ (IC*95%)	Valor p
AE (puntos)	1,03 (1,01 – 1,06)	0,02	1,07 (1,02 – 1,11)	0,01
DP [¶] (puntos)	1,97 (1,92 – 1,99)	0,01	1,87 (1,80 – 1,94)	0,001
RP ^{**} (puntos)	1,14 (0,95 – 1,23)	0,19		
ACP ^{††} (puntos)	0,61 (0,34 – 1,06)	0,08		
ACEM ^{‡‡} (puntos)	2,09 (0,98 – 4,44)	0,06		
ACEV ^{§§} (puntos)	3,98 (3,91 – 4,87)	0,01	4,37 (3,51 – 6,78)	0,001
Edad (años)	1,04 (0,87 – 1,07)	0,17		
Antigüedad en el servicio (años)	0,98 (0,95 – 1)	0,20		
Experiencia profesional (años)	1,02 (0,99 – 1,06)	0,12		
Pacientes atendidos a diario	1,02 (0,95 – 1,03)	0,07		
Sexo				
Mujer	1,32 (0,71 – 2,45)	0,39		
Hombre	1 (Ref.)			
Estado civil				
Casado/a	1 (Ref.)			
Soltero/a	0,28 (0,16 – 1,20)	0,33		
Separado/divorciado	0,84 (0,67 – 2,35)	0,28		
Viudo/a	0,63 (0,24 – 1,51)	0,16		
Práctica de ejercicio físico diario				
Sí	0,16 (0,10 – 0,74)	0,01	0,30 (0,22 – 0,44)	0,01
No	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
Consumo de tabaco diario				
Sí	1,79 (1,03 – 3,09)	0,04	2,38 (1,14 – 5)	0,02
No	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
Categoría profesional				
Médico/a	1,26 (1,12 – 1,55)	0,01	1,30 (1,12 – 1,78)	0,01
Enfermero/a	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
Tipo de contrato				
Propietario de plaza	1 (Ref.)			
Interinidad	0,20 (0,12 – 1,43)	0,53		
Eventual	0,31 (0,25 – 1,05)	0,39		

*Variable dependiente: presencia/ausencia de probables casos psiquiátricos detectados mediante el *General Health Questionnaire* (≤ 6 puntos: probable normal, no caso y 7 puntos: probable caso psiquiátrico); †Intervalo de confianza; ‡Variables de ajuste: edad y sexo; §Test de la razón de verosimilitud = 35,2, R2 de Nagelkerke = 0,6, Área bajo la curva ROC = 0,9, $p < 0,001$; ||AE: Agotamiento emocional; ¶DP: Despersonalización; **RP: Realización personal; ††ACP: Afrontamiento centrado en el problema; ‡‡ACEM: Afrontamiento centrado en la emoción; §§ACEV: Afrontamiento centrado en la evitación

diario (OR ajustada=2,38; $p=0,02$) y ser médico (OR ajustada=1,30; $p=0,01$), mientras que la práctica de ejercicio físico diario constituyó un factor protector (OR ajustada=0,30; $p=0,01$) (Tabla 5).

Discusión

En nuestro estudio, por un lado, las variables relacionadas con la presencia de síntomas somáticos en los profesionales sanitarios fueron la dimensión de despersonalización, el afrontamiento centrado en la evitación y ser médico/a; estas dos últimas variables, asimismo, guardaron relación con la sintomatología de ansiedad, disfunción social y depresión. Además, la dimensión de despersonalización estuvo relacionada con la ansiedad; la experiencia profesional y el afrontamiento centrado en el problema con la disfunción social y el número de pacientes atendidos a diario con la sintomatología de depresión. Por otro lado, el riesgo de constituir un probable caso psiquiátrico estuvo determinado por el nivel de agotamiento emocional, la despersonalización, el uso de la estrategia de afrontamiento centrado en la evitación, el consumo de

tabaco diario y ser médico, mientras que la práctica de ejercicio físico diario constituyó un factor protector.

Las puntuaciones medias de las dimensiones del *burnout* situaron la muestra en un nivel bajo de agotamiento emocional y medio de despersonalización y realización personal. Estos hallazgos son similares a los obtenidos en estudios previos^(13,24). A pesar de que el nivel de *burnout* fue medio, según un estudio reciente⁽⁹⁾, la tasa de prevalencia más elevada de *burnout* se encontró en el servicio de urgencias hospitalario (71%).

La proporción de posibles casos psiquiátricos entre los profesionales sanitarios estudiados fue de 32,3%, similar al obtenido en otro estudio⁽³⁾. El afrontamiento centrado en el problema fue la estrategia más usada, esto podría explicar la relativa baja morbilidad psiquiátrica encontrada. Este hallazgo es consistente con lo obtenido en otro estudio⁽²⁵⁾.

Las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización incrementaron el riesgo de constituir un probable caso psiquiátrico entre el personal sanitario. La despersonalización, además, estuvo relacionada con la presencia de síntomas somáticos y de ansiedad. Sin

embargo, la dimensión de realización personal quedó al margen de dichas relaciones. Algunos autores han puesto de manifiesto la relación entre el agotamiento emocional y despersonalización y el inicio de síntomas relacionados con un peor nivel de salud mental⁽²⁶⁻²⁷⁾, siendo la dimensión de agotamiento emocional la que tiene una vinculación más fuerte⁽²⁷⁻²⁸⁾.

El uso de la estrategia de afrontamiento centrado en la evitación estuvo relacionado con la sintomatología somática, de ansiedad, de disfunción social y depresiva en los profesionales; además, incrementó el riesgo de constituir un probable caso psiquiátrico. Estos hallazgos están en consonancia con los resultados de otro estudio⁽¹⁸⁾. No obstante, este tipo de afrontamiento puede constituir la mejor opción para el personal de urgencias extrahospitalarias, especialmente cuando ocurre el evento, con objeto de evitar la involucración emocional⁽²⁹⁾. Además, se halló una relación negativa entre el uso de la estrategia de afrontamiento centrado en el problema y la disfunción social. La evidencia ha señalado que existe una relación significativa entre un buen nivel de salud mental y el uso de la estrategia de afrontamiento centrada en el problema. Por el contrario, y de manera más concreta, aquellas personas que tienen problemas para mantener o iniciar una relación con otras (socialización) tienden a experimentar un inadecuado crecimiento emocional, soledad, depresión y no suelen utilizar tipos de afrontamiento activo⁽³⁰⁾.

Con respecto a las características sociodemográficas y laborales relacionadas con el estado de salud mental, se ha encontrado que el personal médico tuvo más riesgo de constituir un caso psiquiátrico que el de enfermería. Además, la pertenencia al colectivo médico estuvo relacionada con las cuatro subescalas que componen el GHQ-28 (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión). Si bien es cierto que la enfermería es considerada una de las profesiones más estresantes, lo que puede incrementar el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos⁽³¹⁾, diversos estudios concluyen que, en el servicio de urgencias, el personal médico es más propenso a dar cuenta de resultados psicológicos adversos justificado en base a la responsabilidad de estos profesionales⁽³²⁾, mientras que los profesionales de enfermería señalan mayor nivel de insatisfacción laboral^(8,24). Aunque los profesionales de enfermería no mostraron alteraciones de origen mental, estas parecen estar influenciadas por las estrategias de afrontamiento. En este sentido, el ajuste persona-ambiente puede moderar el estrés percibido, el conflicto trabajo-familia y el nivel de salud mental. Además, la supervisión clínica parece mediar el estrés y la salud mental en este colectivo⁽³³⁾.

En el presente estudio, se encontró una relación positiva entre la experiencia profesional y la escala de disfunción social del GHQ-28, contrariamente a lo hallado en otra investigación⁽³⁾. Este hallazgo puede ser explicado atendiendo a dos hechos. Por un lado, la evidencia ha puesto de manifiesto la relación positiva existente entre la experiencia profesional y el nivel de *burnout*⁽³⁴⁾. Por otro lado, se ha encontrado que la presencia de síntomas asociados a un peor funcionamiento cotidiano (capacidad de concentración o disfrute de actividades) podría estar relacionada con un aumento del nivel de *burnout*⁽³⁵⁾.

Además, se ha encontrado que el incremento diario del número de pacientes atendidos en el servicio de urgencias estuvo relacionado con una mayor presencia de síntomas depresivos manifestados por los profesionales. La literatura ha puesto de manifiesto que el incremento del número de pacientes y la sobrecarga de estos eleva el riesgo de padecer síntomas depresivos entre el personal sanitario⁽³⁶⁾. Asimismo, en el ámbito de urgencias, el flujo constante de pacientes atendidos por el personal de enfermería se considera un factor asociado al *burnout* en dicho colectivo⁽³⁷⁾.

El riesgo de constituir un probable caso psiquiátrico se encontraba disminuido en aquellos profesionales que practicaban ejercicio físico diario e incrementado entre aquellos que consumían tabaco a diario. La evidencia ha señalado que el ejercicio físico atenúa la respuesta ansiosa a estímulos emocionales⁽³⁸⁾ y que las tasas de depresión y ansiedad son más elevadas en adictos a la nicotina⁽³⁹⁾.

Las limitaciones de este estudio abarcan un posible sesgo de selección en la población de estudio, ya que está sujeto al grado de interés de los profesionales en participar en él. Además, los resultados apuntan a asociaciones, pero no permiten establecer relaciones de causa-efecto. Aunque Andalucía constituye una zona representativa del sistema sanitario, sería interesante considerar también profesionales de otras ubicaciones geográficas.

Este trabajo pone de manifiesto la necesidad de continuar con líneas de investigación que utilicen diseños más complejos para poder determinar el papel desempeñado por el *burnout* y el afrontamiento pasivo sobre el nivel de salud mental del personal sanitario. Así, podrían determinarse los puntos débiles de la atención sanitaria y aumentar el control sobre la salud mental, reduciendo así las consecuencias negativas que se derivan de un pobre nivel de esta tanto para el sistema como para el usuario.

Conclusión

Los profesionales de enfermería no muestran alteraciones de origen mental. El aumento de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización, el afrontamiento centrado en la evitación, ser médico y consumir tabaco diariamente incrementan el riesgo de constituir un caso psiquiátrico. Por su parte, la práctica de ejercicio físico diario constituye un factor protector. Las variables relacionadas de manera positiva con la sintomatología somática de tipo psicológico y con la ansiedad son la dimensión de despersonalización, el uso de la estrategia de afrontamiento centrado en la evitación y ser personal médico. La disfunción social está asociada directamente con ser médico, con el uso del afrontamiento centrado en la evitación y con la experiencia profesional e inversamente relacionado con el uso de la estrategia de afrontamiento centrado en el problema. Finalmente, la presencia de síntomas depresivos guarda relación con el uso de la estrategia de afrontamiento centrado en la evitación, ser médico y con el incremento del número de pacientes atendidos a diario.

Agradecimientos

A las direcciones de los hospitales participantes y a los profesionales que colaboraron en el estudio.

Referencias

1. Unión Europea. European Framework for Action on Mental Health and Well-being. Bruselas; Joint Action; 2016. Available from: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf
2. Organización Internacional del Trabajo. Estrés en el trabajo. Un reto colectivo. Ginebra; OIT: 2016. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf
3. Momeni M, Fahim F, Vahidi E, Nejati A, Saeedi M. Evaluation of factors affecting psychological morbidity in emergency medicine practitioners. *Wld J Emerg Med*. [Internet]. 2016 [cited Jul 16, 2018]; 7:203-7. Available from: <http://www.wjem.com.cn/default/articlef/index/id/492>
4. Johnston A, Abraham L, Greenslade J, Thom O, Carlstrom E, Wallis M, et al. Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emerg Med Australas*. [Internet]. 2016 [cited May 3, 2018]; 28(1):7-26. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1742-6723.12522>

5. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *Wld Psychiatry*. [Internet]. 2016 [cited May 14, 2018]; 15(2):103-11. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20311>
6. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burn Res*. [Internet]. 2016 [cited Jun 1, 2018]; 3(4):89-100. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058615300188?via%3Dihub>
7. Cañadas GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, Emilia I. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2015 [cited Jun 15, 2018]; 52(1):240-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914001710?via%3Dihub>
8. Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emerg Med Australas*. [Internet]. 2013 [cited May 27, 2018]; 25(6):491-5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1742-6723.12135>
9. Shanafelt T, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin*. [Internet]. 2015 [cited Jul 5, 2018]; 90(12):1600-13. Available from: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(15\)00716-8/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(15)00716-8/fulltext)
10. Li H, Cheng B, Zhu XP. Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int Emerg Nurs*. [Internet]. 2018 [cited Aug 9, 2018]; 39:46-54. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X17301738?via%3Dihub>
11. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2014 [cited Jun 10, 2018]; 52(2):649-61. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914002983?via%3Dihub>
12. Suner-Soler R, Grau-Martín A, Flichtentrei D, Prats M, Braga F, Font-Mayolas S, et al. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burn Res*. [Internet]. 2014 [cited Jul 16, 2018]; 1(2):82-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058614000254?via%3Dihub>
13. Howlett M, Doody K, Murray J, Le Blanc-Duchin D, Fraser J, Atkinson PR. Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: a cross-sectional survey. *Emerg Med J*. [Internet]. 2015 [cited April 2, 2018]; 32(9):722-7. Available from: <https://emj.bmj.com/content/32/9/722>

14. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol.* [Internet]. 2004 [cited Jun 8, 2018]; 55:745-74. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
15. Shin H, Park YM, Ying JY, Kim B, Noh H, Lee SM. Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Prof Psychol Res Pr.* [Internet]. 2014 [cited Jul 7, 2018]; 45(1):44-56. Available from: <http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0035220>
16. Nielsen MB, Knardahl S. Coping strategies: A prospective study of patterns, stability, and relationships with psychological distress. *Scand J Psychol.* [Internet]. 2014 [cited Jun 3, 2018]; 55(2):142-50. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sjop.12103>
17. Goh L, Cameron PA, Mark P. Burnout in emergency physicians and trainees in Australasia. *Emerg Med Australas.* [Internet]. 1999 [cited Apr 5, 2018]; 11(4):250-7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1442-2026.1999.00071.x>
18. Yates P, Benson EV, Harris A, Baron R. An investigation of factors supporting the psychological health of staff in a UK emergency department. *Emerg Med J.* [Internet]. 2012 [cited Jun 25, 2018]; 29(7):533-5. Available from: <https://emj.bmj.com/content/29/7/533>
19. Ríos MI, Godoy C. Association between occupational satisfaction and perceived general health in emergency nurses. *Enferm Clin.* [Internet]. 2008 [cited May 6, 2018]; 18(3):134-41. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862108707150?via%3Dihub>
20. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En: Seisdedos N, editor. *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial.* Madrid: TEA Ediciones; 1997.p. 5-28.
21. Fernández O, Hidalgo C, Martín A, Moreno S, García del Río B. Burnout in resident doctors who perform guards in an emergency service. *Emergencias.* [Internet]. 2007 [cited May 13, 2018]; 19(3):116-21. Available from: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/burnout-en-medicos-residentes-que-realizan-guardias-en-un-servicio-de-urgencias/>
22. Lobo A, Pérez MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med.* [Internet]. 1986 [cited Jul 2, 2018]; 16(1):135-40. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/validity-of-the-scaled-version-of-the-general-health-questionnaire-ghq28-in-a-spanish-population/A6F4A6B1D059D9C7DF3E46F5F71919D3>
23. Crespo M, Cruzado, JA. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Anal Modif Conducta.* [Internet]. 1997 [cited Jul 18, 2018]; 23(92):797-830. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=745033&pid=S0212-9728201600020000700009&lng=es
24. Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health región: A cross-sectional study. *Medicine.* [Internet]. 2017 [cited May 9, 2018]; 96(37):e8030. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005792-201709150-00042>
25. Kerai SM, Khan UR, Islam M, Asad N, Razzak J, Pasha O. Post-traumatic stress disorder and its predictors in emergency medical service personnel: a cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC Emerg Med.* [Internet]. 2017 [cited Aug 1, 2018]; 17(1):26-32. Available from: <https://bmcmemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-017-0140-7>
26. Arrogante O. Mediator effect of resilience between burnout and health in nursing staff. *Enferm Clin.* [Internet]. 2014 [cited Aug 3, 2018]; 24(5):283-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862114000862?via%3Dihub>
27. Guiyuan Z, Xiuying S, Xiaohong T, Chungin L, Guopeng L, Linghya K, et al. Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. *Ind Health.* [Internet]. 2016 [cited Aug 11, 2018]; 54(5):389-95. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/54/5/54_2015-0103/_article
28. Khamisa N, Peltzer K, Ilic D, Oldenburg B. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study. *Int J Nurs Pract.* [Internet] 2016 [cited Aug 3, 2018]; 22(6):538-45. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12455>
29. Minnie L, Goodman S, Wallis L. Exposure to daily trauma: The experiences and coping mechanism of Emergency Medical Personnel. A cross-sectional study. *Afr J Emerg Med.* [Internet]. 2015 [cited Aug 4, 2018]; 5(1):12-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211419X14001426?via%3Dihub>
30. Rajaei AR, Khoyneshad GR, Javanmard J, Abdollahpour M. The relation between positive psychological states and coping styles. *J Fundam Ment Health.* [Internet]. 2015 [cited Jun 1, 2018]; 18(1):57-63. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:w-dHARSZgRgJ:eprints.mums.ac.ir/2184/2/JFMH_Volume%252018_Issue%25201_Pages%252057-63-2.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=es&client=firefox-b-ab
31. Saeedi SS, Ghashghae A, Behzadifar M, Bragazzi NL, Mousavinejad N, Ghaemmohamadi MS, et al. Depression

among Iranian nurses: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. [Internet]. 2017 [cited Jul 19, 2018]; 31:130-8. Available from: <http://mjiri.iiums.ac.ir/article-1-4577-en.html>

32. Escribà V, Martín D, Pérez S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Environ Health*. [Internet]. 2006 [cited Jul 27, 2018]; 80(2):127-33. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00420-006-0110-y>

33. Perry L, Lamont S, Brunero S, Gallagher R, Duffield C. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. *BMC Nurs*. [Internet]. 2015 [cited Jul 15, 2018]; 14(1):15. Available from: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0068-8>

34. Gómez-Urquiza JL, Emilia I, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis. *Crit Care Nurs*. [Internet]. 2017 [cited Aug 6, 2018]; 37(5):1-9. Available from: <http://ccn.aacnjournals.org/content/37/5/e1>

35. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2015 [cited Aug 9, 2018]; 12(1):652-66. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/12/1/652>

36. Wong MG, Poole CJ, Agius R. Attribution of mental illness to work: a Delphi study. *Occup Med*. [Internet]. 2015 [cited Jul 5, 2018]; 15;65(5):391-7. Available from: <https://academic.oup.com/occmed/article/65/5/391/1426416>

37. Roza JA, Olson DM, Thu H, Stutzman SE. Situational factors associated with burnout among emergency department nurses. *Workplace Health Saf*. [Internet]. 2017 [cited Jun 9, 2018]; 65(6):262-65. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2165079917705669>

38. Smith JC. Effects of emotional exposure on state anxiety after acute exercise. *Med Sci Sports Exerc*. [Internet]. 2013 [cited May 31, 2018]; 45(2):372-8. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005768-201302000-00022>

39. Emre N, Topal K, Bozkurt N, Topaktas E. Mental health screening and increased risk for anxiety and depression among treatment-seeking smokers. *Tob Induc Dis*. [Internet]. 2014 [cited Jun 15, 2018]; 12(1):20-7. Available from: <http://www.tobaccoinduceddiseases.org/Mental-health-screening-and-increased-risk-for-anxiety-and-depression-among-treatment,67122,0,2.html>


Recibido: 06.09.2018

Aceptado: 30.01.2019

Autor correspondiente:

Silvia Portero de la Cruz

E-mail: n92pocrs@uco.es

 <https://orcid.org/0000-0001-5043-0445>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.