

LA ASERTIVIDAD Y SU RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y EL DESGASTE EN PROFESIONALES SANITARIOS

Isabel C. Salazar¹, Gloria M. Roldán², Laura Garrido^{1,2}
y Juan M^a Ramos-Navas Parejo³

¹Centro de Psicología Clínica FUNVECA, ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves; ³Centro de Salud La Caleta, Granada (España)

Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo analizar la relación entre la asertividad y los problemas emocionales (depresión, ansiedad y ansiedad social) y el desgaste profesional en médicos, enfermeras y celadores-conductores de dispositivos de cuidados críticos y urgencias (DCCU). Se evaluó a 315 profesionales sanitarios con el "Inventario de aserción", el "Inventario de depresión, de Beck-II", el "Inventario de ansiedad, de Beck" y el "Inventario de burnout, de Maslach". Se encontró que el 17,7% no era asertivo, el 16,6% tenía ansiedad social, el 12,9% tenía depresión y el 11,7% tenía ansiedad. Hubo algunas diferencias de sexo. Adicionalmente, el 52,7% sufría despersonalización, el 46,7% falta de realización personal en el trabajo y el 24,4% agotamiento emocional. La asertividad se relacionó de forma significativa con la ansiedad social, el agotamiento y la falta de realización personal y el análisis de regresión indicó que la falta de asertividad era un factor de riesgo para estas tres cuestiones. Estos resultados apoyan la importancia de incluir el entrenamiento asertivo como parte de la formación de los profesionales de los DCCU.

PALABRAS CLAVE: asertividad, ansiedad social, depresión, ansiedad, desgaste profesional, profesionales sanitarios.

Abstract

The main aim of this study was to examine the relationship between assertiveness and emotional problems (depression, anxiety and social anxiety) and burnout in physician, nurses, orderlies and ambulance drivers in the Critical Care and Emergency Services (CCES). 315 Healthcare workers completed the Assertion

Este trabajo ha sido posible gracias a la financiación del Fundación Pública Andaluza para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental - Alejandro Otero (FIBAO B15/2006), el Instituto de Salud Carlos III y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) (FIS 07/0440). Expresamos nuestro agradecimiento a los profesionales de los Dispositivos de Urgencias de Atención Primaria de la provincia de Granada que han participado generosamente con su tiempo y esfuerzo, lo que ha permitido la realización de esta investigación.

Correspondencia: Isabel C. Salazar, Centro de Psicología Clínica FUNVECA, Avda. Salvador Allende, 9, Esc. 1^a, 4^ºB, 18007 Granada (España). E-mail: salazar_isabel@hotmail.com

Inventory, the Beck Depression Inventory II, the Beck Anxiety Inventory, and the Maslach Burnout Inventory. The results show that 17.7% were not assertive, 16.6% had social anxiety, 12.9% suffered from depression, and 11.7% from anxiety. There were some sex differences. Furthermore, 52.7% had depersonalization, 46.7% felt a lack of personal accomplishment, and 24.4% suffered from emotional exhaustion. Assertiveness was significantly associated with social anxiety, exhaustion and lack of personal accomplishment. Regression analysis indicated that the lack of assertiveness was a risk factor for these three psychological difficulties. These results support the importance of including assertiveness training as part of the training of CCES professionals.

KEY WORDS: *assertiveness, social anxiety, depression, anxiety, burnout, healthcare workers.*

Introducción

La mayor parte del trabajo que desempeñan los profesionales que ejercen su labor en los servicios sanitarios (p. ej., médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, celadores-conductores) requiere un contacto directo y permanente con los usuarios. Quienes reciben sus servicios son personas que, generalmente, acuden a ellos porque se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, física y/o psicológica. Los profesionales sanitarios tienen que lidiar a diario con la enfermedad, la muerte y un sinfín de situaciones estresantes (y a veces críticas). Para desempeñar de manera adecuada su labor requieren, además de los conocimientos técnicos, un conjunto de habilidades interpersonales para la atención y el cuidado de los pacientes y sus familiares, así como para las interacciones con los compañeros y para un adecuado trabajo en equipo. A este conjunto de habilidades se refieren en la literatura médica como “habilidades no técnicas” o el “factor humano”, que incluye cualquier actuación profesional y que no corresponde a los conocimientos médicos o al manejo de instrumentales, equipamientos o medicamentos (Andersen, Jensen, Lippert y Østergaard, 2010; Fletcher, McGeorge, Flin, Galvin y Maran, 2002; Flin y Maran, 2004; Flowerdew, Brown, Vincent y Woloshynowych, 2012).

Las habilidades sociales (HHSS) (o “asertividad” como se le conoció en sus inicios en los años 70) son repertorios de conducta que pueden ser aprendidos (Caballo, 1997) y forman parte de estas “habilidades no técnicas” que se valoran, hoy en día, en el ámbito laboral como necesarias para mantener relaciones interpersonales positivas en el trabajo, realizar acciones técnicas exitosas en equipo y alcanzar objetivos profesionales (véase, por ejemplo, Moreno-Jiménez, Blanco-Donoso, Aguirre-Camacho, de Rivas y Herrero, 2014). Al profesional sanitario las HHSS le serían de utilidad para tres propósitos. El primero sería lograr los objetivos profesionales que persigue con su comportamiento. Ejemplos de esto sería el uso de las HHSS, por parte de médicos o enfermeras, para influir en la adherencia al tratamiento de los pacientes (p. ej., Bryl *et al.*, 2012) o, por parte de los médicos internos residentes (o enfermeras, psicólogos internos residentes), para pedir ayuda u orientación a los profesionales facultativos que tutorizan sus prácticas con el fin de mejorar su actuación (p. ej., O'Connor, Byrne, O'Dea, McVeigh y Kerin,

2013). Un segundo objetivo de las HHSS sería mantener o mejorar la relación con los usuarios y compañeros de trabajo. Por ejemplo, haciendo un buen uso de las HHSS una enfermera podría prevenir una acción violenta por parte de los pacientes o acompañantes (p. ej., Chapman, Perry, Styles y Combs, 2009; Ünal, Hisar y Ülkü, 2012) o ayudar al paciente a reducir la incertidumbre ocasionada por un procedimiento al que debe someterse; los miembros de un equipo de reanimación podrían asumir las decisiones incorrectas si su líder ha utilizado previamente la asertividad para clarificar roles y responsabilidades (p. ej., Andersen *et al.*, 2010); un médico podría ofrecer apoyo al paciente o a la familia cuando está comunicando un diagnóstico grave; un administrativo o un celador sabría contener a un usuario que se muestra enfadado por la demora en la atención; cualquier miembro del equipo expresaría a otro su agradecimiento cuando le ha prestado ayuda o se fijaría en lo que ha hecho bien y le felicitaría. El tercer propósito de las HHSS sería mantener la autoestima del propio profesional (p. ej., Lin *et al.*, 2004). En este caso, el uso de tales habilidades le permitiría, por ejemplo, sentir satisfacción por el manejo apropiado de situaciones conflictivas en el trabajo, por responder asertivamente a las situaciones en las que sus derechos han podido ser vulnerados, afrontar las críticas adecuadamente, etc. Así pues, las HHSS representan un amplio conjunto de respuestas que abarcan, en el contexto sanitario, desde cómo iniciar y mantener la interacción con los pacientes y el resto de profesionales del equipo hasta expresar adecuadamente opiniones profesionales, pasando por cómo pedir y ofrecer ayuda, ser reforzante en las interacciones, pedir cambios en la conducta del otro, hacer y afrontar críticas, por citar algunas de las HHSS más representativas en dicho contexto.

Las investigaciones sobre las HHSS y su relación con problemas psicológicos (ansiedad, depresión, ansiedad social, etc.), así como los efectos del entrenamiento asertivo con profesionales sanitarios son escasas y poco recientes. En lo que respecta a la medición de los comportamientos asertivos hemos encontrado sólo tres estudios empíricos (con enfermeros) y los resultados parecen ir en direcciones opuestas. Mientras que en uno se informa de niveles que van de moderados a bajos en asertividad (p. ej., Poroch y McIntosh, 1995), en los otros estudios, los comportamientos asertivos en el trabajo parecen llevarse a cabo sin dificultad (Kilkus, 1993; Timmins y McCabe, 2005).

Con respecto a la relación entre la asertividad y la salud mental de los profesionales sanitarios, tenemos que señalar que los estudios son inexistentes, pero encontramos informes al respecto en otro tipo de muestras, como, por ejemplo, adolescentes y adultos jóvenes (Clark *et al.*, 1994; Keenan *et al.*, 2010; Ismayilova, Hmoud, Alkhasawneh, Shaw y El-Bassel, 2013; Piqueras, Olivares e Hidalgo, 2012; Sarkova *et al.*, 2013), universitarios (Caballo, Olivares, López-Gollonet, Irurtia y Rosa, 2003; Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares y Olivares, 2014; Chambless, Hunter y Jackson, 1982; Hsu *et al.* 2012; Mokuolu, 2013), pacientes con trastornos de ansiedad (Azaïs, Granger, Debray y Ducroix, 1999; Chambless *et al.*, 1982; Lefrançois *et al.*, 2011), personas mayores (Segal, 2005), entre otras.

En lo referente al entrenamiento asertivo (EA) de los profesionales sanitarios encontramos otros tres trabajos, todos con resultados positivos. El EA tuvo efectos significativos en la reducción del estrés percibido y un aumento de la asertividad de

las enfermeras, y en comparación con un grupo control (Lee y Crockett, 1994). Asimismo, en el de Shimizu *et al.* (2003) se observó una disminución del agotamiento emocional y la despersonalización y un aumento significativo de la realización personal de las enfermeras tras participar en un EA. El tercer estudio, el de Hirokawa, Taniguchi, Tsuchiya y Kawakami (2012), indicó que tras el EA (más relajación), el personal de los hospitales (enfermeros, fisioterapeutas, tecnólogos médicos y secretarías médicas) mostró un aumento significativo de la conducta asertiva en comparación con un grupo control. Sin embargo, parece que no hubo diferencias entre el grupo experimental y control en la reducción de los niveles de ansiedad y depresión.

A pesar de este poco apoyo empírico al EA en profesionales sanitarios, una recomendación que aparece con cierta frecuencia en la literatura, es la de llevar a cabo dichos entrenamientos durante su formación cuando aún están cursando sus carreras universitarias. Aunque no se mide si los resultados se mantienen posteriormente durante su práctica profesional, en la mayoría de estos trabajos se ha encontrado que mejoran significativamente en conductas asertivas tras el EA (p. ej., Lin *et al.*, 2004) y que ellos mismos perciben una mejora de los recursos para hacer frente a los desafíos que les esperan en su vida profesional (p. ej., O'Connor *et al.*, 2013; Ünal *et al.*, 2012). Los estudiantes (y, en algunos casos, los tutores) valoran la asertividad como una habilidad esencial para el desempeño de sus roles, desde la comunicación más eficaz entre colegas y el trabajo en equipo hasta la defensa de los propios pacientes, así como para mejorar sus propias vidas a nivel personal (Lin *et al.*, 2004), social y familiar (Begley y Glacken, 2004; McCabe y Timmins, 2003).

En lo que respecta a la salud mental de los profesionales sanitarios, algunos estudios, hechos en distintos países, señalan que estos profesionales tienen una alta probabilidad de sufrir depresión, ansiedad o desgaste profesional, pero no tenemos conocimiento respecto a la ansiedad social. En 1993, Skinner y Scott informaron que la incidencia de depresión (evaluada con el "Inventario de depresión, de Beck" [*Beck Depression Inventory*, BDI; Stehouwer, 1985]) en un grupo de 30 enfermeras fue del 27%, una tasa que en aquel momento era significativamente superior a la de la población general femenina (6%) (Scott, 1988, citado por Skinner y Scott, 1993). Iacovides, Fountoulakis, Moysidou e Ierodiakonou (1999) evaluaron a 368 miembros del personal de enfermería de un hospital general de Grecia con el MBI y la "Escala autoaplicada de depresión, de Zung" (*Zung Self-Rating Depression Scale*, ZSDS; Zung, 1965), encontrando que el 45,4% sufría desgaste profesional y el 27,7% tenía sintomatología depresiva. Años más tarde, Ruggiero (2005) encontró que, de 247 enfermeras en los EE.UU., el 41% cumplía con los criterios para una depresión clínica según el "Inventario de depresión, de Beck-II" (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Esquivel-Molina *et al.* (2007) evaluaron a 145 médicos mexicanos con el BDI y el MBI y encontraron que el 18,6% tenía síntomas depresivos y el 26,2% sufría desgaste profesional, concretamente el 15,2% mostraba agotamiento emocional, el 19,3% despersonalización y el 95,9% falta de realización personal. Bressi *et al.* (2008) evaluaron a 121 médicos y 229 enfermeras de nueve centros médicos de diversas ciudades italianas utilizando el MBI y el "Cuestionario de salud general"

(*General Health Questionnaire*, GHQ-12; Goldberg y Williams, 1988) y encontraron niveles medios y altos de agotamiento emocional en el 64,4% de los médicos y en el 53,7% de las enfermeras, de despersonalización en el 55,4% de los médicos y 52,8% de las enfermeras y niveles bajo y medio de realización personal en el 38,0% de los médicos y en el 37,5% de las enfermeras. Aunque no se describe específicamente el porcentaje de profesionales con sintomatología clínica de ansiedad, depresión o problemas de sueño, sí se informa de la asociación entre la sintomatología psiquiátrica (medida por el GHQ-12) y el desgaste de todos los participantes. En concreto, la correlación fue positiva con el agotamiento ($r=0,562$; $p<0,001$) y la despersonalización ($r=0,176$; $p<0,01$) y negativa con la realización personal ($r=0,333$; $p<0,001$). Welsh (2009) encontró que, de 150 enfermeras estadounidenses evaluadas con la "Escala de depresión, del Centro de Estudios Epidemiológicos" (*Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*; CES-D; Radloff, 1977), el 35% presentaba síntomas leves o moderados de depresión.

Ostacoli *et al.* (2010) evaluaron a 54 enfermeras de una unidad de oncología de hospital y 33 de centros de cuidados paliativos en dos ciudades de Italia, utilizando el MBI y la "Escala hospitalaria de ansiedad y depresión" (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS; Zigmond y Snaith, 1983). Los resultados indican que las enfermeras del hospital tienen mayores niveles de desgaste que sus colegas de los centros. Concretamente, en las primeras se encontró que el 66,7% tenía niveles de moderados a altos de agotamiento emocional, el 51,9% despersonalización y el 51,9% falta de realización personal, mientras que en el segundo grupo el 27,2% tenía niveles de moderados a altos de agotamiento emocional, el 21,2% despersonalización y el 15,1% falta de realización personal. A pesar de haber utilizado la HADS, no se presentan datos sobre la presencia de depresión y ansiedad en este grupo. Tabolli, di Pietro, Luigi Aparo y Renzi (2010) encontraron que el 37,8% del personal administrativo ($n=74$) de un hospital en Roma (Italia), que contestó al GHQ-12, tenía una alta probabilidad de desarrollar síntomas de depresión/ansiedad (OR= 3,57; 95% IC: 1,17-10,85). Tomás-Sábado *et al.* (2010) evaluaron a 146 enfermeros de 13 centros de salud y 16 consultorios de un servicio de atención primaria en Mataró (España) y, tras aplicar el MBI, encontraron que el 56,8% tenía niveles medio y alto de agotamiento emocional, el 52,1% de despersonalización y el 32,2% tenía niveles bajo y medio de realización personal. A pesar de haber utilizado la ZSDS, no se informó del porcentaje de enfermeros con depresión. Abolghasem *et al.* (2012), interesados por evaluar la salud mental de las enfermeras de los hospitales de la provincia de Qom (Persia), pasaron el GHQ-12 a 200 enfermeras y encontraron que el 44,5% sufría de trastornos de ansiedad y del sueño y el 44% sufría depresión. Mealer *et al.* (2012) encontraron que de las 744 enfermeras evaluadas, el 18% presentaba síntomas de ansiedad y el 11% síntomas de depresión. En cuanto al desgaste profesional, hallaron que el 61% sufría agotamiento emocional, el 44% despersonalización y el 51% no se sentía realizado en el trabajo.

Lindwall, Gerber, Jonsdottir, Börjesson y Ahlborg, Jr. (2013) evaluaron a 3717 trabajadores sanitarios de hospitales, atención primaria, atención dental y administrativos y, en su línea de base, encontraron que el 12,8% eran posibles

casos de depresión y el 28,9% de ansiedad y el 29,0% mostraba altos niveles de desgaste profesional. Estos aspectos fueron evaluados con la HADS y el "Cuestionario de desgaste profesional, de Shirom-Melamed" (*Shirom-Melamed Burnout Questionnaire*, SMBQ; Melamed *et al.*, 1999). Karanikola y Papatthanassoglou (2013) encontraron que el 10% de las 226 enfermeras de salud mental evaluadas en Chipre tenía niveles clínicos de ansiedad (según la HADS), el 15,3% síntomas clínicos de depresión (según el BDI) y el 20,4% tenía agotamiento emocional en niveles de moderado a alto, el 51,6% tenía despersonalización en niveles de moderado a alto y el 21,8% baja realización personal (aspectos evaluados con el MBI). Mion, Libert y Journois (2013), tras evaluar a 1091 médicos y enfermeras de un hospital de Francia, encontraron que el 38,7% presentaba depresión (según la "Escala diaria de cribado de la depresión, de Harvard" [*Harvard National Depression Screening Day Scale*, HANDS; Baer *et al.*, 2000]), el 52,7% tenía niveles moderados y altos de agotamiento, el 70,3% despersonalización y el 66,8% falta de realización personal (en el MBI). Varner (2013), tras evaluar a 150 médicos y enfermeras de medicina familiar de las fuerzas aéreas de los EE.UU. utilizando el MBI-GS y el "Cuestionario de salud personal" (*Personal Health Questionnaire*, PHQ-9; Spitzer, Williams, Kroenke, Hornyak y McMurray, 2000), encontró que el 84% de los profesionales tenía sintomatología depresiva, el 59,3% sufría agotamiento emocional, el 44% despersonalización y el 4,7% baja realización personal. Halló diferencias de sexo para el agotamiento ($F= 5,820$; $p= 0,017$) y la despersonalización ($F= 4,828$; $p= 0,030$) siendo las mujeres las que puntuaban más alto que los hombres, pero no para la depresión ($F= 0,381$; $p= 0,538$) y la realización personal ($F= 2,679$; $p= 0,104$). En cuanto a la edad, sólo encontró diferencias significativas en cuanto al agotamiento emocional ($F= 2,656$; $p= 0,025$), siendo mayor en el grupo más joven (de 25 a 29 años) pero no en las demás variables.

En cuanto a las investigaciones sobre la relación entre la asertividad de los profesionales sanitarios y los problemas psicológicos que nos interesan (con excepción de la ansiedad social, con los que son inexistentes), tenemos, por ejemplo el de Edens (1989), quien evaluó a 122 enfermeras y encontró que la asertividad (medida con el "Inventario de aserción del enfermero" [*Nurse's Assertiveness Inventory*, NAI; Michelson y Molcan, 1986]) se relacionaba positivamente con la subescala de realización personal del MBI ($r= 0,49$; $p< 0,0001$), pero no con las otras dos subescalas. Casi dos décadas después, Susuki y sus colaboradores retomaron estas variables en sus investigaciones, aunque utilizaron un instrumento distinto para medir la asertividad y variaron la muestra. En el primer trabajo, Susuki *et al.* (2006) utilizaron el "Inventario de asertividad de Rathus" (*Rathus Assertiveness Schedule*, RAS; Rathus, 1973) y evaluaron a 1030 enfermeros noveles en su primer año en 20 hospitales universitarios de Japón. Encontraron que el 20,5% de los enfermeros sufría desgaste profesional y el 7,2% lo experimentó en un nivel grave. Además, quienes tenían niveles bajo y alto de asertividad mostraban altas tasas de incidencia de desgaste profesional. El análisis de regresión múltiple mostró que entre los factores que influían en el desgaste estaban la falta de apoyo del personal de enfermería de mayor rango y los bajos niveles de asertividad; asimismo, entre los factores que influían en el desgaste

grave, se encontraban el sexo (ser hombre, en este caso), la ubicación del hospital en Tokio y los bajos niveles de asertividad. Los autores concluyeron que los enfermeros noveles tendían a sufrir desgaste cuando sus puntuaciones de asertividad eran demasiado bajas o demasiado altas y que el valor ideal de la puntuación de la asertividad sería un punto intermedio. Luego, Susuki *et al.* (2009), evaluaron a 172 enfermeras jefes y encontraron que la puntuación total del MBI correlacionaba de manera negativa con la del RAS ($r = -0,30$; $p < 0,01$) y la regresión logística mostró que el riesgo de sufrir desgaste disminuía 0,74 veces por cada 10 puntos que aumentara la puntuación en el RAS. Estos resultados sugieren que un aumento en la asertividad contribuye a prevenir el desgaste entre las enfermeras jefes.

Como hemos visto, los trabajos que informan sobre la presencia de problemas de ansiedad, depresión, desgaste y/o asertividad, así como la relación entre ellos, son escasos y en lo que respecta a la ansiedad social son inexistentes. La mayoría de estas investigaciones ha tenido como principal grupo objetivo a las enfermeras y, en mucha menor medida, a los médicos y al personal administrativo y se han llevado a cabo, sobre todo, en centros hospitalarios (aunque de unidades distintas a los servicios de urgencias). Todo lo anterior hizo que nos propusiéramos tres objetivos para este trabajo. En primer lugar, evaluar la posible presencia de ansiedad social, ansiedad, depresión y desgaste profesional, así como los niveles de asertividad, entre médicos, enfermeras y celadores-conductores de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias (DCCU) del sistema sanitario andaluz (SAS) de la provincia de Granada. En segundo lugar, evaluar la relación entre la asertividad y los demás problemas psicológicos medidos y, por último, comprobar si la asertividad es un factor de riesgo para que los profesionales sanitarios desarrollen dichos problemas psicológicos con los que se relaciona.

Método

Participantes

Participaron de manera voluntaria 315 profesionales sanitarios de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias (DCCU) del sistema andaluz de salud (SAS) en la provincia de Granada (España). A pesar de que la muestra fue dirigida, corresponde al 80% de los profesionales DCCU de la provincia y su distribución según la categoría profesional fue de 111 médicos, 110 conductores-celadores y 94 enfermeros. La media de años trabajados en su categoría era de 14,30 ($DT = 7,46$; rango: 1-35 años). La media de hora de guardias al mes era de 142,71 ($DT = 42,84$; rango: 24-280 horas). La media de edad fue de 43,92 años ($DT = 9,05$), el 47,7% tenía entre 35 y 49 años, el 29,7% entre 50 y 64 años y el 22,6% entre 18 y 34 años y la distribución por sexo fue de 62,6% varón y 37,4% mujer.

Instrumentos

- El "Inventario de aserción" (*Assertion Inventory*, AI; Gambrill y Richey, 1975). Este inventario está formado por 40 ítems frente a los cuales la persona debe valorar el nivel de malestar/ansiedad que experimenta en las situaciones sociales (ansiedad social) y la probabilidad de utilizar la conducta asertiva en dichas situaciones (asertividad). En ambos casos se utiliza una escala Likert de cinco puntos. Para evaluar el malestar/ansiedad las opciones van desde 1= "nada" hasta 5= "muchísimo" y para la probabilidad de la conducta las opciones van desde 1= "siempre lo hago" hasta 5= "nunca lo hago". Una puntuación igual o superior a 96 en la subescala de Malestar/ansiedad indica altos niveles de ansiedad en situaciones sociales (ansiedad social) y una puntuación igual o superior a 105 en la subescala de Probabilidad de respuesta indica problemas de asertividad (falta de asertividad). Los niveles de fiabilidad para ambas subescalas fueron altos en esta muestra. En la subescala de Malestar/ansiedad el coeficiente de las dos mitades de Guttman fue de 0,88 y el alfa de Cronbach fue de 0,92 y, en la subescala de Probabilidad de respuesta, el coeficiente de las dos mitades de Guttman fue de 0,81 y el alfa de Cronbach fue de 0,88.
- El "Inventario de ansiedad, de Beck" (*Beck Anxiety Inventory*, BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Este inventario consta de 21 ítems que miden el grado en que se experimentan los síntomas físicos relacionados con la ansiedad durante la última semana. Utiliza una escala Likert de cuatro puntos (de 0= "en absoluto" a 3= "gravemente, casi no podía soportarlo"). La puntuación total se basa en la suma de los ítems y los niveles de gravedad se clasifican así: de 0 a 9 puntos, "normal o sin ansiedad clínica"; de 10 a 18 puntos, "nivel leve-moderado de ansiedad"; de 19 a 29 puntos, "nivel moderado-grave de ansiedad" y de 30 a 63 puntos, "nivel de ansiedad grave". Los niveles de fiabilidad hallados en esta muestra fueron altos. El coeficiente de las dos mitades de Guttman fue de 0,92 y el nivel de consistencia interna (α de Cronbach) fue de 0,93.
- El "Inventario de depresión, de Beck-II" (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Este inventario mide la magnitud de la depresión mediante 21 ítems de cuatro alternativas de respuesta que van ordenadas según la gravedad, de 0 a 3 puntos. La persona debe elegir aquella opción que mejor describa su situación actual durante las últimas dos semanas. La puntuación total se basa en la suma de los ítems y los niveles de gravedad de la depresión se clasifican así: de 0 a 9 puntos, "estado no depresivo"; de 10 a 15 puntos, "depresión leve"; de 16 a 23 puntos, "depresión moderada" y de 24 a 63 puntos, "depresión grave". Los niveles de fiabilidad hallados en esta muestra fueron altos. El coeficiente de las dos mitades de Guttman fue de 0,87 y el nivel de consistencia interna (α de Cronbach) fue de 0,87.
- El "Inventario de burnout, de Maslach" (*Maslach Burnout Inventory*, MBI; Maslach y Jackson, 1986). Este inventario evalúa tres componentes del desgaste profesional: Agotamiento emocional (estar emocionalmente

exhausto por cuestiones del trabajo), Despersonalización (tener una respuesta impersonal y carente de sensibilidad hacia a los destinatarios de los servicios que se ofrecen) y la Realización personal en el trabajo (que, en este caso, se refiere a la pérdida de la sensación de competencia y disminución de resultados satisfactorios en el trabajo que se realiza con la gente). Consta de 22 ítems que miden la frecuencia con la que se ha experimentado la situación descrita durante el último año. Para esto se emplea una escala Likert de siete opciones, que va desde 0= "nunca" hasta 6= "todos los días". La puntuación total determina el nivel en que se experimenta el Agotamiento (bajo ≤ 18 , medio= 19-26, alto ≥ 27), la Despersonalización (bajo ≤ 5 , medio= 6-9, alto ≥ 10) y la Realización personal (bajo ≤ 33 , medio= 34-39, alto ≥ 40). Debido a que esta última variable está formulada en términos positivos, las puntuaciones más bajas serán las que indiquen que hay dificultades en este componente del desgaste, a diferencia de lo que ocurre en el agotamiento y la despersonalización donde las puntuaciones altas serán las que indiquen problemas en esas áreas. Los niveles de fiabilidad hallados en esta muestra fueron adecuados (de moderados a altos). El coeficiente de las dos mitades de Guttman para la subescala de Agotamiento fue de 0,90, para la de Despersonalización de 0,55 y para la de Realización de 0,73 y el nivel de consistencia interna (α de Cronbach) para la subescala de Agotamiento fue de 0,88, para la de Despersonalización de 0,68 y para la de Realización de 0,71. Para la puntuación total, el coeficiente de las dos mitades de Guttman fue de 0,65 y el α de Cronbach de 0,68.

Procedimiento

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Virgen de las Nieves y no viola los acuerdos de la declaración de Helsinki. Para recoger la información mediante los cuestionarios, el AI, el BDI, el BAI y el MBI, se utilizó el método de entrevista individual con cada profesional sanitario. Antes de cada entrevista, el profesional debía firmar el consentimiento una vez se le hubiera informado sobre los objetivos del estudio, que podía rehusarse a contestar alguna pregunta o no continuar con la entrevista. Cada entrevista duró, en promedio, 55 minutos y estuvo a cargo de la psicóloga que se desplazó hasta los lugares de trabajo de los participantes. En algunos casos la entrevista no pudo finalizarse debido al tiempo del que disponían los profesionales sanitarios y por eso la muestra considerada para los distintos análisis estadísticos varía.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS 18 (SPSS Inc., 2009). Inicialmente, realizamos análisis de tipo descriptivo con el objetivo de conocer la presencia de los problemas psicológicos entre los profesionales de los DCCU. Calculamos la media y la desviación típica para contrastar las puntuaciones obtenidas con las normativas y, posteriormente, calculamos la distribución de los

profesionales en las categorías o niveles establecidos para cada una de las variables. Así, asertividad y ansiedad social: sí/no (con base en la puntuación obtenida en las subescalas del AI); niveles de ansiedad y depresión: sin ansiedad/depresión, leve, moderado y grave; nivel de agotamiento emocional; nivel de despersonalización; y nivel de realización personal en el trabajo: bajo, medio y alto).

Con la intención de analizar las posibles diferencias de sexo y según la edad, las variables fueron dicotomizadas con base en las puntuaciones descritas en los Instrumentos. Así, en el caso de la depresión y la ansiedad se ubicó en la categoría de "sí" a los familiares que tenían puntuaciones superiores a 9 en el BDI-II y en el BAI, y en la categoría de "no" a los que tenían puntuaciones de 9 o menos en estos inventarios. En lo que respecta al desgaste profesional, se utilizaron las puntuaciones de cada subescala del MBI. Por ejemplo, para el agotamiento emocional, se ubicó en la categoría de "sí" a quienes tenían 19 o más y en la de "no" a quienes puntuaban por debajo de 19; para la despersonalización, en el "sí" se ubicó a los que puntuaron ≥ 6 y para la falta de realización personal en el trabajo, se ubicó en el "sí" a los que tuvieron una puntuación ≤ 39 y en el "no" a los que puntuaron por encima de 39. Para la edad, dividimos al grupo de profesionales en aquellos que tenían hasta 35 años, por un lado, y 36 años o más, por el otro. Utilizamos la prueba de chi-cuadrado (χ^2) e incluimos la V de Cramer como una medida del tamaño de efecto, la cual se interpretaría de forma similar a la r de Pearson (es decir, 0 sería un tamaño de efecto nulo y 1 un tamaño del efecto grande). Adicionalmente, realizamos un análisis de regresión logística binaria para determinar si el sexo y la edad eran factores de riesgo para estos problemas psicológicos.

Posteriormente, utilizamos la chi cuadrado con el fin de analizar el nivel de asociación que presentaba la asertividad con las demás variables psicológicas evaluadas (ansiedad social, ansiedad, depresión y los tres componentes del desgaste profesional: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo) y, posteriormente, utilizamos la regresión logística binaria para conocer la forma en que la asertividad predecía los problemas emocionales con los que parecía tener relación.

Resultados

Asertividad, problemas emocionales y desgaste profesional

La tabla 1 muestra la distribución de los profesionales en cada una de las categorías establecidas para cada variable (p. ej., para la ansiedad serían: sin ansiedad, leve, moderado y grave). Al dicotomizar las variables encontramos que el 17,7% no era asertivo, el 16,6% experimentaba malestar o ansiedad en situaciones sociales (ansiedad social), el 12,8% tenía síntomas depresivos y el 11,7% informó de síntomas clínicos de ansiedad. En lo que respecta al desgaste profesional, el 24,4% informó de agotamiento emocional, el 52,7% de despersonalización y el 46,6% de falta de realización personal en el trabajo.

Tabla 1

Distribución de los profesionales según las categorías de cada variable psicológica medida

Variable (instrumento)	Total	
	<i>n</i>	%
Asertividad (Probabilidad de conducta del AI) (N= 282)		
Si (< 105)	232	82,3
No (≥ 105)	50	17,7
Ansiedad social (Malestar/ansiedad del AI) (N= 283)	<i>n</i>	%
Si (≥ 96)	47	16,6
No (< 96)	236	83,4
Nivel de ansiedad (BAI) (N= 282)		
Sin ansiedad (≤ 9)	249	88,3
Leve (10-18)	13	4,6
Moderado (19-29)	7	2,5
Grave (≥ 30)	13	4,6
Nivel de depresión (BDI-II) (N= 280)		
Estado no depresivo (≤ 9)	244	87,2
Leve (10-15)	25	8,9
Moderado (16-23)	6	2,1
Grave (≥ 24)	5	1,8
Nivel de agotamiento emocional (MBI) (N= 283)		
Bajo (≤ 18)	214	75,6
Medio (19-26)	35	12,4
Alto (≥ 27)	34	12,0
Nivel de despersonalización (MBI) (N= 283)		
Bajo (≤ 5)	134	47,3
Medio (6-9)	61	21,6
Alto (≥ 10)	88	31,1
Nivel de realización personal en el trabajo (MBI) (N= 283)		
Bajo (≤ 33)	61	21,5
Medio (34-39)	71	25,1
Alto (≥ 40)	151	53,4

Diferencias según el sexo y la edad en las variables psicológicas evaluadas

Para hallar las posibles diferencias según el sexo, utilizamos la prueba de chi-cuadrado, considerando el sexo como variable predictora (o "independiente") y las demás como variables criterio (o "dependientes"). Encontramos diferencias de *sexo* en *ansiedad*, *depresión* y *agotamiento emocional*, pero no en *asertividad*, *ansiedad social*, *despersonalización* y *realización personal en el trabajo* (tabla 2). Se observó un mayor porcentaje de mujeres que tenían *ansiedad* y *depresión* en comparación con los hombres y un mayor porcentaje de hombres que no sufría *agotamiento* en comparación con las mujeres.

Los tamaños de efectos fueron bajos. Concretamente, en lo que respecta a la relación entre el sexo y la *ansiedad*, la *V* de Cramer de 0,145 indicó que aproximadamente el 2,1% de la variación en la frecuencia de la *ansiedad* podía ser explicada por el sexo. En cuanto a la relación entre el sexo y *depresión*, la *V* de

Cramer de 0,140 indicó que aproximadamente el 2,0% de la variación en la frecuencia de la depresión podía ser explicada por el sexo. Y respecto a la relación entre el sexo y al *agotamiento emocional*, la V de Cramer de 0,170 indicó que el 2,9% de la variación en la frecuencia del agotamiento emocional podía ser explicada por el sexo.

Para calcular el riesgo de sufrir estos problemas asociados al sexo utilizamos el análisis de regresión. Los resultados indicaron que las mujeres tenían 2,4 veces más riesgo de presentar síntomas de ansiedad, 2,3 veces más riesgo de sufrir depresión y 2,2 veces más riesgo de sufrir agotamiento emocional, en comparación con los varones (tabla 3).

Tabla 2
Diferencias según el sexo en las variables psicológicas evaluadas

Variable criterio (o dependiente)		Hombre	Mujer	χ^2	gl	p
Asertividad	No	33	17	0,015	1	0,902
	Sí	151	81			
Ansiedad social	Sí	29	18	0,335	1	0,563
	No	156	80			
Ansiedad	Sí	15	18	5,948	1	0,015*
	No	167	82			
Depresión	Sí	17	19	5,485	1	0,019*
	No	164	80			
Agotamiento emocional	Sí	35	34	8,196	1	0,004**
	No	149	65			
Despersonalización	Sí	94	55	0,516	1	0,473
	No	90	44			
Falta de realización personal en el trabajo ^a	Sí	84	48	0,208	1	0,649
	No	100	51			

Notas: ^aPara estos análisis esta variable fue analizada en la dirección del desgaste profesional. ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

Tabla 3
Regresión logística binaria entre el sexo y la ansiedad, la depresión y el agotamiento emocional

Variable criterio (o dependiente)	B	E.T.	Wald	gl	p -value	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
							Inf.	Sup.
Ansiedad	0,894	0,375	5,687	1	0,017*	2,444	1,173	5,094
Depresión	0,829	0,361	5,285	1	0,022*	2,291	1,130	4,645
Agotamiento emocional	0,801	0,283	8,004	1	0,005**	2,227	1,279	3,878

Notas: En este análisis de regresión el sexo (ser mujer) es la variable predictora (o independiente). ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

En lo que respecta a la *edad*, la prueba de chi cuadrado indicó que había relación entre ésta y el *agotamiento emocional* ($\chi^2= 5,191$; $gl= 1$; $p=0,023$). Encontramos un número significativamente mayor de profesionales de 36 años o más (en comparación con los menores de 36 años) que no experimentaba agotamiento emocional. El tamaño de efecto calculado fue bajo. La *V* de Cramer de 0,136 indicó que aproximadamente el 1,9% de la variación en la frecuencia del agotamiento emocional podía ser explicada por la edad. El análisis de regresión binaria indicó que quienes tienen 36 años o más tenían 0,5 veces menos riesgo de sufrir agotamiento emocional que los profesionales que tenían menos de 36 años ($p\text{-value}= 0,024$; IC 95%: 0,286-0,915).

En las demás variables evaluadas (incluyendo la asertividad) no hubo diferencias significativas según la edad.

Relación entre la asertividad y los problemas psicológicos

Para calcular la asociación entre la asertividad (considerada en los análisis estadísticos como la variable predictora –o independiente) y la ansiedad social, la ansiedad, la depresión, el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización en el trabajo (todas estas variables consideradas en los análisis estadísticos como variables criterio –o dependientes) se utilizó la prueba de chi cuadrado. Como se observa en la tabla 4, la asertividad estaba relacionada con la *ansiedad social*, el *agotamiento emocional* y la *falta de realización personal en el trabajo*, pero no con la ansiedad, la depresión y la despersonalización. Los profesionales que son asertivos no tienen problemas de ansiedad social, no sufren agotamiento y se sienten realizados en el trabajo, en comparación con los que no son asertivos.

Tabla 4

Relación entre la asertividad y los demás aspectos psicológicos evaluados (prueba de chi cuadrado) ($N= 278$)

Variable criterio (o dependiente)	Asertividad		χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>	
	No	Si				
Ansiedad social	Si	21	26	28,083	1	0,000***
	No	29	206			
Ansiedad	Si	7	24	0,484	1	0,486
	No	43	203			
Depresión	Si	9	27	1,489	1	0,222
	No	40	200			
Agotamiento emocional	Si	18	50	4,394	1	0,036*
	No	32	178			
Despersonalización	Si	32	113	3,426	1	0,064
	No	18	115			
Falta de realización personal en el trabajo	Si	36	95	15,143	1	0,000***
	No	14	133			

Notas: ^aPara estos análisis esta variable fue analizada en la dirección del desgaste profesional. *** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$.

En cuanto al tamaño de efecto, observamos que para todos los casos fue bajo. En lo que respecta a la relación de la asertividad y la *ansiedad social*, la V de Cramer fue de 0,316, indicando que aproximadamente el 10,0% de la variación en la frecuencia de la ansiedad social podría ser explicada por la (falta de) asertividad. En cuanto a la relación de la asertividad y el *agotamiento emocional*, la V de Cramer fue de 0,126, lo que indica que aproximadamente el 1,6% de la variación en la frecuencia del agotamiento emocional podría ser explicada por la (falta de) asertividad. Y por último, para la relación entre la asertividad y la *falta de realización en el trabajo*, la V de Cramer fue de 0,210, indicando que aproximadamente el 4,4% de la variación en la frecuencia de la realización en el trabajo podría ser explicada por la (falta de) asertividad.

La (falta de) asertividad como predictor de problemas psicológicos

La regresión logística se hizo con el objetivo de averiguar si la (falta de) asertividad aumentaba el riesgo de presentar ansiedad social, agotamiento emocional y falta de realización personal en el trabajo. Como se observa en la tabla 5, aquellos profesionales que no son asertivos tenían 5,7 veces más riesgo de sufrir *ansiedad social* que los que son asertivos. En lo que concierne al desgaste, los profesionales sanitarios que no son asertivos tenían 3,6 veces más riesgo de *no sentirse realizados en el trabajo* en comparación con los profesionales que son asertivos y 2,0 veces más riesgo de sufrir *agotamiento emocional*.

Tabla 5

Regresión logística binaria entre la asertividad y la ansiedad social y dos de los tres componentes del desgaste profesional

Variable criterio (o dependiente)	B	E.T.	Wald	gl	p-value	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
							Inf.	Sup.
Ansiedad social	1,747	0,354	24,335	1	0,000***	5,737	2,866	11,486
Agotamiento emocional	0,694	0,335	4,289	1	0,038*	2,002	1,038	3,863
Falta de realización personal ^a	1,281	0,342	13,994	1	0,000***	3,600	1,840	7,043

Notas: En este análisis de regresión la (falta de) asertividad es la variable predictora (o independiente).

^aPara estos análisis esta variable fue analizada en la dirección del desgaste profesional. *** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$.

Discusión

Este trabajo tenía tres objetivos, el primero fue evaluar la presencia de ansiedad social, ansiedad, depresión y desgaste profesional, así como la asertividad de médicos, enfermeras y celadores-conductores de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias (DCCU) del sistema sanitario andaluz (SAS); el segundo objetivo fue analizar la asociación entre la asertividad y los otros problemas psicológicos

(ansiedad social, ansiedad, depresión y desgaste profesional) de este grupo de profesionales y, el tercero, analizar si la (falta de) asertividad era un factor de riesgo para desarrollar los problemas psicológicos con los que se relacionaba.

En lo que concierne al primer objetivo, encontramos que la mayoría de los participantes de este estudio no presentaba un nivel clínico de ansiedad social, ansiedad general o depresión. Las tasas de depresión de los participantes fueron más bajas que las informadas por los profesionales sanitarios de la mayoría de las investigaciones en otros países. Nuestra cifra es más similar a la de Lindwall *et al.* (2013) y Mealer *et al.* (2012) y se distancia mucho de las de Varner (2013) y otros cinco trabajos en los que la ocurrencia de la depresión está entre el 35% y el 44% de profesionales (Abolghasem *et al.*, 2012; Mion *et al.*, 2013; Ruggiero, 2005; Tabolli *et al.*, 2010; Welsh, 2009). Para los problemas de ansiedad general, tenemos menos estudios de referencia (en contraste con los de depresión) y con ellos las diferencias son mucho menores. La tasa de ansiedad que encontramos es muy similar a la de Karanikola y Papatthanassoglou (2013) y está por debajo de las informadas por Abolghasem *et al.* (2012), Lindwall *et al.* (2013) y Mealer *et al.* (2012). Esos datos nos indican que la ocurrencia de la depresión y la ansiedad no es tan alta como la informada en los servicios de urgencias, pero explicamos estas diferencias, en parte, porque los participantes de los demás estudios corresponden, en su mayoría, a hospitales ubicados en grandes ciudades, en los que puede haber un mayor número de incidentes relacionados con el carácter crítico del trabajo y que sabemos tienen un impacto de leve a moderado en los síntomas de ansiedad y depresión (de Boer *et al.*, 2011). Los profesionales que nosotros evaluamos corresponden a los servicios de urgencias de atención primaria (figura que no siempre existe en otros países) y la mayoría están en poblaciones pequeñas donde no hay hospitales.

Si comparamos las cifras de estos profesionales con las de la población general española (en los últimos 12 meses) recogidas en la última encuesta de salud mental (Haro *et al.*, 2008), encontramos que nuestras cifras triplican a las informadas sobre los trastornos depresivos y casi duplican las de los trastornos de ansiedad. El panorama parece más sombrío con respecto a la ansiedad social, puesto que nuestra tasa es muy superior a la informada sobre el trastorno de ansiedad social en la población general. Estos datos nos preocupan de cara a la salud mental que esperamos posean precisamente los profesionales que ofrecen servicios de salud y, aunque sabemos que la depresión y la ansiedad son los trastornos psicológicos más comunes (Kessler y Üstün, 2008; *World Health Organization* [WHO], 2013), también conocemos el impacto personal, social y ocupacional que suelen tener. Ni qué decir de la importancia de hallar cifras tan altas con respecto a la ansiedad social, puesto que precisamente nuestro instrumento (la subescala de Malestar/Ansiedad del "Inventario de aserción") está evaluando el nivel de malestar o ansiedad experimentado durante las interacciones sociales y los profesionales evaluados en nuestro estudio están expuestos la mayor parte de su tiempo laboral a tales interacciones.

Un aspecto que cabe destacar de entre los resultados es que las mujeres de este estudio presentan un mayor riesgo de padecer ansiedad y depresión que los hombres. Estos datos confirman lo ya expresado por la Organización Mundial de la

Salud (WHO, 2013), en su informe sobre la salud mental de las mujeres, así como por las encuestas de salud mental de los distintos países (Kessler y Üstün, 2008) y, en particular, la de España (Haro *et al.*, 2008). Sin embargo, no se observó entre nuestros profesionales una diferencia de sexo en cuanto a la ansiedad social, algo que difiere de muchos otros estudios con población general (p. ej., Caballo *et al.*, 2008, 2010; Caballo, Salazar, Irurtia, Arias *et al.*, 2014; Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Nobre, 2013; Salazar, 2013) y clínica (p. ej., Caballo, Salazar, Irurtia, Arias *et al.*, 2014; Salazar, 2013), en los que se indica que las mujeres presentan niveles de ansiedad social significativamente mayores que los hombres. En lo que concierne a la edad en que son más frecuentes estos problemas psicológicos, tenemos que señalar que, en nuestro estudio, no se observaron diferencias significativas según la edad en cuanto a la depresión, la ansiedad y la ansiedad social, razón por la cual podríamos pensar que la distribución es distinta entre los profesionales sanitarios o entre la población general.

El otro problema evaluado fue el desgaste profesional, tomando en consideración los tres componentes (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo) propuestos por Maslach y Jackson (1982). En este grupo de médicos, enfermeras y celadores-conductores, la presencia de desgaste profesional no resulta despreciable. La mayor manifestación del desgaste se observa en la alta tasa de despersonalización de los profesionales, lo que se traduce, según Maslach y Jackson (1982), en conductas de distanciamiento frente a los pacientes, de no involucrarse o mostrar compromiso con el servicio que se presta y, por el contrario, dar respuestas impersonales y carentes de sensibilidad hacia a los destinatarios de los servicios sanitarios. Esta es sin duda una actitud muy grave y que afecta, principalmente, a los usuarios (además de al propio profesional sanitario), quienes ven afectada la calidad de la atención y el cuidado que reciben.

De todos los estudios sobre el desgaste profesional a los que nos referimos en la Introducción de este artículo, hay uno llevado a cabo en Grecia (Karanikola y Papathanassoglou, 2013) en el que se presentan datos similares al nuestro y, ambos trabajos, difieren mucho de todos los demás. Concretamente, la tasa de despersonalización de nuestro estudio es la más alta comparada con la informada en todos los demás, excepto las de dos estudios (además del griego), uno en Cataluña (Tomás-Sábado *et al.*, 2010) y otro en Italia (Ostacoli *et al.*, 2010), que le siguen de cerca. Cuando nos centramos en el agotamiento emocional, vemos que el porcentaje de profesionales de nuestro estudio resulta ser de los más bajos en comparación con el de las otras investigaciones. Dejando de lado al estudio griego, únicamente el realizado en México (Esquivel-Molina *et al.*, 2007) muestra una cifra que se sitúa por debajo del nuestro. En el resto de trabajos los datos son alarmantes, pues van desde un 31,9% a un 56,8% de profesionales afectados por el agotamiento. Y en cuanto a la falta de realización personal, el nuestro es de los que muestra las cifras más bajas, junto a Bressi *et al.* (2008) y Tomás-Sábado *et al.* (2010). Por encima están las cifras informadas por Esquivel-Molina *et al.* (2007), Mion *et al.* (2013), Ostacoli *et al.* (2010) y Mealer *et al.* (2012).

En lo que corresponde a las diferencias de sexo, encontramos que sólo fueron significativas en cuanto al agotamiento emocional, siendo los hombres los que

sufren menos problemas de este tipo. Si tenemos en cuenta que de los tres componentes del MBI (Maslach y Jackson, 1982) éste se refiere a los aspectos que indican que la persona está exhausta emocionalmente por cuestiones relacionadas con el trabajo (p. ej., experimenta fatiga, agotamiento, frustración o cansancio por trabajar con gente, siente que se está al límite de las fuerzas, que carece de la energía necesaria para atender en el trabajo, etc.), podemos entender que se trata de un problema de naturaleza afectiva y emocional (como la depresión y la ansiedad) y los hombres suelen estar menos afectados que las mujeres de este tipo de problemas psicológicos (p. ej., Haro *et al.*, 2008; Kessler y Üstün, 2008; WHO, 2013).

Sobre las diferencias de edad, queremos señalar que en nuestro estudio sólo se observan diferencias significativas en cuanto al agotamiento emocional y en ello coincidimos con Varner (2013) al identificar al grupo más joven como el más afectado. Nosotros hemos encontrado, además, que el grupo menor de 35 años tienen un mayor riesgo de sufrir agotamiento que el grupo de 36 años o más, algo que podría explicarse por una menor experiencia de los más jóvenes para lidiar con las exigencias en su trabajo, llegando a experimentar más fácilmente fatiga, cansancio, pérdida importante de energía y más dificultad para enfrentarse en el día a día con la frustración, todos aspectos que caracterizan al agotamiento emocional.

En cuanto a la *asertividad* queremos resaltar que casi las tres cuartas partes de los participantes del estudio parecen tenerla entre sus habilidades. Sin embargo, la identificación de un (nada despreciable) 17,7% de profesionales sanitarios que muestra un déficit en esta competencia social nos pone sobre aviso, especialmente por los conocidos (aunque escasos) antecedentes empíricos sobre la importancia de la asertividad en la salud mental de los profesionales sanitarios (p. ej., Edens, 1989; Lee y Crockett, 1994; Shimizu *et al.*, 2003; Susuki *et al.*, 2006, 2009; Williams y Stout, 1985) y en el desarrollo eficaz del trabajo (p. ej., Andersen *et al.*, 2010; Bryl *et al.*, 2012; Chapman *et al.*, 2009; Fletcher *et al.*, 2002; Flin y Maran, 2004; Flowerdew *et al.*, 2012; O'Connor *et al.*, 2013; Ünal *et al.*, 2012).

Lo anterior nos condujo a nuestro segundo objetivo, evaluar si en este grupo de médicos, enfermeras y celadores-conductores la asertividad se relacionaba con la presencia de los problemas emocionales así como con el desgaste profesional. Nuestros resultados apoyan esta hipótesis parcialmente, pues la asertividad mostró relacionarse de forma significativa con la ansiedad social, el agotamiento emocional y la falta de realización personal en el trabajo (pero no con la ansiedad general, la depresión y la despersonalización) y los tamaños de efecto nos permitieron establecer que una pequeña variación en la frecuencia de estos aspectos puede ser explicada por la asertividad. Adicionalmente, el análisis de regresión nos confirmó la fuerza y la dirección que tiene esta relación (que era nuestro tercer objetivo). Concretamente, quienes informaron de una falta de asertividad tenían un mayor riesgo de sufrir ansiedad social, agotamiento y falta de realización personal en el trabajo que aquellos que son asertivos, lo que es esperable si tenemos en cuenta que de todos los aspectos evaluados estos son los que están más vinculados con las relaciones sociales. A este respecto, nos extraña no haber encontrado una relación estadísticamente significativa entre asertividad y

despersonalización (aunque se acercó [$p= 0,064$]), pero es posible que esto se deba en parte, al escaso número de ítems que forman la subescala del MBI.

Estos hallazgos ponen de relieve la importancia de la salud mental de los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias de atención primaria y, en coherencia con otros trabajos que destacan el valor que tienen las habilidades “no técnicas” (o “el factor humano”) en las actuaciones profesionales (Andersen, Jensen, Lippert y Østergaard, 2010; Fletcher, McGeorge, Flin, Galvin y Maran, 2002; Flin y Maran, 2004; Flowerdew, Brown, Vincent y Woloshynowych, 2012), vemos necesario seguir indagando en cuáles son sus necesidades en materia de salud mental y en el diseño de políticas y acciones que permitan mejorar su formación, para de alguna manera influir en algunas variables de la profesión o el trabajo que disminuirían la presencia de tales problemas. El personal que trabaja en los servicios sanitarios requiere cualificación técnica y humana (sobre todo, interpersonal) para el desarrollo eficaz de su trabajo y el entrenamiento asertivo (EA) podría aportar, en gran medida, a esa cualificación.

A pesar de que hay muy pocas pruebas empíricas sobre la importancia del EA con los profesionales sanitarios, los trabajos existentes apoyan que este tipo de entrenamiento les ayuda a ampliar o fortalecer un repertorio conductual de gran valor para una práctica profesional exitosa (p. ej., Mann, Sargeant y Hill, 2009). La asertividad aumenta su resistencia ante las adversidades y demandas propias de su trabajo (Mealer *et al.* 2012; Rose y Glass, 2010), disminuye los niveles de estrés (Hirokawa *et al.*, 2012; Lee y Crockett, 1994), permite hacer frente al abuso verbal (Buback, 2004) y al acoso laboral (considerado hoy en día una de las principales causas de abandono del trabajo) (Edwards y O’Connell, 2007) y disminuye las probabilidades de sufrir algunos problemas psicológicos. Este último aspecto se vería respaldado por nuestros propios resultados así como por la asociación que se ha señalado (en otros estudios) entre la asertividad y problemas depresivos, de ansiedad, ansiedad social o desgaste en estos profesionales (p. ej., Bartels, Goetz, Ward y Carnes, 2008; Edens, 1989; Lee y Crockett, 1994; Susuki *et al.*, 2006, 2009) así como en otro tipo de muestras (p. ej., Bayrami, 2011; Caballo, Salazar, Iruña, Olivares *et al.*, 2014; Gilbert y Gordon, 2013; Hayman y Cope, 1980; Robles-García, Flores, Jurado y Páez, 2002; Rude, 1986; Sánchez y Lewinsohn, 1980; Sogolitappeh, Aliloo, Kheyroddin y Tabrizi, 2009; Thorpe, Freedman y Lazar, 1985).

A todo lo anterior hay que agregar que los estudiantes que durante su formación son entrenados en el desarrollo de conductas asertivas, señalan beneficios como adquirir una mayor confianza para enfrentarse a las posibles exigencias de su práctica profesional, para comunicarse con otros profesionales y con los pacientes, para actuar en defensa de sus propios derechos y los de los usuarios, así como para mejorar su autoestima (Begley y Glacken, 2004; Deltsidou, 2009; Gaspar, Jesus y Cruz, 2011; Lin *et al.*, 2004; McCabe y Timmins, 2003). Actualmente, en las Facultades universitarias se enseñan conductas asertivas (sobre todo, mediante el modelado, la representación de papeles, el uso de la retroalimentación y, en países más desarrollados, con simuladores) y nos parece un acierto, pues, como lo señalan Ünal *et al.* (2012), es una oportunidad para desarrollar sus habilidades sociales, pero al parecer esta medida no es suficiente.

Los que ya son profesionales requieren de un EA en toda regla y lo recomendable sería que lo llevara a cabo un psicólogo con asesoría de la parte técnica por parte de un experto del área (médico especialista en..., enfermero, etc.) o ambos, tal y como ha sido desarrollado en anestesiología y medicina de emergencia (p. ej., Flin *et al.*, 2004). Posiblemente, algunos médicos, enfermeras y celadores-conductores ya posean de forma natural cierto nivel de asertividad, pero esto no los exime de mejorar su repertorio y su desempeño al participar en un entrenamiento que promueva la identificación y el aprendizaje de otras habilidades sociales. Nuestro planteamiento va en la misma línea del de Flowerdew *et al.* (2012) quienes insistían en que, dentro de un marco racional, todos los profesionales (incluso los ya asertivos) lograrían un nivel de asertividad que les permitiría una mejor práctica sanitaria.

Adicionalmente, a pesar de las ya comentadas y escasas pruebas empíricas, el EA parece ser una medida preventiva para las dificultades de comunicación (con superiores, colegas y usuarios) y las situaciones conflictivas, la sintomatología depresiva, de ansiedad, ansiedad social y de desgaste en el profesional sanitario, así como también es importante para el trabajo en equipo, para la toma de decisiones y el manejo de situaciones adversas y críticas en los sitios de trabajo (p. ej., Flin *et al.*, 2004; Flowerdew *et al.*, 2012). Si bien es cierto que no necesariamente la ansiedad social, el agotamiento o la falta de realización que experimenta el profesional sanitario depende exclusivamente de su nivel de asertividad, queda claro que ésta contribuye en parte. La experiencia de la ansiedad en las situaciones sociales surge cuando se teme de forma importante a la evaluación negativa por parte de otros, ya sea durante una situación de interacción social o realizando algún tipo de actuación delante de los demás. Si el profesional no sabe cómo comunicar, de manera clara y abierta, sus opiniones o sus ideas (incluso sus sentimientos) a otros colegas o a los usuarios, sobre todo en un servicio como el de urgencias en el que las situaciones difíciles, críticas o conflictivas están a la orden del día, puede experimentar un aumento importante de sus niveles de ansiedad social. Es más, las situaciones a las que se enfrenta no necesariamente tienen que ser de un nivel elevado de gravedad, basta con que sean numerosas (aunque tengan baja gravedad). Igualmente, la falta de asertividad también se relaciona con el agotamiento emocional característico del desgaste profesional, pues lo que ha sucedido antes de sufrir el agotamiento posiblemente ha sido una sobreimplicación con los pacientes/usuarios y, en general, con el trabajo, precisamente por no tener claridad y manejar adecuadamente los límites personales y profesionales. Por último, la relación que muestra la falta de asertividad con la falta de realización personal en el trabajo la vemos muy coherente si consideramos que el sentirse realizado en el trabajo incluye la capacidad para comprender a las personas a las que debe atender, resolver los problemas que ellas les plantean, saber cómo crear un clima agradable en el trabajo, alcanzar los objetivos, etc., todas ellas cuestiones que exigen esas habilidades "no técnicas" para tener éxito.

Queremos insistir en una idea y es que teniendo en cuenta que la prioridad en el EA es enseñarle al profesional sanitario formas adecuadas de expresar y defender sus propios derechos y opiniones, evitando el uso de la agresión o la

pasividad y respetando el derecho de la otra persona a ser también asertivo, este profesional irá adquiriendo confianza en sí mismo y lo reflejará en las interacciones personales y en el modo de ejercer la profesión. Una persona asertiva no manipula ni deja que lo hagan con ella, se expresa con claridad (de manera franca, abierta y directa) y deja que la otra persona lo haga, sabe que es el único responsable de su comportamiento y entiende que el otro también lo es, así que si todas estas cuestiones forman parte de la interacción profesional sanitario-paciente, lo más probable es que la relación cambie (para mejor) y, por tanto, también puede esperarse una mejoría del acto médico (y de los resultados de éste). Un ejemplo sencillo de lo que lograría el EA sería que el médico, al conocer cuáles son los derechos asertivos (p. ej., no llevar "siempre" la razón, decir "no lo sé", poder equivocarse, etc.) y aprender a pedir opinión, se interesaría por conocer la del paciente y de este modo lo involucraría (y lo haría corresponsable) en las decisiones que tienen que ver con su salud. A partir de allí, ambos podrán discutir y acordar (de manera consensuada) cuál podría ser el mejor tratamiento y lo que se espera de cada una de las partes involucradas. Esto implicaría un cambio en el paradigma tradicional médico-paciente. Otro ejemplo lo encontraríamos cuando los profesionales deben actuar como equipo en situaciones de violencia en el trabajo. Si los miembros de este equipo han recibido un EA podrán actuar mejor en este tipo de casos (quizás incluso aumentar las probabilidades de que no ocurran) (Roldán, Garrido, Salazar y Ramos, 2010), porque tendrán claramente establecidos los roles y las pautas de actuación y seguramente entre sus habilidades estarán algunas que son fundamentales, como la escucha activa, la identificación de señales de posible violencia por parte del otro, el reconocer las necesidades del otro y validarlas, admitir la parte en la que el otro lleva razón, pedir un cambio en la conducta, etc. Esto hará que los profesionales se sientan confiados y, a su vez, respaldados por los demás y que el clima en sus lugares de trabajo sea de respeto y de no agresión.

Para finalizar, nos gustaría comentar algunas limitaciones de este estudio. La primera está la relacionada con el instrumento de medición de la asertividad. El "Inventario de aserción" de Gambril y Richey (1975) es uno de los más utilizados internacionalmente y posee algunas características psicométricas adecuadas (p. ej., Caballo, Salazar, Olivares *et al.*, 2014; Casas-Anguera *et al.*, 2014; Gambril y Richey, 1975; Henderson y Furnham, 1983). Nuestra elección de este instrumento se basó, además de en sus adecuadas propiedades psicométricas, en que aborda una amplia variedad de situaciones que exigen comportamientos socialmente competentes. No obstante, es posible que sea necesario utilizar, además, alguna otra medida que evalúe el constructo de asertividad aplicado en el campo sanitario, pero, hasta la fecha, las que existen han sido utilizadas para tesis doctorales en Enfermería (p. ej., Majewski, 1990; Padgett, 1987) y no han sido revisadas ni adaptadas al español, por lo que su utilización no era posible.

Sumado a lo anterior está el que muchas personas que han puntuado como asertivos en el "Inventario de aserción", podrían estar asumiendo posiciones que tienden más hacia la agresión. Esta idea nos ha surgido a partir de lo que hemos observado en los grupos de intervención con el personal sanitario (que realizamos posteriormente), en los que incluimos el EA como parte de un programa de

prevención de la violencia en el trabajo. El comportamiento de algunas de las personas que asisten a los grupos deja claro que expresan sus opiniones y sus sentimientos, pero no siempre lo hacen de una manera adecuada, ocasionando daño a los usuarios o a los colegas del trabajo. Estas sutilezas sobre cómo se dicen las cosas son difíciles de recoger en un instrumento de autoinforme y este inventario no es la excepción. Es posible que se necesite más investigación en el campo hasta dar con una medida que nos permita evaluar la agresividad, la inhibición y la asertividad, pues se trata de tres estilos de comportamiento diferentes que tienen consecuencias distintas en el contexto interpersonal social y laboral.

El segundo grupo de limitaciones está relacionado con la muestra. Al ser esta una muestra dirigida es posible que se haya producido el “sesgo del voluntario” y que los profesionales que participaron en el estudio tuvieran características diferentes (en los aspectos estudiados) a los que no lo hicieron. Adicionalmente, no incluimos a los profesionales que podían estar en situación de incapacidad temporal (baja laboral) y que podrían ser los más afectados por problemas de tipo psicológico (incluyendo los aquí evaluados). Finalmente, habría que considerar que este estudio fue realizado con profesionales de urgencias de atención primaria, una figura que no siempre existe en otros países y que, por tanto, dificulta su comparación. La mayoría de las investigaciones que hemos encontrado se han llevado a cabo en el ámbito hospitalario (bien distinto al de atención primaria) y en ciudades, mientras que gran parte de nuestros profesionales entrevistados trabajan en poblaciones granadinas pequeñas, donde no hay hospitales. Si bien es cierto que estos constituyen aspectos a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados, hemos podido hacer una aproximación empírica a dos temas de relevancia en la salud mental de nuestros profesionales, como son la presencia de problemas ansioso-depresivos, de ansiedad social y el desgaste profesional, y el analizar su relación con la asertividad y el papel de ésta como factor de riesgo para su aparición y mantenimiento.

Referencias

- Abolghasem, P., Reza, M. M., Marzieh, A., Mehdi, A., Hosein, S., Mohammad, S. y Farhad, H. (2012). Relationship between job burnout and mental health of nurses working in province of Qom. *Hospital*, 11, 44-52.
- Andersen, P. O., Jensen, M. K., Lippert, A. y Østergaard, D. (2010). Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams. *Resuscitation*, 81, 695-702.
- Azaïs, F., Granger, B., Debray, Q. y Ducroix, C. (1999). Approche cognitive et émotionnelle de l'assertivité [Cognitive and emotional approach to assertiveness]. *L'Encéphale*, 25, 353-357.
- Baer, L., Jacobs, D. G., Meszler-Reizes, J., Blais, M., Fava, M., Kessler, R., Magruder, K., Murphy, J., Kopans, B., Cukor, P., Leahy, L. y O'Laughlen, J. (2000). Development of a brief screening instrument: the HANDS. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 35-41.
- Barnhart, J. M., Cohen, O., Wright, N. y Wylie-Rosett, J. (2006). Can non-medical factors contribute to disparities in coronary heart disease treatments? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17, 559-574.

- Bartels, C., Goetz, S., Ward, E. y Carnes, M. (2008). Internal medicine residents' perceived ability to direct patient care: impact of gender and experience. *Journal of Women's Health, 17*, 1615-1621.
- Bayrami, M. (2011). Effect of assertiveness training on general health in first year students of Tabriz university. *Psychological Research, 14*, 47-64.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Begley, C. M. y Glacken, M. (2004). Irish nursing students' changing levels of assertiveness during their pre-registration programme. *Nurse Education Today, 24*, 501-510.
- Bressi, C., Manenti, S., Porcellana, M., Cevas, D., Farina, L., Felicioni, I., Meloni, G., Milone, G., Miccolis, I. R., Pavanetto, M., Pescador, L., Poddigue, M., Scotti, L., Zambon, A., Corrao, G., Lambertenghi-Deliliers, G., Invernizzi, G. (2008). Haematology and burnout: an Italian survey. *The British Journal of Cancer, 98*, 1046-52.
- Bryl, N., Horst-Sikorska, W., Ignaszak-Szczepaniak, M., Marcinkowska, M., Michalak, M. y Sewerynek, E. (2012). Influence of social competence of physicians on patient compliance with osteoporosis medications--a study on polish postmenopausal women. *Ginekologia Polska, 83*, 511-516.
- Buback, D. (2004). Assertiveness training to prevent verbal abuse in the OR. *Association of Operating Room Nurses. AORN Journal, 79*, 148-164.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (2ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Iruña, M. J. y Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual, 11*, 539-562.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Iruña, M. J., Calderero, M. y Equipo de Investigación CISO-A España (2010). Validación del "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre comunidades y carreras universitarias. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 18*, 5-34.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y CISO-A Research Team (2008). Social anxiety in 18 nations: sex and age differences. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 16*, 163-187.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y CISO-A Research Team (2014). Differences in social anxiety between men and women across 18 countries. *Personality and Individual Differences, 64*, 35-40.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Arias, B. y Nobre, L. (2013). Evaluando la ansiedad social por medio de cinco medidas de autoinforme, LSAS-SR, SPAI, SPIN, SPS, and SIAS: un análisis crítico de su estructura factorial. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 21*, 423-450.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 22*, 401-422.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Olivares, P., Iruña, M. J., Olivares, J. y Toledo, R. (2014). Evaluación de las habilidades sociales: estructura factorial y otras propiedades psicométricas de cuatro medidas de autoinforme. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 22*, 375-399.
- Casas-Anguera, E., Prat, G., Vilamala, S., Escandell, M. J., García-Franco, M., Martín, J. R., López, E. y Ochoa, S. (2014). Validación de la versión española del Inventario de

- asertividad Gambrill y Richey en población con diagnóstico de esquizofrenia. *Anales de Psicología*, 30, 431-437.
- Chambless, D. L., Hunter, K. y Jackson, A. (1982). Social anxiety and assertiveness: a comparison of the correlations in phobic and college student samples. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 403-404.
- Chapman, R., Perry, L., Styles, I. y Combs, S. (2009). Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 18, 476-483.
- Clark, D. B., Turner, S. M., Beidel, D. C., Donovan, J. E., Kirisci, L. y Jacob, R. G. (1994). Reliability and validity of the social phobia and anxiety inventory for adolescents. *Psychological Assessment*, 6, 135-140.
- de Boer, J., Lok, A., van't Verlaat, E., Duivenvoorden, H. J., Bakker, A. B. y Smit, B. J. (2011). Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 73, 316-326.
- Deltsidou, A. (2009). Undergraduate nursing students' level of assertiveness in Greece: a questionnaire survey. *Nurse Education in Practice*, 9, 322-330.
- Dohi, I. e Hirokawa, K. (2004). Development of CAS (Communion-Agency Scale): measurement of positive and negative aspects of gender personality. *The Japanese Journal of Psychology*, 75, 420-427.
- Edens, J. E. (1989). *Relationship between assertiveness and burnout in practicing nurses*. (Tesis de Máster). Recuperada desde ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI: 303717344).
- Edwards, S. L. y O'Connell, C. F., 2007. Exploring bullying: implications for nurse educators. *Nurse Education in Practice* 7, 26-35.
- Esquivel-Molina, C. G., Buendía-Cano, F., Martínez-García, O., Martínez-Mendoza, J. A., Martínez-Ordaz, V. A. y Velasco-Rodríguez, V. M. (2007). Síndrome de agotamiento profesional en personal médico de un hospital de tercer nivel. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45, 427-436.
- Flin, R. y Maran, N. (2004). Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *Quality & Safety in Health Care*, 13(supl 1), 80-84.
- Fletcher, G. C. L., McGeorge, P., Flin, R. H., Galvin, R. J. y Maran, N. J. (2002). The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature. *British Journal of Anaesthesia*, 88, 418-429.
- Flowerdew, L., Brown, R., Vincent, C. y Woloshynowych, M. (2012). Identifying nontechnical skills associated with safety in the emergency department: a scoping review of the literature. *Annals of Emergency Medicine*, 59, 386-394.
- Gambrill, E. D. y Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Gaspar, D., Jesus, S. N. y Cruz, J. P. (2011). Motivação profissional no internato médico de medicina geral e familiar: um estudo nacional [Professional motivation and family medicine residency: a national study]. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 255-264.
- Gilbert, S. E. y Gordon, K. C. (2013). Interpersonal psychotherapy informed treatment for avoidant personality disorder with subsequent depression. *Clinical Case Studies*, 12, 111-127.
- Goldberg, D. P. y Williams, P. (1988). *A users guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
- Haro, J. M., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut Saiz, G., Fernández, A., Codony, M., Martínez, M., Domingo, A., Torres, J. V., Almansa, J., Ochoa, S. y Autonell, J. (2008). The epidemiology of mental disorders in the general population of Spain. En R. C. Kessler y T. B. Üstün (dirs.), *The WHO Mental Health Surveys: global perspectives on*

- the epidemiology of mental disorders* (pp. 406-430). Nueva York: Cambridge University.
- Hayman, P. M. y Cope, C. S. (1980). Effects of assertion training on depression. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 534-543.
- Henderson, M. y Furnham, A. (1983). Dimensions of assertiveness: factor analysis of five assertion inventories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 223-231.
- Hirokawa, K., Taniguchi, T., Tsuchiya, M. y Kawakami, N. (2012). Effects of a stress management program for hospital staffs on their coping strategies and interpersonal behaviors. *Industrial Health*, 50, 487-498.
- Hsu, L., Woody, S. R., Lee, H., Peng, Y., Zhou, X. y Ryder, A. G. (2012). Social anxiety among East Asians in North America: East Asian socialization or the challenge of acculturation? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 18, 181-191.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Moysidou, C. e Ierodiakonou, C. (1999). Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29, 421-33.
- Ismayilova, L., Hmoud, O., Alkhasawneh, E., Shaw, S. y El-Bassel, N. (2013). Depressive symptoms among Jordanian youth: results of a national survey. *Community Mental Health Journal*, 49, 133-140.
- Karanikola, M. N. K. y Papatthanassoglou, E. E. D. (2013). Exploration of the burnout syndrome occurrence among mental health nurses in Cyprus. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 319-326.
- Keenan, K., Hipwell, A., Feng, X., Rischall, M., Henneberger, A. y Klosterman, S. (2010). Lack of assertion, peer victimization, and risk for depression in girls: testing a diathesis-stress model. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 47, 526-528.
- Kessler, R. C. y Üstün, T. B. (dirs.) (2008). *The WHO Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. Nueva York: Cambridge University.
- Kilkus, S. P. (1993). Assertiveness among professional nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1324-1330.
- Lee, S. y Crockett, M. S. (1994). Effect of assertiveness training on levels of stress and assertiveness experienced by nurses in Taiwan, Republic of China. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 419-432.
- Lefrançois, C., Van Dijk, A., Bardel, M., Fradin, J. y El Massioui, F. (2011). L'affirmation de soi revisitée pour diminuer l'anxiété sociale [Reviewing self-confidence in order to reduce social anxiety]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21, 17-23.
- Lin, Y., Shiah, I., Chang, Y., Lai, T., Wang, K. y Chou, K. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24, 656-665.
- Lindwall, M., Gerber, M., Jonsdottir, I. H., Börjesson, M. y Ahlborg, G., Jr. (2013). The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: a longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health Psychology*.
- Mann, K., Sargeant, J. y Hill, T. (2009). Knowledge translation in interprofessional education: what difference does interprofessional education make to practice? *Learning in Health and Social Care*, 8, 154-164.
- Majewski, T. V. (1990). *Predictors of assertiveness in a nursing context in community college nursing students: age, role model and generalized anxiety*. Tesis doctoral, Universidad de Maryland, UMI 9030949.

- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: a social psychological analysis. En G.S. Sanders y J. Suls, J. (dirs.), *Social psychology of health and illness* (pp. 227-251). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. (2ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- McCabe, C. y Timmins, F. (2003). Teaching assertiveness to undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 3, 30-42.
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B. y Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 292-299.
- Melamed, S., Ugarten, U., Shirom, A., Kahana, L., Lerman, Y. y Froom, P. (1999). Chronic burnout, somatic arousal and elevated cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 591-598.
- Mion, G., Libert, N. y Journois, D. (2013). Facteurs associés au burnout en anesthésie-réanimation. Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation [Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French society of anesthesiology and intensive care]. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 32, 175-188.
- Michelson, L. y Molcan, K. (1986). Development and psychometric properties of the Nurses' Assertiveness Inventory (NAI). *Behaviour Research and Therapy*, 24, 77-81.
- Mokuolu, B. O. (2013). Assessment of social anxiety and its correlates among undergraduates in southwestern Nigeria. *Ife Psychologia*, 21, 324-345.
- Moreno-Jiménez, B., Blanco-Donoso, L. M., Aguirre-Camacho, A., de Rivas, S. y Herrero, M. (2014). Habilidades sociales para las nuevas organizaciones. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 585-602.
- O'Connor, P., Byrne, D., O'Dea, A., McVeigh, T. P. y Kerin, M. J. (2013). "Excuse me": teaching interns to speak up. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety/Joint Commission Resources*, 39, 426-431.
- Ostacoli, L., Cavallo, M., Zuffranieri, M., Negro, M., Sguazzotti, E., Picci, R. L., Tempia, P., La Ciura, P. y Furlan, P. M. (2010). Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices. *Palliative & Supportive Care*, 8, 427-432.
- Padgett, J. J. (1987). *Effects of a group assertiveness training workshop on anxiety, assertiveness, and health locus-of-control for registered nurses*. Tesis doctoral, Ohio State University, UMI: 8717694.
- Piqueras, J. A., Olivares, J. e Hidalgo, M. D. (2012). Screening utility of the Social Anxiety Screening Scale in Spanish speaking adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 710-723.
- Poroch, D. y McIntosh, W. (1995). Barriers to assertive skills in nurses. *The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 4, 113-123.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Robles-García, R., Flores, E., Jurado, S. y Páez, F. (2002). Estudio de efectividad del entrenamiento asertivo para reducir sintomatología depresiva y ansiosa. *Psiquiatría*, 18, 176-179.
- Roldán, G., Garrido, L., Salazar, I. C. y Ramos, J. M. (2010). *Prevención y tratamiento de la violencia y el desgaste profesional en el contexto sanitario*. Granada: Fundación

- Pública Andaluza para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental - Alejandro Otero, Instituto de Salud Carlos III y Fondo Europeo de Desarrollo Regional.
- Roldán, G., Salazar, I. C., Garrido, L. y Ramos, J. M. (2013). Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. *Health, 5*, 193-199.
- Rose, J. y Glass, N. (2010). An Australian investigation of emotional work, emotional well-being and professional practice: an emancipatory inquiry. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 1405-1414.
- Rude, S. S. (1986). Relative benefits of assertion or cognitive self-control treatment for depression as a function of proficiency in each domain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 390-394.
- Ruggiero, J. (2005). Health, work variables, and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Administration, 35*, 254-263.
- Salazar, I. C. (2013). *Fiabilidad y validez de una nueva medida de autoinforme para la evaluación de la ansiedad/fobia social en adultos*. Tesis doctoral sin publicar, Universidad de Granada, España.
- Sánchez, V. y Lewinsohn, P. M. (1980). Assertive behavior and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 119-120.
- Sarkova, M., Bacikova-Sleskova, M., Orosova, O., Madarasova Geckova, A., Katreniakova, Z., Klein, D., van den Heuvel, W. y Dijk, J. P. (2013). Associations between assertiveness, psychological well-being, and self-esteem in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology, 43*, 147-154.
- Segal, D. L. (2005). Relationships of assertiveness, depression, and social support among older nursing home residents. *Behavior Modification, 29*, 689-695.
- Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishima, N. y Nagata, S. (2003). Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: a pilot study. *Journal of Occupational Health, 45*, 185-190.
- Skinner, K. y Scott, R. D. (1993). Depression among female registered nurses. *Nursing Management, 24*, 42-45.
- Sogolitappeh, F. N., Aliloo, M. M., Kheyroddin, J. B. y Tabrizi, M. T. (2009). Effectiveness of group life skills training on decreasing anxiety and depression among heart patients, after bypass surgery. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 15*, 50-56.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke, K., Hornyak, R. y McMurray, J. (2000). Validity and utility of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics Gynecology Study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 183*, 759-769.
- SPSS (2009). *SPSS 18*. Chicago, IL: Autor.
- Stehouwer, R. S. (1985). Beck Depression Inventory. En D. J. Keyser y R. C. Sweetland (dirs.), *Test critiques*. Kansas City, MO: Test Corporation of America.
- Suzuki, E., Kanoya, Y., Katsuki, T. y Sato, C. (2006). Assertiveness affecting burnout of novice nurses at university hospitals. *Japan Journal of Nursing Science, 3*, 93-105.
- Suzuki, E., Saito, M., Tagaya, A., Mihara, R., Maruyama, A., Azuma, T. y Sato, C. (2009). Relationship between assertiveness and burnout among nurse managers. *Japan Journal of Nursing Science, 6*, 71-81.
- Suzuki, S., Shimada, H., Miura, M., Katayanagi, K., Umamo, R. y Sakano, Y. (1997). Development a new psychological stress response scale (SRS-18) and investigation of the reliability and the validity. *Japanese journal of experimental medicine, 4*, 22-29.
- Tabolli, S., di Pietro, C., Luigi Aparo, U. y Renzi, C. (2010). Scarso benessere psicologico negli amministrativi di una struttura ospedaliera [Psychological wellbeing in the hospital administrative personnel]. *Annali Di Igiene: Medicina Preventiva e Di Comunità, 22*, 157-164.

- Thorpe, G. L., Freedman, E. G. y Lazar, J. D. (1985). Assertiveness training and exposure in vivo for agoraphobics. *Behavioural Psychotherapy*, 13, 132-141.
- Timmins, F. y McCabe, C. (2005). Nurses' and midwives' assertive behaviour in the workplace. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 38-45.
- Tomás-Sábado, J., Maynegre-Santaulària, M., Pérez-Bartolomé, M., Alsina-Rodríguez, M., Quinta-Barbero, R. y Granell-Navas, S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 20, 173-178.
- Ünal, S., Hisar, F. y Ülkü, G. (2012). Assertiveness levels of nursing students who experience verbal violence during practical training. *Contemporary Nurse*, 42, 11-19.
- Varner, D. F. (2013). *Assessing the risk of depression and burnout on healthcare professionals who practice family medicine* (Tesis Doctoral). Recuperada desde ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI: 3519502).
- Welsh, D. (2009). Predictors of depressive symptoms in female medical-surgical hospital nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 320-326.
- Williams, J. M. y Stout, J. K. (1985). The effect of high and low assertiveness on locus of control and health problems. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 119, 169-173.
- World Health Organization (2013). *Gender and women's health*. Recuperado el 20 de enero de 2014, desde http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zung, W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

RECIBIDO: 2 de mayo de 2014

ACEPTADO: 3 de septiembre de 2014