

FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO Y
PROTECCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR
ENTRE LOS PROFESIONALES DEL TRANSPORTE
SANITARIO

Pau Navarro Moya

Per citar o enllaçar aquest document:
Para citar o enlazar este documento:
Use this url to cite or link to this publication:

<http://hdl.handle.net/10803/668797>



<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento

This work is licensed under a Creative Commons Attribution licence

Universitat de Girona

TESIS DOCTORAL

FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DE LA
SALUD Y EL BIENESTAR ENTRE LOS PROFESIONALES DEL
TRANSPORTE SANITARIO



PAU NAVARRO MOYA
2019



Universitat de Girona

TESIS DOCTORAL

FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DE LA SALUD Y EL BIENESTAR ENTRE LOS PROFESIONALES DEL TRANSPORTE SANITARIO

por
PAU NAVARRO MOYA
2019

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA, SALUD Y CALIDAD DE VIDA
DIRIGIDA POR: MÒNICA GONZÁLEZ CARRASCO
y ESPERANÇA VILLAR HOZ

Memoria presentada para obtener el título de doctora de la Universitat de Girona

Foto de la portada cedida por David Dominguez.



La Dra. Mònica González-Carrasco y la Dra. Esperanza Villar Hoz, de la Universitat de Girona,

DECLARAMOS:

Que el trabajo titulado "*Los factores psicosociales de riesgo y protección de la salud y el bienestar entre los profesionales del transporte sanitario*", que presenta Pau Navarro Moya para la obtención del título de doctora, ha sido realizado bajo nuestra dirección y cumple los requisitos para poder optar a la Mención Internacional.

Y, para que así conste y tenga los efectos oportunos, firmamos este documento.

Dra. Mònica González-Carrasco

Dra. Esperança Villar Hoz

Girona, 22 de junio de 2019



La Dra. Mònica González-Carrasco y la Dra. Esperanza Villar Hoz, como coautoras del artículo:

Navarro, P., González-Carrasco, M., & Villar, E. (2017). Psychosocial risk and protective factors for the health and well-being of professionals working in emergency and non-emergency medical transport services, identified via questionnaires. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 25(1), 88.

Aceptamos que la Sra. Pau Navarro Moya presente el artículo (Anexo 1) como autor principal y como artículo derivado de su tesis doctoral, y que el mismo no pueda formar parte de ninguna otra tesis doctoral.

Y, para que así conste y tenga los efectos oportunos, firmamos este documento.

Dra. Mònica González-Carrasco

Dra. Esperança Villar Hoz

Girona, 22 de junio de 2019



"El inicio de la noche fue sonado, un tiro en el pecho durante una fallida operación de venta de droga. Se daba todo lo necesario para que el fin de semana fuera largo: calor, humedad y luna llena. Yo era bueno en mi trabajo y a veces mis manos se movían con una velocidad y con una precisión superiores a mí pero durante el último año había empezado a perder el control. Las cosas habían ido a peor, hacía meses que no salvaba a nadie, solo necesitaba unas cuantas noches tranquilas seguidas de un par de días libres"

AL LÍMITE (1999), Martin Scorsese

A todos/as los profesionales del transporte sanitario.

AGRADECIMIENTOS

Durante estos últimos más de cuatro años, este día me parecía lejano, aunque... ¡ha llegado!

Durante el periodo de tiempo que ha durado el presente trabajo, han sido muchas las personas, y de diversos ámbitos, que me han acompañado en el proceso. Todas y cada una de ellas, en algún momento u otro, por su ayuda y/o apoyo, han contribuido a la realización de esta tesis doctoral. Por ello, a todas y cada una de ellas, ¡gracias!

Entre estas personas, en el ámbito académico, quiero dirigir mi reconocimiento a las profesoras Mònica González y Esperanza Villar. Por guiarme en este largo recorrido, por corregirme en mis desaciertos, por aprobar cualquiera de mis decisiones, por enriquecerme con sus conocimientos, por su apoyo continuado, por todas y cada una de las aportaciones que han hecho posible este día.

Continuando en el ámbito académico, también quiero agradecer al profesor Angelo Dos Santos, quién no dudó en invitarme a realizar la estancia de doctorado a la universidad a la que pertenece. Por ofrecerme la oportunidad de acercarme a una comunidad universitaria de Quebec, por acompañarme en el aprendizaje de las características locales ya sean culturales, sociales o laborales, por su humanidad, proximidad y practicidad.

A Enrique Pato que, aunque forme parte del ámbito académico quebequés, nuestra relación se trasladó al ámbito social. Agradecerle por compartir su sabiduría académica, por mostrarme otras visiones en este proceso, por su cercanía y humanidad.

En el ámbito laboral en primer lugar quiero agradecer a todas y cada una de las personas del CTSC Regió Girona que se prestaron para rellenar el cuestionario del presente trabajo. Indiscutiblemente, su participación fue necesaria para obtener la muestra del primer estudio.

Continuando en el CTSC Regió Girona, agradecer a Pedro María Martínez, su director general, la aceptación del proyecto. Por su apoyo incondicional, por compartir su conocimiento sectorial, por creer en las personas, en su talento, en su desarrollo y crecimiento, y sobretodo por apostar por mis proyectos.

También agradecer a quién en la gestación de este proyecto realizaba funciones de recursos humanos en el CTSC Regió Girona, David Berruezo. Podría nombrar las múltiples competencias y habilidades laborales de las que dispone. A pesar de ello, prefiero destacar y agradecerle lo que me ha enseñado y aportado en el camino de la vida, además de su implicación incondicional en el proceso de esta tesis.

Para finalizar con el CTSC Regió Girona, agradecer al conjunto de personas que colaboraron de algún modo u otro en la realización del estudio: delegados, coordinadores, personas con diferentes responsabilidades dentro de la organización, a todos/as.

En continuidad con la participación al estudio, mi más preciado agradecimiento también a todos los profesionales, tanto de Girona como de Quebec, que se prestaron a responder la entrevista, compartiendo sus experiencias, vivencias y/o emociones. Citarlas rompería con el anonimato, por lo que me reservo sus nombres. De todo corazón, gracias por vuestra apertura, por enseñarme tanto del sector, por mostrarme algo tan íntimo como vuestros sentimientos y emociones.

Agradecer también la colaboración de la parte social del sector en Quebec, asociaciones que obviaré mencionar, de nuevo para respetar el anonimato de las entrevistas realizadas.

En mi ámbito social, agradecer a todo mi círculo de amigos: los de toda la vida, los más recientes, los descubiertos en mis últimos contratos laborales en este período como doctoranda (Crae Albera, Kayaking Costa Brava, Ambulancias Cuenca y Nuevas Ambulancias Soria), con los que nos vemos más, con los que nos vemos menos, con los que están en otros continentes, con quienes hemos compartido piso en lugares lejanos a nuestros hogares. A todos/as, gracias por acompañarme en el proceso, ya haya sido tomándonos un café, en las cenas de los miércoles, en los varios

espectáculos de música en directo, disfrutando de la naturaleza, en conversaciones telefónicas, en la mensajería instantánea, por todo esto y mucho más.

A ella, la enfermera de la cual desconozco su nombre, quizás "Mimi". Aquella mañana gris de agosto, cuando coincidimos en Montreal Est, en la que se ella se dirigió a mi, mientras yo disfrutaba de mi café al mismo tiempo que estaba pensando en la continuidad del presente trabajo. Ella, desconocedora de mis pensamientos en esos instantes, empezó a hablarme, entre otras cosas, de la vida de Émile Nelligan ¿lo recordará? Mientras, yo la escuchaba atentamente, hasta que en un momento me dijo... "¡perdona! continúa con lo que estabas haciendo, demasiado importante como para detenerlo", así que ... continué con el presente trabajo.

Finalmente, aunque obviamente no menos importante, agradezco a mi familia su apoyo incondicional a lo largo de este camino, que en ningún momento se han cuestionado ninguna de las decisiones que conllevó, ni tan si quiera la de solicitar una baja voluntaria de mi contrato laboral indefinido, para poder realizar mis estudios de doctorado. Me siento afortunada de haber recibido una educación para recorrer trayectos, caminos, senderos o lo que fuere, aunque siempre desde los valores. A mis padres, Tomás y Gely, agradecerles esta educación en valores. A mis hermanos, Ángel y Marc, por mostrarme el camino de la vida sin límites.

Sin poder nombrar a todo el mundo de forma individual (pido disculpas de corazón si alguien se siente olvidado/a), espero que todas las personas que de un modo u otro han colaborado en este proceso, sientan en estas palabras mi reconocimiento más sincero.

A todos/as los citados, a ti que estás leyendo este trabajo, ¡miles de gracias!

LISTA DE ABREVIATURAS

AA	Anglo-americano
ACP	Paramédico de soporte vital avanzado (En inglés: Advanced care paramedic)
AEC	Certificado de estudios colegiados (En francés: Attestation d'études colegiales)
APA	Asociación americana de psiquiatría
BOE	Boletín oficial del estado
BS	Bienestar subjetivo
C	Cansancio cognitivo
CBI	Copenhagen burnout inventory
CCAA	Comunidades autónomas
CCP	Paramédico de cuidados críticos (En inglés: Critical care paramedic)
CE	Cansancio emocional
CEE	Comunidad económica europea
CESQT	Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo
CIE	Clasificación internacional de enfermedades
COR	Conservación de recursos
CCS	Centro comunitario de salud
CVL	Calidad de vida laboral
DC	Demandas-control
DEC	Diploma de estudios colegiados (En francés: Diplome d'études colegiales)
DOGC	Diario oficial de la "Generalitat de Catalunya"
DP	Despersonalización

DRL	Demandas-recursos laborales
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (En inglés: Diagnostic and statistical manual of mental disorders)
E	Agotamiento emocional
EMR	Personal de emergencias médicas (En inglés: Emergency medical responder)
EMT	Técnico de emergencias médicas (En inglés: Emergency medical technician)
FA	Franco-alemán
GI	Girona
GIMT	Grupo de intervención táctica (En francés: Groupe d'intervention médicale tactique)
ICD	Clasificación internacional de enfermedades (En inglés: International classification of diseases)
ILO	Organización internacional del trabajo (En inglés: International labour organisation)
MBI	Inventario de agotamiento de Maslach (En inglés: Maslach Burnout Inventory)
OLBI	Oldenburg Burnout Inventory
OMS	Organización mundial de la salud
OSBL	Organización sin ánimo lucrativo (En francés: Organisme sans but lucratif)
OSHA	Administración de seguridad y salud ocupacional
P	Fatiga física
PCP	Paramédico de atención primaria (En inglés: Primary care paramedic)
PNCP	Perfiles nacionales de competencias profesionales
PSA	Personal paramédico en cuidados avanzados (En francés: Personnel paramédical en soins avancés)

PSC	Personal paramédico en cuidados críticos (En francés: Personnel paramédical en soins critiques)
PTS	Servicio de traslado de pacientes (En inglés: Patient transport services)
PWI	Índice de bienestar subjetivo (En inglés: Personal wellbeing index)
QC	Quebec
RED	Recursos, experiencias y demandas
RP	Realización personal
SDP	Síndrome de desgaste profesional
SEMs	Servicios de emergencias médicas extrahospitalarias
SEM	Sistema de emergencias médicas (En catalán: Sistema d'emergències mèdiques)
SMBM	Medida del agotamiento de Shirom-Melamed (En inglés: Shirom-Melamed burnout measure)
SNS	Sistema nacional de salud
SOC	Sentido de coherencia
SPU	Servicios extrahospitalarios de urgencias (En francés: Services pré-hospitaliers d'urgence)
SQT	Síndrome estar quemado en el trabajo
SVA	Soporte vital avanzado
SVB	Soporte vital básico
TAP	Técnico de ambulancias paramédico (En francés: Technicien ambulancier paramedic)
TAP-SA	TAP en soporte vital avanzado (En francés: TAP en soins avancés)
TES	Técnico de emergencias sanitarias
TS	Transporte sanitario
TSNU	Transporte sanitario no urgente

TSU	Transporte sanitario urgente
TTS	Técnico de transporte sanitario
UF	Unidad formativa
URC	Unidad de respuesta hacia la comunidad (En francés: Unité de réponse à la communauté)
VIR	Vehículo de intervención rápida
YUL-ADR	YUL Aeropuerto de Montreal (En francés: YUL - Aéroports de Montréal)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representación del modelo salutogénico del trabajo	46
Figura 2. Modelo demandas-recursos laborales SOC-Salud	48
Figura 3. Cadena de intervención de las SPU	93

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores psicosociales organizacionales y laborales	27
Tabla 2. Factores psicosociales de riesgo	30
Tabla 3. Consecuencias de los factores psicosociales de riesgo	33
Tabla 4. Riesgos organizacionales asociados al burnout	64
Tabla 5. Determinantes del burnout relacionados con el trabajo	65
Tabla 6. Clases de vehículos de transporte sanitario terrestre	80
Tabla 7. Objetivos del ciclo formativo de grado medio TES	85
Tabla 8. Competencias profesionales, personales y sociales del TES	87
Tabla 9. Módulos y unidades formativas	89
Tabla 10. Objetivos DEC “Soins préhospitalaires urgences”	96
Tabla 11. Contenidos competenciales DEC SPU	98
Tabla 12. Matriz de competencias DEC SPU	102
Tabla 13. Análisis descriptivo de las escalas de la ECTP (factores psicosociales del clima), la satisfacción con el horario (R[1-10]), del MBI (Maslach Burnout inventory), del SOC (sentido de coherencia) y del PWI (índice de bienestar subjetivo, (R[0-10]))	120
Tabla 14. Análisis multivariante de las varianzas de ECTP, satisfacción con el horario, MBI, SOC y PWI para el puesto de trabajo y el sexo	122
Tabla 15. Análisis de la varianza de la ECTP, la satisfacción con el horario, el MBI, el SOC y el PWI para el puesto de trabajo, el sexo y la interacción entre el puesto de trabajo y el sexo	122
Tabla 16. Análisis multivariante según el puesto de trabajo	124

TABLA DE CONTENIDOS

RÉSUMÉ/RESUMEN/ABSTRACT/RESUM	3
1. JUSTIFICACIÓN	15
1.1 LA CALIDAD DE VIDA LABORAL Y LA SALUD Y EL BIENESTAR OCUPACIONAL	17
1.2 LA IMPORTANCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES	18
1.3 CONSIDERACIONES ENTORNO A LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS FACTORES PSICOSOCIALES	20
1.4 PLANTEAMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA TESIS	22
2. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR OCUPACIONAL	25
2.1 LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN LA SALUD Y EL BIENESTAR OCUPACIONAL	26
2.1.1 ¿QUÉ Y CUÁLES SON LOS FACTORES PSICOSOCIALES?	26
2.2 LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO EN LA SALUD Y EL BIENESTAR OCUPACIONAL	28
2.2.1 ¿QUÉ Y CUÁLES SON LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO?	29
2.2.2 ¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE LA EXPOSICIÓN A FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO?	32
2.2.3 MODELOS TEÓRICOS DE SALUD OCUPACIONAL	35
2.2.3.1 Modelos de pérdida de recursos	36
2.2.3.2 Modelos de ajuste-desajuste	38
2.2.3.3 Modelo vitamínico	39
2.2.3.4 Modelos de demandas-recursos	40
2.3 LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE PROTECCIÓN DE LA SALUD Y EL BIENESTAR OCUPACIONAL	43
2.3.1 ¿QUÉ SON LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE PROTECCIÓN?	43
2.3.2 EL MODELO SALUTOGÉNICO	44
3. EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (SDP) O BURNOUT	51
3.1 EL CONSTRUCTO DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL O BURNOUT	52
3.1.1 LA TRIDIMENSIONALIDAD DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL	54
3.1.2 EL BURNOUT COMO DIAGNÓSTICO MÉDICO	55
3.1.3 EL BURNOUT COMO ENFERMEDAD LABORAL	57
3.2 LA PREVALENCIA DEL BURNOUT EN LOS ENTORNOS LABORALES	58
3.2.1 PREVALENCIA DEL BURNOUT EN SECTORES DE SERVICIOS (EDUCACIÓN Y SANIDAD) A NIVEL INTERNACIONAL	59
3.2.2 PREVALENCIA DEL BURNOUT ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE AMBULANCIAS	62
3.3 LOS DETERMINANTES DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL	63
3.3.1 LOS DETERMINANTES A NIVEL ORGANIZACIONAL	63
3.3.2 LOS DETERMINANTES A NIVEL SOCIAL E INDIVIDUAL	65
3.4 LOS INSTRUMENTOS PARA EVALUAR EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL	66
3.5 LAS CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL	67
3.6 EL BURNOUT Y LA TEORÍA ECOLÓGICA DE BRONFENBRENNER	69
4. CONTEXTUALIZACIÓN DEL SECTOR DEL TRANSPORTE SANITARIO	75
4.1 LOS SERVICIOS DE AMBULANCIAS	76
4.2 EL MODELO FA DE CATALUÑA (ESPAÑA)	78
4.2.1 EL TRANSPORTE SANITARIO EN CATALUÑA (ESPAÑA)	78
4.2.2 LOS PROFESIONALES DEL SECTOR	82
4.3 EL MODELO AA DE QUEBEC (CANADA)	91

4.3.1 LOS SERVICIOS DE AMBULANCIA EN QUEBEC (CANADA)	91
4.3.2 LOS PROFESIONALES DEL SECTOR	93
4.4 LA SALUD Y EL BIENESTAR OCUPACIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES DEL TRANSPORTE SANITARIO	104
4.4.1 EXPOSICIÓN A FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO PARA LA SALUD Y BIENESTAR EN EL SECTOR	105
4.4.2 FACTORES PSICOSOCIALES PROTECTORES DE LA SALUD Y EL BIENESTAR EN EL SECTOR	106
4.4.3 LA SALUD OCUPACIONAL Y EL BIENESTAR ENTRE LOS PROFESIONALES DEL TRANSPORTE SANITARIO EN ESPAÑA Y CANADÁ	107
5. OBJETIVOS	111
6. METODOLOGÍA	113
6.1 ESTUDIO 1	114
6.2 ESTUDIO 2	117
7. RESULTADOS	120
7.1 ESTUDIO 1	120
7.2 ESTUDIO 2	125
7.2.1. FACTORES DE RIESGO-PROTECCIÓN FRENTE AL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL	125
7.2.2 ACCIONES SUGERIDAS POR LOS PROFESIONALES DEL TS PARA PROMOVER VARIABLES PROTECTORAS DEL SDP	142
8. DISCUSIÓN	145
8.1 ESTUDIO 1	145
8.2 ESTUDIO 2	148
9. CONCLUSIONES	154
10. REFERENCIAS	162
11. ANEXO	180
11.1 ARTÍCULO	180

RÉSUMÉ/RESUMEN/ABSTRACT/RESUM

RÉSUMÉ

Le transport sanitaire (TS) terrestre est une activité essentielle dans la chaîne des soins de santé. Au niveau international, les services de soins extrahospitaliers sont groupés en deux grands modèles, l'anglo-américain (AA) et le franco-allemand (FA), avec différentes adaptations de ceux-ci en fonction des exigences du pays. En outre, s'agissant de la gestion du TS, une majorité de pays appliquant le modèle FA font une segmentation entre le TS urgent (TSU) et le TS non-urgent (TSNU).

En toute hypothèse, les études réalisées indiquent que les professionnels du secteur sont exposés à de nombreux facteurs de risque de souffrir des maladies professionnelles et des accidents de travail. Les problèmes de santé au travail parmi les professionnels du secteur du TS ont des conséquences au niveau individuel (physiques et psychiques), organisationnel et sur la qualité du service.

L'effort physique excessif et les risques psychosociaux font partie des principaux risques professionnels du secteur. Le collectif du TS présente une certaine vulnérabilité face aux risques psychosociaux, en raison notamment de la nature de la propre activité, où il fait face à des situations de vie ou de mort, et s'expose à de graves problématiques de santé des usagers, qui impliquent de fortes exigences émotionnelles.

S'il existe une grande diversité de données dans le secteur concernant la prévalence des facteurs psychosociaux de risque, les études sur les facteurs de protection de la santé et du bien-être sont plus rares. Par ailleurs, il n'y a pas d'études comparatives entre les modèles AA et FA quant à l'exposition aux facteurs psychosociaux sur le lieu de travail, et l'on ignore en outre les effets de la segmentation entre le TSU et le TSNU (propre au modèle FA) sur l'exposition des travailleurs du secteur aux facteurs psychosociaux.

La présente thèse de doctorat a donc pour but d'approfondir les connaissances sur les facteurs psychosociaux, en matière de risque comme de protection pour la santé des professionnels du transport sanitaire, en comparant les deux modèles de soins extrahospitaliers et en distinguant entre les travailleurs du TSU et ceux du TSNU pour le modèle FA. Pour ce faire, deux études distinctes, bien que liées, ont été menées, alliant les méthodologies quantitative et qualitative.

La première étude a pour objectif d'analyser la prévalence des indicateurs psychosociaux suivants de risque-protection pour la santé chez les travailleurs du secteur du TS du modèle FA : conditions de travail, satisfaction avec les quarts de travail, épuisement émotionnel, dépersonnalisation ou cynisme, accomplissement personnel, sens de cohérence et bien-être subjectif. Elle prétend en outre connaître l'effet du poste de travail (TSU c/ TSNU) et du sexe, ainsi que l'interaction entre les deux variables, sur les différents indicateurs exposés. Pour ce faire, une recherche descriptive et transversale a été menée, à l'aide de questionnaires, à partir d'un échantillon de 201 professionnels du secteur.

La seconde étude a pour objectif d'identifier les éventuels facteurs de risque-protection face au syndrome de *burnout* d'après la perception des propres professionnels du secteur, en comparant les deux modèles de soins extrahospitaliers (AA et FA) et en distinguant entre TSU et TSNU dans le cas du modèle FA. La technique employée est celle de l'entretien semi-directif approfondi, à travers 12 entretiens auprès de répondants clés, six pour chacun des modèles de soins extrahospitaliers.

Les résultats de la première étude indiquent que les valeurs obtenues dans les différents indicateurs psychosociaux de risque considérés dans l'étude sont plus favorables que dans d'autres échantillons nationaux ou internationaux. La variable poste de travail – urgent c/ non-urgent – présente une bonne capacité pour expliquer l'ensemble de facteurs de risque-protection analysés et révèle l'existence de notes plus élevées dans les facteurs de risque pour le TSNU par rapport au TSU.

S'agissant de la perception d'éventuels facteurs de risque de *burnout*, les aspects les plus cités chez les professionnels des deux modèles sont la surcharge de travail, les

quarts de travail, le centre coordinateur, les relations avec leurs responsables, la difficulté de conciliation travail-famille, le modèle de gestion du service d'ambulance, la privatisation des entreprises et la bureaucratisation de la gestion. Les professionnels indiquent comme facteurs de protection les relations avec les collègues, avec d'autres professionnels ou usagers, ou la reconnaissance sociale.

En conclusion, il existe des différences statistiquement significatives entre les professionnels du TSU et ceux du TSNU en ce qui concerne l'exposition aux facteurs psychosociaux de risque-protection pour la santé et le bien-être, avec des valeurs plus défavorables chez le collectif du TSNU. De même, il y a des perceptions différentes des facteurs de risque-protection chez les professionnels effectuant des activités dans le TSU et le TSNU du modèle FA. Cela étant dit, il semble y avoir davantage de similitudes que de différences lorsque l'on compare les perceptions sur les facteurs de risque-protection chez les professionnels du modèle AA et les professionnels du TSU dans le modèle FA.

Les professionnels du secteur du TS font un travail important dans la chaîne des soins de santé de notre société. Il est donc très important de prendre soin de ces professionnels. En ce sens, il convient de noter que cette thèse fournit des informations pertinentes sur les facteurs de risque et de la protection de la santé, aussi de l'exposition au burnout de ce groupe, très utiles pour la prise de décision dans la gestion du secteur, qu'il soit public ou privé. Les informations obtenues peuvent contribuer à améliorer la santé psychosociale de ces professionnels, tout en évitant des conséquences négatives pour les utilisateurs ou les organisations elles-mêmes, ainsi que le transfert de bonnes pratiques entre les différents modèles de TS.

RESUMEN

El transporte sanitario (TS) terrestre es una actividad esencial en la cadena de asistencia sanitaria. A nivel internacional, los servicios de atención extrahospitalaria se agrupan en dos grandes modelos, el anglo-americano (AA) y el franco-alemán (FA), con diversas adaptaciones de los mismos en función de las necesidades del país. Además, en relación a la gestión del TS, gran parte de los países con modelo FA segmentan entre el TS urgente (TSU) y TS no urgente (TSNU).

En cualquiera de los casos, los estudios existentes indican que los profesionales del sector están expuestos a múltiples factores de riesgo de sufrir enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. Los problemas de salud laboral entre los profesionales del sector del TS tienen consecuencias a nivel individual (físicas y psíquicas), organizacional y en la calidad del servicio.

Entre los riesgos laborales más prevalentes en el sector destacan el sobreesfuerzo físico y los riesgos psicosociales. El colectivo del TS presenta cierta vulnerabilidad frente a los riesgos psicosociales, entre otras razones por la naturaleza del propio trabajo, al experimentar situaciones de vida o muerte y exponerse a graves problemáticas de salud de los usuarios, que conllevan altas exigencias emocionales.

Si bien se conocen diversidad de datos en el sector en relación con la prevalencia de los factores psicosociales de riesgo, se han estudiado menos los factores protectores de la salud y el bienestar. Por otro lado, no existen estudios comparativos entre los modelos AA y FA en relación con la exposición a factores psicosociales en el trabajo y también se desconoce el efecto de la segmentación entre el TSU y el TSNU (propia del modelo FA) sobre la exposición a factores psicosociales de los trabajadores del sector.

Por todo ello, esta tesis doctoral tiene el propósito de profundizar en el conocimiento de los factores psicosociales tanto de riesgo como de protección para la salud y el bienestar de los profesionales del transporte sanitario, comparando entre ambos modelos de atención prehospitalaria y diferenciando entre los trabajadores del TSU y

del TSNU para el modelo FA. Para ello se han llevado a cabo dos estudios distintos, aunque relacionados, en los que se combinan la metodología cuantitativa y cualitativa.

El primer estudio tiene como objetivo analizar la prevalencia de los siguientes indicadores psicosociales de riesgo y protección para la salud y el bienestar entre los trabajadores del sector del TS del modelo FA: condiciones laborales, satisfacción con los turnos laborales, cansancio emocional, despersonalización, realización personal, sentido de coherencia y bienestar subjetivo. Además, también busca conocer el efecto del puesto de trabajo (TSU vs TSNU) y el sexo, así como la interacción entre ambas variables, sobre los diferentes indicadores expuestos. Para ello se ha realizado una investigación descriptiva y transversal, mediante cuestionarios, a partir de una muestra de 201 profesionales del sector.

El segundo estudio tiene como objetivo identificar los posibles factores de riesgo-protección ante el síndrome de desgaste profesional según la percepción de los propios profesionales del sector, comparando entre ambos modelos de atención extrahospitalaria (AA y FA) y diferenciando entre TSU y TSNU para el caso FA. Se ha utilizado la técnica de entrevista semiestructurada en profundidad y se han realizado 12 entrevistas con informantes clave, seis para cada uno de los modelos de atención extrahospitalaria.

Los resultados obtenidos en el primer estudio muestran que los valores obtenidos en los distintos indicadores psicosociales de riesgo considerados en el estudio son más favorables que en otras muestras nacionales o internacionales. La variable puesto de trabajo -urgente vs no urgente- presenta una buena capacidad para explicar el conjunto de factores de riesgo-protección analizados y revela la existencia de puntuaciones más altas en los factores de riesgo para el TSNU en comparación con el TSU.

En relación con la percepción de posibles factores de riesgo de sufrir burnout, los aspectos más citados entre los profesionales de ambos modelos son la sobrecarga de trabajo, los cuadrantes laborales, el centro coordinador, las relaciones con sus responsables, la dificultad de conciliación laboral, el modelo de gestión del servicio de ambulancias, la privatización de las empresas y la burocratización de la gestión. Los

profesionales señalan como factores protectores las relaciones con compañeros, con otros profesionales o usuarios o el reconocimiento social.

A manera de conclusión, se evidencia la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales del TSU y del TSNU en relación con la exposición a los factores psicosociales de riesgo-protección para la salud y el bienestar, con valores más desfavorables entre el colectivo del TSNU. En el mismo sentido, se detectan percepciones distintas de los factores de riesgo-protección entre los profesionales que realizan tareas en el TSU y el TSNU del modelo FA. Sin embargo, parecen existir más similitudes que diferencias cuando se comparan las percepciones sobre los factores de riesgo-protección entre los profesionales del modelo AA y los profesionales del TSU en el modelo FA.

Los profesionales del sector del TS realizan una importante labor en la cadena de salud en nuestra sociedad, por lo que es de gran importancia cuidar también estos profesionales. En este sentido cabe señalar que la presente tesis ofrece información relevante sobre los factores de riesgo-protección de la salud, y la exposición al SDP entre este colectivo, de gran utilidad para la toma de decisiones en la gestión del sector, ya sea pública o privada. La información obtenida puede contribuir a mejorar la salud psicosocial de estos profesionales, además de evitar consecuencias negativas a los usuarios o a las propias organizaciones, así como la transferencia de buenas prácticas entre los diferentes modelos de TS.

ABSTRACT

Land medical transport (MT) is an essential activity in the health care chain. At an international level, pre-hospital care services are grouped into two large models, the Anglo-American (AA) and the Franco-German (FG), each having different adaptations depending on the country's needs. Furthermore, with regard to the management of MT, a large part of the countries with the FG model differentiate between emergency MT (EMT) and non-emergency MT (non-EMT).

In either case, existing studies indicate that professionals in the sector are exposed to multiple risk factors for occupational diseases and accidents at work. Occupational health problems among professionals in the MT sector have consequences at individual (physical and mental), organisational, and service quality level.

Among the most prevalent occupational risks in the sector are physical overexertion and psychosocial risks. The MT group presents a certain vulnerability to psychosocial risks, among other reasons due to the nature of the work itself, when experiencing life or death situations and being exposed to serious health problems of users which entail high emotional demands.

While a diverse quantity of data is known within the sector regarding the prevalence of psychosocial risk factors, fewer protective factors for health and well-being have been studied. On the other hand, there are no comparative studies between the AA and FG models regarding exposure to psychosocial factors at work, and the effect of the segmentation between the EMT and the non-EMT (typical of the FG model) on the exposure to psychosocial factors of workers in the sector is also unknown.

Therefore, this doctoral thesis aims to deepen the knowledge of psychosocial risk and health protection factors for medical transport professionals, comparing both models of pre-hospital care and differentiating between EMT and non-EMT workers for the FG model. Two different, albeit related, studies have been carried out for this, combining quantitative and qualitative methodology.

The aim of the first study is to analyse the prevalence of the following psychosocial indicators for risk and health protection among workers in the MT sector of the FG model: working conditions, satisfaction with work shifts, emotional exhaustion, depersonalisation, personal accomplishment, sense of coherence and subjective well-being. In addition, it also seeks to know the effect of the work setting (EMT vs non-EMT) and gender, as well as the interaction between both variables on the different indicators exposed. Descriptive and transversal research has been carried out for this, using questionnaires, from a sample of 201 professionals in the sector.

The aim of the second study is to identify the possible risk-protection factors against the occupational burnout syndrome according to the perception of the professionals in the sector, comparing both models of pre-hospital care (AA and FG) and differentiating between EMT and non-EMT for the FG case. A semi-structured in-depth interview technique was used and 12 key informant interviews were conducted, six for each of the pre-hospital care models.

The results gathered in the first study show that the values obtained in the different psychosocial risk indicators considered are more favourable than in other national or international samples. The workplace variable EMT vs. non-EMT presents a good capacity to explain the set of risk-protection factors analysed and reveals the existence of higher scores in the risk factors for the non-EMT compared to the EMT.

In relation to the perception of possible risk factors of suffering burnout, the most mentioned aspects between the professionals of both models are the work overload, work schedules, the coordinating centre, relations with managers, the lack of work-life balance, the management of the ambulance services, the privatisation of companies, and bureaucratization of management. Professionals point to relationships with colleagues, other professionals or users, or social recognition as protective factors.

By way of conclusion, there are statistically significant differences between the EMT and the non-EMT personnel in relation to the exposure to psychosocial risk-protection factors for health and well-being, with more unfavourable values among the group of the non-EMT. In the same sense, different perceptions of risk-protection factors are

detected among the professionals who perform tasks in the EMT and the non-EMT of the FG model. However, there are more similarities than differences in terms of how the workers in each model perceive the risk-protective factors.

Professionals in the MT sector do an important job in the health care chain in our society, so it is very important to take care of these professionals as well. In this sense, it should be noted that this thesis offers relevant information on psychosocial risk-protection factors, and exposure to occupational burnout among this group, very useful for decision-making in the management of the sector, whether public or private. The information obtained can contribute to improving the psychosocial health of these professionals, in addition to avoiding negative consequences to users or to the organizations themselves, as well as the transfer of good practices between the different MT models.

RESUM

El transport sanitari (TS) terrestre és una activitat essencial en la cadena d'assistència sanitària. A nivell internacional, els serveis d'atenció extrahospitalària s'agrupen en dos grans models, l'anglo-americà (AA) i el franco-alemany (FA), amb diferents adaptacions dels mateixos segons les necessitats de cada país. A més, en relació a la gestió del TS, gran part dels països amb model FA segmenten entre el TS urgent (TSU) i el no urgent (TSNU).

En qualsevol dels casos, els estudis existents indiquen que els professionals del sector estan exposats a múltiples factors de risc de patir malalties professionals i accidents de treball. Els problemes de salut laboral entre els professionals del sector del TS tenen conseqüències a nivell individual (físiques i psíquiques), organitzacional i en la qualitat del servei.

Entre els riscos laborals més prevalents en el sector destaquen el sobre esforç físic i els riscos psicosocials. El col·lectiu del TS presenta certa vulnerabilitat davant els riscos psicosocials, entre altres raons per la naturalesa del propi treball, en experimentar situacions de vida o mort i exposar-se a greus problemàtiques de salut dels usuaris, que comporten altes exigències emocionals.

Si bé es coneixen diversitat de dades en el sector en relació amb la prevalença dels factors psicosocials de risc, s'han estudiat menys els factors protectors de la salut i el benestar. D'altra banda, no existeixen estudis comparatius entre els models AA i FA en relació amb l'exposició a factors psicosocials en el treball i també es desconeix l'efecte de la segmentació entre el TSU i el TSNU (pròpia del model FA) sobre l'exposició a factors psicosocials dels treballadors del sector.

Per tot això, aquesta tesi doctoral té el propòsit d'aprofundir en el coneixement dels factors psicosocials tant de risc com de protecció per a la salut i el benestar dels professionals del transport sanitari, comparant entre els dos models d'atenció prehospitalària i diferenciant entre els treballadors del TSU i del TSNU per al model

FA. Per a això s'han dut a terme dos estudis diferents, encara que relacionats, en els quals es combinen la metodologia quantitativa i qualitativa.

El primer estudi té com a objectiu analitzar la prevalença dels següents indicadors psicosocials de risc i protecció per a la salut i el benestar entre els treballadors del sector del TS del model FA: condicions laborals, satisfacció amb els torns laborals, cansament emocional, despersonalització, realització personal, sentit de coherència i benestar subjectiu. A més, també busca conèixer l'efecte del lloc de treball (TSU vs TSNU) i el sexe, així com la interacció entre les dues variables, sobre els diferents indicadors exposats. Per això s'ha realitzat una investigació descriptiva i transversal, mitjançant qüestionaris, a partir d'una mostra de 201 professionals del sector.

El segon estudi té com a objectiu identificar els possibles factors de risc-protecció davant la síndrome de desgast professional segons la percepció dels propis professionals del sector, comparant entre els dos models d'atenció extrahospitalària (AA i FA) i diferenciant entre TSU i TSNU per al cas FA. S'ha utilitzat la tècnica d'entrevista semiestructurada en profunditat i s'han realitzat 12 entrevistes amb informants clau, 6 per a cada un dels models d'atenció extrahospitalària.

Els resultats obtinguts en el primer estudi mostren que els valors obtinguts en els diferents indicadors psicosocials de risc considerats en l'estudi són més favorables que en altres mostres nacionals o internacionals. La variable lloc de treball -urgent vs no urgent- presenta una bona capacitat per explicar el conjunt de factors de risc-protecció analitzats i revela l'existència de puntuacions més altes en els factors de risc per al TSNU en comparació amb el TSU.

En relació amb la percepció de possibles factors de risc de patir burnout, els aspectes més citats entre els professionals d'ambdós models són la sobrecàrrega de treball, els quadrants laborals, el centre coordinador, les relacions amb els seus responsables, la dificultat de conciliació laboral, el model de gestió del servei d'ambulàncies, la privatització de les empreses i la burocratització de la gestió. Els professionals assenyalen com a factors protectors les relacions amb companys, amb altres professionals o usuaris o el reconeixement social.

A manera de conclusió, s'evidencia l'existència de diferències estadísticament significatives entre els professionals del TSU i del TSNU en relació amb l'exposició als factors psicosocials de risc-protecció per a la salut i el benestar, amb valors més desfavorables entre el col·lectiu del TSNU. En el mateix sentit, es detecten percepcions diferents dels factors de risc-protecció entre els professionals que realitzen tasques en el TSU i el TSNU del model FA. No obstant això, sembla que hi hagi més similituds que diferències quan es comparen les percepcions sobre els factors de risc-protecció entre els professionals del model AA i els professionals del TSU en el model FA.

Els professionals del sector del TS realitzen una important tasca en la cadena de salut en la nostra societat, per la qual cosa és de gran importància tenir cura també d'aquests professionals. En aquest sentit cal assenyalar que la present tesi ofereix informació rellevant sobre els factors de risc-protecció de la salut, i l'exposició al SDP entre aquest col·lectiu, de gran utilitat per a la presa de decisions en la gestió del sector, ja sigui pública o privada. La informació obtinguda pot contribuir a millorar la salut psicosocial d'aquests professionals, a més d'evitar conseqüències negatives als usuaris o a les pròpies organitzacions, així com la transferència de bones pràctiques entre els diferents models de TS.

1. JUSTIFICACIÓN

En el año 2006 tuve la oportunidad de empezar a trabajar como técnico-conductor de transporte sanitario en una empresa de ambulancias en la provincia de Girona. Hasta la fecha, había finalizado mis estudios de ingeniería técnica en telecomunicaciones y mi experiencia laboral era en el ámbito de los deportes de invierno con lo que, más allá del curso inicial de capacitación para realizar las funciones de técnico de transporte sanitario, no disponía de información del sector de las ambulancias.

Fue posteriormente, durante el tiempo que pasé trabajando como técnico-conductor, cuando descubrí in situ las demandas emocionales y las posibles situaciones traumáticas que conlleva la profesión, además de otras grandes experiencias. Si bien imaginé que estas condiciones laborales podían afectar negativamente a la salud y el bienestar de los profesionales, también me sorprendieron gratamente ciertos elementos positivos que ayudaban a mantener la motivación diaria para continuar cuidando de nuestros usuarios de la mejor forma y con el mejor trato posible.

Más tarde, en la misma empresa, promocioné en varios puestos de trabajo, en los que realicé funciones afines a la gestión de la calidad, la prevención de riesgos laborales y las relaciones laborales, entre otras. Desde esta otra perspectiva descubrí que, en general, somos desconocedores de las exigencias emocionales o situaciones traumatizantes que conlleva el trabajo del profesional del transporte sanitario, aunque sobre todo ignoramos la existencia de otros aspectos más positivos, los cuales son relevantes en aras de procurar por la salud laboral y la calidad de vida de los trabajadores, así como para ofrecer la mejor calidad asistencial a los usuarios.

En ese momento, tras haber tenido la oportunidad de conocer la actividad del transporte sanitario desde diversos puestos de trabajo, consideré mi responsabilidad ampliar el conocimiento del sector en lo relativo a la salud y calidad de vida laboral, con lo que valoré la investigación como una forma de profundizar en la temática.

Así pues, a partir de entonces decido continuar vinculada al sector, aunque esta vez desde un punto de vista académico, mediante la realización de la presente tesis doctoral. La intención de ello es contribuir a la evidencia científica existente relativa a los aspectos psicosociales que inciden en la salud y el bienestar y la calidad de vida en el sector, ya sean factores de riesgo, con repercusión desfavorable para la salud laboral y el bienestar, o factores protectores, que modulan o previenen las consecuencias perjudiciales para los profesionales. Además, también se considera relevante identificar cuáles son los factores de riesgo y protección desde el punto de vista de los profesionales que ocupan distintos puestos de trabajo y realizan su labor en diversos territorios, aspectos poco conocidos hasta la fecha.

Sin embargo, en el momento de plantear la investigación surge la necesidad de valorar qué contribución podría aportar la tesis a un ámbito como el de la salud ocupacional, en el que año tras año aumenta exponencialmente el número de trabajos publicados. Solamente para el síndrome de burnout, Aguayo (2018) cifraba en más de 160.000 las referencias encontradas en una búsqueda bibliográfica (sin truncamientos) realizada en Proquest entre 1970 y diciembre de 2017. Ante el volumen de estudios y datos sobre la temática, es conveniente, en primer lugar, hacer una primera síntesis y valoración del estado de la cuestión de la investigación con el fin de justificar y orientar posteriormente el planteamiento y el enfoque de la tesis.

Por ello, en este primer capítulo se introducen algunos elementos conceptuales que sirven de base para justificar y contextualizar el marco teórico y la investigación que se desarrollarán en capítulos posteriores. Además de una introducción en relación a la calidad de vida en el trabajo, se aborda también la relevancia de los factores psicosociales, tanto para la prevención de los riesgos como para la promoción de la salud y el bienestar de los trabajadores. En los dos últimos apartados del capítulo se presentan algunas consideraciones de la investigación realizada hasta el momento en relación con los factores psicosociales y la salud ocupacional y se expone el planteamiento de la presente tesis doctoral y su estructura por capítulos.

1.1 LA CALIDAD DE VIDA LABORAL Y LA SALUD Y EL BIENESTAR OCUPACIONAL

El trabajo es una actividad social que puede afectar a la salud y a la calidad de vida laboral de forma positiva o negativa (Tabeleño, Tomasi, & Neves, 2011), y en consecuencia también al bienestar subjetivo (en adelante bienestar, véase la definición en el apartado 2.3.2), pues este es un componente de la calidad de vida. La importancia del trabajo en nuestras vidas radica principalmente en que: 1) un porcentaje elevado de nuestro tiempo transcurre en el entorno laboral y, 2) es el lugar donde obtenemos compensaciones económicas, materiales, psicológicas y sociales, además de un crecimiento de nuestra identidad y roles en la sociedad (Peiró, 1993). Existen diversidad de entornos laborales; algunos conducen a obtener oportunidades de desarrollo profesional y personal, mientras otros ofrecen condiciones laborales poco satisfactorias que impiden el desarrollo de las personas y pueden alterar gravemente su estado de salud y bienestar (González, Peiró, & Bravo, 1996).

La calidad de vida laboral (CVL) es un concepto multidimensional relacionado con todos los aspectos del trabajo que pueden ser relevantes para la satisfacción, la motivación, la salud, el bienestar y el rendimiento laboral (Casas, Repullo, Lorenzo, & Cañas, 2002). Segurado y Agulló (2002) señalan que en la calidad de vida laboral intervienen conceptos como la naturaleza de las características del trabajo y el conjunto de percepciones y experiencias laborales tanto individuales como colectivas.

La actual preocupación por la CVL tiene sus orígenes en la década de los 70 con los movimientos de Calidad de Vida Laboral (EEUU) y de Humanización del Trabajo (Europa), aunque sus bases se remontan a un par de décadas anteriores, con el movimiento del Desarrollo Organizacional y el enfoque sociotécnico en el rediseño del trabajo (Delamotte & Takezawa, 1984; González et al., 1996; entre otros citados por Segurado & Agulló, 2002). Los cuatro movimientos comparten objetivos en relación con dos conceptos: 1) el interés por la salud y el bienestar y la satisfacción de los trabajadores; y, 2) el incremento de la productividad y eficiencia de la organización, aunque con diferencias en el grado de importancia en cada uno de ellos.

En la actualidad, la CVL continua adquiriendo importancia en las empresas y a nivel social, impulsada por motivos varios como el desarrollo del Estado del Bienestar y sus políticas, la transformación de los valores profesionales, los avances en derechos laborales colectivos y en las relaciones humanas, entre otros (Espinosa, 2002; Uribe-Rodríguez & Garrido-Pinzón, 2011).

Por otro lado, una baja CVL es un problema para las organizaciones que el empresariado busca reducir porque puede afectar al compromiso de los trabajadores y a la calidad de los servicios que ofrecen las empresas. Además, la CVL es necesaria en las organizaciones para continuar atrayendo y retener a sus trabajadores (Sandrick, 2003), evitando la rotación de personal y sus posibles consecuencias en la productividad. Sin embargo, en ocasiones es difícil aislar e identificar los factores que afectan a la CVL, ya sea por su multidimensionalidad o por la complejidad de los entornos laborales.

En resumen, la diversidad de entornos laborales existentes puede afectar de manera más o menos favorable a la salud y el bienestar y pueden ofrecer más o menos calidad de vida, en función de las características del puesto de trabajo, de la organización o de las relaciones laborales, entre otros factores.

A continuación, se expone la importancia de los factores psicosociales en los entornos laborales.

1.2 LA IMPORTANCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES

Cambios como la globalización o la introducción de nuevas tecnologías en los entornos laborales, entre otros, han dado lugar a nuevas formas de trabajo, una mayor competitividad y unos controles rigurosos de los costes en las empresas. Estas situaciones, si bien han aumentado el interés por la gestión de los recursos humanos y los aspectos psicosociales en los entornos laborales, han propiciado también

cambios importantes en la organización del trabajo. El redimensionamiento de plantillas con tendencia a la reducción, la inseguridad laboral, la subcontratación creciente, los contratos temporales, el trabajo polivalente o poco definido, o la sobrecarga, son factores psicosociales que pueden crear incertidumbre entre los profesionales, generar tensión e incluso inducir a estados de agotamiento emocional y burnout, entre otros problemas de salud. Con todo ello, no es de extrañar que el estudio de los factores psicosociales de riesgo sea de interés para la seguridad y salud laboral de los profesionales (Moreno-Jiménez, 1999).

Si bien se definirá el concepto de factor psicosocial de forma detallada en el próximo capítulo, indicar que se trata de condiciones presentes en el entorno laboral, relacionadas con el puesto de trabajo, la organización o las relaciones laborales. En los casos en los que los factores psicosociales son desfavorables comportan consecuencias perjudiciales para la salud y el bienestar de los profesionales, ya sea en forma de trastornos musculoesqueléticos, cardiovasculares, respiratorios, psicosomáticos, psicosociales o de consumo de sustancias, entre otros (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000). Contrariamente, los factores psicosociales favorables contribuyen en positivo a la salud y el bienestar de las personas y a su desarrollo profesional, además de facilitar el compromiso laboral, la motivación, y la satisfacción de los trabajadores, entre otras variables con consecuencias para los niveles de productividad o satisfacción del cliente.

En cualquiera de los casos, el conocimiento de los factores psicosociales ofrece la oportunidad de realizar un trabajo de prevención o disminución de aquellos que sean un riesgo para la salud y el bienestar, así como potenciar, promover o mantener los que puedan adquirir un carácter protector. Es decir, disponer de la información de los factores psicosociales en los entornos laborales permite trabajar en aras de conseguir lugares de trabajo más saludables y con una mayor calidad de vida.

1.3 CONSIDERACIONES ENTORNO A LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS FACTORES PSICOSOCIALES

La breve síntesis anterior en torno al estado de la cuestión de la investigación sobre factores psicosociales y su relación con la salud ocupacional y el bienestar de los trabajadores en general, y del TS en particular, permite constatar la existencia de algunas consideraciones de carácter conceptual y metodológico que conviene abordar antes de exponer el planteamiento de la presente tesis doctoral.

La primera y más importante se refiere al uso de paradigmas de investigación excesivamente individualistas (Aguayo, 2018), que circunscriben a la persona o a la organización los determinantes causales de la salud ocupacional, obviando los condicionantes socioeconómicos, políticos o culturales. Estos condicionantes ejercen una influencia indudable sobre las condiciones laborales de los trabajadores y sus respuestas de afrontamiento. Por este motivo, son necesarias investigaciones que tengan en cuenta las características particulares de distintos contextos geográficos a la hora de identificar los factores psicosociales que puedan estar incidiendo en un determinado entorno laboral y analizar su influencia sobre la salud y e bienestar de los trabajadores en ese contexto sociocultural concreto. No es posible generalizar de manera directa los resultados de investigaciones realizadas en un territorio a otros contextos con distintas normativas laborales, culturas y modelos organizativos, tradiciones de relaciones laborales, o tratamiento de perspectivas de género en el trabajo, por poner solo algunos ejemplos.

Por la misma razón, tampoco es conveniente realizar estudios exclusivamente locales, por cuanto el análisis exhaustivo de un único contexto laboral no permite disponer de referencias comparativas para contextualizar los resultados de la investigación. Se necesitan estudios comparativos, realizados con metodologías comparables, que posibiliten el contraste de datos provenientes de contextos distintos.

Por ello, aun cuando el interés principal de esta tesis está en el análisis de los factores psicosociales que inciden en la salud y el bienestar de los trabajadores del TS en Cataluña, parece conveniente, en base a los argumentos anteriores, ampliar el foco de la investigación para incorporar datos de contraste de otro territorio geográfico y sociocultural distinto y con un modelo de organización del TS diferente del modelo catalán-español.

Una segunda limitación destacada por Aguayo (2018) en referencia a la investigación sobre burnout, y que podría hacerse extensiva a los factores psicosociales en general, es la existencia de demasiados modelos teóricos vigentes que, de acuerdo con el autor, a menudo carecen de una base sólida y provocan una cierta confusión conceptual. Como se verá más adelante en el marco teórico de la tesis, buena parte de los modelos explicativos de las relaciones entre los factores psicosociales y la salud ocupacional presentan un enfoque estrictamente organizacional, restringido a la interacción entre las condiciones de trabajo y las características individuales de la persona trabajadora. Es necesario abordar el estudio de los factores psicosociales desde un marco teórico más amplio y sólido, que tenga en cuenta una perspectiva social y ecológica de la interacción entre los diversos factores individuales, organizativos y sociales que influyen en la salud y el bienestar.

A nivel metodológico, también es cuestionable la práctica mayoritaria de investigar los factores psicosociales casi exclusivamente a través de cuestionarios. Aun cuando los datos obtenidos por este procedimiento son importantes y facilitan la comparabilidad de resultados entre investigaciones, no pueden ser la única fuente de información para el análisis de la relación entre los factores psicosociales y la salud y el bienestar de los trabajadores, una temática altamente sensible a las percepciones y sentimientos personales, condicionados por las historias y experiencias vitales de cada trabajador. El conocimiento de las circunstancias personales vinculadas a los entornos sociolaborales de referencia constituye una información necesaria para una adecuada comprensión de los procesos y mecanismos de acción a través de los cuales los factores psicosociales inciden en la salud ocupacional y el bienestar. Este enfoque requiere de una metodología cualitativa que contemple los puntos de vista y significados que otorgan los propios trabajadores a sus experiencias vitales en relación con el trabajo y la salud y el bienestar.

Una última limitación, no achacable directamente a los investigadores, tiene que ver con los cambios sociolaborales ocurridos a nivel global en las últimas décadas. Las transformaciones que ha experimentado la sociedad y el mundo del trabajo han provocado la aparición de factores psicosociales emergentes que apenas podían entreverse tan solo 20 o 30 años atrás. Ello dificulta la comparación de resultados con estudios anteriores y requiere la realización de nuevas investigaciones que aborden las nuevas condiciones laborales a las que se ven expuestos los trabajadores.

Estas consideraciones se han tenido en cuenta a la hora de plantear los objetivos y metodología de la investigación. Se exponen a continuación el planteamiento general y la estructura de la tesis.

1.4 PLANTEAMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA TESIS

A lo largo de este capítulo se han presentado una serie de aspectos relativos a la importancia de las condiciones de trabajo en la vida de las personas y su relación con la salud, el bienestar y la calidad de vida laboral; además, se han expuesto algunas consideraciones sobre la investigación de los factores psicosociales. A manera de síntesis, se resumen a continuación las principales conclusiones:

- un gran porcentaje de nuestro tiempo transcurre en el entorno laboral;
- en los entornos laborales están presentes factores psicosociales de carácter positivo y negativo; en este último caso los factores psicosociales se consideran de riesgo para la salud y el bienestar;
- los factores psicosociales de riesgo tienen efectos negativos en la salud y el bienestar de los profesionales, tanto a nivel físico como psíquico. Además, también tienen consecuencias negativas para las organizaciones;
- los factores protectores contribuyen al desarrollo de entornos saludables, además de facilitar el desarrollo de las personas;

- es necesario incorporar el análisis de los condicionantes socioculturales en la investigación sobre factores psicosociales, más allá del individuo y la organización.

Todo ello conduce a considerar relevante la contribución al conocimiento de los factores psicosociales en el sector, en aras de promover la salud y el bienestar entre los trabajadores del transporte sanitario, como colectivo de la cadena asistencial de los sistemas de salud.

Así pues, esta tesis doctoral tiene el propósito de profundizar en el conocimiento de los factores psicosociales de riesgo-protección para la salud y el bienestar de los profesionales del transporte sanitario, un colectivo con cierta vulnerabilidad frente a los riesgos psicosociales. Para ello se han llevado a cabo dos estudios distintos, aunque relacionados, en los que se combinan la metodología cuantitativa y cualitativa. Mediante el análisis cuantitativo se identifica la exposición a distintos indicadores psicosociales de riesgo-protección para la salud y el bienestar, concretamente las condiciones laborales, la satisfacción con los turnos laborales, el cansancio emocional, la despersonalización, la realización personal, el sentido de coherencia y el bienestar subjetivo. Además, se analiza el efecto del puesto de trabajo y el sexo, así como la interacción entre ambas variables sobre estos indicadores de riesgo-protección para la salud y el bienestar. Se justifica la utilización de una metodología de encuesta con el fin de facilitar la comparabilidad de los resultados con otros estudios nacionales e internacionales. El estudio cualitativo analiza cuáles son los posibles factores psicosociales de riesgo-protección para la salud y el bienestar desde el punto de vista de los profesionales del sector. Para ello se han comparado las percepciones sobre los factores de riesgo-protección de dos muestras de trabajadores de distintos países.

Atendiendo a los argumentos expuestos en el apartado sobre las consideraciones de la investigación anterior, se ha estimado conveniente realizar un análisis diferencial entre los profesionales de los dos grandes grupos de modelos extrahospitalarios existentes en el mundo, el anglo-americano (AA) y el franco-alemán (FA). Para el modelo FA se elige el sistema de TS de Cataluña (España) (TSU vs TSNU y técnicos de emergencias sanitarias) (BOE, 2012) y para el modelo AA se analiza el sistema de

gestión utilizado en la zona del Quebec (Canadá) (TS y techniciens ambulanciers paramedic) (Éditeur officiel du Québec, 2002).

La tesis está estructurada en 11 capítulos. Este primer capítulo ha abordado la importancia de los entornos de trabajo saludables y con una óptima CVL. Posteriormente se ha destacado la importancia de los factores psicosociales en la salud y el bienestar de los trabajadores y algunas consideraciones de la investigación sobre factores psicosociales.

Los siguientes tres capítulos (2, 3 y 4) corresponden al marco teórico. Se abordan en el capítulo 2 las cuestiones conceptuales sobre los factores psicosociales de riesgo y protección para la salud y el bienestar, así como algunos modelos teóricos explicativos de su relación con la salud y la calidad de vida laboral. El capítulo 3 se dedica al análisis del síndrome de desgaste profesional o burnout, una de las principales problemáticas de salud en el mundo del trabajo actual, relacionado con la exposición a factores psicosociales de riesgo. A continuación, se incluye un capítulo de contextualización del sector del transporte sanitario objeto de la investigación. Para ello, se delimitan las características del sector, los diferentes modelos de atención extrahospitalaria existentes, la formación que reciben los profesionales de las ambulancias y la situación de la salud ocupacional entre este colectivo.

El quinto capítulo corresponde al planteamiento de los objetivos de la tesis, el objetivo general de la investigación y los objetivos específicos de los dos estudios realizados. La metodología de ambos estudios queda expuesta en el sexto capítulo. El séptimo capítulo contiene los resultados de cada uno de los dos estudios realizados. El siguiente capítulo (8) contiene la discusión, también separada según ambos estudios, con las limitaciones para cada uno de ellos. El capítulo noveno expone las conclusiones generales del presente trabajo, incluyendo las líneas futuras de investigación. Finalmente, los dos últimos capítulos incluyen las referencias y los anexos.

2. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR OCUPACIONAL

En este segundo capítulo se aborda el análisis de los factores psicosociales que afectan a la salud ocupacional y el bienestar. Concretamente, se describen qué y cuáles son los factores psicosociales relacionados con el trabajo (apartado 2.1). A continuación, se justifican cuáles de estos factores psicosociales son considerados de riesgo, sus consecuencias sobre la salud y el bienestar y algunos de los modelos teóricos que explican los procesos por los que influyen en la salud de los trabajadores. Para finalizar el capítulo, se dedica la última sección (2.3) a los factores psicosociales de protección, así como al modelo teórico salutogénico.

2.1 LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN LA SALUD Y EL BIENESTAR OCUPACIONAL

2.1.1 ¿QUÉ Y CUÁLES SON LOS FACTORES PSICOSOCIALES?

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT),

“Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, el medio ambiente, la satisfacción con el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud y en el bienestar, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo” (Comité Mixto OIT-OMS, 1984).

Los **factores psicosociales** son condiciones presentes en el entorno laboral que pueden dar lugar a resultados positivos o negativos para la salud y el bienestar, así como también para la organización (Moreno & Baez, 2010). Si bien estas condiciones existen para todos los profesionales de una misma organización, las características propias de cada trabajador (personalidad, expectativas, capacidades, vulnerabilidad, etc.) determinan su grado de exposición así como las posibles consecuencias en su salud (Daza Martín & Bilbao Pérez, 1995).

El número de factores psicosociales, por su naturaleza de condiciones presentes en el entorno laboral, es muy amplio. Además, en función de cada entorno, existirá más o menos prevalencia para cada uno de ellos. Roozeboom, Houtman y Van den Bossche (2007), en Leka, Cox, & Zwetsloot (2007) clasifican los factores psicosociales mediante un sistema de indicadores, visualizados en la Tabla 1.

Tabla 1
Factores psicosociales organizacionales y laborales

FACTORES ORGANIZACIONALES	
Política y Filosofía de la Organización	Interfaz Trabajo-familia
	Gestión de los Recursos Humanos
	Política de seguridad y salud
	Responsabilidad Social
	Corporativa
	Estrategia empresarial
Cultura de la Organización	Política de Relaciones Laborales
	Información Organizacional
	Comunicación organizacional
	Justicia Organizacional
	Supervisión/Liderazgo
Relaciones Industriales	Clima laboral
	Representación sindical
	Convenios colectivos
FACTORES LABORALES	
Condiciones de empleo	Tipo de contrato
	Salario
	Diseño de carrera
Diseño del puesto	Rotación de puestos
	Trabajo grupal
Calidad en el trabajo	Uso de habilidades personales
	Demandas laborales
	Autonomía y capacidad de control
	Seguridad física en el trabajo
	Apoyo social
	Horas de trabajo
	Teletrabajo
	Discriminación
Violencia, acoso y bullying	

Nota : Adaptado de « The European Framework for Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF)», de Leka, S., Cox, T. y Zwetsloot, G., 2007, p.32, Nottingham, UK: I-WHO Publications

A continuación, se analizan los principales factores psicosociales de riesgo para la salud y el bienestar.

2.2 LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO EN LA SALUD Y EL BIENESTAR OCUPACIONAL

Desde un punto de vista histórico, el concepto de riesgo laboral ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Con anterioridad a la Alta Edad Media y al Renacimiento, el trabajador no disponía de ningún derecho, con lo que el riesgo laboral no tenía sentido alguno. En la Alta Edad Media y el Renacimiento, con la introducción de los gremios como primera aproximación de los sindicatos, aparecen las primeras defensas formales de ciertas condiciones laborales. Es entonces cuando se define el riesgo laboral como situación inaceptable porque tiene consecuencias negativas para el trabajador. Más tarde, otros hitos históricos, como la revolución francesa, la aparición de los sindicatos en el siglo XIX, el reconocimiento de los Derechos Humanos por parte de Naciones Unidas (1948), entre otros, también han contribuido a la evolución de la salud laboral, concretamente al derecho del trabajador a su integridad física, mental y social. Las primeras normativas legales en materia de seguridad laboral se centran en los riesgos físicos, químicos y ambientales, por ser los causantes de mayor parte de los accidentes y enfermedades laborales (Moreno Jiménez, 2011). En los últimos años también ha aumentado el interés y reconocimiento por la identificación, evaluación y control de los riesgos psicosociales, pues los procesos de globalización actual y los importantes cambios en las organizaciones han contribuido a una mayor exposición de los trabajadores a aspectos psicosociales (Moreno & Baez, 2010).

La literatura científica actual utiliza tres formas de referirse a las dimensiones de riesgo psicosocial: **factores psicosociales**, **factores psicosociales de riesgo** y **riesgos psicosociales**. Los tres conceptos son cercanos y relacionados entre sí, incluso en ocasiones se utilizan de forma intercambiable. A lo largo del presente trabajo, puesto que el mismo trata tanto del riesgo como de la protección de la salud y el bienestar de los profesionales, para una mayor comprensión se ha considerado oportuno utilizar el concepto de factor psicosocial seguido de la palabra riesgo o protección, en función de si sus consecuencias son negativas o positivas.

2.2.1 ¿QUÉ Y CUÁLES SON LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO?

Cuando los factores psicosociales tienen una cierta probabilidad de afectar negativamente a la salud y el bienestar del trabajador, se denomina a estos peligros **factores psicosociales de riesgo o riesgos psicosociales**. Parte de la literatura diferencia ambos conceptos, entendiendo los factores psicosociales de riesgo como antecedentes de los riesgos psicosociales (Moreno & Baez, 2010; Moreno & Jiménez, 2011), en otros casos se utilizan indistintamente.

Los **factores psicosociales de riesgo** pueden afectar a la salud y el bienestar de los profesionales, ya sea psicológica o físicamente, mediante mecanismos psicofisiológicos activados por el estrés. También tienen repercusiones en la salud de la organización (Cox & Griffiths, 1996).

Son varias las clasificaciones de **factores psicosociales de riesgo**, aunque con cierto consenso, en relación a su naturaleza. Además, cabe destacar que con los años surgen nuevas formas de trabajo, con lo que existe la posibilidad de que algunos riesgos no se encuentren representados en las clasificaciones existentes (Leka et al., 2007). La clasificación de Cox et al., (2000) divide diez **factores psicosociales de riesgo** en dos grandes grupos, el contexto de trabajo y el contenido de trabajo (Tabla 2). Entre los que corresponden al contexto de trabajo encontramos la función y cultura organizativas, la función en la organización, el desarrollo profesional, la autonomía en la toma de decisiones, las relaciones interpersonales en el trabajo y la relación familia-trabajo. En cuanto al contenido del trabajo, Cox et al. (2000) distinguen entre el entorno laboral y el equipo de trabajo, el diseño de tareas, la carga y ritmo de trabajo y el horario de trabajo.

Tabla 2
Factores psicosociales de riesgo

CATEGORÍA	CONDICIONES QUE DEFINEN EL RIESGO
	Contexto de trabajo
Función y cultura organizativas	Comunicación pobre, bajos niveles de apoyo para la resolución de problemas y el desarrollo personal, falta de definición de objetivos organizativos.
Función en la organización	Ambigüedad y conflicto de funciones, responsabilidad por otras personas.
Desarrollo profesional	Estancamiento profesional e inseguridad, promoción excesiva o insuficiente, salario bajo, inseguridad laboral, escaso valor social del trabajo.
Autonomía de toma de decisiones	Baja participación en la toma de decisiones; falta de control sobre el trabajo.
Relaciones interpersonales en el trabajo	Aislamiento social y físico, escasa relación con los superiores, conflicto interpersonal, falta de apoyo social.
Interfaz casa-trabajo	Exigencias en conflicto entre trabajo y casa, escaso apoyo en casa, problemas profesionales duales.
	Contenido de trabajo
Entorno laboral y equipo de trabajo	Problemas relacionados con la fiabilidad, disponibilidad, adecuación y mantenimiento o reparación del equipo y las instalaciones.
Diseño de las tareas	Falta de variedad y ciclos de trabajo cortos, trabajo fragmentado o carente de significado, infrautilización de las capacidades, incertidumbre elevada.
Carga de trabajo/Ritmo de trabajo	Exceso o defecto de carga de trabajo, falta de control sobre el ritmo, niveles elevados de presión en relación con el tiempo.
Horario de trabajo	Trabajo en turnos, horarios inflexibles, horarios impredecibles, horarios largos o que no permiten tener vida social.

Nota: Adaptado de “Research on Work-Related Stress”, de Cox, T., Griffiths, A. y Rial-González, E., 2000, p.68, Luxembourg, Belgium: Office for Official Publications of the European Communities

Es importante destacar que los cambios tecnológicos y socioeconómicos de los últimos años han supuesto cambios en el entorno laboral. Han aparecido nuevos modelos de gestión que generan nuevos riesgos. Algunas de las características de los nuevos modelos de organización del trabajo son: sistemas de contratación externa, redimensionamiento de plantillas, mayor número de trabajadores de mayor edad, exigencias de flexibilidad en las funciones, aumento de la utilización de nuevas tecnologías, entre otras (Leka et al., 2007). Han aparecido nuevos **factores** como el trabajo precario, la inseguridad laboral, la violencia y el bullying, los trabajos flexibles y con horarios irregulares o la intensificación del trabajo (European Agency for Safety and Health at Work, 2007).

Independientemente de las diversas clasificaciones, los **factores psicosociales de riesgo**, además, tienen sus propias características respecto de los riesgos físicos (Moreno & Baez, 2010):

- se extienden en el espacio y tiempo;

La mayoría de los riesgos laborales se delimitan en un espacio (ya sea sala, almacén, despacho, entre otros) y en el tiempo. En cambio, los factores psicosociales de riesgo no disponen de momento o lugar propio.

- son difíciles de objetivar;

Es complicado aplicar una medida objetiva a los factores psicosociales de riesgo. De hecho, la Organización Internacional del Trabajo atribuye el concepto de “percepción y experiencia” en su definición.

- afectan a otros riesgos;

Los factores psicosociales de riesgo pueden generar conductas desencadenantes de accidentes o errores, pudiendo provocar otro tipo de accidentes. Además, se han vinculado los factores psicosociales de riesgo con otros problemas físicos, como por ejemplo los musculoesqueléticos.

- tienen escasa cobertura legal;

La legislación existente en relación a los aspectos psicosociales ofrece solamente términos generales de prohibición de aspectos que puedan dañar a la salud y el bienestar de los profesionales.

- están moderados por otros factores;

El grado de exposición y las posibles consecuencias en la salud varían en función de las características propias de cada trabajador (personalidad, expectativas, capacidades, vulnerabilidad, etc.) (Daza Martín & Bilbao Pérez, 1995).

- son difíciles de cambiar.

Los factores psicosociales son factores organizacionales, forman parte del global de la empresa, con lo que intervenir sobre ellos no es fácil, además que requiere de ciertos plazos de aplicación sin conocer si los resultados estarán asegurados (Rick & Briner, 2000) .

2.2.2 ¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE LA EXPOSICIÓN A FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO?

La exposición a **factores psicosociales de riesgo** puede tener efectos negativos tanto para la salud física como psicológica y el bienestar, a través de mecanismos psicofisiológicos activados por la respuesta al estrés (Cox & Griffiths, 1996). Además, la exposición a riesgos físicos también puede tener un efecto psicológico, por la sospecha o temor del trabajador a estar expuesto a un daño para su salud y bienestar. Estas experiencias de estrés tienen consecuencias negativas para la salud individual y el bienestar, pueden disminuir la calidad de vida en general y generar la sensación de un menor bienestar. Cuando son varios los trabajadores que experimentan los efectos del estrés el problema adquiere proporciones organizativas, afectando a la salud de la organización. Entre las consecuencias organizacionales citadas por la bibliografía hallamos el absentismo, la disminución de la productividad y el rendimiento, la rotación de personal, la disminución de la calidad de servicio y el aumento de quejas de clientes, entre otras (Cox et al., 2000).

Entre las distintas clasificaciones existentes de las consecuencias de los factores psicosociales de riesgo, Roozeboom, et. al., en Leka et al. (2007), señalan las que aparecen en la Tabla 3. Añadir que algunas de las consecuencias de estos dos niveles, también pueden afectar a nivel social, como se expone más adelante.

Tabla 3

Consecuencias de los factores psicosociales de riesgo

CONSECUENCIAS	
Consecuencias relacionadas con la salud	Accidentes de trabajo
	Problemas de salud
	Salud física
	Salud mental
Consecuencias en la satisfacción laboral	Satisfacción laboral baja
	Rotación de personal (Turnover)
Absentismo/presentismo	Bajas por enfermedad
	Absentismo
	Presentismo
Costes económicos	Accidentes de trabajo y absentismo
	Productividad/Rendimiento
Capacidad de trabajo	Salud y capacidad de trabajo

Nota: Adaptado de “The European Framework for Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF)”, de Leka, S., Cox, T. y Zwetsloot, G., 2007, p.32, Nottingham, UK: I-WHO Publications

A continuación, se especifican algunas de estas consecuencias:

Consecuencias a nivel individual

Las consecuencias de la exposición a **factores psicosociales de riesgo** pueden afectar a la salud física, psíquica o social, en forma de trastornos musculoesqueléticos, cardiovasculares, psicosomáticos, psicosociales o de consumo de sustancias (Cox et al., 2000).

En relación a la salud psíquica, algunas de estas consecuencias son el estrés, el estrés postraumático o el síndrome de desgaste profesional (SDP) o burnout. Un estudio de revisión reciente mostró que el síndrome de desgaste profesional es un predictor de diversas consecuencias físicas, como pueden ser problemas cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorios, hipercolesterolemia, diabetes, dolores musculoesqueléticos, dolores de cabeza, fatiga prolongada, lesiones graves y mortalidad (Salvagioni, Melanda, Mesas, González, Gabani, & De Andrade, 2017).

Entre los diversos efectos que puede generar la exposición individual a **factores psicosociales de riesgo** se encuentran la disminución del rendimiento y del

compromiso organizacional, la reducción de la productividad, las reacciones negativas ante los clientes, el absentismo, la pérdida de motivación, un nivel de satisfacción bajo o el abandono de la organización, entre otros.

Además de los problemas expuestos, debe tenerse en cuenta que, a largo plazo, cuando el profesional no puede afrontar las demandas o exigencias del trabajo, por falta de recursos u otros, entonces pueden aparecer otros problemas de salud y enfermedades. En la misma línea, consecuencias como por ejemplo el estrés también pueden ser causa de accidentes laborales, también con repercusión en la salud de los trabajadores.

Consecuencias a nivel de la organización

Los **factores psicosociales de riesgo** pueden tener consecuencias negativas en la satisfacción y clima laboral, variables que al mismo tiempo también pueden afectar negativamente al absentismo/presentismo, la productividad, la calidad del servicio o la rotación de personal, entre otros. En cualquiera de los casos descritos los resultados son menos favorables cuando los profesionales están sometidos a **factores psicosociales de riesgo**, con consecuencias negativas individuales que se trasladan a la organización.

En relación con absentismo, sea por enfermedad, por accidente laboral o por otros, cuando un trabajador se ausenta puede o no ser sustituido. En cualquiera de los casos las repercusiones son negativas para la organización. En el caso de ser sustituido existe la posibilidad de contratar a un nuevo trabajador, con la necesidad de invertir tiempo y dinero en su formación, entre otros costes, o bien alargar la jornada laboral de otros trabajadores, disminuyendo en este caso su tiempo de descanso. Otra opción es no sustituir a la persona, con lo que la repartición de tareas entre los trabajadores existentes puede motivar el aumento de factores de riesgo como la sobrecarga laboral. La rotación de personal comparte alguna característica con el absentismo, concretamente el hecho de tener que estar formando continuamente a nuevos profesionales, en la acción de sustituir a aquellos que hayan decidido cambiar de entorno laboral.

En cuanto a los accidentes laborales, su aumento también incrementa los costes de las organizaciones. Más allá de los costes de la baja médica, existen otros costes

vinculados a un siniestro laboral. Por una parte, en el transcurso desde que se produce el accidente y hasta que no se vuelve a la normalidad, se pierden ingresos, ya que el trabajador accidentado y sus compañeros de trabajo pausan por un tiempo sus funciones laborales. Además, debe de contratarse un sustituto, con la correspondiente inversión en formación, costes de uniformidad, cotizaciones en seguridad social, entre otros. Materialmente existen costes de maquinaria, de responsabilidad civil o penal y daño a la imagen corporativa. Cabe añadir, más allá del entorno laboral, que todo ello también comporta costes para los propios trabajadores y familias, por la pérdida de ingresos, consecuencias en el hogar, u otros (Cabrejas, 2015).

La productividad de la empresa también está directamente relacionada con el equipo humano que conforma la organización, pues son componente indispensable para conseguir los objetivos económicos y de calidad de la empresa. Los efectos negativos de los factores psicosociales de riesgo pueden modificar la velocidad o el ritmo de trabajo de las personas, entre otros, con resultados de disminución en la productividad esperada por parte de la empresa, repercutiendo en los objetivos económicos. Si además los resultados alteran las expectativas del cliente, se ven también comprometidos los objetivos de calidad de la empresa.

Añadir, antes de finalizar el apartado, que los accidentes y bajas laborales también repercuten en los costes de la sanidad pública, con lo que los **factores psicosociales de riesgo** también tienen consecuencias a nivel social.

2.2.3 MODELOS TEÓRICOS DE SALUD OCUPACIONAL

El interés por estudiar los modelos teóricos explicativos de la salud laboral obedece a la necesidad de conocer los mecanismos de acción a través de los cuales los factores psicosociales repercuten en la salud ocupacional.

Existen diversos modelos teóricos explicativos de la salud ocupacional, complementarios entre ellos. Más allá de sus diferencias, todos tratan las causas que inician un fenómeno psicosocial, independientemente si es de carácter positivo o

negativo. El denominador común a todos ellos es la explicación del estrés laboral como interacción entre la persona y el ambiente. A pesar de las diferencias que se puedan encontrar entre estos modelos, es importante resaltar que todos ellos, con más o menos énfasis, insisten en el rol de la vía positiva en los procesos psicosociales como potenciadora de entornos laborales sanos (Salanova, 2009).

Los modelos teóricos se basan en cuatro procesos psicológicos básicos que explican la relación entre los factores psicosociales y el estrés y la salud ocupacional (Salanova, 2009). El primero de los procesos se basa en la pérdida de recursos y se explica mediante la teoría del estrés y coping (Lazarus & Folkman, 1984) y la teoría de conservación de los recursos (Hobfoll, 1993). El segundo proceso explica que el estrés se produce por el desajuste entre el esfuerzo invertido y la recompensa que se recibe, explicado por el modelo del equilibrio esfuerzo-recompensa (Siegrist, 1996). Según el tercer proceso, el estrés puede ser ocasionado por el exceso o la falta de estimulación ambiental, explicado por el modelo vitamínico (Warr, 1987) y el cuarto proceso explica el estrés y la salud psicosocial por el desajuste entre las demandas y los recursos, con tres modelos considerados los más influyentes: el modelo de demandas-control (Karasek, 1979), el modelo de demandas-recursos laborales (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001) y el modelo de recursos, experiencias y demandas (RED) (Salanova, Cifre, Martínez, y Llorens, 2007).

A continuación, se exponen algunas características de cada uno de los modelos teóricos de salud ocupacional mencionados.

2.2.3.1 Modelos de pérdida de recursos

El modelo de estrés y coping

En el modelo de estrés y coping, Lazarus y Folkman (1984) explican el estrés como el proceso psicológico que se produce a causa de la interacción entre la persona y el entorno. Si bien esta característica es común en todos los modelos que se exponen

en este apartado, añadir que el modelo de Lazarus y Folkman añade dos conceptos claves para su teoría.

El primer concepto se centra en explicar el proceso de estrés teniendo en cuenta el recurso personal de la “estrategia de coping o afrontamiento”, definido por los autores como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para controlar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como que exceden y desbordan los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 164). Estos autores diferencian entre dos tipos de estrategias de afrontamiento: centradas en el problema y centradas en la emoción.

El segundo concepto central en su teoría es la “evaluación” que las personas realizamos ante una demanda situacional y sobre los recursos que disponemos para hacer frente a ello. Los autores afirman que la característica estresante no está en la situación, sino en la valoración que hacemos de esa situación (positiva, negativa o neutra). El proceso de evaluación se inicia cuando surge la interacción entre la persona y una o varias demandas y consta de tres fases (primaria, secundaria y terciaria). En primer lugar, en la evaluación primaria, la persona percibe la demanda como irrelevante (no se produce ninguna estrategia de afrontamiento), o bien como relevante (la persona percibe que la demanda puede repercutirle sea a nivel físico, psicológico y/o social, produciéndole una situación de estrés). En esta situación la persona puede percibir la demanda como daño, amenaza o reto, poniendo en funcionamiento las estrategias de afrontamiento necesarias para ajustarse a las demandas y considerando si dispone o no de recursos de afrontamiento. En los casos en que la persona considera que dispone de los recursos de afrontamiento necesarios, entonces puede percibir la demanda como reto, movilizandoo conductas que permiten experimentar emociones positivas, así como generar sentimientos de logro. Si la persona considera que carece de los recursos, entenderá la situación como daño o amenaza, dando lugar a reacciones propias del estrés y experimentado emociones negativas. Posteriormente, se realiza la evaluación terciaria o re-evaluación, en la que la demanda puede continuar percibiéndose como en la evaluación primaria o bien puede percibirse de forma positiva, como reto, porque la persona ha aplicado estrategias de afrontamiento. La re-evaluación es continuada, con lo que puede

modificar la intensidad de reacción frente al estrés, aumentándolo o disminuyéndolo, o también repetirse en el tiempo generando estrés crónico.

Modelo de conservación de recursos

El modelo de conservación de recursos (COR), desarrollado por Hobfoll (1989, 2001, 2002), se trata de una teoría integradora del estrés que considera que éste es el resultado de la combinación de procesos internos y ambientales. Además, integra al individuo en un contexto grupal, en un entorno social y cultural determinado. El autor considera que la importancia de los recursos radica tanto en el valor que tienen en sí mismos como por la posibilidad que estos ofrecen para generar otros recursos. La teoría es una de las que tiene más relevancia en la psicología de la salud ocupacional, con la característica que explica por qué las personas se estresan pero también por qué se motivan en su trabajo.

Según la teoría, el estrés se produce cuando: 1) existe una amenaza de pérdida de recursos, 2) cuando los recursos se pierden o, 3) cuando las personas no reciben el nivel de beneficios esperado cuando invierten en recursos. Además, el modelo aporta los mecanismos que las personas utilizan para conseguir recursos y evitar el estrés: 1) restablecer los niveles de recursos o, 2) sustituirlos por otros. Hobfoll (2001) añade que con ello las personas: 1) se esfuerzan para adquirir y mantener sus reservas de recursos; 2) actúan pronto frente a cualquier peligro; y, 3) se posicionan para seleccionar las estrategias o recursos.

2.2.3.2 Modelos de ajuste-desajuste

En este apartado se expone el modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa (DER) de Siegrist (1996). El modelo DER diferencia dos tipos de factores que intervienen en el equilibrio entre esfuerzo y recompensa, los intrínsecos y los extrínsecos. Los factores intrínsecos son inherentes a la persona y están relacionados con las estrategias de afrontamiento que las personas disponen para combatir las demandas

en su puesto de trabajo. Los factores extrínsecos son las demandas u obligaciones que un trabajador recibe para realizar su trabajo y las recompensas que recibe a cambio.

Siegrist (1996), en relación con el modelo, anuncia tres hipótesis. La primera sostiene que las situaciones laborales con un alto esfuerzo y una baja recompensa, por tanto con falta de reciprocidad, favorecen la aparición de problemas emocionales en los trabajadores. La segunda hipótesis sostiene que los profesionales con un alto nivel de compromiso tienen mayor probabilidad de experimentar la ausencia de reciprocidad, con las consecuencias que conlleva en forma de problemas de salud. La tercera hipótesis señala que, si se dan las dos hipótesis anteriores, la probabilidad de sufrir problemas de salud son mayores.

2.2.3.3 Modelo vitamínico

El modelo vitamínico de Warr (1987) analiza los efectos que el nivel de estimulación produce en la salud psicosocial. Por un lado, propone que el estudio de la salud psicosocial se basa en dos dimensiones independientes, el placer y la activación, con lo que la salud psicosocial puede explicarse en función tanto de los valores de ambas dimensiones como de la distancia del punto de corte entre ambas dimensiones.

Por otro lado, señala que existen unas características del puesto de trabajo que actúan en la salud psicosocial, como actúan las vitaminas en la salud física. En un inicio las vitaminas laborales eran nueve, aunque actualmente se han ampliado a doce (Warr, 2007). El modelo señala que los puestos de trabajo psicosocialmente sanos deben disponer de las doce vitaminas laborales: oportunidad para el control personal, oportunidad para el uso de habilidades, metas generadas externamente, variedad de las tareas, claridad ambiental, oportunidad para el contacto con otros, salario justo, seguridad física, posición social valorada, supervisión adecuada, perspectiva de carrera y equidad.

Más allá del avance aportado por el modelo, en cuánto al diseño de puestos de trabajo sanos, por ejemplo, se han detectado ciertos problemas en la aplicabilidad del modelo. Entre ellos, y como más significativo, las diferencias existentes entre las personas, con lo que, si cada persona puede interpretar los determinantes laborales de distintas formas, resulta complicado predecir niveles de efectos de las vitaminas laborales entre individuos.

2.2.3.4 Modelos de demandas-recursos

Los modelos que se describen a continuación tienen como denominador común el efecto que produce el desajuste entre demandas y recursos en la salud psicosocial.

Modelo de demandas-control

Los conceptos clave del modelo demandas-control (DC) de Karasek (1979) son las demandas y el control. Las *demandas* hacen referencia a las exigencias y el *control* es “el grado potencial que tienen los empleados para controlar sus tareas y llevar a cabo conductas a lo largo de un día de trabajo” (Karasek, 1979, p. 290).

El modelo explica el estrés y el aprendizaje, desde la interacción entre las *demandas* y el *control*.

En relación con el estrés, los puestos de trabajo con altas demandas y bajo control son los de un nivel de estrés elevado. Contrariamente, en los puestos de trabajo donde los trabajadores tienen niveles de control altos y las demandas son bajas, entonces el nivel de estrés es bajo.

En relación con el aprendizaje, el modelo habla de *puestos activos* en los casos en que se genera motivación, aprendizaje y crecimiento personal. Estas situaciones ocurren cuando las demandas son altas pero además se dispone del control adecuado para afrontarlas. En cuanto a los puestos pasivos, son aquellos en los que el trabajador no debe someterse a altas demandas, aunque tampoco dispone del control suficiente para resolverlas.

Con posterioridad al modelo, Johnson y Hall (1988) añaden el concepto de apoyo social a las dos dimensiones anteriores, pasándose a denominar modelo de demandas-control-apoyo social.

Modelo de demandas-recursos laborales

El modelo demandas-recursos laborales (DRL), como ampliación del modelo anterior de demandas-control, es aplicable a diferentes ocupaciones (Demerouti et al., 2001). El modelo sostiene que las características del puesto de trabajo pueden tener consecuencias sobre la salud psicosocial y se dividen en demandas y recursos, independientemente de la ocupación (Bakker, Demerouti, De Boer, & Schaufeli, 2003). Las demandas, como componente negativo, requieren esfuerzo del trabajador y suponen costes físicos y/o psicológicos, mientras que los recursos reducen las demandas y propician el desarrollo personal y el crecimiento (Bakker & Demerouti, 2007).

Las demandas y recursos laborales del modelo generan dos procesos psicológicos: el de deterioro de la salud y el de motivación. En relación con el deterioro de la salud, la presencia de demandas laborales crónicas pueden generar fatiga crónica y burnout, con las repercusiones que esto conlleva en la salud de las personas (Bakker et al., 2003). En relación con el proceso de motivación, la existencia de recursos laborales incentiva la motivación en forma de engagement (Llorens, Bakker, Schaufeli, & Salanova, 2006).

Modelo RED (Recursos, Experiencias y Demandas)

El modelo de recursos, experiencias y demandas (RED) (Salanova et al., 2007), intenta responder a preguntas que no han sido todavía resueltas en los anteriores.

El modelo considera los recursos personales como elemento vital para la percepción y control del ambiente, destacando entre estos recursos las competencias mentales y emocionales, la autoeficacia y la eficacia colectiva percibida. Además, amplía el concepto de *demanda laboral* añadiendo el nivel extra-organizacional a los niveles de

tarea, social y organizacional, utilizados en los antecesores. También distingue entre demandas amenazantes y retadoras, estas últimas valoradas positivamente por su potencial para promover beneficios o logros personales. Algo similar ocurre con el concepto de *recurso laboral*, ampliándose también a nivel extra-organizacional (ej. conciliación familia-trabajo).

El modelo defiende dos procesos, la espiral de deterioro de la salud y la espiral de motivación, ambos raíz de las demandas y recursos personales, laborales y extralaborales. El proceso de estas espirales se inicia en los recursos personales. Las creencias de eficacia definen el punto de vista del trabajador en relación con su capacidad percibida para dar respuesta a las demandas laborales. Si las creencias de eficacia son elevadas y las personas consideran que tienen control del ambiente, es probable que perciban más demandas retadoras y más recursos laborales, con lo que esto conduce a mayores niveles de bienestar psicosocial. La creencia de ineficacia potencia la percepción de demandas amenazantes y la falta de recursos, experimentando mayores niveles de malestar psicosocial.

De acuerdo con Salanova (2009), todos los modelos presentados son útiles en el campo de la salud ocupacional, sin destacar ninguno de ellos como prioritario, más bien desde la complementariedad. Sin embargo, a la luz de la multitud de modelos teóricos existentes y de la confusión conceptual existente puesta de manifiesto en el primer capítulo, también se considera necesario la existencia de un modelo teórico que pudiera explicar todos los procesos, integrando las principales características de cada una de las teorías.

La mayoría de los modelos expuestos coinciden en la combinación de factores laborales (demandas y recursos) y personales (Salanova, 2009). Es necesario insistir en que las características de los entornos laborales actuales de los profesionales de ambulancias, por su naturaleza en gran parte en el exterior y en relación con personas de diversos ámbitos (usuarios, compañeros, otros profesionales), con un alto componente tecnológico y sometidos a modelos de gestión público-privados, son altamente complejas. En estos entornos existen un conjunto de interacciones entre diferentes dimensiones, personal, laboral (en referencia a elementos como puesto de

trabajo, la organización y/o las relaciones personales, entre otros), y extralaboral. Con ello se quiere trasladar la necesidad de disponer de un modelo que, además de integrar varios modelos teóricos existentes, contemple la persona en su entorno laboral desde un punto de vista más holístico, es decir, atendiendo a las posibles interacciones entre todos los niveles citados. Un buen ejemplo de ello es el modelo ecológico de Bronfenbrenner. En el capítulo 3 se verá su utilidad para abordar el análisis del burnout, una de las consecuencias más graves de la exposición a factores de riesgo, razón por la cual se utilizará en la presente investigación como marco teórico-conceptual para el análisis de los factores psicosociales de riesgo-protección para la salud y el bienestar de los trabajadores del TS.

2.3 LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE PROTECCIÓN DE LA SALUD Y EL BIENESTAR OCUPACIONAL

2.3.1 ¿QUÉ SON LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE PROTECCIÓN?

Se consideran **factores psicosociales de protección** aquellos factores psicosociales que aportan resultados positivos para la salud y el bienestar.

Los **factores protectores** tienen la capacidad de modificar las consecuencias de los **factores de riesgo**, bien sea inhibiéndola, atenuándola o reduciéndola (Clayton, 1992). Estos, si bien han recibido una menor atención en la literatura científica, son especialmente relevantes cuando se pretende abordar la salud y el bienestar desde un punto de vista holístico del entorno laboral de la persona como es el caso del presente trabajo.

Por su naturaleza de **factor psicosocial**, igual que ocurría con los **factores psicosociales de riesgo**, estas condiciones protectoras pueden encontrarse en diferentes niveles de análisis, sea en relación con el contenido o el contexto de trabajo, a nivel organizacional, relacional, social u otros.

Debido a su carácter positivo, los relacionamos con modelos teóricos de promoción de la salud, concretamente con el modelo salutogénico.

2.3.2 EL MODELO SALUTOGÉNICO

A lo largo de la historia, desde una visión patogénica, se ha investigado porqué enfermamos y cuáles son los riesgos para la enfermedad; en contraposición a este modelo más recientemente ha surgido el interés por el estudio de las causas de la salud.

Aaron Antonovsky, médico-sociólogo israelí, introdujo a partir de los años 70 el término salutogénesis. La salutogénesis es un modelo que estudia como se consigue la buena salud, centrándose en factores protectores y de desarrollo personal (Garrosa, Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez, González, Fraca & Meniz, 2014). El modelo propone el estudio del bienestar físico, psicológico, espiritual y social para conseguir un mayor bienestar y calidad de vida (Antonovsky, 1979, 1987).

Las primeras investigaciones de Antonovsky, en relación a la salutogénesis, las lleva a cabo con mujeres supervivientes de un campo de concentración femenino. El autor se cuestiona cómo algunas de ellas fueron encontradas con una salud razonable, tanto física como mental, a pesar de su exposición a situaciones estresantes y haber experimentado situaciones traumatizantes. En respuesta a su pregunta, el autor introduce los conceptos de “recurso general de resistencia” y “sentido de coherencia” (Antonovsky, 1987), este último concepto siendo el núcleo de su teoría salutogénica (Mittelmark, Eriksson, Pelikan, Espnes, Sagy, Bauer & Lindström, 2017).

Antonovsky define el sentido de coherencia (SOC) como “una orientación global que expresa hasta qué punto uno tiene la amplia, resistente y dinámica sensación de confianza en que (1) los estímulos provenientes del entorno (interno/externo) en el curso de la vida son estructurados, predecibles y manejables [comprensibilidad], (2) los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen esos estímulos [manejabilidad] y (3) estas demandas son desafíos que merecen una inversión y un compromiso [significatividad]” (Antonovsky, 1987, p. 19).

El autor propone evaluar el SOC mediante las tres componentes existentes en su definición: la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad. Las personas con alto SOC parecen afrontar mejor las situaciones de estrés, son más flexibles en la selección de estrategias de afrontamiento, priorizan las estrategias centradas en el problema, y se recuperan más rápidamente de las situaciones de tensión (Dejo, 2007).

Las personas con un SOC elevado, según Antonovsky, tienen la capacidad de seleccionar la mejor estrategia de afrontamiento frente a los factores de estrés ante los que se encuentran expuestos. Además, estas personas tienen mejor capacidad para evitar situaciones de peligro y son más propensos a incorporar conductas promotoras de la salud (Antonovsky, 1987). Es por ello que el concepto de salutogénesis y el SOC están estrechamente relacionados con el bienestar (Eriksson & Lindström, 2006).

En relación con el concepto de “recursos generales de resistencia”, se refiere a cualquiera de los recursos que ayudan a las personas a superar el estrés. El origen de estos recursos puede estar en el interior de las personas (ej. la fortaleza, la inteligencia, el conocimiento y la competencia social) o bien formar parte del medio de la persona (ej. los recursos materiales, la estabilidad cultural, el apoyo social o las condiciones laborales) (Lindström & Eriksson, 2011). La literatura especializada sugiere diferentes niveles de clasificación para los recursos generales de resistencia, como el individual, el familiar o el social (Mittelmark et al., 2017).

Existe cierta evidencia empírica de la relación entre el SOC y los recursos generales de resistencia. Por ejemplo, uno de los supuestos es que los individuos pueden

desarrollar altos niveles de SOC a través de la utilización exitosa de los recursos generales de resistencia (Mittelmark et al., 2017).

En esta tesis se analizan solamente los niveles del SOC, asumiendo que los recursos generales de resistencia son antecedentes o promotores del sentido de coherencia.

El modelo salutogénico en el trabajo

La literatura señala el efecto positivo del SOC en el contexto laboral, ya sea de forma directa o bien moderando o mediando efectos negativos para la salud ocupacional. Algunas conclusiones de la evidencia científica apuntan que: 1) el sentido de coherencia está influenciado por varios aspectos del trabajo; 2) el SOC influye en consecuencias del trabajo, como el el estrés y el burnout; y, 3) el SOC modera los efectos de condiciones laborales desfavorables (Mittelmark et al., 2017).

Antonovsky (1987) también especifica su modelo salutogénico en el ámbito del trabajo, expuesto en la Figura 1.

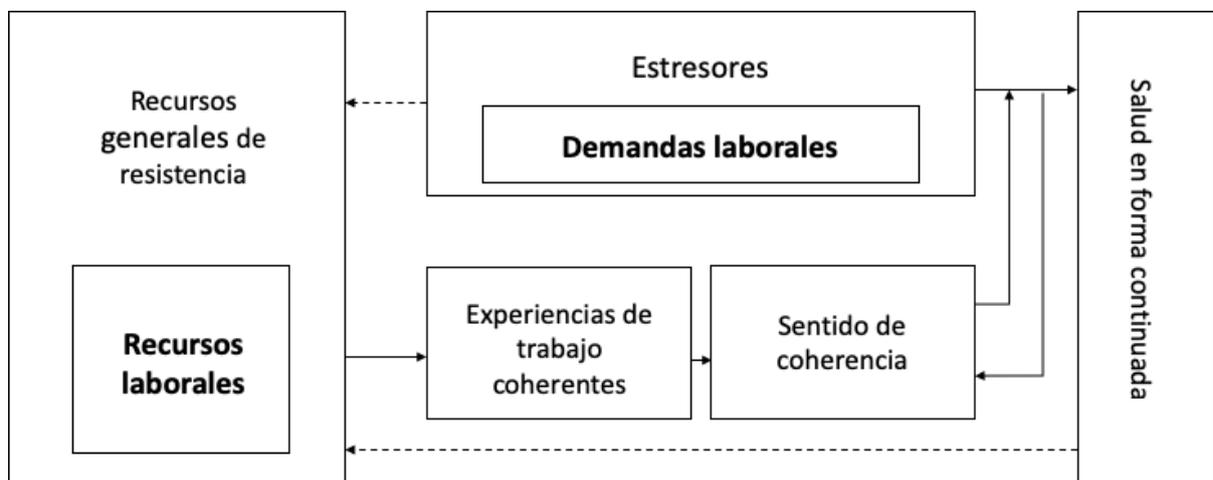


Figura 1. Representación del modelo salutogénico del trabajo

Nota: Adaptado de “The Handbook of Salutogenesis”, de Mittelmark, M., Eriksson, M., Pelikan, J., Espenes, G., Sagy, S., Bauer, G., Lindström, B., 2017, p.198, Springer

El proceso salutogénico en el trabajo de Antonovsky visualiza como los recursos generales de resistencia incluyen los recursos laborales; todos ellos permiten obtener

experiencias de trabajo coherentes, las cuales contribuyen a construir el sentido de coherencia en los trabajadores. El sentido de coherencia influye en cómo las personas perciben los factores estresantes conocidos como demandas laborales. Además, los trabajadores saben que disponen de los recursos para hacer frente a estas demandas laborales, siendo más probable que seleccionen la estrategia apropiada de afrontamiento. Entonces, y recíprocamente, que la persona disponga de salud en forma continuada es un requisito necesario para construir y mantener los recursos laborales y los recursos de resistencia del trabajo, empezando de nuevo con el proceso (Mittelmark et al., 2017).

En relación con los modelos de demandas-recursos laborales revisados en el apartado 2.2.4, Bauer, Davies, Pelikan, y Consortium (2006) apostaron por una visión salutogénica del modelo de demandas-recursos laborales (Figura 2). El modelo etiqueta el deterioro de la salud como “ruta patógena” y la promoción de la salud como “ruta salutogénica”. La ruta o camino patógeno describe el proceso por el que las demandas conducen a la pérdida y deterioro de la salud, con alteraciones físicas, mentales y sociales (ej. trastornos musculoesqueléticos, estados de ansiedad, estados de ánimo depresivo y exclusión social). La ruta salutogénica describe el proceso por el cual los recursos conducen al crecimiento y desarrollo personal, por lo tanto, con efectos en la salud positiva tanto física, como mental y social.

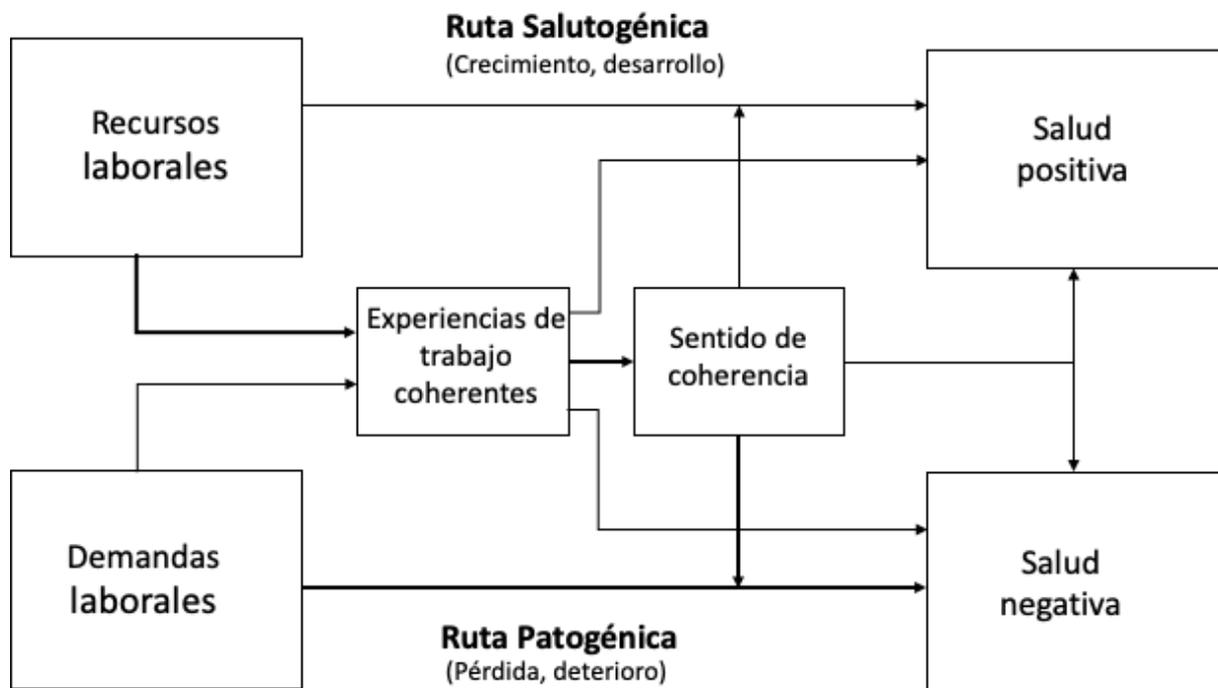


Figura 2. Modelo demandas- recursos laborales SOC-Salud

Nota: Adaptado de "The Handbook of Salutogenesis", de Mittelmark, M., Eriksson, M., Pelikan, J., Espenes, G., Sagy, S., Bauer, G., Lindström, B., 2017, p.201, Springer

En cualquiera de las interpretaciones de la salutogénesis en el trabajo, se contempla la existencia de ciertas características positivas como antecedentes o promotoras del SOC y, por consiguiente, beneficiosas para la salud ocupacional. El conjunto de estas condiciones positivas, bien provengan de recursos laborales, personales, o recursos generales de resistencia actúan como factores protectores de la salud y bienestar que, de manera similar a lo que ocurre con los factores psicosociales de riesgo, pueden encontrarse a nivel organizacional, social o individual.

Ambos modelos presentados son útiles para el desarrollo positivo de la salud ocupacional. Sin embargo, en este trabajo se ha optado por un modelo teórico que contemple la persona en su entorno laboral desde un punto de vista más holístico, que incluya las posibles interacciones entre los diferentes niveles de exposición a los riesgos psicosociales.

Continuando con la promoción de la salud en los entornos laborales, insistir en que la acumulación de factores de riesgo frente a los de protección, afecta a la salud y bienestar de los profesionales. Por otro lado, el bienestar subjetivo puede aportar efectos positivos actuando como variable promotora de la salud. Si bien se ha utilizado el concepto de bienestar a lo largo de trabajo como un componente de la calidad de vida, todavía no se ha definido la variable de forma explícita. A continuación se incluye su definición, así como su incidencia en los entornos laborales.

El bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo (BS) hace referencia a cómo las personas evalúan sus vidas, tanto a nivel general como en relación a ámbitos específicos (familia, amigos, tiempo libre, etc.) (Diener, 1984). En la actualidad, existe cierto consenso en entender que el bienestar subjetivo comprende dos dimensiones distintas, aunque complementarias. Una de ellas de carácter cognitivo, conocida como *satisfacción con la vida*. La otra componente se caracteriza como experiencia afectiva y se conoce como *felicidad*. Otros autores incluyen una tercera dimensión, el eudemonismo, el cual se centra en los juicios sobre el significado y propósito de la propia vida (Castellanos, 2012).

Desde el punto de vista de la teoría homeostática (Cummins, Lau, & Davern, 2012), el bienestar subjetivo se equilibra y se mantiene por un grupo de mecanismos psicológicos. Con lo que, situando el bienestar subjetivo en el entorno laboral, la amenaza de la acumulación de los factores psicosociales de riesgo frente a los de protección puede comprometer el equilibrio del bienestar subjetivo de los profesionales y, en consecuencia, su CVL. Por lo que se considera también relevante el bienestar subjetivo en la presente tesis.

Para finalizar con el capítulo, una vez definidos y analizados los factores psicosociales de riesgo y protección para la salud y el bienestar de los trabajadores, se aborda en el siguiente capítulo el concepto de burnout como una de las consecuencias de la exposición continuada a riesgos psicosociales en los entornos laborales. El síndrome de desgaste profesional es una de las problemáticas presentes en los entornos laborales actuales, también entre los profesionales del transporte sanitario, con altos índices de prevalencia entre los trabajadores. En el capítulo 3 se profundiza en el

burnout, tanto en su prevalencia, como en el análisis de sus determinantes, consecuencias e instrumentos de medida y se propone la Teoría ecológica de Bronfenbrenner como el modelo más idóneo para su análisis y, en general, para la investigación de los factores de riesgo-protección para la salud y el bienestar de los trabajadores del TS.

3. EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (SDP) O BURNOUT

El estrés, como resultado de la exposición a diversos factores psicosociales de riesgo, puede conducir a las personas al síndrome de burnout, caracterizado por un nivel elevado de agotamiento, actitudes negativas frente a los clientes o usuarios e insatisfacción laboral, con consecuencias negativas para los trabajadores, sus familias, las organizaciones y la sociedad (Maslach & Jackson, 1981). Su prevalencia ha aumentado en los entornos laborales en los últimos años, convirtiéndose en un problema social y de salud pública, con las correspondientes repercusiones económicas y sociales que conlleva (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2005).

La problemática del burnout en los entornos laborales actuales, así como la necesidad de continuar investigando para su prevención (Eurofound, 2018), nos conduce a profundizar en este trabajo en el estudio del síndrome de desgaste profesional, o burnout, como consecuencia de la exposición por parte de los profesionales a factores psicosociales de riesgo o de protección.

A continuación, se define el constructo de burnout y se sintetizan brevemente algunos modelos explicativos (3.1), se analiza su prevalencia (3.2), los determinantes causales (3.3), algunos instrumentos para medir el síndrome (3.4), las consecuencias (3.5) y se presenta un modelo explicativo social-ecológico con implicaciones para su prevención (3.6).

3.1 EL CONSTRUCTO DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL O BURNOUT

El término burnout fue utilizado por primera vez por Freudenberger (1974), aunque fueron los estudios posteriores de Maslach (1979) los que comenzaron a divulgarlo científicamente. Los modelos teóricos iniciales, desde una perspectiva clínica, atribuían al trabajador y a sus características de personalidad el riesgo de sufrir burnout; con el tiempo se incorporarían otras variables explicativas como la interacción de la persona con el entorno organizacional y social (Maslach & Leiter, 2011).

A lo largo de los años, la necesidad de estudiar el síndrome de desgaste profesional conduce a la existencia de diversas definiciones, clasificaciones y modelos teóricos, aunque a rasgos generales hay coincidencia en considerar que se manifiesta en las personas como una sensación de fracaso profesional y agotamiento emocional, así como actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja (Gil-monte & Peiró, 1999).

Entre las clasificaciones de los modelos psicosociales propuestos para el estudio del burnout, se halla la aportada por Gil-monte y Peiró (1999). Los autores diferencian tres grupos de modelos elaborados según diferentes teorías: 1) sociocognitivas (los autores explican las causas del burnout desde los principios de la Teoría del aprendizaje social de Bandura (1969), considerando que la adquisición del conocimiento de las personas puede relacionarse con la observación de otros, en el contexto de experiencias e interacciones sociales); 2) la Teoría del intercambio social (Blau, 1964) (se explica el burnout desde la falta de equidad o ganancia en las relaciones interpersonales: usuarios, compañeros, supervisores, organización, otros profesionales, etc.); y 3) la Teoría institucional (Dimaggio & Powell, 1983)(destaca la importancia de los estresores del contexto de la organización, como puede ser el clima organizacional, la estructura, el conflicto de rol, el apoyo social, la sobrecarga, entre otras variables). A la clasificación, además añaden su propia Teoría estructural, la cual defiende que el síndrome de desgaste profesional es una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, en las

situaciones en las que las estrategias de afrontamiento utilizadas no son eficaces para reducir el estrés laboral percibido.

Gil-Monte (2005) señala que el síndrome de estar quemado en el trabajo (SQT) empieza con el cansancio emocional, seguido de la aparición de actitudes negativas hacia los usuarios de la organización. Añade que, junto a estas características, en algunas personas debe añadirse el sentimiento de culpa. Según el autor, el modelo teórico distingue dos perfiles en el proceso del SQT en relación con la variable del sentimiento de culpa. El perfil 1 se caracteriza por la existencia de un conjunto de sentimientos y conductas vinculadas al estrés laboral, originando malestar, baja ilusión por el trabajo, altos niveles de desgaste psíquico, aunque sin sentimientos de culpa. El perfil 2 identifica profesionales con bajos niveles de ilusión por el trabajo y altos niveles de desgaste psíquico, además de sentimiento de culpa por sentirse desgastados.

Alvarez y Fernandez (1991) añaden a la clasificación anterior las teorías ecológicas, basadas en el modelo de Bronfenbrenner (1979). Sostienen que el burnout se puede desarrollar cuando las normas o exigencias de los distintos contextos en los que la persona participa, de manera directa o indirecta, entran en conflicto. También Schaufeli, Maslach y Marek (1993) diferencian entre tres enfoques, el organizacional, el individual y el interpersonal.

A pesar de la diversidad de estudios realizados en las últimas décadas, no existe un modelo único que evalúe y relacione las tres dimensiones que caracterizan el síndrome de desgaste profesional (Gil-monte & Peiró, 1999) (ver apartado 3.1.1.), con lo que se continua requiriendo de investigaciones que contribuyan a un mejor conocimiento del síndrome de quemarse por el trabajo, también para su posterior intervención.

3.1.1 LA TRIDIMENSIONALIDAD DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

Maslach y Jackson (1981) identifican el burnout como un estado de alteración emocional, evaluado a través de tres dimensiones: el cansancio emocional (CE; el profesional se siente emocionalmente vacío, agotado al tratar de afrontar demandas que le desbordan), la despersonalización (DP; el profesional muestra insensibilidad ante los usuarios del servicio o la labor que desarrolla tratándolos, o se dirige hacia ellos de forma cínica y deshumanizada), y la baja realización personal (RP; la persona experimenta fuertes sentimientos de incompetencia y fracaso).

Esta tridimensionalidad del burnout amplía otras teorías unidimensionales, como la de Freudenberger, pues añade al cansancio emocional las dimensiones de la despersonalización y la realización personal. La inclusión de estas dos dimensiones aporta un punto de vista más amplio del burnout y va más allá del concepto individual del estrés (Maslach, 1998). Las tres dimensiones son conceptos distintos que se influyen uno al otro. Por ejemplo, el cansancio emocional producido por demandas excesivas de trabajo puede despertar en la persona actitudes cínicas, hecho que reducirá su energía dañando su eficacia personal (Leiter & Schaufeli, 1996; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

El cansancio emocional se refiere a un estado de fatiga y un sentimiento de haber agotado todo los recursos (Maslach, 1993); se considera la dimensión central del burnout (Maslach, 2001). El cansancio emocional representa la dimensión de estrés individual y las principales fuentes de este agotamiento son la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo (Maslach, 1998). Ésta ha sido la dimensión más estudiada por los investigadores, así como la más prevalente entre las personas que sufren burnout (Cordes & Dougherty, 1993).

La despersonalización se caracteriza por una actitud negativa, de indiferencia o con un excesivo desapego hacia las personas. Este desapego tiene el riesgo de convertirse en deshumanización. La despersonalización representa la dimensión

interpersonal del burnout (Maslach, 1998). Algunos autores consideran el cansancio emocional y la despersonalización como dimensiones centrales del síndrome de desgaste profesional (Schaufeli & Bakker, 2004).

La baja realización personal hace referencia a los sentimientos de competencia y productividad en el trabajo. Un bajo nivel de autoeficacia está relacionado con la depresión y la incapacidad de hacer frente a las demandas laborales. La realización personal representa la dimensión de la auto-evaluación (Maslach, 1998).

3.1.2 EL BURNOUT COMO DIAGNÓSTICO MÉDICO

Los manuales de diagnóstico de enfermedades establecidos a nivel internacional son el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* y la *International Classification of Diseases (ICD)*. El DSM es el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). El ICD es la Clasificación internacional de enfermedades (CIE, término utilizado en adelante) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que contiene la clasificación y codificación de las enfermedades, así como síntomas, causas y otras informaciones en referencia a la salud. Las últimas versiones vigentes de ambas clasificaciones son el DSM-5 y la CIE-10, aunque la Asamblea Mundial de la Salud de mayo del 2019 presentó la CIE-11, con entrada en vigor en enero del 2022 (OMS, 2018).

En cuanto a la actual clasificación, la CIE-10, el burnout no se reconoce como enfermedad y se incluye explícitamente en el grupo Z: “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”, concretamente en “Z73: “Problemas relacionados con la dificultad de gestión de la vida” y como “Z73.0 Burnout: “estado vital de agotamiento””, es decir, vinculado al ámbito personal. Otro grupo, con el código Z56, si bien no explicita el burnout, incluye problemas relacionados con el empleo y el desempleo (con la exclusión de la exposición laboral a factores de riesgo y problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas) (OMS, 2016).

En la actualidad, entre los países miembros de la Unión Europea se utiliza la CIE (Eurofound, 2018). La mayoría de los países determinan el burnout como un problema de agotamiento “Z73.0 Burnout: “estado vital de agotamiento”, sin asociarlo a las condiciones laborales o al trabajo (código Z56). Entre los países que no utilizan el código Z73 se encuentran Suecia e Italia. Concretamente, en Suecia se utiliza el código F43.8A: utmattningssyndrom (“síndrome de fatiga”), perteneciente al grupo “F43: Trastornos de adaptación y respuesta al estrés severo”, incluido en la versión sueca del CIE-10. En Italia se utiliza la anterior clasificación, la CIE-9, considerando el burnout como un problema relacionado con el trabajo, en contraste con la mayoría de países europeos (Eurofound, 2018). Añadir que en ocasiones es complicado realizar comparaciones o discusiones entre los diferentes países, pues la traducción del término burnout en cada uno de los idiomas al inglés produce resultados diferentes (Eurofound, 2018).

En cambio, la próxima clasificación, la CIE-11, con entrada en vigor el primer día del año 2022, incluye explícitamente el burnout en la lista de enfermedades. La OMS declara que la enfermedad está relacionada con el contexto profesional. Se define como “un resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de agotamiento o agotamiento de la energía; 2) mayor distancia mental del trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo; y, 3) eficacia profesional reducida. El agotamiento se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida” (OMS, 2018).

Si bien el burnout puede derivar en depresión (Hemmeter, 2013; Maslach & Leiter, 2017; Truchot, 2004) es importante distinguir entre ambos conceptos, más allá de que existan numerosas similitudes (Truchot, 2004). La diferencia principal entre ambos problemas de salud mental es que la depresión es invasiva en todos los ámbitos de la vida de una persona, mientras que el burnout está asociado específicamente al entorno laboral, si bien tiene implicaciones en la vida personal (Maslach & Leiter, 2017; Nuallaong, 2013).

3.1.3 EL BURNOUT COMO ENFERMEDAD LABORAL

Según la Organizacional Internacional del Trabajo (OIT o ILO en inglés), la enfermedad profesional es “toda enfermedad contraída por la exposición a factores de riesgo que resulte de la actividad laboral” (ILO, 2002).

La OIT define una lista de enfermedades profesionales (OIT, 2010), en la cual no se contempla explícitamente el burnout, aunque incluye un epígrafe (epígrafe 2.4) de trastornos mentales en el trabajo. A pesar de la lista de la OIT, cada país dispone de autonomía para definir su propia normativa reguladora.

En la Unión Europea, la Recomendación 2003/670/CE de la Comisión (CEE, 2003), recomienda a los países miembros “que introduzcan cuanto antes la lista europea en sus disposiciones legislativas, reglamentarias o administrativas, relativas a las enfermedades cuyo origen profesional se ha reconocido científicamente, que pueden dar lugar a indemnización y que deben ser objeto de medidas preventivas”. En España, el marco normativo sobre las enfermedades profesionales se regula mediante el Real Decreto 1299/2006, en el que no se contemplan enfermedades derivadas de la exposición a agentes psicosociales (Ministerio de Asuntos Sociales, 2006).

Entre las diversas regulaciones de los países europeos solamente Italia y Latvia consideran el burnout como enfermedad profesional, a pesar de sus consecuencias sobre la salud. En Francia la definición del burnout como enfermedad profesional fue foco de debate en su Asamblea de 2017, sin resolución final. En Bélgica, si bien han anunciado cambios en su legislación, a fecha de hoy no se han ejecutado. En los Países Bajos y en Bulgaria se reconoce como una enfermedad relacionada con el trabajo, aunque en este último país, únicamente en el sector sanitario. Entendemos por enfermedad laboral la que es contraída en el entorno ocupacional, mientras que una enfermedad relacionada con el trabajo es aquella que, por normativa local, no puede ser considerada ni accidente de trabajo ni enfermedad profesional, aunque si tiene conexión con el trabajo. En Eslovaquia y Rumanía algunas consecuencias del burnout pueden ser consideradas como enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo.

En Estados Unidos cada estado dispone de su plan de protección de enfermedades profesionales, los cuales deben ser al menos tan eficaces como la Occupational Safety and Health Administration (OSHA). En Canadá, las enfermedades profesionales son competencia de las provincias. En Quebec, como en Cataluña, territorios dónde se realiza el presente estudio, la normativa legal indica que la organización debe garantizar la vigilancia del estado de salud laboral de los profesionales, la formación y prevención necesarias para mitigar posibles riesgos laborales (BOE, 1995; Éditeur officiel du Québec, 1979, 1985; Ministerio de Asuntos Sociales, 2006). Sin embargo, en ninguno de los dos casos queda contemplado el síndrome de desgaste profesional o burnout como enfermedad profesional, aunque es reconocido como resultado de sufrir estrés crónico en el trabajo.

Antes de finalizar este apartado, comentar que dada la inexistencia explícita del burnout en las diferentes clasificaciones internacionales (DSM, CIE y la lista de enfermedades profesionales de la OIT) o en las regulaciones locales, en ocasiones se sustituye por diagnósticos más comunes o reconocidos como puede ser la depresión o los trastornos de adaptación (Nuallaong, 2013).

3.2 LA PREVALENCIA DEL BURNOUT EN LOS ENTORNOS LABORALES

Las investigaciones internacionales sobre burnout han hallado altos niveles de prevalencia del síndrome de desgaste profesional, independientemente de que se trate de países occidentales o en desarrollo (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). En los países en desarrollo, por motivos vinculados a la globalización, los profesionales deben lidiar con el aumento en los niveles de estrés relacionados con el trabajo. Además, en estos países pueden no estar tan familiarizados con la prevención del estrés laboral o el burnout (Houtman, Jettinghof, & Cedillo, 2007). A nivel general, aspectos como el aumento de la población, la migración de las zonas rurales a las urbanas dónde hay mayor oferta laboral, la disminución en los derechos laborales o la menor seguridad laboral, conducen a que aceptar trabajos de menor calidad sea

algo común entre los trabajadores (Houtman et al., 2007), con sus correspondientes consecuencias. A continuación, se presentan algunos datos de prevalencia del burnout a nivel internacional.

3.2.1 PREVALENCIA DEL BURNOUT EN SECTORES DE SERVICIOS (EDUCACIÓN Y SANIDAD) A NIVEL INTERNACIONAL

Atendiendo a la tipología de las profesiones, la mayor prevalencia del SDP se ha detectado en los sectores de la educación y la sanidad (profesorado, profesionales de la medicina, enfermería, servicios de emergencia, o en estudiantes de medicina, entre otros) (Carod-Artal & Vázquez-Cabrera, 2013).

Específicamente entre los profesionales de la sanidad se ha constatado una alta prevalencia del burnout, también en países con niveles de ingresos medios o bajos (Dugani et al., 2018). Especialmente entre el personal de enfermería existen altos niveles de burnout (Yu, Jiang, & Shen, 2016) que, en algunos casos, se ha asociado con menores índices de bienestar, mayor absentismo y una peor calidad de los cuidados a los pacientes (Lu, While, & Louise Barriball, 2005). En referencia al género, diversos estudios han constatado que la prevalencia del burnout es mayor entre las mujeres (Hooftman, Mars, Janssen, De Vroome, Ramaekers, & van den Bossche, 2018; Sischka & Steffgen, 2016).

Tanto en Europa como Estados Unidos y Canadá, se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre la prevalencia del burnout entre los trabajadores de la salud (Carod-Artal & Vázquez-Cabrera, 2013; Zha, Patlas, & Duszak, 2019; Zha, Patlas, Neuheimer, & Duszak, 2018). Entre los resultados encontrados destacan altos niveles de cansancio emocional en muestras de personal de enfermería (Poncet, Toullic, Papazian, Kentish, Timsit, Pochard, Chevret, Schlemmer, & Azoulay, 2007). De manera similar, los profesionales de la medicina también presentan altos niveles de

burnout (Poncet et al., 2007), incluso hasta el punto de desear abandonar su trabajo (Embriaco, Azoulay, Barrau, Kentish, Pochard, Loundou, & Papazian, 2007). En el sector de la educación, diversos estudios señalan a los factores organizaciones, el conflicto y la ambigüedad de rol, entre otros, como determinantes importantes en el burnout del profesorado (Pascual, Perez-Jover, Mirambell, Ivanez, & Terol, 2003). Entre los estudiantes, mayormente de profesiones relacionadas con la salud, también se han detectado altos niveles de burnout (Frajerman, Morvan, Krebs, Gorwood, & Chaumette, 2019; Jackson, Shanafelt, Hasan, Satele, & Dyrbye, 2016; West, Shanafelt, & Kolars, 2011).

En el continente africano también se ha estudiado el burnout preferentemente en los sectores sanitario y educativo, aunque las investigaciones son más escasas y la mayoría corresponden a las últimas décadas. Algunos estudios se han llevado a cabo en Malawi, con elevados índices de cansancio emocional entre profesionales de la salud (McAuliffe, Bowie, Manafa, Maseko, MacLachlan, Hevey, Normand, & Chirwa, 2009). En Nigeria también se han hallado niveles altos de prevalencia del burnout entre profesionales de la salud, ya sean enfermero/as, médicos o médicos residentes (Adebayo & Ezeanya, 2011; Ogundipe, Olagunju, Lasebikan, & Coker, 2014; Pindar, Coker, Wakil, Morakinyo, & Coker, 2012), así como entre estudiantes universitarios (Ugwu, Onyishi, & Tyoyima, 2013). En Egipto, los estudios marcan niveles moderados de burnout entre médicos y profesionales de la enfermería (Abdo, El-Sallamy, El-Sherbiny, & Kabbash, 2015). En Kenia y Tanzania, los resultados muestran diferentes causas del burnout entre los profesores de primaria, como los bajos salarios, la baja participación en la toma de decisiones, la sobrecarga de trabajo, la ausencia de oportunidades de promoción, la cantidad de lecciones por semana, entre otros (Ng'Eno, 2007; Sichambo, Maragia, & Simiyu, 2012). Además, también en Kenia, Tanzania, y en este caso se añade Uganda, un estudio señala la existencia de un alto porcentaje de enfermeros/as con síntomas compatibles con el burnout (van der Doef, Mbazzi, & Verhoeven, 2012).

En Sudamérica, gran parte de los trabajos sobre el burnout provienen de Brasil, con muestras de poblaciones diversas: agentes comunitarios (Silva & Menezes, 2008), profesionales de la salud (Fernandes, Nitsche, & de Godoy, 2017; Moreira, Magnago, Sakae, & Magajewski, 2009; Tironi et al., 2009; Zanatta & Lucca, 2015) o profesorado

de primaria (Batista, Carlotto, Coutinho, & Augusto, 2010). En Colombia, un estudio con profesorado universitario muestra que un 9,1% de los participantes presenta altos niveles de despersonalización (Correa-Correa, Muñoz-Zambrano, & Chaparro, 2010), mientras investigaciones realizadas con personal de enfermería en Colombia señalan una prevalencia de burnout del 20,1% y un 52,3 % de la muestra con riesgo de padecerlo (Grisales Romero, Muñoz, Osorio, & Robles, 2016). En Argentina, se han encontrado altos niveles de burnout entre profesionales de la medicina (Waldman et al., 2009).

En Asia también ha aumentado el interés por el burnout en los últimos años. En una muestra de personal enfermero de Taiwán se han identificado como predictores del burnout la edad, la baja satisfacción laboral, el ambiente de trabajo, el compromiso con el trabajo y el estado físico y psicológico de la persona (Lee, Yen, Fetzer, & Chien, 2015). Por otro lado, investigaciones realizadas en China señalan altos niveles de cansancio emocional y baja realización personal en muestras de enfermería (Guo et al., 2016), así como altos niveles de burnout entre profesionales de la medicina que trabajan más de 40 horas semanales (Lo, Wu, Chan, Chu, & Li, 2018). Más ejemplos de altos niveles de burnout en profesionales de la salud son los resultados de un estudio con personal de enfermería en Singapur (Lim, Kim, Kim, Yang, & Lee, 2010) o con profesionales de medicina y enfermería en Mongolia (Bagaajav, Myagmarjav, Nanjid, Otgon, & Chae, 2011). También en Arabia Saudí los niveles de prevalencia del burnout entre profesionales sanitarios son elevados (Al-Turki et al., 2010; Elbarazi, Loney, Yousef, & Elias, 2017).

Finalmente, la investigación sobre burnout realizada en Australia y Nueva Zelanda pone de manifiesto que un 69% de una muestra de jóvenes profesionales de medicina de ambos países muestran signos de burnout (Markwell & Wainer, 2009). En la misma línea, también se hallan niveles altos de burnout en otras muestras de enfermería o medicina australianas (Arora, Asha, Chinnappa, & Diwan, 2013; Hayes, Douglas, & Bonner, 2015).

3.2.2 PREVALENCIA DEL BURNOUT ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE AMBULANCIAS

A lo largo de las últimas décadas también ha aumentado el interés por la salud psicosocial de los profesionales de las ambulancias, ya sea por su exposición a altas exigencias emocionales en el trabajo (Halpern, Maunder, Schwartz, & Gurevich, 2012; van der Ploeg, & Kleber, 2003), por la alta responsabilidad sobre la vida de las personas en situaciones de vida o muerte (Cydulka, Lyons, Moy, Shay, Hammer & Mathews, 1989), por la necesidad de proporcionar atención adecuada a pacientes crónicos o con enfermedades terminales -generalmente en el TSNU, transporte sanitario no urgente-, que pueden convertir estas demandas en emocionalmente agotadoras (Mahony 2001), o por la exposición a jornadas laborales impredecibles, entre otras.

Entre las investigaciones realizadas en Europa durante los últimos años, un estudio con profesionales del sector en Alemania, centrado en la relación del burnout con la seguridad del paciente, destaca que entre un 19.9 y un 40% de los participantes muestran puntuaciones altas en alguna de las tres dimensiones del burnout, con porcentajes más elevados en la dimensión de la despersonalización (Baier, Roth, Felgner, & Henschke, 2018). En la misma muestra se halla que el 46% de los profesionales están insatisfechos con su trabajo y un 545 tenía la intención de dejar su trabajo en el año siguiente. En Estados Unidos, concretamente en Minnesota, se halla una prevalencia de burnout alrededor del 18% de los participantes. De acuerdo con los puntos de corte en la baremación estadounidense, en el cansancio emocional se obtiene 77%, 22% y 6% de respuesta para las categorías bajo, moderado y alto respectivamente; para la despersonalización, 56%, 29% y 15%; y para la realización personal 11%, 33% y 56% (Boland, Kinzy, Russell, Fernstrom, Kamrud, Mink, & Stevens, 2018). En Sudáfrica, la prevalencia del burnout en una muestra de paramédicos es del 31% (Stein & Sibanda, 2016) y en Arabia Saudí se ha encontrado una relación directa entre el estrés y el burnout relacionado con el trabajo, con un coeficiente de correlación de 0.239, también en una muestra de paramédicos (Enazi

& Alenzie, 2018), en la que los autores añaden que los resultados pueden explicarse por la escasez de personal, convirtiéndose esto en un exceso de trabajo o sobrecarga para los paramédicos. Finalmente, más de la mitad de los participantes de una muestra de paramédicos en Australia mostraron burnout en el momento de completar el cuestionario. El objetivo del estudio era describir la prevalencia del burnout según tres categorías: la personal, la relacionada con el trabajo y en relación con el paciente, mediante el Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Del 55,9% de los participantes que mostraron burnout, 43,4% fue en relación con el paciente; 62,7% en la categoría relacionada con el trabajo; y un 69,1% fue personal (Thyer, Simpson, & Nugteren, 2018).

3.3 LOS DETERMINANTES DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

La evidencia empírica disponible entorno a los determinantes causales del burnout, apunta tanto a las causas relacionadas con el trabajo (Eurofound, 2018), como a las características individuales de los trabajadores (Aydemir & Icelli, 2013; Cañadas-De la Fuente et al., 2015), y a factores sociales o relaciones con el entorno fuera del trabajo (Addison, 2010; Dolan, 2015).

A continuación, se analizan los determinantes del burnout a nivel organizacional, social e individual.

3.3.1 LOS DETERMINANTES A NIVEL ORGANIZACIONAL

Para Cox et al., (2000), el estrés relacionado con el trabajo puede estar influenciado tanto por riesgos asociados al contenido de trabajo como al propio contexto laboral, tal como se ha señalado con más detalle en el capítulo 2. Estos factores o condiciones

psicosociales se relacionan con el burnout actuando como determinantes causales, en ocasiones de forma negativa como factores de riesgo y en otras de forma positiva como factores protectores (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Leiter & Maslach (1999) identifican seis dimensiones de la vida en el trabajo que contribuyen al burnout: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad y valores. Por su parte, Aydemir e Icelli (2013) clasifican los riesgos organizacionales en dos grupos: las características del trabajo y las condiciones de trabajo (Tabla 4).

Tabla 4
Riesgos organizacionales asociados al burnout

Características del trabajo como factores de riesgo frente al burnout
Sobrecarga de trabajo
Falta de control
Recompensa insuficiente
Equipos fragmentados (disminución del trabajo en equipo)
Percepción de justicia
Conflicto de valores
Inseguridad laboral
Condiciones laborales como factores de riesgo frente al burnout
La interacción persona - ordenador (altos índices de comunicación tecnológica generan sobrecarga mental)
Trabajos orientados a servicios con personas
Luz natural (iluminación artificial e inadecuada)
Turnos de trabajo
Ruido ambiental
Superpoblación (muchas personas compartiendo espacios)

Nota: Adaptado de “Burnout for Experts”, de Bährer-Kohler, S., (2013), p.121-124, Basel, Switzerland: Springer

Una reciente publicación de Eurofound ha revisado distintas investigaciones llevadas a cabo en diferentes países europeos y en diversos contextos de trabajo o profesiones en relación con los determinantes del burnout. La tabla 5 recoge los principales factores identificados, tanto en su vertiente negativa (factores de riesgo) como positiva (factores protectores) (Eurofound, 2018).

Tabla 5

Determinantes del burnout relacionados con el trabajo

Determinantes del burnout relacionados con el trabajo
Ambiente laboral estresante y agotador
Conflictos en el lugar de trabajo
Apoyo social de los compañeros (positivo)
Aspectos físicos del ambiente laboral
Gran carga de trabajo y largas horas de trabajo
Autonomía, trabajo en equipo y posibilidades de desarrollo profesional (positivo)
Estilos de gestión y liderazgo
Recompensas (deseadas vs obtenidas)

Nota: Adaptado de «Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU», de Eurofound (2018), p. 15-17, Luxembourg: Eurofound

3.3.2 LOS DETERMINANTES A NIVEL SOCIAL E INDIVIDUAL

Entre los determinantes sociales del burnout, la interfaz familia-trabajo ha sido considerada como uno de los factores más importantes y más investigados en el estudio del burnout, si bien es considerada como un determinante organizacional en numerosas clasificaciones (Cox et al., 2000). Otros factores destacados en distintas investigaciones son el apoyo social (Addison, 2010) y el reconocimiento social.

A nivel individual, se han estudiado los efectos de varios determinantes como predictores del burnout, tales como la edad, el género, la educación, el nivel de ingresos, los años de experiencia, el departamento, el puesto de trabajo o la personalidad (Aloha, Honkonen, Isometsa, Kalimo, Nykyri, Koskinen, Aroma, & Lonnqvist, 2006; Cordes & Dougherty, 1993; Maslach et al., 2001).

3.4 LOS INSTRUMENTOS PARA EVALUAR EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

En las últimas décadas se han desarrollado diversos instrumentos de medida del SDP, con sus respectivas variantes adaptadas a distintas subpoblaciones, que dificultan la comparación entre investigaciones. A pesar de ello, por lo general gran parte de los estudios realizados hasta la fecha han utilizado el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996), o alguna de sus distintas versiones (por ejemplo, el MBI-GS, para población general trabajadora). El MBI evalúa las 3 dimensiones del burnout, el cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Algunos autores han señalado limitaciones del MBI, tanto a nivel teórico como psicométrico (Gil-Monte, 2005). Entre otras cuestiones, se ha destacado la ausencia de una puntuación única de burnout que englobe los resultados de las tres dimensiones evaluadas por el cuestionario, o la redacción en negativo de los ítems sobre cansancio emocional y despersonalización, en contraste con los ítems de realización personal, redactados en positivo (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001).

Con objeto de dar respuesta a estas limitaciones, han aparecido instrumentos como el Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005), el Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) (Shirom & Melamed, 2006), el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) (Demerouti, Bakker, Vardakou, & Kantas, 2003) o el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) (Gil-Monte, 2011).

El CBI consta de 18 ítems divididos en tres categorías: el burnout personal, el burnout relacionado con el trabajo y el relacionado con el cliente. En cada una de las tres escalas el burnout hace referencia al grado de fatiga física y psicológica y al agotamiento experimentado (Kristensen, Hannerz, Hogh, & Borg, 2005). El SMBM también se divide en tres escalas: fatiga física (P); agotamiento emocional (E); y cansancio cognitivo (C), formadas por 14 ítems (Shirom & Melamed, 2006). El OLBI consta de 16 ítems formulados positiva y negativamente, los cuales evalúan dos

dimensiones, el agotamiento y la desconexión (física, afectiva y cognitiva), mientras que la realización personal se excluye (Reis, Xanthopoulou, & Tsaousis, 2015). El CESQT consiste en 20 ítems distribuidos en cuatro escalas: la ilusión por el trabajo, el desgaste psíquico, la indolencia y la culpa. Las tres primeras permiten una puntuación global del burnout, mientras que la culpa permite diferenciar entre los dos perfiles de personas definidos en el modelo del Síndrome de quemarse por el trabajo de Gil-Monte (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2005).

Hasta la fecha, el MBI es el cuestionario más ampliamente utilizado en la investigación sobre burnout (Eurofound, 2018).

3.5 LAS CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

En este apartado se abordan las consecuencias derivadas del SDP a nivel individual y organizacional (Jackson & Maslach, 1982; Schwab, 1983; Schwab, Jackson, & Schuler, 1986).

A nivel individual, son numerosos los impactos negativos del burnout en la salud de las personas (Bakker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2014; Maslach & Leiter, 2017; Nuallaong, 2013). Diversas investigaciones han agrupado las distintas consecuencias del burnout en cinco grandes categorías: físicas, emocionales, comportamentales, interpersonales y actitudinales (Cordes & Dougherty, 1993; Kahill, 1988; Nuallaong, 2013; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Un estudio reciente de revisión de varias investigaciones mostró que el síndrome de desgaste profesional es un predictor de diversas consecuencias físicas, como pueden ser problemas cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, hipercolesterolemia, diabetes, dolores musculoesqueléticos, dolores de cabeza, fatiga prolongada, lesiones graves y mortalidad, entre otros (Salvagioni et al., 2017). Además, se ha constatado la relación del burnout con problemas psicosomáticos, como dolores en el

pecho, infecciones respiratorias y gastrointestinales, así como desordenes en el sueño. También afecta a las defensas, con lo que las personas se exponen a posibles enfermedades víricas (Ramier, 2018).

A nivel psicológico el burnout está asociado con trastornos del estado de ánimo (Bakker et al., 2014; Cordes & Dougherty, 1993; Kahill, 1988; Nuallaong, 2013), con lo que las personas afectadas muestran una mayor irritabilidad, hipersensibilidad y agresividad. El burnout está relacionado también con comportamientos de dejadez de los cuidados higiénicos, disminución de la actividad física, o incluso con un aumento de comportamientos adictivos, como el consumo de alcohol o tabaco, entre otros (Ramier, 2018). Parte de estos comportamientos, o bien el conjunto de ellos, pueden repercutir en la vida familiar generando conflictos trabajo-familia, en ambas direcciones.

En el ámbito organizacional, el burnout representa parte de las pérdidas económicas de la empresa por su repercusión negativa en varios indicadores (Carod-Artal & Vázquez-Cabrera, 2013; Schaufeli & Enzmann, 1998). La reciente revisión de Eurofound (2018) sobre varios estudios realizados en distintos países europeos en relación con el burnout, muestra consecuencias laborales tales como la disminución del compromiso organizacional, la reducción de la productividad, las reacciones negativas a clientes, el absentismo, la rotación de personal, la pérdida de motivación, el presentismo y la disminución del nivel de satisfacción, entre otros. También se asocia el burnout con comportamientos negativos para la empresa (conductas contraproductivas), como la negligencia, el robo, los retrasos, la mala gestión del tiempo y la resistencia al cambio (Kahill, 1988; Nuallaong, 2013), así como la intención de desear abandonar el trabajo. Además, el burnout afecta también negativamente a las relaciones interpersonales en el trabajo (Cordes & Dougherty, 1993; Kahill, 1988; Nuallaong, 2013), con el deterioro de las relaciones entre compañeros o con los clientes, hasta adquirir comportamientos de deshumanización hacia los clientes, usuarios o pacientes.

Finalmente, añadir que las consecuencias del burnout también afectan a nivel social como, por ejemplo, a través de los costes para la sanidad pública.

3.6 EL BURNOUT Y LA TEORÍA ECOLÓGICA DE BRONFENBRENNER

A lo largo de este tercer capítulo se ha abordado el constructo de burnout, su prevalencia, determinantes y consecuencias. Se expone a continuación el modelo teórico que se considera más adecuado para poder abordar el análisis del burnout, según las necesidades identificadas a continuación.

En el primer apartado del presente capítulo se ha introducido el concepto de burnout y se ha mencionado su carácter tridimensional, explicando que si bien el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal son conceptos distintos, se influyen entre sí. También se ha mostrado el carácter multinivel y de interrelación o influencia entre los determinantes del burnout y sus respectivas dimensiones. Es decir, los determinantes causales del burnout interactúan en diferentes niveles de análisis -personal, organizacional y social-, pues el profesional interactúa con su entorno laboral que, al mismo tiempo, forma parte de una organización inmersa en una cultura y una sociedad determinadas. Por otro lado, más allá de este carácter multinivel y de interrelación, también se ha constatado que algunos determinantes pueden actuar de forma positiva, es decir, en forma de moderadores del burnout, en lugar de hacerlo negativamente como factores de riesgo, compensándose mutuamente entre ellos.

De lo anterior se desprende que en la búsqueda del modelo teórico más adecuado para abordar la investigación del burnout, cabe tener en cuenta: 1) su carácter multidimensional; 2) el carácter multinivel y la interrelación entre los determinantes del burnout; 3) la naturaleza protectora o de riesgo de los distintos determinantes; y, 4) la necesidad de integrar el conjunto de factores o determinantes de los distintos modelos teóricos utilizados para explicar la salud ocupacional (demandas-recursos laborales o personales, recursos generales de resistencia, recursos de condición, recursos energéticos, etc.). Esta complejidad hace necesario emplear otro modelo explicativo a los enunciados con anterioridad, que permita un análisis más holístico del constructo, al tiempo que contemple las características expuestas.

Se ha considerado procedente utilizar la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979), que explica el desarrollo y el cambio de la conducta humana como interacción entre la persona y su medio ambiente. Su enfoque holístico y su amplio uso como marco explicativo de referencia en el ámbito de la salud lo convierte en un instrumento analítico útil para el estudio de fenómenos multifactoriales complejos como el burnout. Ello sin embargo no obvia que una de sus principales limitaciones sea, precisamente, la complejidad que implica abordar cualquier fenómeno atendiendo a todas las interconexiones posibles entre los distintos agentes y sistemas en juego. Bérubé, Poulin y Fortin (2007) señalan que el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) es adecuado para explicar la interrelación entre dos entornos o ambientes por varios motivos: 1) engloba el conjunto de posibles relaciones entre dos entornos o ambientes; 2) permite integrar el conjunto de factores de otros modelos explicativos; y, 3) entiende los entornos de forma anidada, uno dentro de otro.

Por las razones expuestas, este trabajo utiliza la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979) para abordar la complejidad del burnout, considerando la prevalencia de sus dimensiones como resultado de las interacciones del profesional con los entornos sociolaborales con los que interactúa a distinta escala.

La teoría ecológica de Bronfenbrenner

La teoría de Bronfenbrenner ha evolucionado con el tiempo, con 3 fases distintas a lo largo de los años. La primera fase (1973-1979) culmina con la publicación de la teoría ecológica del desarrollo humano en la que Bronfenbrenner (1979) concibe la interacción de la persona con su entorno en forma de niveles o estructuras anidadas: 1) el nivel interno, al que denomina microsistema, corresponde al campo de interacción más inmediata de la persona; 2) el mesosistema configura el conjunto de interconexiones que se entrelazan entre la persona y los entornos de los que forma parte; 3) el exosistema, compuesto por entornos en los que el profesional no está presente pero sí influenciado por ellos, como regulaciones institucionales o de gobiernos locales, entre otros; 4) el macrosistema, dónde se relacionan los otros tres niveles, caracterizando la cultura de cada entorno social (Bronfenbrenner, 1979). En

su segunda fase (1980-1993) la teoría presta más atención al rol individual, al tiempo que se añade el concepto de *cronosistema* para dar cuenta de la evolución temporal, tanto de la persona como de los entornos en los que se encuentra. Finalmente, en la tercera fase (1993-2006) se añade el término de conceptos proximales PPCT (proceso-persona-contexto-tiempo), que implica la interacción recíproca entre el desarrollo individual y otras personas, objetos, o símbolos del entorno inmediato (Rosa & Tudge, 2013). En este trabajo se utiliza la teoría ecológica, es decir, la correspondiente a la primera fase puesto que no se dispone de datos longitudinales

A nivel del microsistema del modelo ecológico, el burnout aparecería como resultado de los efectos de la interacción del profesional con su entorno más cercano, es decir, en su puesto de trabajo. Concretamente, la sobrecarga de tareas, la falta de control, una remuneración insuficiente y el conflicto de valores se han destacado como algunas de las causas del burnout (Maslach & Leiter, 2011). En relación con los factores de prevención y promoción de la salud, las investigaciones sobre el significado del trabajo (Rosso, Dekas, & Wrzesniewski, 2010) indican que la utilización de diversas habilidades y el desempeño de tareas significativas para el profesional aportan más sentido a sus funciones (Fried & Ferris, 1987), así como la congruencia entre los valores e ideologías de los empleados y la misión organizacional (Besharov, 2008). Aunque existen múltiples perspectivas o teorías sobre el significado del trabajo (Rosso et al., 2010), buena parte de ellas describen el constructo como una interpretación individual sobre el papel del contexto laboral en la vida (Pratt, Ashforth & Bake, 2003). Por ello, en este estudio se considera el sentido del trabajo ante el SDP entre los profesionales del TS a nivel del microsistema, para conocer la posibilidad de contrarrestar los efectos del burnout. Por otro lado, más allá de las condiciones del entorno laboral, es importante analizar también las relaciones sociales que cada persona establece con las distintas personas con las que interactúa en cada uno de los microsistemas en los que participa. Aparte de la familia y los compañeros de ocupación, los profesionales del transporte sanitario interactúan frecuentemente con otros profesionales como bomberos, policías, médicos, y con los usuarios de los servicios del TS; estas relaciones pueden ser causa de estrés o, por el contrario, fuente de satisfacción y bienestar.

A nivel del mesosistema, la explicación del burnout requiere el análisis de las interacciones entre los diferentes microsistemas en los que participa el individuo, especialmente las relaciones entre el microsistema familiar y el trabajo, aunque no exclusivamente. Los profesionales del TS interactúan, por ejemplo, con el sistema hospitalario, de manera que las estructuras, culturas y prácticas laborales en los centros sanitarios pueden influir sobre las propias condiciones de trabajo del TS o las relaciones que se establecen entre los trabajadores, en algunos casos como fuente de conflicto y estrés y, en otros, como facilitadores del trabajo o como oportunidad para el intercambio y la creación de vínculos relacionales. En este sentido, diversas investigaciones han señalado la importancia de analizar las interacciones compensatorias entre microsistemas (cross-domain compensation), como factor protector frente al SDP (Wiese, Seiger, Schmid, & Freund, 2010). Es necesario, por tanto, analizar cómo perciben los profesionales del TS las interacciones entre los distintos microsistemas en los que participan.

A nivel del exosistema hay tener en cuenta la interacción entre los trabajadores y las regulaciones de instituciones o gobiernos locales, entre otros entornos, en los que los profesionales no están presentes, pero que afectan a su trabajo, a pesar de no formar parte de ellos de modo directo. La teoría institucional de DiMaggio y Powell (1983) ofrece un marco teórico explicativo de los factores causales del burnout en este nivel de análisis. Los autores centran la teoría institucional en la comprensión de las organizaciones, tanto a nivel de estructura como de comportamiento. Concretamente defienden que, si bien cada institución tiene su propio modelo organizacional, las instituciones están constituidas por un conjunto de normas, esquemas y regulaciones que fuerzan a cambios en dirección a la homogeneidad. Para ello utilizan el concepto de isomorfismo, con tres efectos sobre las instituciones: el coercitivo, como las presiones recibidas de otras organizaciones; el mimético, como la imitación a organizaciones de más éxito; y el normativo, que son las normas o regulaciones de obligado cumplimiento para las instituciones. En el caso del TS, las regulaciones de instituciones y/o gobiernos locales son de gran importancia, pues la mayoría de los modelos organizativos a nivel mundial están relacionados directamente con la institución pública, bien porque es la propia administración quién realiza la gestión de las empresas de TS, o bien porque la gestión es privada, pero mediante una licitación pública. En ambos casos el cumplimiento de las regulaciones (efecto normativo del

isomorfismo), la relación con los gobiernos locales (efecto coercitivo) y la competencia en el caso de la empresa privada (efecto mimético), influyen en los puestos de trabajo de los profesionales, bien sea de forma positiva o negativa.

Finalmente, se analiza el burnout a nivel del macrosistema del modelo ecológico. Este nivel explicativo permite analizar la percepción de los trabajadores respecto a la influencia de la actual situación socioeconómica, los cambios de paradigma laboral y organización del trabajo que han provocado un cambio de cultura empresarial y de modelo productivo a nivel global, recortes en las empresas y mayor inseguridad en el empleo y en las condiciones laborales. Por otro lado, a nivel de macrosistema hay que considerar también la imagen social y el reconocimiento público de la profesión como factor de riesgo-protección de la salud (Maslach & Leiter, 2011), en la medida que pueden desembocar en una pérdida de confianza de los trabajadores en sí mismos cuando éstos son negativos. La teoría del reconocimiento social (Honneth, 1997) ofrece un buen marco de análisis sobre la percepción que tienen los trabajadores del TS acerca de la imagen social de su profesión y permitiría explicar la baja realización personal que, según Maslach y Jackson (2011), provoca en los profesionales la sensación de que la sociedad conspira frente a cualquier éxito o fracaso que el trabajador pueda alcanzar, con la consiguiente pérdida de confianza en sí mismos. Según Honnet (1997), la ausencia o un escaso reconocimiento es el mayor daño a la subjetividad de la persona. Los individuos construyen su propia identidad desde el reconocimiento diverso por parte de la sociedad. Siguiendo a Hegel, Honnet distingue tres formas de reconocimiento: (1) las relaciones de amor y amistad, en el ámbito privado o familiar; (2) el reconocimiento jurídico, en el ámbito público; y, (3) la solidaridad, en el ámbito comunitario. En este último ámbito, el reconocimiento de los colectivos profesionales se forma a raíz de los ideales y los fines del conjunto de sus participantes. Los individuos se sienten orgullosos de pertenecer a estos grupos, de formar parte de un modo útil del conjunto de valores que su colectivo representa. Contrariamente, cuando surge la negación al reconocimiento, o bien el desprecio, además de representar una injusticia, causa daño a las personas. En el ámbito comunitario, este desprecio afecta a la dignidad, el honor o el status de la persona, generando una desvalorización y una pérdida de autoestima (Honneth, 1997), conceptos que se asimilan a los sentimientos de incompetencia, desmotivación,

disminución de la autoestima y fracaso que surgen en la dimensión de la realización personal característica del burnout. La profesión del técnico de ambulancias o paramédico ha evolucionado significativamente en las dos últimas décadas, con cambios tanto en el marco formativo como en el marco profesional, aproximándose a otras profesiones de la salud (O'Meara, 2009). A pesar de esta evolución, la literatura especializada señala la falta de reconocimiento como una de las causas del desgaste profesional en el sector del transporte sanitario (Arial, Pichonnaz, Benoît, & Danuser, 2009; Ballesteros Peña, 2012; Bourdon, 2011), en ocasiones unida a la historia de la profesión; cabe recordar que, en sus inicios, las personas que trabajaban en las ambulancias (con poca formación o prácticas profesionales) únicamente realizaban el desplazamiento de las personas enfermas hacia un centro médico lo más rápido posible para ser atendido por personal sanitario (Arial et al., 2009).

La elección de un modelo social y ecológico como el propuesto por Bronfenbrenner permite hacer frente a las críticas sobre la utilización de paradigmas de investigación excesivamente individualistas en la investigación sobre burnout, al tiempo que permite integrar múltiples variables identificadas en otros modelos teóricos como determinantes de la salud ocupacional (Aguayo, 2018).

En el próximo capítulo (4) se abordan las características del sector del transporte sanitario, atendiendo a la diferenciación entre dos modelos de atención extrahospitalaria, el franco-alemán y el anglo-americano. Para ello se analizan los servicios de TS y la formación de los profesionales del sector en dos localizaciones geográficas que representan a cada uno de estos modelos: Cataluña y Quebec.

4. CONTEXTUALIZACIÓN DEL SECTOR DEL TRANSPORTE SANITARIO

Para una adecuada comprensión del entorno laboral del transporte sanitario terrestre, es decir, de los servicios de ambulancia, se considera importante exponer algunas características del sector, tanto a nivel de gestión como de las competencias de sus profesionales, a partir del análisis de los programas formativos correspondientes.

Para ello, tras una breve introducción histórica sobre el origen del TS y los diferentes modelos de atención extrahospitalaria, se describen los modelos de los servicios de ambulancia de España y Canadá, concretamente de la comunidad autónoma de Cataluña en España y de la región de Quebec en Canadá, territorios donde se ha llevado a cabo la presente investigación. También se añade información relativa a la salud ocupacional en el sector.

Destacar que hasta la fecha se desconocen estudios que aborden los factores psicosociales entre los profesionales del TS con un análisis diferencial entre ambos modelos de atención extrahospitalaria, lo que constituye una aportación innovadora de esta tesis.

4.1 LOS SERVICIOS DE AMBULANCIAS

El transporte sanitario terrestre tiene la función de trasladar personas enfermas o accidentadas en ambulancia desde cualquier ubicación hasta un centro sanitario, o bien entre dos centros sanitarios, aunque esta afirmación adquiere ciertas variaciones en función de cada región o país, por su evolución según las necesidades demográficas, sociales, políticas o económicas, contribuyendo a la actual diversidad de modelos organizativos (Mensor, 2011).

Los orígenes del transporte en ambulancia en Europa datan de finales del siglo XVIII, en la recogida y traslado hacia la retaguardia de heridos militares en las guerras napoleónicas, con la intención de reducir el tiempo de atención a los heridos. Se trataba de carros tirados por caballos a los que llamaban “ambulances volantes”. No obstante, existen referencias previas, aunque escasas, de la utilización de las “ambulancias de campo” en la Edad Media y los “hospitales de campo” en el siglo XV. Más tarde, en el siglo XIX, en la Guerra Civil de EEUU, también se introducen los cuerpos de ambulancias en el ejército. Posteriormente se amplía significativamente su utilización en las guerras mundiales, fundamentalmente para atender a los heridos militares, hasta que finalmente se expanden sus servicios para fines civiles. Ulteriormente, la introducción del masaje cardíaco por primera vez en los años 1960, por Kouwenhoven, Jude y Knickerbocker, impulsó los servicios de emergencias extrahospitalarias (Mensor, 2011; CatSalut, 2006). A partir de 1965 se colocan los primeros desfibriladores. A continuación, tanto en Estados Unidos como en Europa, empieza una evolución de recursos asistenciales para la atención extrahospitalaria, aunque con un principio diferente de prestación de atención según dos grandes modelos, el anglo-americano y el franco-alemán o franco-europeo (Al-Shaqsi, 2010; Mensor, 2011; Garrone, 2011; Page, Sbat, Vazquez, Yalcin, & Fofana, 2013), cuya evolución tiene diferentes adaptaciones, tanto a nivel mundial como entre regiones de un mismo país. La principal diferencia entre ambos modelos está en la filosofía de atención; mientras el modelo AA es conocido comúnmente por “llevar el paciente al hospital”, el modelo FA es conocido como “llevar el hospital al paciente”. Así, mientras

en el modelo AA se tratan menos pacientes en escena y más son transportados al hospital, en el modelo FA el paciente es atendido en la escena, con posterior traslado en caso de necesidad (Al-Shaqsi, 2010). En ambos modelos, en función de las necesidades del servicio, existen recursos terrestres de soporte vital básico, avanzado o crítico, atendidos por diferentes profesionales y combinados según los diseños locales. Mientras en el modelo AA, por lo general, los equipos están formados por EMT (Emergency Medical Technician) o paramédicos con formación para realizar la atención en soporte vital básico, avanzado y crítico, según cada modelo local, en los modelos FA la atención de soporte vital básico la realizan los equipos de profesionales de transporte sanitario, añadiéndose a estos equipos el personal médico y/o enfermero cuando se trata de soporte vital avanzado o avanzado enfermero, en función de los casos y países (Garrone, 2011; Page et al., 2013).

En la mayoría de países con modelo FA también incluyen y segmentan explícitamente entre el TS urgente (TSU) y el TS no urgente (TSNU) o traslado de pacientes (PTS), en sus modelos de salud pública (Bos, Krol, Veenvliet, & Plass, 2015; Care Quality Commission, 2015). Se entiende el TSU como el traslado de personas enfermas o accidentadas en vehículos preparados especialmente para situaciones que implican riesgo vital o daño irreparable para la salud de la persona y el TSNU como el desplazamiento especial de personas enfermas o accidentadas que por causas clínicas no pueden utilizar transporte ordinario. En el modelo AA no existe, de forma explícita, esta segmentación (Bourdon, 2011; Robinson, Goel, Macdonald, & Manuel, 2009). Países como Estados Unidos, Canadá, Japón, Sudáfrica y Australia han adoptado el modelo AA, mientras que el modelo FA se ha adoptado en Alemania, Francia, España, Portugal, Malta y Austria, aunque existen diversas adaptaciones de los mismos, según las necesidades de cada país o región.

En relación a los profesionales de ambulancia, si bien en los inicios eran conductores con la función de recoger y trasladar al usuario hasta el centro sanitario correspondiente, con la evolución del sector en las últimas décadas los profesionales de ambulancias han visto transformadas sus funciones progresivamente incorporando la capacidad de ofrecer al usuario cuidados de soporte vital básico (SVB) o avanzado (SVA), mediante protocolos establecidos. Con objeto de dar respuesta a estas nuevas

funciones también han progresado los programas de formación o capacitación profesional del sector, tanto de educación formal como no formal o combinados, adaptados según las necesidades de cada uno de los modelos de atención extrahospitalaria, y de las tipologías de servicio (Feldman & Sanderson, 2011; Gowens & Gray, 2011; Kilner, 2004; Norum & Elsbak, 2010; O'Meara, 2009; Pozner, Zane, Nelson, & Levine, 2004).

En el presente trabajo, se elige como modelo FA el sistema de transporte sanitario de Cataluña (España), por ser el modelo local además de uno de los modelos europeos con más proporción de unidades de TSNU en la sanidad pública (WHO Regional Office for Europe, 2008). En cuanto al modelo AA, se elige el sistema de servicios de ambulancia de Quebec, tanto por el paralelismo entre ambos territorios geográficos a nivel histórico, político y social (Streicher-Arseneault, 2010), como por la similitud en el tiempo de la entrada en vigor de la nueva educación formal local en el sector, con la intención de minimizar sesgos originados por la introducción en el tiempo de cambios significativos en el sector en alguno de los modelos en estudio.

A continuación se exponen algunas características sobre el funcionamiento del sistema de transporte sanitario en cada uno de los dos modelos, así como las necesidades de formación de sus profesionales, con el sistema de Cataluña (España) como modelo FA y Quebec (Canada) como modelo AA.

4.2 EL MODELO FA DE CATALUÑA (ESPAÑA)

4.2.1 EL TRANSPORTE SANITARIO EN CATALUÑA (ESPAÑA)

Los servicios de emergencias médicas extrahospitalarias (SEMs) del Estado español se han ido estabilizando junto al Sistema Nacional de Salud (SNS). Ciertos acontecimientos de las dos últimas décadas han contribuido a esta evolución: de una

parte, la transferencia de la Seguridad Social (en materia de asistencia sanitaria) a las comunidades autónomas (CCAA); por otro lado, la financiación de la asistencia sanitaria ha pasado a formar parte por completo de los presupuestos generales del Estado (antiguamente era una fórmula mixta de presupuestos de la Seguridad Social y presupuestos generales del Estado); y, finalmente, la introducción de nuevas fórmulas en la gestión de los servicios sanitarios (empresas o fundaciones públicas, fórmulas público-privadas, etc.) (Mensor, 2011).

En la actualidad, el sistema nacional de salud en España es universal y gratuito y las competencias sanitarias están transferidas a cada una de las comunidades autónomas (CCAA). Los servicios de emergencias médicas extrahospitalarias en España, y por lo tanto el transporte sanitario, constituyen un servicio más del sistema de salud, por lo que su carácter es universal y gratuito. Por su naturaleza, el TS español corresponde al modelo de atención extrahospitalaria FA, con segmentación entre TSU y TSNU. Su gestión es privada en la mayoría de los territorios, mediante licitaciones públicas a nivel autonómico. Los concursos tienen periodicidades diversas, entre los cuatro y los ocho años, en función de los territorios y las prórrogas.

El TS en España dispone de normativa legal de carácter nacional. El actual Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera (BOE, 2012), establece las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera, con una orden posterior que incluye algunas modificaciones (BOE, 2013). Este, deroga al anterior (BOE, 1987), a fin de adecuar la normativa a los avances técnicos y a la nueva formación reglada del sector. Desde el punto de vista técnico, se ha adaptado el decreto regulador a la versión española de la norma del Comité Europeo de Normalización en materia de vehículos de transporte sanitario y sus equipos (AENOR, 2015), la cual deroga la versión anterior (AENOR, 2010). En línea con los estándares europeos, la regulación distingue entre tres clases de ambulancias, visualizadas a continuación:

Tabla 6
Clases de vehículos de transporte sanitario terrestre

Grupo ambulancia		Características
Clase A	A1	Convencional, para el transporte de paciente en camilla
	A2	Colectivo, para el transporte conjunto de enfermos cuyo traslado no es urgente ni tengan enfermedades infecto-contagiosas
Clase B		Soporte vital básico y atención sanitaria inicial
Clase C		Soporte vital avanzado

Nota: Adaptado de «Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera», BOE (2012), p. 41590, España: BOE

Independientemente de la tipología de vehículo, todos deben cumplir con las exigencias de la normativa vigente en materia de identificación y señalización, documentación obligatoria, vehículo y cédula sanitaria, tanto nacional como autonómica.

Centrándonos en Cataluña, por ser el lugar dónde se lleva a cabo parte del presente estudio, los inicios del TS se sitúan en 1872, cuando Cruz Roja se implanta en el territorio. Desde entonces es la entidad pionera en la actividad del transporte sanitario, actuando además en situaciones de catástrofes, accidentes de múltiples víctimas, epidemias, guerras, entre otros acontecimientos de la historia. Posteriormente, a partir de la década de los sesenta, con la extensión de la cobertura sanitaria y la aparición de nuevos centros sanitarios, surgen otras empresas de transporte sanitario: por ejemplo, Ambulancias Lázaro (1967), Domingo (1969), Guerra (1973). En 1997, Cruz Roja, como entidad sin ánimo de lucro y realizadora del TS en más de un 50% del territorio catalán, anuncia su intención de reorientar sus funciones en la sociedad y dejar de gestionar el TS. Este hecho, juntamente con otros (ej. finalización del servicio militar obligatorio), da lugar a que en 1999 el Servei Català de Salut (CatSalut) convoque un concurso público para la adjudicación del TS en Cataluña que se resuelve en mayo del año 2000 (CatSalut, 2006). Es entonces cuando la empresa pública del CatSalut, el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), creada en 1992, inicia la coordinación del TS en Cataluña. En relación con la normativa legal, además de la obligatoriedad actual de cumplimiento de la nacional española (BOE, 2012), en

Cataluña se creó en la década de los noventa un decreto regulador del transporte sanitario a nivel territorial (Cataluña, 1990).

La segmentación entre TSU y TSNU en Cataluña data de 2005, momento en el que se convoca el segundo concurso público en la Comunidad autónoma y en el que se licita por separado el transporte sanitario urgente y no urgente en los diferentes territorios o lotes, excepto en la ciudad de Barcelona. Las entidades licitadoras pueden concursar por ambos servicios por separado o bien solo por uno de ellos, en cada uno de sus lotes (CatSalut, 2006). En el siguiente concurso público de 2014 (DOGC, 2014), vigente en la actualidad, si bien los servicios continúan segmentados entre TSU y TSNU, las empresas licitadoras deben presentarse al mismo tiempo a la gestión de ambos servicios, con lo que en un mismo territorio los profesionales de una misma empresa pueden realizar funciones de TSU, de TSNU o de ambas, en función de las políticas empresariales.

En relación con los tipos de vehículos, distribución territorial y coordinación, en el último concurso (DOGC, 2014), además de las unidades Tipo A (A1 y A2), Tipo B (SVB) y Tipo C (SVA), se introducen los vehículos de intervención rápida (VIR), dotados con el equipo de soporte vital avanzado (SVA), que realizan asistencia técnica pero no el traslado de la persona. Los recursos existentes están repartidos a lo largo del territorio catalán, dividido por áreas o lotes, que corresponden a los ámbitos territoriales de “Alt Pirineu, Lleida, Camp Tarragona, Terres de l’Ebre, Girona, Catalunya Central”, y a los ámbitos metropolitanos de “Barcelonès Nord-Maresme, Vallès Occidental, Vallès Oriental, Alt Penedès-Garraf-Baix Llobregat, Baix Llobregat-Hospitalet de Llobregat”, además de “Barcelona ciutat i Regió Sanitària de Barcelona”. Finalmente, en relación a la coordinación y gestión del servicio del TS en Cataluña, exponer que, si bien la gestión del TSU la realizan las empresas privadas adjudicatarias del concurso vigente, la coordinación del TSU la realiza la empresa SEM, la cual recibe las llamadas de solicitud del servicio de urgencia mediante el número de teléfono de emergencias 112. El SEM dispone de tres salas de coordinación, concretamente en Hospitalet de Llobregat, Reus y Barcelona ciudad. En relación con el TSNU, la gestión y coordinación son funciones de las empresas privadas adjudicatarias del concurso, las cuales tiene la potestad de decidir dónde ubican su centro coordinador.

Para finalizar este apartado, añadir que la empresa pública SEM dispone además de servicios especiales que actúan a lo largo de todo el territorio catalán, en función de las necesidades. Estos servicios tienen la función de ofrecer cobertura sanitaria en situaciones varias como: 1) existencia de un riesgo previsible (grandes eventos, celebraciones deportivas, manifestaciones, etc.); 2) ofrecer soporte en accidentes con múltiples víctimas; y, 3) actuar en catástrofes o situaciones con riesgo de contaminación, sea nuclear, biológica o química (SEM, 2015).

4.2.2 LOS PROFESIONALES DEL SECTOR

Los profesionales del sector del TS en España son los técnicos de emergencias sanitarias (TES), con formación para llevar a cabo técnicas de soporte vital básico. El sector ofrece actualmente educación formal de ciclo formativo de grado medio unificada según el Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico en Emergencias Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas (BOE, 2007), aunque cada comunidad autónoma establece el currículum formativo del ciclo. En el año 2012, en la introducción del actual Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera (BOE, 2012), se contempló tanto la formación profesional del técnico de emergencias sanitarias (BOE, 2007), como el certificado de profesionalidad de transporte sanitario (BOE, 2011). Añadir que, previo a la introducción de esta formación reglada del ciclo formativo de grado medio del técnico en emergencias sanitarias (BOE, 2007), cada comunidad autónoma podía disponer de su sistema de certificados para realizar las funciones sectoriales, la mayoría comúnmente conocidos como los carnets o títulos de técnico de transporte sanitario (TTS), aunque sin obligatoriedad explícita de obtención.

En relación a cuál de las dos titulaciones es necesaria para trabajar como profesional de TS, bien el ciclo formativo de grado medio o el certificado de profesionalidad, la normativa estatal especifica que (BOE, 2012, Sec. I. Pág. 41591-41592):

“los vehículos destinados a la prestación de los servicios de transporte sanitario deberán contar durante su realización con la siguiente dotación de personal:

a) Las ambulancias no asistenciales de clases A1 y A2, deberán contar, al menos, con un conductor que ostente, como mínimo, el certificado de profesionalidad de transporte sanitario previsto en el Real Decreto 710/2011, de 20 de mayo, por el que se establecen dos certificados de profesionalidad de la familia profesional Sanidad que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad y, cuando el tipo de servicio lo requiera, otro en funciones de ayudante con la misma cualificación.

b) Las ambulancias asistenciales de clase B, deberán contar, al menos, con un conductor que esté en posesión del título de formación profesional de técnico en emergencias sanitarias, previsto en el Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico en Emergencias Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas, o correspondiente a un título extranjero homologado o reconocido y otro en funciones de ayudante que ostente, como mínimo, la misma titulación.

c) Las ambulancias asistenciales de clase C, deberán contar, al menos, con un conductor que esté en posesión del título de formación profesional de técnico en emergencias sanitarias antes citado o correspondiente título extranjero homologado o reconocido, con un enfermero que ostente el título universitario de Diplomado en Enfermería o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido. Asimismo, cuando la asistencia a prestar lo requiera deberá contar con un médico que esté en posesión del título universitario de Licenciado en Medicina o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de médico, o correspondiente a un título extranjero homologado o reconocido. “

Así, a lo largo de todo el territorio español, el certificado de profesionalidad es válido para trabajar solamente en el TSNU, mientras que con el título de TES se puede trabajar bien en el TSNU o en el TSU, tanto en unidades de soporte vital básico como de soporte vital avanzado, en este último caso conjuntamente con el equipo médico y/o enfermero correspondiente. Añadir que también se introdujo un sistema de

habilitaciones para los casos de profesionales que disponían de antigüedad previa a la normativa en el sector, con la intención de acreditar la experiencia laboral y mantener los puestos de trabajo en las empresas actuales, tanto para el TSU como para el TSNU.

En Cataluña, el estatuto de autonomía determina que corresponde a la Generalitat la competencia compartida del establecimiento de planes de estudio en materia de enseñanzas no universitarias. En 2012, en Cataluña el “DECRET 123/2012, de 9 d’octubre, pel qual s’estableix el currículum del cicle formatiu de grau mitjà d’emergències sanitàries” establece el currículum del ciclo formativo de grado medio en emergencias sanitarias, que permite obtener el título del TES regulado a nivel estatal (BOE, 2007).

Ambas regulaciones, la autonómica y la estatal, incluyen, entre otros: 1) los objetivos del curso; 2) las competencias profesionales, personales y sociales; 3) las unidades formativas; y, 4) los entornos profesionales de actuación, con la inclusión del inglés técnico en el Decret, entre algunas variantes diferenciadoras.

En la Tabla 7 se exponen los objetivos del currículum del ciclo formativo en Cataluña (DOGC, 2012), con la diferencia de la inclusión del inglés técnico en el programa, además de alguna otra pequeña variación, respecto a la normativa estatal (BOE, 2007).

Tabla 7
Objetivos del ciclo formativo de grado medio TES

OBJETIVOS DEL CICLO FORMATIVO DE GRADO MEDIO TES
a) Relacionar las posibles patologías analizando los procedimientos de intervención para evacuar a las víctimas de forma segura
b) Analizar las técnicas de conducción en condiciones adversas y con pacientes que presenten distintas patologías identificando las repercusiones orgánicas que un traslado inadecuado puede tener en la salud, para evacuar al paciente o víctima
c) Enumerar signos de gravedad, relacionándolos con criterios y protocolos de actuación, para clasificar a las víctimas
d) Reconocer los signos de compromiso vital, relacionando desviaciones de signos externos respecto de los parámetros normales, para determinar el estado del paciente
e) Aplicar maniobras de reanimación cardiopulmonar y técnicas de asistencia sanitaria inicial, relacionando los síntomas con las maniobras y técnicas, para estabilizar al paciente
f) Identificar el material y medicación de soporte vital avanzado, relacionándolos con los protocolos necesarios de actuación para ayudar al personal médico y de enfermería
g) Aplicar las técnicas de soporte psicológico indicadas en situaciones de emergencia y de crisis, analizando los protocolos de actuación, para prestar apoyo a pacientes, familiares y afectados
h) Relacionar las necesidades de los usuarios con los recursos a movilizar, analizando distintas situaciones, para atender la demanda
i) Caracterizar las intervenciones de mantenimiento de primer nivel del vehículo y dotación no sanitaria, describiéndolas y relacionándolas con el posible fallo, para mantener el vehículo en condiciones operativas
j) Describir las operaciones de limpieza y desinfección de material y equipos describiéndolas y relacionándolas con los problemas que se pueden presentar, para limpiar y desinfectar los vehículos y dotación
k) Identificar las comprobaciones iniciales en los equipos y medios auxiliares sanitarios relacionando su estado con las condiciones normales indicadas para verificar su funcionamiento
l) Analizar los protocolos de actuación y la normativa determinando y catalogando los recursos para asegurar el transporte, la distribución y el abastecimiento de los mismos
m) Describir los equipos de comunicaciones, determinando la secuencia de operaciones a realizar, para establecer y mantener la comunicación entre la zona de intervención y el centro coordinador
n) Interpretar mapas, planos, reconociendo las características geográficas y elementos de obra civil, para aportar datos al centro coordinador
o) Identificar los riesgos asociados a su actividad profesional, relacionándolos con las medidas de protección, para actuar en la prestación sanitaria y el traslado de pacientes o víctimas
p) Analizar posibilidades de intervención identificando y valorando riesgos en siniestros y desastres para resolver problemas y tomar decisiones

Tabla 7
(Continuación)

OBJETIVOS DEL CICLO FORMATIVO DE GRADO MEDIO TES
q) Identificar las funciones de los miembros de la cadena de mando, analizando su jerarquía para intervenir en función de la misma
r) Relacionarse en el equipo de trabajo, participando con tolerancia, respeto y sinceridad, para mantener relaciones adecuadas al trabajo en equipo
s) Identificar responsabilidades éticas y legales, interpretando la legislación vigente, para garantizar la privacidad y la libertad del paciente o víctima
t) Reconocer sus derechos y deberes como agente activo en la sociedad, analizando el marco legal que regula las condiciones sociales y laborales para participar como ciudadano democrático
u) Valorar las actividades de trabajo en la prestación del servicio, identificando su aportación al proceso global para conseguir los objetivos
v) Identificar y valorar las oportunidades de aprendizaje y empleo, analizando las ofertas y demandas del mercado laboral para gestionar su carrera profesional
w) Reconocer y seleccionar el vocabulario técnico y básico y las expresiones más habituales en lengua inglesa para interpretar documentación técnica sencilla y comunicarse en situaciones cotidianas en la empresa.

Nota: Adaptado de «DECRET 123/2012, de 9 d'octubre, pel qual s'estableix el currículum del cicle formatiu de grau mitjà d'emergències sanitàries», de DOGC (2012), p. 48888-48889, España: BOE

En relación a las competencias profesionales, personales y sociales en el currículum formativo autonómico, también se incluye la competencia referida al inglés, respeto al estatal (Tabla 8).

Tabla 8
Competencias profesionales, personales y sociales del TES

COMPETENCIAS PROFESIONALES, PERSONALES Y SOCIALES
a) Evacuar al paciente o víctima utilizando las técnicas de movilización e inmovilización y adecuando la conducción a las condiciones del mismo, para realizar un traslado seguro al centro sanitario de referencia
b) Aplicar técnicas de soporte vital básico ventilatorio y circulatorio en situación de compromiso y de atención básica inicial en otras situaciones de emergencia
c) Colaborar en la clasificación de las víctimas en todo tipo de emergencias y catástrofes, bajo supervisión y siguiendo indicaciones del superior sanitario responsable
d) Ayudar al personal médico y de enfermería en la prestación del soporte vital avanzado al paciente en situaciones de emergencia sanitaria
e) Prestar apoyo psicológico básico al paciente, familiares y afectados en situaciones de crisis y emergencias sanitarias
f) Atender la demanda de asistencia sanitaria recibida en los centros gestores de teleoperación y teleasistencia
g) Limpiar y desinfectar el habitáculo del vehículo sanitario y su dotación para conservarlo en condiciones higiénicas
h) Verificar el funcionamiento básico de los equipos médicos y medios auxiliares del vehículo sanitario aplicando protocolos de comprobación para asegurar su funcionamiento
i) Controlar y reponer las existencias de material sanitario de acuerdo a los procedimientos normalizados de trabajo para asegurar su disponibilidad
j) Mantener el vehículo y la dotación no sanitaria en condiciones operativas
k) Actuar en la prestación sanitaria y el traslado de pacientes o víctimas siguiendo los protocolos de protección individual, prevención, seguridad y calidad
l) Aplicar los procedimientos logísticos que aseguran el transporte, la distribución y el abastecimiento de los recursos en el lugar del suceso, de acuerdo con las instrucciones recibidas por el mando sanitario responsable de la intervención
m) Aportar datos para elaborar, ejecutar y evaluar planes de emergencia, mapas de riesgo y dispositivos de riesgo previsible colaborando con los responsables del centro coordinador
n) Establecer y mantener la comunicación entre la zona de intervención y el centro coordinador operando los equipos de comunicaciones
o) Atender las necesidades de movilidad y transporte de los pacientes, víctimas y familiares garantizando su privacidad y libertad
p) Adaptarse a diferentes puestos de trabajo y nuevas situaciones laborales originados por cambios tecnológicos y organizativos en la prestación de los servicios
q) Resolver problemas y tomar decisiones individuales siguiendo las normas y procedimientos establecidos, definidos dentro del ámbito de su competencia
r) Participar en el trabajo en equipo, respetando la jerarquía en las instrucciones de trabajo

Tabla 8
(Continuación)

COMPETENCIAS PROFESIONALES, PERSONALES Y SOCIALES
s) Ejercer sus derechos y cumplir con las obligaciones derivadas de las relaciones laborales, de acuerdo con lo establecido en la legislación vigente
t) Gestionar su carrera profesional, analizando las oportunidades de empleo, autoempleo y de aprendizaje
u) Crear y gestionar una pequeña empresa, realizando un estudio de viabilidad, de planificación y de comercialización
v) Participar de forma activa en la vida económica, social y cultural, con una actitud crítica y de responsabilidad.
x) Interpretar en lengua inglesa los documentos técnicos sencillos y las comunicaciones básicas en los circuitos de una empresa del sector de las emergencias sanitarias.

Nota: Adaptado de «DECRET 123/2012, de 9 d'octubre, pel qual s'estableix el currículum del cicle formatiu de grau mitjà d'emergències sanitàries», de DOGC (2012), p. 48886-48887, España: BOE

La tabla 9 recoge los módulos profesionales y las unidades formativas del currículum formativo autonómico del TES.

Tabla 9
Módulos y unidades formativas

Módulo	Horas	Unidades formativas
Mantenimiento mecánico preventivo del vehículo	33	UF1: funcionamiento electromecánico del vehículo
	33	UF2: mantenimiento y reparaciones simples
Logística sanitaria en emergencias	30	UF1: despliegues en emergencias
	40	UF2: materiales, suministros y comunicación
	29	UF3: coordinación de evacuaciones
Dotación sanitaria en emergencias	20	UF1: mantenimiento de la dotación sanitaria
	30	UF2: acondicionamiento de la dotación sanitaria
	25	UF3: control de material
	24	UF4: control de la documentación
Atención sanitaria inicial en situaciones de emergencia	96	UF1: atención sanitaria inmediata
	36	UF2: atención a múltiples víctimas
Atención sanitaria especial en situaciones de emergencia	20	UF1: material y dedicación
	80	UF2: lesiones per agentes físicos
	40	UF3: lesiones por agentes químicos y biológicos
	80	UF4: patología orgánica de urgencia
	24	UF5: patología neurológica y psiquiátrica de urgencia
	20	UF6: atención al parto inminente
Evacuación y traslado de pacientes	22	UF1: acondicionamiento de espacios de intervención
	60	UF2: movilización
	50	UF3: inmovilización
	33	UF4: conducción y transferencia
Soporte psicológico en situaciones de emergencia	66	UF1: soporte psicológico en situaciones de emergencia
Planes de emergencia y dispositivos de riesgos previsibles	33	UF1: planes de emergencia
	33	UF2: dispositivos de riesgos previsibles
Teleemergencias	33	UF1: centros coordinadores
	33	UF2: recepción y valoración de la demanda
Anatomofisiología y patología básicas	19	UF1: la organización del cuerpo humano
	22	UF2: la salud y la enfermedad
	22	UF3: el movimiento y la percepción
	22	UF4: la oxigenación y la distribución de la sangre
	22	UF5: el metabolismo y la excreción
	25	UF6: la regulación interna y su relación con el exterior
Formación y orientación laboral	66	UF1: incorporación al trabajo
	33	UF2: prevención de riesgos laborales

Tabla 9
(Continuación)

Módulo	Horas	Unidades formativas
Formación y orientación laboral	66	UF1: incorporación al trabajo
	33	UF2: prevención de riesgos laborales
Empresa e iniciativa emprendedora	66	UF1: empresa e iniciativa emprendedora
Inglés técnico	99	UF1: inglés técnico
Síntesis	66	UF1: síntesis
Formación en centros de trabajo	383	Formación en centros de trabajo

Nota: Adaptado de «DECRET 123/2012, de 9 d'octubre, pel qual s'estableix el currículum del cicle formatiu de grau mitjà d'emergències sanitàries», de DOGC (2012), p. 48890-48891, España: BOE

En relación con el estudio de los factores psicosociales de la presente tesis, destacar los contenidos de la UF2 del módulo de Formación y orientación laboral, con 33 horas lectivas agrupadas según los tres siguientes bloques (DOGC, 2012, p. 48929): “1) Evaluación de riesgos profesionales; 2) Planificación de la prevención de riesgos en la empresa; y 3) Aplicación de medidas de prevención y protección en la empresa” los cuales en su desglose también incluyen los aspectos psicosociales.

En relación con el ámbito profesional y de trabajo, el profesional puede ejercer su actividad tanto en entorno público como privado, de acuerdo con la normativa vigente (BOE, 2007, p. 48179; DOGC, 2012, p. 48888):

- “- la atención sanitaria y psicológica de pacientes o víctimas y su traslado
- colaboración en la preparación y desarrollo de logística sanitaria en emergencias colectivas o catástrofes
- participación en la preparación de planes de emergencia y dispositivos de riesgo previsible”.

Finalmente, en relación a la formación profesional del TES, exponer que los principales puestos de trabajo a ocupar son (BOE, 2007 p. 48179; DOGC, 2012, p. 48888):

- “- personal técnico en transporte sanitario

- personal técnico en emergencias sanitarias
- personal operador de teleasistencia
- personal operador de centros de coordinación de urgencias y emergencias”.

4.3 EL MODELO AA DE QUEBEC (CANADA)

4.3.1 LOS SERVICIOS DE AMBULANCIA EN QUEBEC (CANADA)

En Canadá, con modelo de atención extrahospitalaria AA, los servicios de ambulancia son responsabilidad de cada región o provincia, por lo que varían a lo largo de todo el país (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 2005).

En relación con la financiación, existen diferentes modelos en todo el país entre los cuales encontramos los que están totalmente financiados por el gobierno, otros que son altamente subsidiados con un cargo nominal para el paciente (modelo más común), o bien los que están ligeramente subsidiados con una gran parte del costo asumido por el paciente (Symons & Shuster, 2004).

La gestión de los servicios también presenta diferentes formatos, ya sean provinciales, regionales o municipales. Existen servicios con carácter independiente, otros con base en los departamentos de bomberos, y otros que dependen de los hospitales. La mayoría de ellos son operados o contratados públicamente, pero una minoría son una combinación de servicios públicos y privados (Symons & Shuster, 2004).

Los servicios de ambulancia del gobierno en Quebec forman parte de los servicios extrahospitalarios de urgencia (“services pré-hospitaliers d'urgence” (SPU)). Hasta donde se conoce, como ocurre en gran parte de las regiones de Canadá, el modelo no segmenta explícitamente entre los servicios públicos de TSU y TSNU. Ello no

obstante, existen informes que apuestan por un transporte alternativo para los transportes no urgentes (Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence, 2014), pues en la actualidad parte de los servicios del sistema pueden ser desplazamientos con carácter rutinario donde la vida del paciente no está en juego (Bourdon, 2011; Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2017; Robinson et al., 2009).

La evolución de los SPU en Quebec ha sido promovida por iniciativas locales o individuales. En los años 1950-1960 los servicios de ambulancias a menudo se realizaban con los coches fúnebres. A partir de los 70 el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales ("Santé et des Services Sociaux") emitía los permisos de ambulancia, delegando posteriormente la responsabilidad a las regiones. Entre los años 1980-1990, varios hitos del sistema extrahospitalario llevan a la creación de la entidad "Urgences-santé" en Montreal, que ofrecía también técnicas de soporte vital avanzado asistidas por profesionales de la medicina, hasta el año 2002. Por su parte, las diferentes regiones a lo largo de la provincia de Quebec implantaron sistemas de atención extrahospitalaria ofreciendo exclusivamente atención de soporte vital básico. A partir de los años 90, dos informes marcan la evolución de los SPU en Quebec. Uno de ellos, "Chaque minute compte" (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1992), en el que un comité consultivo reflexiona sobre la implantación de un sistema integrado de servicios de atención extrahospitalaria. El otro se publica en el año 2000, "Un système à mettre en place" (Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, 2000), y propone la implementación de un sistema integrado de servicios basado en una cadena de intervención extrahospitalaria en todas las regiones de Quebec (Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, 2000). Posterior a estos informes, en el año 2002 surge la "Loi sur les services préhospitaliers d'urgence – SPU" (Éditeur officiel du Québec, 2002), la cual regula el servicio de atención extrahospitalaria en todo el territorio de Quebec. La ley de los SPU está dividida en capítulos en los que se encuentra información relativa a roles y responsabilidades (nivel nacional-regional-local), a los vehículos y a los profesionales. Los servicios de ambulancia forman parte de la cadena de intervención de los SPU, formada por múltiples actores interrelacionados entre ellos, con responsabilidades e intervenciones integradas (Figura 3) (Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence, 2014).

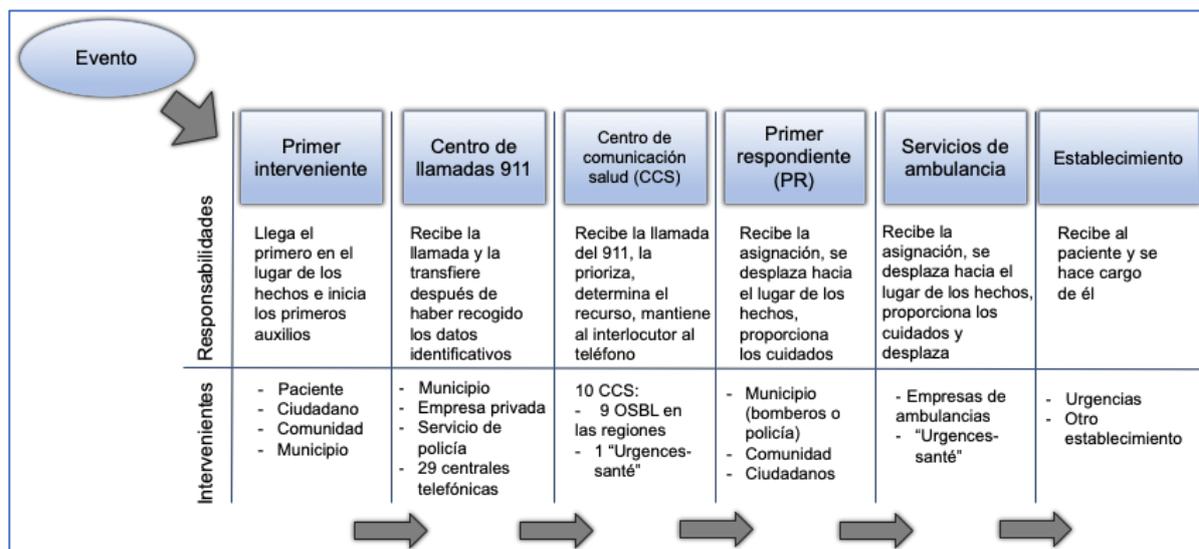


Figura 3. Cadena de intervención de las SPU

Nota : Adaptado de «Services préhospitaliers : Urgence d'agir », de Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence (2014), p. 14, Québec: (Ministère de la Santé et des Services Sociaux).

En los territorios de Montréal y Laval, el servicio de ambulancia lo presta la empresa pública "Urgences-santé", mientras que en el resto de la provincia de Quebec son empresas privadas o cooperativas de trabajadores que garantizan el servicio mediante contratos con el gobierno, según la ley de SPU (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2002). El servicio tiene un coste uniforme para todos los ciudadanos de Quebec, excepto en los casos en que la persona haya sufrido un accidente de tráfico, un accidente laboral, en los casos de traslados interhospitalarios, las personas mayores de 65 años o las personas prestatarias de la "Securité du revenu", entre otras excepciones (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2002), en las cuales el servicio es gratuito para el ciudadano.

4.3.2 LOS PROFESIONALES DEL SECTOR

Los profesionales de los servicios de atención extrahospitalaria en Canadá son paramédicos (Feldman & Sanderson, 2011; Symons & Shuster, 2004), con diferentes niveles de formación y competencias reguladas desde hace unos años por la asociación de paramédicos de Canadá, según las revisiones de Perfiles nacionales de competencia profesional para paramédicos (Association des Paramedics du

Canada, 2001), con las correspondientes adaptaciones en cada una de las regiones (Bourdon, 2011).

Los Perfiles nacionales de competencias profesionales (PNCP) distinguen cuatro niveles de competencia (Association des Paramedics du Canada, 2011):

- Primer respondiente (PR: Premier repondant; EMR: Emergency Medical Responder)
- Personal paramédico en soporte vital básico (PSP: Personnel paramédical en soins primaires; PCP : Primary Care Paramedic)
- Personal paramédico en soporte vital avanzado (PSA: Personnel paramédical en soins avancés; ACP: Advanced Care Paramedic)
- Personal paramédico en cuidados críticos (PSC: Personnel paramédical en soins critiques; CCP: Critical Care Paramedic)

Centrándonos en Quebec, lugar dónde se realiza el presente estudio, los profesionales de los servicios de ambulancias son los técnicos de ambulancias paramédicos (TAP, “technicien ambulancier paramedic”) cuyo programa de formación corresponde a soporte vital básico (“soins primaires”), aunque con alguna característica más vinculada a los cuidados de atención avanzada, como puede ser el suministro de algunos medicamentos. Añadir que en los últimos años, aunque ya existía un programa piloto con anterioridad, se introducen los TAP en cuidados de soporte vital avanzado, (TAP-SA, “TAP en soins avancés”), cuyas características exponemos más adelante.

En relación a los TAP, la figura predominante en los servicios de ambulancia de Quebec en la actualidad, tiene como responsabilidad la de evaluar el estado de salud del paciente, ofrecerle la atención necesaria en función de sus competencias y transportarlo hacia un centro sanitario, informando a los responsables del triaje del estado del paciente.

Los TAP en cuidados primarios reciben una educación formal en técnicas de atención extrahospitalaria que les permite intervenir de forma eficaz en situaciones de urgencia. Se trata del diploma de estudios colegiados (DEC, diplôme d’études collégiales) en

cuidados prehospitalarios de urgencia (“soins pré-hospitaliers d’urgence”), con una duración de 2 años, según el programa de contenidos aprobado en 2006 (Ministère de l’Éducation du Loisir et du Sport, 2006); el diploma es necesario para trabajar como TAP, además de estar inscrito en el registro nacional. Además deben seguir el programa de formación continuada anual que les permite aprender los nuevos protocolos clínicos vinculados a su trabajo (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015). Previo a la regulación del DEC, existía el certificado de estudios colegiados (AEC, “attestation d’études collégiales”) de 945 horas, con cese en el año 2012 (Bourdon, 2011).

El programa del DEC en en cuidados prehospitalarios de urgencia (“soins pré-hospitaliers d’urgence”) se divide en cuatro partes diferenciadas entre: formación general común a todos los programas de DEC, formación general propia del programa, formación general complementaria a otros programas y formación específica (Ministère de l’Éducation du Loisir et du Sport, 2006).

Los objetivos del programa se visualizan en la Tabla 10.

Tabla 10
Objetivos DEC “Soins préhospitalaires urgences”

Formación general común
Analizar textos literarios de género varios y de diversas épocas
Explicar las representaciones del mundo contenidas en textos literarios de varios géneros y diferentes épocas
Apreciar textos de la literatura quebequense
Tratar una cuestión filosófica de manera racional
Discutir las concepciones filosóficas del ser humano
Comprender y expresar mensajes sencillos en inglés
Comunicar en inglés con cierta fluidez
Comunicar con fluidez en inglés sobre temas sociales, culturales o literarios.
Tratar en inglés temas culturales y literarios
Situar la práctica de actividad física como un estilo de vida saludable
Mejorar su eficiencia al practicar actividad física
Demostrar capacidad para apoyar la práctica de actividad física desde una perspectiva de salud
Formación general
Producir diferentes tipos de discurso oral y escrito
Hacer un juicio sobre cuestiones éticas en la sociedad contemporánea
Comunicar en inglés de forma sencilla utilizando formas comunes de expresión relacionadas con el campo de estudio de uno
Comunicar en inglés con facilidad mediante el uso de formas comunes de expresión relacionadas con el campo de estudio de uno
Comunicar con fluidez en inglés usando formas de expresión de uso común relacionadas con el campo de estudio de uno
Comunicar de manera matizada en inglés en diferentes formas de habla
Formación general complementaria
Situar la contribución particular de las ciencias humanas a los problemas contemporáneos
Analizar uno de los principales problemas de nuestro tiempo según uno o más enfoques específicos de las ciencias humanas
Explicar la naturaleza general y algunos de los problemas actuales en ciencia y tecnología
Resolver un problema simple aplicando el enfoque científico básico
Comunicar en un lenguaje moderno de forma limitada
Comunicar en un lenguaje moderno sobre temas familiares
Comunicar con cierta fluidez en un lenguaje moderno
Reconocer el papel de las matemáticas o la informática en la sociedad contemporánea

Tabla 10
(Continuación)

Formación general complementaria
Usar una variedad de conceptos y procedimientos y use herramientas matemáticas o de computadora para el uso diario
Apreciar diversas formas de arte desde las prácticas estéticas
Realizar una producción artística
Formación específica
Analizar la función de trabajo
Manifiestar una visión integrada del cuerpo humano y su funcionamiento
Conservar la integridad psicológica y física
Realizar desplazamientos de personas
Usar métodos de evaluación de la condición clínica
Interpretar una situación clínica
Establecer una comunicación de ayuda
Intervenir con personas que requieren cuidados intensivos
Establecer vínculos entre farmacología o uso de drogas y situaciones clínicas
Prevenir la propagación de enfermedades o trastornos inmunológicos
Intervenir con personas que necesitan atención médica
Comunicar en el lugar de trabajo
Utilizar una ambulancia en una situación de intervención
Intervenir con personas en situaciones traumáticas
Adoptar una conducta profesional acorde con la ética de la profesión
Componer con realidades sociales y culturales relacionadas con la salud
Intervenir con personas con diversos problemas de conducta
Intervenir en la escena de un desastre, un acto antisocial o en situaciones especiales

Nota: Adaptado de «Programme d'études techniques: Soins préhospitaliers d'urgence» de Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport, (2014), p. 14, Québec

En relación con el bloque de la formación específica del sector en el DEC, se detallan a continuación los contenidos competenciales para cada uno de los objetivos del programa de educación en soins préhospitaliers d'urgence:

Tabla 11
 Contenidos competenciales DEC SPU

Competencia	Elementos de la competencia
Analizar la función de trabajo	Caracterizar la profesión de técnico de ambulancia y sus condiciones de práctica
	Revisar tareas y operaciones relacionadas con el ejercicio de la profesión
	Examinar los conocimientos, habilidades y comportamientos socioemocionales necesarios para ejercer la profesión
	Revisar la legislación aplicable al ejercicio de la profesión
	Caracterizar la profesión de técnico de ambulancia y sus condiciones de práctica
Manifestar una visión integrada del cuerpo humano y su funcionamiento	Representar el cuerpo humano desde un punto de vista anatómico
	Representar el cuerpo humano como un conjunto de sistemas
	Diseñar el cuerpo humano como un organismo en busca del equilibrio
	Establecer vínculos entre un desequilibrio biológico y el funcionamiento del organismo
Conservar la integridad psicológica y física	Gestionar la carga emocional inherente al ejercicio del trabajo
	Gestionar el estrés de practicar la profesión
	Prevenir el agotamiento
	Adaptarse a los cambios en el lugar de trabajo
	Tomar medidas de autoprotección contra amenazas físicas
Realizar desplazamientos de personas	Elegir métodos y modos de desplazamiento
	Preparar el equipo
	Realizar las maniobras relacionadas con los métodos y modos elegidos
	Instalar personas en un vehículo de transporte
Usar métodos de evaluación de la condición clínica	Realizar los pasos preparatorios para el examen primario
	Realizar un examen primario
	Realizar un examen secundario
	Apreciar la autonomía funcional de una persona.
Interpretar una situación clínica	Interpretar disfunciones o problemas de salud
	Reconocer el trauma físico
	Vincular las disfunciones o problemas de salud a la atención prehospitalaria
	Vincular el trauma físico a la atención prehospitalaria

Tabla 11
(Continuación)

Competencia	Elementos de la competencia
Establecer una comunicación de ayuda	Conectar con una persona y su séquito
	Establecer un vínculo de confianza con una persona y su entorno.
	Interactuar en una relación de ayuda.
	Acompañar a una persona y su familia en un proceso de toma de decisiones sobre su salud
	Apoyar el séquito de una persona durante una muerte súbita
Intervenir con personas que requieren cuidados intensivos	Evaluar la situación como un todo
	Preparar el equipo
	Apreciar la condición clínica de la persona.
	Proporcionar cuidados intensivos
	Evaluar el resultado
	Evacuar a la persona
	Informar sobre su intervención.
Establecer vínculos entre farmacología o uso de drogas y situaciones clínicas	Conocer una situación clínica relacionada con el uso o la administración de medicamentos
	Vincular las manifestaciones clínicas con el uso de drogas
	Vincular las manifestaciones clínicas al uso de drogas
	Determinar qué medicamentos usar y cómo administrarlos en un entorno prehospitalario
Prevenir la propagación de enfermedades o trastornos inmunológicos	Anticipar situaciones de riesgo resultantes de trastornos infecciosos o inmunológicos
	Identificar medidas preventivas relacionadas con la atención, salud y seguridad
	Implementar medidas para prevenir la propagación de trastornos infecciosos o inmunológicos
	Implementar medidas para controlar la propagación de trastornos infecciosos o inmunológicos
Intervenir con personas que necesitan atención médica	Evaluar la situación como un todo
	Preparar los equipos y materiales necesarios para la intervención.
	Apreciar la condición clínica de la persona.
	Cuidar a la persona
	Administrar drogas
	Desplazamiento de la persona
	Realizar seguimiento clínico de la persona durante el transporte
	Informe sobre su intervención

Tabla 11
(Continuación)

Competencia	Elementos de la competencia
Comunicar en el lugar de trabajo	Trabajar en colaboración, dentro de un equipo de atención
	Colaborar en un contexto interdisciplinario
	Interactuar en situaciones de trabajo conflictivas
	Asesoramiento a compañeros en diversas situaciones.
Utilizar una ambulancia en una situación de intervención	Control y mantenimiento menor del vehículo
	Comprobar los equipos
	Proceder a la recopilación y transmisión de información mediante un sistema de comunicación
	Planificar el desplazamiento
	Conducir una ambulancia en situaciones de emergencia y no emergencia
	Limpiar el vehículo y el equipo
Intervenir con personas en situaciones traumáticas	Evaluar la situación como un todo
	Preparar los equipos y materiales necesarios para la intervención
	Apreciar la condición clínica de la persona
	Brindar atención a la persona traumatizada
	Desplazar a la persona traumatizada.
	Realizar seguimiento clínico de la persona durante el transporte
	Informar sobre su intervención
Adoptar una conducta profesional acorde con la ética de la profesión	Situarse en relación con los valores de la profesión
	Asumir la responsabilidad de las acciones y decisiones de uno
	Ejercer un juicio ético ante diferentes situaciones profesionales
	Comprometerse a mantener y mejorar la calidad de la atención prehospitalaria
Componer con realidades sociales y culturales relacionadas con la salud	Sitúa tu práctica profesional en un contexto social
	Establecer vínculos entre la situación sanitaria de una persona y su contexto familiar y socioeconómico
	Adaptar su método de comunicación a una persona de acuerdo con su afiliación a una comunidad cultural o étnica
	Evaluar las propias actitudes y comportamientos con respecto a la diversidad sociocultural

Tabla 11
(Continuación)

Competencia	Elementos de la competencia
Intervenir con personas con diversos problemas de conducta	Evaluar la situación como un todo
	Establecer contacto inicial con la persona
	Interpretar las reacciones y comportamientos de la persona
	Apreciar el potencial de peligrosidad de una situación
	Responder a situaciones de riesgo
	Apreciar la condición física de la persona
	Realizar el seguimiento clínico de la persona durante el transporte
	Informe sobre su intervención
	Hacer un balance de su intervención
Intervenir en la escena de un desastre, un acto antisocial o en situaciones especiales	Evaluar la situación como un todo
	Acercarse al lugar de intervención
	Coordinar el componente de salud de la intervención
	Acceder a las personas involucradas en el evento
	Despejar a la gente
	Evacuar personas
	Informe sobre su intervención
	Limpiar el vehículo y el equipo
	Hacer un balance de su intervención

Nota: Adaptado de «Programme d'études techniques: Soins préhospitaliers d'urgence » de Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport , (2014), p. 61-97, Québec

Previo a finalizar con esta formación, a continuación se muestra la matriz de competencias (Tabla 12).

Tabla 12
Matriz de competencias DEC SPU

MATRIZ DE COMPETENCIAS														
COMPETENCIAS PARTICULARES	Número de competencia	COMPETENCIAS GENERALES												
		Análisis la función de trabajo	Manifestar una visión integrada del cuerpo humano y su funcionamiento	Conservar la integridad psicológica y física	Realizar desplazamientos de personas	Usar métodos de evaluación de la condición clínica	Interpretar una situación clínica	Establecer una comunicación de ayuda	Establecer vínculos entre farmacología o uso de drogas y situaciones clínicas	Prevenir la propagación de enfermedades o trastornos inmunológicos	Comunicar en el lugar de trabajo	Utilizar una ambulancia en una situación de intervención	Adoptar una conducta profesional acorde con la ética de la profesión	Componer con realidades sociales y culturales relacionadas con la salud
Número de competencia		1	2	3	4	5	6	7	9	10	12	13	15	16
Intervenir con personas que requieren cuidados intensivos	8													
Intervenir con personas que necesitan atención médica	11													
Intervenir con personas en situaciones traumáticas	14													
Intervenir con personas con diversos problemas de conducta	17													
Intervenir en la escena de un desastre, un acto antisocial o en situaciones especiales	18													

Nota: Adaptado de « Programme d'études techniques: Soins préhospitaliers d'urgence » de Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport , (2014), p. 58, Québec

Como se indicaba en líneas anteriores, si bien en la actualidad la gran mayoría de profesionales de los servicios de ambulancia de Quebec son los TAP (con formación DEC o AEC), también se encuentra la figura del TAP-SA, es decir, los TAP en cuidados avanzados (“soins avancés”). Sus responsabilidades son las mismas que los TAP, aunque en este caso prestando la atención en función de las competencias del TAP-SA.

En cuanto a la educación formal de los TAP- SA es un programa universitario existente desde el año 2016, con una primera promoción graduada en 2018 (Université de Montréal, n.d.), aunque en la región de Montréal y Laval, donde los servicios de ambulancia son ofrecidos por la empresa pública “Urgences-santé”, ya existía un programa piloto desde el año 2000.

Las actividades profesionales que pueden ejercer en ambos casos, los TAP y los TAP-SA, quedan definidas y diferenciadas de las de otros puestos de trabajo de los profesionales de la atención extrahospitalaria, de forma transversal según la formación y puesto de trabajo (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2013).

Previo a finalizar el apartado de la formación de los profesionales de los servicios de ambulancia de Quebec, añadir los diferentes roles del técnico de ambulancias (“technicien ambulancier”), TAP o TAP-SA, según su educación o preparación, para la empresa pública Urgences-santé (Urgences-santé, n.d.):

- Paramédico de soporte vital básico (PSP: “Paramédic soins primaires”), expuestos con anterioridad
- Paramédico de soporte vital avanzado (PSA: “Paramédic soins avancés”), expuestos con anterioridad
- Grupo de intervención médica táctica (GIMT: “Groupe d’intervention médicale tactique”), constituido por PSP formados, equipados y entrenados para intervenir en incidentes de alto riesgo.
- Unidad de respuesta a la comunidad (URC: “Unité de réponse à la communauté”), nace con la crisis del virus Ebola. La unidad extiende sus

competencias para estar presente en multitud de situaciones como canículas, inundaciones u otros.

- Paramédico del aeropuerto de Montreal (YUL-ADM: “Paramédic à l’aéroport”), ofrecen atención a los viajeros que transitan por el aeropuerto y se desplazan principalmente en bicicleta.
- Paramédico instructor (“Paramédic-instructeur”), ofrecen la formación continua de los PSP o TAP, además forman a los policías y premiers répondants.
- Unidad de soporte operacional (USO: “Unité de soutien opérationnel”), asisten a los PSP en situaciones complejas, ya sea en el metro, avión, escaleras inestables, entre otros.
- Paramédico de apoyo clínico en línea (SCL: “Paramédic au soutien clinique en ligne”), ofrecen apoyo en línea a los PSP con la finalidad de asegurar la calidad de la atención en intervenciones en ciertos contextos.
- Paramédico especialista (“Paramédic – Spécialiste”), especialistas de la calidad de las intervenciones clínicas
- Gestores (“Gestionnaire”), controlan la gestión administrativa de los equipos de PSP, también pueden intervenir en la gestión de riesgos.

A continuación se expone la situación de la salud ocupacional en el sector.

4.4 LA SALUD Y EL BIENESTAR OCUPACIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES DEL TRANSPORTE SANITARIO

Centrándonos en la salud y el bienestar y a calidad de vida laboral del colectivo, señalar que, en cualquiera de ambos modelos, el anglo-americano o el franco-alemán, la mayor conciencia acerca de la alta sensibilidad y calidad exigible a un servicio que atiende a las personas en los momentos de mayor vulnerabilidad vital, ha estimulado el interés por el estudio de las condiciones de trabajo en el sector (Sterud, Ekeberg, & Hem, 2006); también ha aumentado la presión y el control sobre las organizaciones

encargadas del TS. La evidencia científica disponible indica que los profesionales del sector están expuestos a factores de riesgo elevados o extremos de sufrir enfermedades profesionales y accidentes de trabajo (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2017). Los riesgos laborales a los que están expuestos son varios: 1) físicos (Beauchamps, Lagacé, & Normand, 2000; Dupont, 2009; Hébert, 2015; Maguire, Hunting, Smith, & Levick, 2002; Reichard, Marsh, & Moore, 2011); 2) ergonómicos (Lavender, Conrad, Reichelt, Gacki-Smith, & Kohok, 2007; Prairie & Corbeil, 2014); 3) biológicos (Risshitelli, Harris, McCauley, Gershon, & Guidotti, 2001); y, 4) psicosociales (Sterud et al., 2006).

De los factores de riesgo expuestos, los más prevalentes son el sobreesfuerzo físico (riesgo ergonómico) (Lavender et al., 2007; Prairie & Corbeil, 2014) y los riesgos psicosociales (Cydulka et al., 1989; Hansen, Rasmussen, Kyed, Nielsen, & Andersen, 2012; Sterud et al., 2006; van der Ploeg, & Kleber, 2003), en ambos casos con mayor prevalencia de exposición entre los trabajadores del TS con respecto a otros grupos de la población activa (Hansen et al. 2012; Sterud, et al., 2006).

A continuación se exponen estudios sectoriales en relación a los factores psicosociales, diferenciando entre los territorios considerados en el presente estudio, España y Canadá.

4.4.1 EXPOSICIÓN A FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO PARA LA SALUD Y BIENESTAR EN EL SECTOR

La mayoría de estudios sobre la exposición a riesgos psicosociales en el TS y su influencia sobre la salud y el bienestar de los trabajadores se centran principalmente en el estrés (Sterud et al., 2006; van der Ploeg & Kleber, 2003), el estrés postraumático (Haugen, Evces, & Weiss, 2012) y el síndrome de desgaste profesional (SDP) o burnout (Alexander & Klein, 2001; Halpern et al., 2012; Sterud et al., 2006; van der Ploeg & Kleber, 2003). En menor medida, existen trabajos en relación con factores psicosociales de riesgo como el clima laboral, el contenido de trabajo, la claridad y el

conflicto de rol (Hansen et al., 2012; van der Ploeg & Kleber, 2003) o el trabajo por turnos (Aasa, Kalezic, Lyskov, Ängquist & Barnekow, 2006; Boudreaux, Mandry & Brantley, 1998). La exposición a situaciones o condiciones laborales estresantes influye según la literatura científica revisada en el desarrollo del síndrome del desgaste profesional (SDP) (Alarcon 2011; Bakker et al., 2014; de Beer, Pienaar & Rothmann, 2016; Hu, Chen, & Cheng, 2016; Marchand, Durand, Haines & Harvey, 2015; Maslach et al., 1996).

En relación con las condiciones de trabajo, los datos señalan que la severidad de la presión del tiempo es un factor de estrés para predecir el agotamiento emocional (Sterud, Hem, Lau, & Ekeberg, 2011), junto con la falta de control sobre el entorno de trabajo (Young & Cooper, 1997), el hecho de trabajar en ambientes físicamente amenazantes (Grigsby & Knew, 1988) o el número de tareas por servicio (Boudreaux et al., 1998). En referencia al clima laboral, la falta de apoyo entre los compañeros y/o superiores, la ausencia de comunicación o la fuerte presión que las exigencias del servicio generan en las relaciones personales, también afectan de forma negativa a la salud (Revicki & Gershon, 1996; van der Ploeg & Kleber, 2003). Igualmente el trabajo por turnos, que requiere estar despierto cuando biológicamente sería hora de dormir, o el conflicto de rol (exigencias contradictorias o conflictos entre valores y demandas del trabajo) (van der Ploeg & Kleber, 2003), son otras de las condiciones laborales con efectos negativos sobre la salud y el bienestar de los profesionales del TS.

4.4.2 FACTORES PSICOSOCIALES PROTECTORES DE LA SALUD Y EL BIENESTAR EN EL SECTOR

Aun cuando la mayoría de investigaciones realizadas hasta la fecha sobre las condiciones de trabajo en el TS han priorizado el análisis de los factores de riesgo psicosocial, algunos estudios han enfatizado el papel de otras variables que pueden aportar efectos positivos, actuando como protectoras de la salud y el bienestar, tales como el sentido de coherencia (SOC) (Jonsson et al., 2003; Streb et al., 2014) y el bienestar subjetivo (BS) (Gayton & Lovell, 2012).

También, según la bibliografía, la comunicación, la confianza, el apoyo social, el sentimiento de pertenencia al grupo, entre otros, podrían actuar reduciendo la probabilidad del burnout (Kang, Fang, Li, Liu, Zhao, Feng, Wang, & Li, 2018; Prati, Pietrantonio, & Cicognani, 2011). La literatura científica también señala otras variables que pueden actuar como factores protectores ante los efectos de los riesgos psicosociales, ya sea el humor, la empatía, la autonomía, o el apoyo de la familia (Alnasser, 2018; Bile, 2014; Harrison, 2018; Kus, Gosling, Wilson, & Batt, 2018; Turska, Nogalski, Kucmin, Turski, & Kucmin, 2018).

4.4.3 LA SALUD OCUPACIONAL Y EL BIENESTAR ENTRE LOS PROFESIONALES DEL TRANSPORTE SANITARIO EN ESPAÑA Y CANADÁ

Situándonos en los territorios del presente trabajo, en España existen algunos estudios sobre salud psicosocial entre los profesionales del transporte sanitario (Ballesteros, 2012; Ballesteros, Lorrio, & Rollán, 2012), así como algunas guías de buenas prácticas en el sector que contienen información sobre salud psicosocial (SGS Tecnos, 2010, 2011); sin embargo, se desconocen estudios que combinen variables de riesgo con variables de protección, que diferencien de manera explícita entre el TSU y el TSNU y que, además, tengan en cuenta la percepción de los propios profesionales. Concretamente a nivel autonómico, algunas investigaciones han identificado tanto factores psicosociales de riesgo entre los profesionales del sector (Maqueda, 2015; Pallarès, Bonasa, Sánchez, & Novella, 2012), como factores psicosociales protectores (Mantas, 2017), pero no se han encontrado análisis que relacionen ambos tipos de variables según el tipo de servicio. Mientras algunos resultados apuntan que un 24% de los trabajadores presenta un riesgo muy alto de sufrir el síndrome de desgaste profesional y un 15% un riesgo alto (Maqueda, 2015), otros subrallan la importancia del sentido del trabajo como factor protector frente al cansancio emocional, la importancia de la formación para la mejora del rendimiento y

de la calidad del servicio o la necesidad de compartir experiencias o aprendizajes a nivel de equipo (Pallarès et al., 2012).

En relación a Canadá, el territorio con modelo de atención extrahospitalaria anglo-americano elegido en este estudio, algunas investigaciones realizadas durante las dos últimas décadas ponen de manifiesto la exposición de los trabajadores del TS a situaciones traumatizantes, factores de estrés y otros factores psicosociales que tienen como consecuencia el síndrome de desgaste profesional o el estrés postraumático, entre otros (Batt et al., 2018; Bourdon, 2011; Corbeil & Prairie, 2012; Donnelly, Bradford, Davis, Hedges, & Klingel, 2016; Halpern, Maunder, Schwartz, & Gurevich, 2012c; Hébert, 2015; Hegg-deloye, 2014; King, 2013; Kus et al., 2018; Martin, O'Meara, & Farmer, 2016; Regehr, 2005; Regehr, Goldberg, Glancy, & Knott, 2002; Regehr, Goldberg, & Hughes, 2002; Regehr & Millar, 2007). Parte de estos estudios corresponden a Quebec, lugar dónde se sitúa una de las muestras de esta investigación (Bourdon, 2011; Corbeil & Prairie, 2012; Hébert, 2015; Hegg-deloye, 2014). Concretando en la región de Quebec, entre los principales factores psicosociales de riesgo para la salud y bienestar destacan el conflicto de rol -por la contradicción entre las funciones reales y las esperadas, concretamente en relación a la proporción de servicios no urgentes frente a los urgentes (Bourdon, 2011); la sobrecarga de trabajo, combinada con esfuerzo físico elevado (Corbeil & Prairie, 2012; Hegg-deloye, 2014); la falta de reconocimiento (Bourdon, 2011; Hegg-deloye, 2014) o el desacuerdo con el sistema de formación inicial y continuada, también en relación con la tipología de servicio (Bourdon, 2011). Estas situaciones se traducen en demostraciones de cinismo y despersonalización (Bourdon, 2011) o en cambios de comportamiento (Hegg-deloye, 2014) que afectan a la calidad del servicio (Bourdon, 2011).

Para finalizar este capítulo, insistir en que la mayoría de los estudios realizados en el sector han optado por un enfoque centrado únicamente en la detección de factores de riesgo para la salud y bienestar de los trabajadores y pocos han analizado el papel preventivo que podrían ejercer algunas variables protectoras de la salud o promotoras del bienestar. Además, las investigaciones actuales sobre la relación entre los riesgos psicosociales en el trabajo y la salud en el sector del TS aportan escasos datos acerca de la exposición diferencial a este tipo de riesgos entre el TSU y el TSNU. La

importancia de diferenciar los colectivos en las investigaciones sobre condiciones de trabajo y salud, concretamente entre el TSU y el TSNU, radica en la necesidad de disponer de evidencia empírica suficiente que permita tomar decisiones informadas en el seno de las organizaciones del sector con respecto a la conveniencia de segmentar la asignación de los trabajadores a uno u otro servicio. En la actualidad, las funciones de los profesionales del TSNU varían según el modelo de TS predominante en cada país e incluso entre regiones o estados de un mismo país (Pozner, Zane, Nelson, & Levine, 2004; Symons & Shuster, 2004). En algunos lugares se ha establecido un modelo de segmentación entre el TSU y el TSNU (Bellingan, Olivier, Batson, & Webb, 2000; WHO Regional Office for Europe, 2008), con una adscripción diferenciada de los trabajadores a uno u otro servicio, mientras que en otros no existe segmentación y son los mismos profesionales quienes realizan ambas funciones (Robinson, Goel, Macdonald & Manuel, 2009); también se dan casos donde los profesionales realizan rotaciones entre ambos servicios (Hansen et al., 2012). Atendiendo a la obligación legal de las empresas de velar por la seguridad y la salud de sus trabajadores, es de gran interés disponer de información sobre la exposición a riesgos psicosociales de forma segmentada entre los profesionales de ambos colectivos. Disponer de los datos segmentados también sería de gran utilidad para diseñar la formación inicial y continuada de los profesionales del sector en relación con la prevención de riesgos laborales.

También se desconocen trabajos que realicen una comparación entre los dos grupos de atención extrahospitalaria, en relación a los factores psicosociales. Por ello, juntamente con las consideraciones aportadas en el primer capítulo (1.3), es conveniente realizar un análisis diferencial entre los profesionales de los dos grandes grupos de modelos extrahospitalarios existentes en el mundo, el anglo-americano (AA) y el franco-alemán (FA).

Un problema adicional en la investigación sobre la exposición a riesgos psicosociales en el trabajo y la salud de los profesionales del TS es la escasa atención prestada a las diferencias de género. Concretamente, existen escasos estudios entre el personal de ambulancias, sean técnicos o paramédicos, que revelen información sobre la diferenciación entre hombres y mujeres. Algunos de estos pocos estudios evidencian datos más desfavorables entre las mujeres, aunque en otras ocasiones son más

desfavorables entre los hombres. (Aasa, Brulin, Ångquist, & Barnekow-Bergkvist, 2005; Jonsson, Segesten, & Mattsson, 2003; van der Ploeg & Kleber, 2003).

Teniendo en cuenta la relevancia adquirida por la incorporación de la mujer a los puestos de trabajo del sector en los últimos años, tanto de conductoras como ayudantes (SGS Tecnos, 2011), son necesarios más estudios que aporten evidencias sobre las exposiciones diferenciales de hombres y mujeres a los riesgos psicosociales y a los factores protectores de la salud y el bienestar.

A continuación, tras la exposición del marco teórico, se exponen los objetivos de la tesis.

5. OBJETIVOS

En los capítulos anteriores se ha expuesto la relevancia de las condiciones de trabajo en la vida de las personas y su relación con la salud, el bienestar y la calidad de vida laboral, al tiempo que se ha analizado el papel de los factores psicosociales de riesgo-protección para la salud y el bienestar en el ámbito del transporte sanitario.

También se ha constatado la existencia de abundante evidencia empírica entorno a la exposición de los profesionales del sector a riesgos psicosociales en el trabajo, en contraste con la escasa evidencia de estudios sobre las características protectoras del mismo. Por otro lado, se ha constatado la ausencia de estudios que analicen las condiciones de trabajo en el TS de forma segmentada, atendiendo a los distintos modelos de atención extrahospitalaria (FA y AA) y al tipo de servicio (TSU y TSNU). Esta información se considera de utilidad para compartir buenas prácticas laborales entre modelos o servicios de atención extrahospitalaria, así como para facilitar la toma de decisiones de gestión en el sector.

La presente investigación, con la intención de contribuir a la prevención del síndrome de desgaste profesional y mejorar la salud psicosocial de los profesionales del sector, tiene como objetivo general:

- Profundizar en el conocimiento de los factores psicosociales de riesgo-protección para la salud y el bienestar entre los profesionales del sector del TS, también a sufrir el SDP, diferenciando entre modelos de atención extrahospitalaria (FA/AA), tipo de servicio (TSU/TSNU, para el modelo FA) y sexo.

Si bien este objetivo general abarca un gran abanico de posibilidades de estudios en el sector, este trabajo prioriza, en primer lugar, conocer las posibles diferencias o similitudes en la prevalencia de indicadores psicosociales de riesgo-protección según el tipo de servicio (TSU vs TSNU) y el sexo en un modelo de atención extrahospitalaria FA. En segundo lugar, se pretende profundizar tanto en posibles causas como en factores de prevención del síndrome de desgaste profesional, comparando entre las percepciones y propuestas de los trabajadores del sector según los dos modelos de atención extrahospitalaria AA vs FA.

Para ello, se desglosa el objetivo general en los siguientes objetivos específicos:

- 1) Identificar la exposición a distintos indicadores psicosociales de riesgo-protección para la salud y el bienestar en una muestra de profesionales del transporte sanitario.
- 2) Analizar el efecto del puesto de trabajo (TSU vs TSNU) y el sexo, así como la interacción entre ambas variables, sobre diferentes indicadores psicosociales de riesgo-protección para la salud y el bienestar.
- 3) Identificar las percepciones de los propios profesionales del sector acerca de los posibles factores psicosociales de riesgo-protección ante el síndrome de desgaste profesional en ambos modelos extrahospitalarios -AA y FA-, diferenciando entre TSU y TSNU para el caso FA.
- 4) Recoger las aportaciones de los profesionales sobre posibles acciones para promover las variables protectoras del SDP identificadas en el TS, en aras de prevenir el SDP en ambos modelos extrahospitalarios, es decir, el modelo FA, que segmenta el TSU del TSNU, y el AA que no lo segmenta.

Para la investigación de los cuatro objetivos planteados se han realizado dos estudios; en el estudio 1 se abordan los dos primeros objetivos y en el estudio 2 los otros dos. En el capítulo siguiente se expone la metodología utilizada en cada uno de ellos.

6. METODOLOGÍA

Atendiendo a los objetivos de la investigación, se ha optado por combinar las metodologías cuantitativa y cualitativa.

De hecho, en lo relativo a procesos de salud y bienestar, cohabitan elementos cuantificables con otros aspectos más característicos de la comprensión o significación (Faltermajer, 1997), con lo que este trabajo pretende analizar ambos conceptos, es decir, cuantificar indicadores e identificar los factores de riesgo-protección desde una aproximación metodológica mixta.

Si bien la finalidad de este apartado no radica en exponer cómo realizar ambos tipos de investigación, se apuntan algunas características de ambas metodologías. La metodología cuantitativa proviene de paradigmas positivistas, mientras que la cualitativa tiene sus orígenes en paradigmas hermenéuticos, fenomenológicos y construccionistas (Valles, 1997). Además, a rasgos generales, mientras la investigación cuantitativa tiene como finalidad la generalización de resultados, la cualitativa trata de comprender o interpretar los fenómenos sociales en su contexto social e histórico (Puigdevall & Albertin, 2016). En ambos casos existen un elevado número de métodos y técnicas para su investigación (Íñiguez Rueda, 1999). Centrándonos en la metodología cualitativa, algunos de sus métodos son el narrativo, el etnográfico, la investigación-acción, el análisis de caso o el análisis de conversaciones o del discurso. Entre las técnicas se halla la observación participante, la entrevista, el registro textual, los documentos, la grabación audiovisual o la fotografía, entre otras. En relación con la entrevista, por su utilización en este trabajo, corresponde a un contexto formal de interacción entre la persona que investiga y la(s) investigada(s), con la intención de recoger el punto de vista y las experiencias de las

personas o grupos analizados. La entrevista puede ser individual (una sola persona) o bien colectiva, donde intervienen un grupo de personas. Además, en función del guion, esta puede ser abierta, estructurada o semiestructurada (Íñiguez Rueda, 1999).

A continuación, se describe la metodología utilizada en cada uno de los estudios que configuran la tesis.

6.1 ESTUDIO 1

El primer estudio realizado pretende responder a los dos primeros objetivos de la investigación: 1) Identificar la exposición a distintos indicadores psicosociales de riesgo-protección para la salud y el bienestar en una muestra de profesionales del transporte sanitario; y, 2) Analizar el efecto del puesto de trabajo y el sexo, así como la interacción entre ambas variables, sobre diferentes indicadores de riesgo-protección para la salud y el bienestar.

Se trata de una investigación descriptiva y transversal. La población de estudio corresponde a la totalidad de la plantilla de la empresa que gestionaba el TS en la provincia de Girona en el año 2014. La organización en cuestión surge en el año 2002, cuando las empresas comarcales existentes en el territorio deciden unirse para hacer frente a la próxima licitación que define a la demarcación de Girona en lote único. Así pues, la entidad dónde se realiza el estudio gestionó el TS en la provincia de Girona a partir del concurso de 2006, en el que se segmenta por primera vez en Cataluña entre el TSU y el TSNU, hasta el año 2015, momento en el que no consigue la renovación de la licitación.

Participantes

La plantilla estaba formada por 438 profesionales del transporte sanitario, de los cuales 80,45% son hombres, un 25,57% trabajaban en TSNU, 65,52% en TSU, tanto en soporte vital básico (SVB) como avanzado (SVA), y un 8,9% hacían actividades de coordinación de grupos, eran gestores del centro coordinador o bien responsables de

departamento o área de la estructura indirecta. La participación fue voluntaria y se recogieron 217 (49,32%) cuestionarios, de los cuales se excluyeron 16 por carecer de información sobre la edad y el sexo. La muestra final obtenida es de 201 profesionales (45,68% de respuesta), de los cuales un 76,60% son hombres, un 21,80% pertenecen al TSNU, un 73,60% al TSU, y un 4,60% a otros puestos de trabajo. Esta muestra mantiene aproximadamente la misma distribución de la plantilla, en cuanto al sexo y al puesto de trabajo. La antigüedad media es de $8,75 \pm 3,69$ años (rango: 1-27) y la edad media de $37,57 \pm 7,15$ (rango 23-59).

Instrumentos

Las variables demográficas estudiadas son el sexo, el puesto de trabajo (TSU, TSNU u otros), la edad y la antigüedad en la organización. Los distintos indicadores psicosociales analizados son: las condiciones laborales, la satisfacción con los turnos laborales, el cansancio emocional, la despersonalización, la realización personal, el sentido de coherencia y el bienestar subjetivo. Se detallan a continuación los instrumentos utilizados.

Escala de Clima Psicosocial en el Trabajo (ECTP; Tous, Bonasa, & Mayor, 2011). Evalúa las condiciones laborales y consta de 16 ítems con una escala Likert de respuesta que oscila entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (completamente de acuerdo), clasificados según tres subescalas: las relaciones laborales (RP), el contenido en el trabajo (CT) y la definición de rol (DR). El análisis de consistencia interna se evalúa mediante el cálculo del alfa de Cronbach, con un valor para la presente muestra de 0.87 para a escala total, siendo el valor de 0.74 en la muestra de validación.

Por la disparidad de distribuciones de jornadas laborales en la organización, se añade una pregunta relacionada con la satisfacción con el horario, evaluada mediante una escala de 1 (totalmente insatisfecho/a) a 10 (totalmente satisfecho/a).

Versión Española del Maslach Burnout Inventory (MBI; TEA, 1997). Las tres dimensiones del burnout, es decir, el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal, se evaluaron mediante la versión española del Maslach Burnout

Inventory (TEA, 1997). Este instrumento consta de 22 ítems con una escala Likert de respuesta entre 0 (nunca) y 6 (diariamente). El análisis de la consistencia interna se ha efectuado mediante el cálculo del alfa de Cronbach, obteniéndose valores de 0.84 en cansancio emocional, 0.50 en despersonalización y 0.82 en realización personal para la presente muestra, siendo los valores de la versión española de 0.90, 0.79 y 0.71, respectivamente.

Escala Abreviada de Orientación hacia la Vida de Antonovsky (Virués, Martínez, del Barrio, & Lozano, 2007). Consta de 13 ítems con una escala de medida Likert entre 1 (rara vez o nunca) y 7 (muy a menudo), clasificados según las tres dimensiones del SOC, manejabilidad, comprensibilidad y significación. El alfa de Cronbach para la presente muestra es de 0.80 para la escala total, siendo la de la adaptación española también de 0.80.

Índice de bienestar subjetivo (PWI; Lau, Cummins, & McPherson, 2005). Con el fin de evaluar el bienestar subjetivo se empleó la adaptación realizada por Casas et. al. (2008) que consta de 7 ítems, con valores que van de 0 (totalmente insatisfecho/a) a 10 (totalmente satisfecho/a). Los ítems hacen referencia a la satisfacción con la salud, el nivel de vida, las cosas conseguidas en la vida, la sensación de seguridad, los grupos de gente de los que se forma parte, la seguridad con el futuro y las relaciones con las otras personas. El análisis de la consistencia interna del PWI para la presente muestra indica una alfa de Cronbach de 0.87, oscilando este valor en diferentes estudios realizados entre 0.70 y 0.85.

Procedimiento

El cuestionario se entregó en enero de 2014. En reuniones presenciales por grupos comarcales se explicaron los objetivos, así como el procedimiento a seguir. Cada uno de los cuestionarios iba acompañado de un sobre para poder introducir el cuestionario y así garantizar el anonimato de los participantes. En los mismos encuentros se anunció el periodo establecido para poder responder, también la instrucción de devolver los sobres a los responsables de zona o departamento, los cuales los trasladaron a la persona responsable del estudio.

Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete informático SPSS v.23. Se utilizan estadísticos descriptivos para analizar la exposición a los distintos factores de riesgo y protección considerados. Para el análisis del efecto de la interacción del puesto de trabajo (TSU, TSNU y otros) y el sexo (hombre vs mujer) sobre las exposiciones de los trabajadores a los distintos indicadores de riesgo y protección (ECTP, satisfacción con el horario, SDP, SOC y PWI) se ha realizado una prueba MANOVA y se han aplicado los contrastes post-hoc de Tukey para el análisis de las diferencias entre grupos.

6.2 ESTUDIO 2

En el segundo estudio se utiliza la metodología cualitativa para responder a los objetivos: 1) Identificar las percepciones de los propios profesionales del sector acerca de los posibles factores psicosociales de riesgo-protección ante el síndrome de desgaste profesional en ambos modelos extrahospitalarios -AA y FA-, diferenciando entre TSU y TSNU para el caso FA; y, 2) recoger las aportaciones de los profesionales sobre posibles acciones para promover las variables protectoras del SDP identificadas en el TS, en aras de prevenir el SDP en ambos modelos extrahospitalarios, es decir, el modelo FA, que segmenta el TSU del TSNU, y el AA que no lo segmenta.

La técnica utilizada para recoger la información ha sido la entrevista semiestructurada en profundidad. Para llevarlas a cabo se programaron encuentros cara a cara entre la entrevistadora y los informantes con la intención de conocer el enfoque de la persona entrevistada en cuanto a sus experiencias o prácticas, en este caso en su entorno laboral y en relación con el síndrome de desgaste profesional.

Participantes

Teniendo en cuenta el objetivo de comparar las percepciones de los trabajadores entre los dos modelos de atención extrahospitalaria, el anglo-americano y el franco-alemán, se programaron las entrevistas en dos etapas diferentes; en una primera fase se realizaron y analizaron seis entrevistas del modelo FA y posteriormente seis del modelo AA.

Procedimiento

En la primera fase se realizó una selección intencionada atendiendo a criterios de heterogeneidad según el puesto de trabajo (TSU vs TSNU) y el sexo. En cuanto, a las entrevistas de la segunda fase, la selección se realizó mediante un muestreo deliberado de bola de nieve, por la dificultad de selección de forma intencionada.

El diseño de las entrevistas semiestructuradas es similar para ambos modelos de TS, aunque existen preguntas adaptadas a cada uno de los contextos en función de las características particulares de cada caso. La estructura se realiza de acuerdo con los objetivos del propio estudio y la revisión teórica realizada (Ballesteros, 2012; Bourdon, 2011; Mahony, 2001), contrastando posteriormente el guion con expertos con conocimientos en varios ámbitos relevantes para el estudio.

Al inicio de cada encuentro se informó a los participantes de la intención y objetivos de la investigación, así como del carácter confidencial de cualquier dato que relacionase a la persona con la información aportada. Se añadió la petición de grabar la sesión para evitar la pérdida de información, invitando a continuar con el proceso o bien a rechazarlo en caso de estar en desacuerdo con lo expresado; también se garantizó el tratamiento anónimo de toda la información obtenida en las entrevistas.

Análisis de datos

Se ha utilizado el método de análisis temático para el análisis de la información. Tal como indican Nowell, Norris, White, y Moules (2017), el análisis temático es un método útil para realizar análisis comparativos entre las experiencias de los participantes en

una investigación, identificar temas emergentes no anticipados por el investigador y para sintetizar grandes volúmenes de información de manera estructurada. Las entrevistas se han analizado con el apoyo del soporte informático NVIVO 11, siguiendo una codificación temática inicial 'a priori' en base al modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) y una codificación abierta para cada uno de los niveles de análisis del modelo, con el fin de identificar códigos y categorías relativos a distintos factores de riesgo y protección para la salud y el bienestar en cada nivel.

7. RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los resultados, separados según los dos estudios citados.

7.1 ESTUDIO 1

En relación con el primer objetivo, específico de la tesis, conocer la exposición de los trabajadores a los distintos factores de riesgo y protectores de la salud y el bienestar, en la tabla 13 se muestran los resultados del análisis descriptivo realizado para las distintas dimensiones de cada constructo. La media de la escala de SOC es de 70,07 con una desviación típica de 9,79. En cuanto a los niveles de bienestar subjetivo, el ítem con la puntuación más elevada es el de satisfacción con “las cosas que ha conseguido en la vida”, y el más negativo “la seguridad con el futuro”.

Tabla 13

Análisis descriptivo de las escalas de la ECTP (factores psicosociales del clima), la satisfacción con el horario (R[1-10]), del MBI (Maslach Burnout inventory), del SOC (sentido de coherencia) y del PWI (índice de bienestar subjetivo, (R[0-10]))

Escala	Variable	Media	Desviación típica	IC95%
ECTP	Contenido del trabajo	20,47	4,81	19,78-21,15
	Relaciones laborales	34,95	4,54	34,31-35,60
	Definición de rol	33,75	6,18	32,86-34,65
Satisfacción	Horario	7,38	2,78	6,99-7,77
MBI	Cansancio emocional	10,51	9,02	9,20-11,81
	Despersonalización	4,24	4,27	3,64-4,85
	Realización personal	41,02	7,55	39,91-42,12
SOC	Manejabilidad	20,79	3,64	20,28-21,30
	Comprensibilidad	25,88	4,84	25,20-26,56
	Significación	23,39	3,27	22,94-23,85
PWI	Salud	8,05	2,10	7,76-8,34
	Nivel de vida	7,92	1,91	7,66-8,19
	Cosas que se han conseguido en la vida	8,28	1,59	8,06-8,50
	Seguro o segura que se siente	8,24	1,76	7,99-8,49
	Grupos de gente de los que forma parte	8,11	1,81	7,86-8,36
	Seguridad por el futuro	6,41	2,47	6,07-6,76
	Relaciones con las otras personas	8,26	1,68	8,03-8,49
	Total	79,02	14,46	76,99-81,04

Con el fin de conocer el riesgo a sufrir SDP, se han calculado los porcentajes de respuesta para cada una de las tres categorías de Burnout (bajo, medio y alto) correspondientes a las escalas de CE, DP y RP, de acuerdo con los puntos de corte propuestos en la baremación española del MBI (Maslach & Jackson 1997). En cansancio emocional se obtiene un 74,2%, un 17,2% y un 8,6% de respuesta para las categorías bajo, moderado y alto respectivamente; para despersonalización, 55,9%, 32,3% y 11,8%; y para realización personal 11,5%, 19,1% y 69,4%. Añadir que en un 67,6% de los casos (IC95% 42,3-86,9) existen una o más dimensiones del MBI alteradas, con niveles medio o alto, que sugieren presencia de desgaste profesional.

En relación con el segundo objetivo, específico de la tesis, analizar el efecto del puesto de trabajo y del sexo sobre las variables dependientes consideradas (las tres dimensiones de la ECTP, la satisfacción con el horario, las tres dimensiones del MBI, las tres dimensiones del SOC y los siete ítems del PWI), se observa que el análisis de los efectos principales de la variable sexo no muestra diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en relación con los distintos factores de riesgo-protección analizados. En cambio, el puesto de trabajo muestra una buena capacidad para explicar la variabilidad conjunta de los factores psicosociales considerados. Concretamente, el puesto de trabajo explica las diferencias en relación con el contenido de trabajo, la definición de rol, la satisfacción con el horario, el cansancio emocional, la manejabilidad, la satisfacción con las cosas que se han conseguido en el vida, lo seguro o segura que se sienten y la seguridad con el futuro (Tablas 14 y 15). Los test post-hoc señalan que las personas que trabajan en el TSNU muestran resultados más desfavorables en las dimensiones definición de rol, contenido del trabajo y satisfacción con el horario. También manifiestan más cansancio emocional, menos manejabilidad y se muestran menos satisfechos con las cosas que han conseguido en la vida que las personas que trabajan en el TSU. Las personas en la categoría de otros puestos de trabajo se sienten menos satisfechas con las cosas que han conseguido en la vida, con lo seguro o segura que se sienten en la vida, con la seguridad por el futuro y con el horario que las personas que trabajan en el TSU, pero se muestran más satisfechas con el horario que las personas que trabajan en el TSNU

(Tabla 16). La interacción entre el puesto de trabajo y el sexo no muestra efectos estadísticamente significativos.

Tabla 14

Análisis multivariante de las varianzas de ECTP, satisfacción con el horario, MBI, SOC y PWI para el puesto de trabajo y el sexo

Efecto	Valor	F	DF	Error df	Sig.
Puesto de trabajo	0,64	3,48	34,00	250,00	0,00
Sexo	0,06	0,51	17,00	124,00	0,94
Puesto de Trabajo*sexo	0,15	0,61	34,00	250,00	0,95

Tabla 15

Análisis de la varianza de la ECTP, la satisfacción con el horario, el MBI, el SOC y el PWI para el puesto de trabajo, el sexo y la interacción entre el puesto de trabajo y el sexo

Fuente	Escala	Variable dependiente	Suma de cuadrados	F	DF	Sig.
Puesto de trabajo	ECTP	Contenido del trabajo	533,09	12,87	2	0,00
		Relaciones laborales	81,69	40,84	2	0,12
		Definición de rol	184,21	2,63	2	0,07
	Satisfacción	Horario	327,44	12,87	2	0,00
	MBI	Cansancio emocional	707,27	4,73	2	0,01
		Despersonalización	23,28	0,76	2	0,46
		Realización personal	20,92	0,81	2	0,81
	SOC	Manejabilidad	139,41	5,48	2	0,00
		Comprensibilidad	90,64	1,82	2	0,16
		Significación	54,21	2,29	2	0,10
	PWI	Salud	15,82	1,67	2	0,19
		Nivel de vida	8,33	1,03	2	0,35
		Cosas que se han conseguido en la vida	28,61	5,65	2	0,00
		Seguro o segura que se siente	27,72	4,56	2	0,01
		Grupos de gente de los que forma parte	4,41	0,65	2	0,52
Seguridad por el futuro		38,79	3,50	2	0,03	
Relaciones con las otras personas		9,71	1,62	2	0,20	

Tabla 15
(Continuación)

Fuente	Escala	Variable dependiente	Suma de cuadrados	F	DF	Sig.
Sexo	ECTP	Contenido del trabajo	21,77	1,05	1	0,30
		Relaciones laborales	7,19	0,37	1	0,53
		Definición de rol	31,27	0,89	1	0,34
	Satisfacción	Horario	1,53	0,35	1	0,55
	MBI	Cansancio emocional	37,35	0,50	1	0,48
		Despersonalización	40,97	2,69	1	0,10
		Realización personal	0,32	0,00	1	0,93
	SOC	Manejabilidad	3,94	0,31	1	0,57
		Comprensibilidad	10,94	0,44	1	0,50
		Significación	0,20	0,02	1	0,88
	PWI	Salud	3,07	0,65	1	0,42
		Nivel de vida	0,03	0,00	1	0,92
		Cosas que se han conseguido en la vida	1,00	0,39	1	0,52
		Seguro o segura que se siente	0,09	0,03	1	0,86
		Grupos de gente de los que forma parte	0,95	0,28	1	0,59
		Seguridad por el futuro	0,187	0,03	1	0,85
Relaciones con las otras personas		1,88	0,62	1	0,42	
Puesto de trabajo*sexo	ECTP	Contenido del trabajo	36,34	0,87	2	0,41
		Relaciones laborales	5,79	0,15	2	0,85
		Definición de rol	8,18	0,04	2	0,95
	Satisfacción	Horario	3,30	0,38	2	0,68
	MBI	Cansancio emocional	52,48	0,35	2	0,70
		Despersonalización	5,32	0,17	2	0,84
		Realización personal	94,91	0,90	2	0,40
	SOC	Manejabilidad	33,75	1,32	2	0,26
		Comprensibilidad	5,62	0,11	2	0,89
		Significación	9,29	0,47	2	0,62
	PWI	Salud	3,51	0,37	2	0,69
		Nivel de vida	0,91	0,088	2	0,91
		Cosas que se han conseguido en la vida	2,23	0,44	2	0,64
		Seguro o segura que se siente	5,09	0,83	2	0,43
		Grupos de gente de los que forma parte	7,2	1,06	2	0,34
		Seguridad por el futuro	5,87	0,53	2	0,59
Relaciones con las otras personas		1,85	0,31	2	0,73	

Tabla 16
Análisis multivariante según el puesto de trabajo

Variable dependiente (estadísticamente significativos)	Puesto de trabajo	Puesto de trabajo	Valor	Std. Error	Sig.	IC95%	
Contenido del trabajo	TSU	TSNU	4,86*	0,91	0,00	2,69	7,04
		Otros	-1,21	1,77	0,77	-5,42	2,99
	TSNU	TSU	-4,86*	0,91	0,00	-7,04	-2,69
		Otros	-6,08*	1,89	0,00	-10,57	-1,58
	Otros	TSU	1,21	1,77	0,77	-2,99	5,42
		TSNU	6,08*	1,89	0,00	1,58	10,57
Definición de rol	TSU	TSNU	3,24*	1,19	0,02	0,42	6,07
		Otros	1,53	2,30	0,78	-3,93	7,00
	TSNU	TSU	-3,24*	1,19	0,02	-6,07	-0,42
		Otros	-1,71	2,46	0,76	-7,56	4,14
	Otros	TSU	-1,53	2,30	0,78	-7,00	3,93
		TSNU	1,71	2,46	0,76	-4,14	7,56
Satisfacción con el horario	TSU	TSNU	4,12*	0,41	0,00	3,13	5,11
		Otros	2,07*	0,80	0,03	0,16	3,98
	TSNU	TSU	-4,12*	0,41	0,00	-5,11	-3,13
		Otros	-2,05*	0,86	0,04	-4,10	-0,01
	Otros	TSU	-2,07*	0,80	0,03	-3,98	-0,16
		TSNU	2,05*	0,86	0,00	0,01	4,10
Cansancio emocional	TSU	TSNU	-5,77*	1,74	0,00	-9,89	-1,64
		Otros	-6,87	3,37	0,10	-14,85	1,11
	TSNU	TSU	5,77*	1,74	0,00	1,64	9,89
		Otros	-1,10	3,60	0,95	-9,64	7,44
	Otros	TSU	6,87	3,37	0,10	-1,11	14,85
		TSNU	1,10	3,60	0,95	-7,44	9,64
Manejabilidad	TSU	TSNU	2,16*	0,71	0,00	,46	3,86
		Otros	1,37	1,39	0,58	-1,93	4,66
	TSNU	TSU	-2,16*	0,71	0,00	-3,86	-,46
		Otros	-0,79	1,48	0,85	-4,32	2,73
	Otros	TSU	-1,37	1,391	0,58	-4,66	1,93
		TSNU	0,79	1,48	0,85	-2,73	4,32
Cosas que ha conseguido en la vida	TSU	TSNU	0,75*	0,32	0,20	0,12	1,39
		Otros	1,39*	0,62	0,27	0,16	2,62
	TSNU	TSU	-0,75*	0,32	0,02	-1,39	-0,12
		Otros	0,64	0,66	0,33	-0,67	1,95
	Otros	TSU	-1,39*	0,62	0,02	-2,62	-0,16
		TSNU	-0,64	0,66	0,33	-1,95	0,67
Seguro o segura que se siente	TSU	TSNU	,61	0,35	0,19	-0,22	1,44
		Otros	1,80*	0,68	0,02	0,19	3,41
	TSNU	TSU	-0,61	0,35	0,19	-1,44	0,22
		Otros	1,19	0,72	0,23	-0,53	2,91
	Otros	TSU	-1,80*	0,68	0,02	-3,41	-0,19
		TSNU	-1,19	0,72	0,23	-2,91	0,53
Seguridad con su futuro	TSU	TSNU	0,42	0,47	0,64	-0,70	1,55
		Otros	2,19*	0,91	0,04	0,02	4,37
	TSNU	TSU	-0,42	0,47	0,64	-1,55	0,70
		Otros	1,77	0,98	0,17	-0,55	4,10

* significación al nivel de $p < .05$

7.2 ESTUDIO 2

7.2.1. FACTORES DE RIESGO-PROTECCIÓN FRENTE AL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

En relación con el tercer objetivo, identificar los posibles factores de riesgo-protección ante el síndrome de desgaste profesional, desde la perspectiva de sus profesionales, se estructuran los resultados de las entrevistas en torno a los cuatro niveles del modelo de Bronfenbrenner (1979), micro-, meso-, exo- y macrosistemas. Los textos que corresponden a entrevistas realizadas en el modelo AA se citan con el número correspondiente y las siglas QC (Quebec), lo mismo para las realizadas en el modelo FA, aunque en este caso las siglas son Gi (Girona).

Previo a exponer estos resultados, se considera de interés enumerar las tareas o funciones que los profesionales de ambos modelos describen llevar realmente a cabo a lo largo de una jornada laboral, más allá de las competencias descritas en cada uno de los currículos de formación expuestos en el capítulo 4.

En el modelo FA, los profesionales entrevistados confirman que sus tareas diarias más comunes corresponden a: controlar y mantener el funcionamiento del vehículo; controlar, mantener y repostar el material y equipo del vehículo (realización del checklist de forma diaria); realizar la limpieza y desinfección del vehículo; responder a las llamadas del centro coordinador; realizar la actuación asistencial en cada servicio, según los protocolos establecidos, así como asegurar el traslado del usuario a su destino; coordinar las relaciones laborales correspondientes con otros profesionales, sean sanitarios, de cuerpos de seguridad, bomberos, etc.; rellenar los formularios y protocolos establecidos; cumplimentar los datos en los soportes informáticos; así como comunicar cualquier incidencia a quién corresponda.

Los profesionales del modelo AA, según las entrevistas realizadas, coinciden en que en su jornada diaria realizan tareas tales como: la inspección del vehículo, tanto mecánica y de equipamiento, como el control y reposición de material sanitario; el cumplimiento de la limpieza y desinfección del vehículo y equipos; responder a las llamadas; llevar a cabo la asistencia y traslado de los usuarios, gran parte de ellos de geriatría o con problemas sociales o de salud mental, según la mayoría de los entrevistados; cumplimentar los formularios y documentación necesaria; coordinar las relaciones laborales con otros profesionales de la sanidad, policías, bomberos, trabajadores sociales, entre otros; así como con los responsables de la empresa, en caso de necesidad.

A continuación se prosigue con los resultados de las entrevistas realizadas.

Análisis del microsistema

En referencia al primer nivel, el microsistema, las entrevistas a los profesionales han permitido identificar tres grandes grupos de factores de riesgo-protección para la salud y el bienestar: (1) la naturaleza del propio servicio de transporte sanitario, (2) las condiciones de trabajo y (3) las relaciones interpersonales en el trabajo.

(1) Con respecto a la naturaleza del servicio, hay que diferenciar entre el TSU y el TSNU. Ocho participantes, combinados entre el modelo AA y el TSU del modelo FA, comentan que el servicio de urgencia causa estrés por el hecho de atender a llamadas en las que una vida humana está en peligro, aunque también trasladan que esta condición forma parte intrínseca del trabajo y le confiere sentido a la profesión, convirtiéndose en una variable protectora de la salud y el bienestar. Ello, no obstante, en algunos casos aparecen sentimientos de culpa generadores de estrés cuando se cuestionan si hubieran podido hacer alguna cosa más para salvar las vidas de las personas que atienden. La gran mayoría de profesionales explican que existen servicios traumatizantes y que buena parte de ellos suelen estar relacionados con niños. Estos servicios a menudo causan la aparición de síntomas de estrés postraumático.

«a mí personalmente las llamadas con niños pues nuestros equipos están mal adaptados, mm hay como una especie de estrés; afortunadamente esto no ocurre a menudo que los niños estén muy enfermos pero ... no sé cómo decir... hay episodios de pánico. El pánico finalmente llega, aunque el niño quizás no está tan mal... pero cuando llegamos y el niño no está bien hay realmente un estrés suplementario, en relación a... Posiblemente porque los hacemos menos a menudo... con los adultos terminamos por acostumbrarnos (...). Este tipo de llamadas dejan huella» (1QC).

Por otro lado, los profesionales del modelo AA también indican que realizan menos servicios urgentes de los que el 'mito de la urgencia' señala; esta circunstancia puede implicar frustración de las expectativas generadas durante la etapa de formación inicial y tener consecuencias negativas frente a la posibilidad de sufrir el SDP; de acuerdo con la experiencia de los entrevistados en el modelo AA, solo alrededor de un 20% de los servicios son urgentes, aunque la mayor parte de la formación inicial está enfocada a la urgencia.

(2) Las condiciones de trabajo constituyen uno de los principales factores de riesgo entre los profesionales del TS en ambos modelos, principalmente la sobrecarga de trabajo, con las correspondientes consecuencias de carecer de tiempos de descanso, de los momentos necesarios para comer y otras necesidades básicas. Siete de los doce participantes (5 del modelo AA y 2 del modelo FA, en este caso del TSNU) consideran que esta variable es uno de los principales motivos de desgaste en su entorno laboral, hasta el punto de que al cabo de unos pocos años el trabajo adquiere un sentido menos positivo que al inicio de la carrera profesional, incluso con sentimientos de desear abandonar la profesión. La obligación de atender muchas demandas en poco tiempo repercute negativamente sobre la calidad del servicio y el trato al usuario, una queja compartida en ambos modelos de TS y que genera una fuerte tensión entre los profesionales.

«Euh, sí, yo diría a veces son los servicios que siguen uno después del otro. (...). Esto ha duplicado el número de llamadas. Sin duda alguna, entonces, ahora, bueno... la central te llama para decirte date prisa, tengo otra llamada para darte a continuación. La gente no tiene tiempo para comer. No tienes tiempo para ir, incluso a veces, ir al servicio, o cualquier cosa, porque tienes una llamada

urgente detrás de otra. (...). Ciertamente que eso, eso no ayuda al desgaste profesional.” (3QC).

“Cuando yo hacía TSNU a veces no tratábamos a las personas como se debe... aunque es difícil hacerlo cuando los servicios van aumentando en la pantalla y para cada uno de los servicios necesito más tiempo del que me dice la pantalla, pues debo subir al domicilio, cada casa con sus escaleras y características. Desde el centro coordinador te invitan a tratar a los usuarios como mercancías... aun a pesar de que no quieras.... Si te ponen 6 servicios y dispones de una hora para hacerlos...” (G11).

Ciertos métodos de gestión de las empresas también constituyen un factor de riesgo de sufrir desgaste profesional. Por ejemplo, en el modelo AA un participante aporta el dato del elevado índice de absentismo, según cuenta debido en gran parte a la gestión de las vacaciones y tiempos de descanso deseados por los profesionales, pues en ocasiones no se pueden respetar por falta de personal. Añade datos según los cuales un elevado porcentaje de paramédicos de una zona en concreto consumen antidepresivos, hecho que entiende como la advertencia de que alguna cosa ocurre en relación con la salud psicosocial de los trabajadores. En el modelo AA en ocasiones también se añade la percepción de un control excesivo y una presión constante por parte de la empresa hacia los trabajadores. Los profesionales reclaman mayor apoyo, protección y confianza cuando se producen quejas de los usuarios, muchas veces infundadas, y un mayor reconocimiento por parte de la empresa (*“pero de nuestros jefes, nunca recibimos una palmada en la espalda, tenemos palmada en cara, aunque nunca tenemos palmadas en la espalda”*) (3QC).

“estamos supervisados... muy estrictamente. No podemos hacer nada sin ser culpados, y así enseguida... hecho que lo convierte en una fuente de estrés. Te preguntas todo el tiempo, ¿vas a tener...? ¿vas a ser revisado...?” (3QC).

“estamos monitoreados por el GPS... qué hacemos, cuál es nuestra velocidad, si utilizamos los rotativos, los frenos, cómo es la aceleración, etc. Si estamos en

grandes problemas lo sacarán todo... todo el día saben dónde estamos, qué hacemos... es eso que se convierte en estrés, cinismo..." (5QC).

Ello, no obstante, los trabajadores también son conscientes de la presión que reciben las empresas por parte de la Administración pública.

Otro factor que preocupa a los participantes del modelo FA, concretamente en el TSNU, es el centro coordinador de los servicios no urgentes, por la forma de programar y gestionar los servicios, además del trato con los propios profesionales y sus consecuencias sobre el servicio.

"En el TSNU te invitan a tratar como mercancías a los usuarios; el que programa, que quizás tampoco es culpa suya porque tiene los recursos que tiene y ha de repartir 800 servicios en 50 ambulancias" (G11).

Los cuadrantes laborales preocupan a los profesionales de ambos modelos, ya sea por la elección de vacaciones o por la acumulación de horas trabajadas, entre otras variables que afectan a la conciliación familiar. El ejemplo del cuadrante localizable 7/14 (*horario en el que los profesionales pueden permanecer en su casa en lugar de su puesto de trabajo, además deben permanecer disponibles durante 7 días, 24 horas sobre 24, en un periodo de 14 días*) en el modelo AA, fijado por convenio colectivo, es también un factor adverso entre los profesionales, tanto por temas de conciliación como por calidad del servicio prestado. En menor medida, otros factores considerados como causa del desgaste en ambos modelos son las condiciones climáticas, la exposición a lesiones musculares, el tiempo de espera en el triaje de pacientes durante los servicios urgentes, la falta o el estado de los recursos (especialmente vehículos) o la incoherencia de los límites de velocidad entre diferentes normativas. De manera particular en el modelo AA aparece como factor de estrés la necesidad de atender a personas con trastornos psiquiátricos (abuso de sustancias, problemas mentales, suicidios), por la mayor complejidad del servicio, el riesgo para la propia seguridad y el hecho de no tener suficiente formación acerca de cómo gestionar este tipo de usuarios.

Desde un punto de vista positivo, destacan como factores de protección de la salud y el bienestar a nivel de microsistema la mejora en las condiciones de trabajo relativas a los recursos y medios tecnológicos disponibles con respecto a épocas anteriores, así como el cambio de mentalidad:

“desde el punto de vista médico, la mentalidad ha cambiado mucho en los últimos 4-5 años, antes era muy sancionable, te enviaban cartas por casos menores o mayores, ¡por todo! ¡Ahora esto ha cambiado mucho! Ha cambiado gracias a la gestión de la calidad médica; ahora son los paramédicos que están ahí, que entienden las situaciones...” (1QC).

(3) En referencia a las relaciones profesionales, se han analizado cuatro grupos distintos: los compañeros con los que habitualmente comparten servicio, otros profesionales, los responsables directos de la empresa y los usuarios o sus familiares.

Todos los participantes del modelo AA y TSU del modelo FA expresan que su compañero/a es como si fuera su pareja en el entorno laboral y, por tanto, que una buena relación es necesaria para desarrollar sus funciones; hablan de confianza y trabajo en equipo; también apuntan que cuando la relación es positiva su compañero se convierte en su confidente, su psicólogo o su apoyo psicológico, incluso para temas personales, lo que supone un factor protector de la salud y el bienestar. Contrariamente, señalan que una mala relación puede cambiar el día a día por completo, hasta el punto de no desear que empiece la jornada de trabajo.

“he visto algunos, sé de colegas que estaban depresivos y con conductas suicidas que continuaban trabajando y fue su compañero que les acompañó en búsqueda de ayuda. Mm existe la complicidad de varios años con...; por eso, regresaba al trabajo y se sentía apoyado... fue el compañero quien dijo ‘no tienes otra opción, entonces detente, vamos a buscar ayuda porque te conozco y esto no va bien’. Hay algunos compañeros que crean una gran complicidad, un gran círculo; es un gran apoyo el que tienes de tu compañero de trabajo sobretodo si hace varios años que estás en colaboración no importa lo cercano que sea.” (2QC).

En el modelo AA los profesionales indican en varias ocasiones que prefieren contar sus inquietudes a sus compañeros antes que a los programas de ayuda psicológica a los empleados existentes en Canadá (PAE), pues consideran que los psicólogos desconocen el sector, hecho que les aleja de la realidad. Solamente en una de las entrevistas se comenta la existencia de “La Vigile”, un centro de terapia con alojamiento para aquellos y aquellas que trabajan en situaciones de urgencia y

emergencia. En este mismo modelo, se comenta que solicitar el cambio de compañero solamente es posible una vez al año, en la entrega de cuadrantes laborales, aspecto que se valora como negativo cuando existe un problema con un compañero/a y hay que finalizar el ciclo anual. Del mismo modo, se percibe como negativo tener que cambiar de pareja en los periodos de vacaciones. Sin embargo, la posibilidad de escoger los compañeros de servicio se considera un factor positivo. En general, sin embargo, cabe decir que la mayoría de los entrevistados perciben positivamente las relaciones con sus compañeros.

Con respecto al TSNU del modelo FA, los profesionales aclaran que la mayoría de los días trabajan sin compañero, por lo que la relación no es tan cercana.

En cuanto a las relaciones con otros profesionales, también en ambos modelos, los encuestados diferencian tres grupos: los profesionales de la salud (medicina y enfermería), los bomberos y la policía o cuerpos de seguridad. En ambos modelos consideran que tienen mayor relación con enfermería, por la proximidad laboral, con una buena relación de colaboración. En el caso de medicina se percibe cierto resentimiento por la posición de superioridad que se atribuye a los médicos: *“En el sistema de salud, el médico, es Dios que decide, es él quien da las recetas, es él quien decide... (...) . Por lo tanto, en la jerarquía del hospital siempre el médico es superior a los demás”* (2QC). La relación con bomberos es menos comentada en las entrevistas del modelo AA que en el FA, donde se indica que los bomberos en ocasiones creen que pueden realizar las funciones del técnico de emergencias sanitarias y, en otras ocasiones, se percibe una relación de superioridad que genera cierta tensión y competencia.

“Por ejemplo, con los bomberos..., es como una competición constante...; los bomberos deben asegurar la zona de cualquier peligro, pero sobrepasan sus funciones y hacen de sanitarios, de policías... ¡son unos héroes! Ellos sí que son unos héroes... [con ironía]” (GI2).

Las relaciones con los responsables directos de las empresas en ambos modelos se consideran negativas en buena parte de los casos. Se percibe una carencia de apoyo por parte de la empresa frente a cualquier queja de un usuario o familiar. En el modelo AA destacan el exceso de vigilancia o control en sus tareas y la falta de comprensión, humanidad o cercanía, así como la desigualdad en el trato a los

trabajadores por parte de sus responsables. En cuanto al modelo FA, los profesionales indican que sus responsables carecen de la capacidad de escucha, comunicación e información y también denuncian la falta de resolución, la indiferencia y desigualdad en el trato a los trabajadores.

“Si...; las diferencias de trato entre las personas... Hay casos en los que no les corresponden días personales y se los conceden y otros casos que si corresponden y no se los dan...; todo dependen de quién eres... eso desgasta...”
(GI6).

Especialmente entre los trabajadores del modelo AA aparecen quejas relativas a una gestión excesivamente burocratizada y distante. A este respecto comentan que la empresa envía notas de agradecimiento a todo el colectivo cuando se ha realizado alguna intervención extraordinaria (inundaciones, tormentas de nieve, etc.), pero no perciben reconocimiento en el día a día.

Finalmente, en cuanto a las relaciones con el usuario o su familia, en el modelo AA generalmente se valora como positiva puesto que el tiempo de servicio es corto. En el modelo FA indican que la relación con el usuario en algún caso puede llegar a ser negativa a largo plazo, es decir, en servicios de TSNU en los que la relación con los usuarios puede ser de días o meses, con la necesidad de proporcionar atención adecuada a pacientes crónicos o con enfermedades terminales que pueden convertir estas demandas en emocionalmente agotadoras.

Análisis del mesosistema

El análisis del mesosistema implica identificar aquellos factores de riesgo-protección para la salud y el bienestar psicosocial relacionados con las interacciones entre los diversos microsistemas de los que forman parte los trabajadores del TS. En las entrevistas realizadas aparecen interacciones básicamente entre cuatro microsistemas: (1) familia-trabajo; (2) TS-centros hospitalarios; (3) TS-centros geriátricos; y, (4) TS-cuerpo de bomberos.

(1) Las interacciones entre el sistema familiar y el trabajo aparecen a menudo en las narrativas de los entrevistados en un sentido bidireccional. Por una parte, el trabajo afecta de manera negativa a la vida familiar en varios aspectos: a) la

dificultad de conciliar horarios cuando se trabajan turnos de 12 horas que impiden llevar a los hijos a la escuela o encontrar guarderías con un horario tan amplio; b) horarios que impiden un descanso o reparación suficientes, provocando un malestar que afecta negativamente a las relaciones familiares; y, c) la naturaleza emocionalmente demandante del servicio, que en ocasiones provoca un estrés y sufrimiento que acaba trasladándose al ámbito familiar.

En sentido contrario, el microsistema familiar también afecta al trabajo. Como factor protector destaca la posibilidad de compartir con la pareja las emociones y preocupaciones laborales. De manera negativa, el hecho de tener hijos convierte a los servicios de urgencia en los que intervienen niños en altamente traumatizantes; en estos casos, las imágenes y pensamientos sobre los hijos están muy presentes durante y, sobre todo, después del servicio:

“cosas que antes no me afectaban ahora sí me afectan...; los años pasan, ahora tengo una hija” (G13).

“mi antiguo compañero tuvo un servicio de un niño que se ahogó en la piscina... él me habló de todo lo que pasó, es un flashback es...; porque es fácil de proyectar como si fuera nuestro hijo... (...). Así que, por nuestro apego, no queremos que esto nos suceda... pues nos afecta emocionalmente (ella explica la experiencia de su antiguo compañero con el servicio del niño en la piscina y la barbacoa, que después del suceso él no asistió a ninguna barbacoa en un año...). Es todo lo que se asocia con el evento que es traumático para él” (2QC).

También, cuando se atienden servicios de alto riesgo para la vida del profesional, el recuerdo de la familia y la posibilidad de no poder volver a verlos está muy presente durante la intervención: *“También estaban allí mis hijos, mi pareja, mis amigos, mi madre... G12”*. Igualmente traumatizante se considera el hecho de atender un servicio en que el que intervienen miembros de la propia familia. Por otro lado, el hecho de tener familia constituye un factor de riesgo ante la inseguridad en el trabajo por el miedo a perder el empleo o a un cambio en las condiciones laborales que puede amenazar la seguridad y el bienestar familiar. Finalmente, se menciona que las situaciones familiares difíciles, como separaciones, enfermedades, etc., pueden afectar negativamente al trabajo o al trato con los

usuarios (menor paciencia, mayor irritabilidad) cuando no se gestionan adecuadamente a nivel emocional.

La problemática de género y la doble presencia aparecen en una de las entrevistas en relación con la feminización del rol y a los problemas de conciliación; en el primer caso, la entrevistada señala que la condición de madre ha influenciado de manera positiva al rol profesional aportando un cambio de perspectiva en la manera de afrontar el trabajo e incorporando una ética del cuidado al trato con los clientes:

“yo me feminicé con mi trabajo; cuando empecé como paramédico era muy masculina. Cuando entre en el 2001 había pocas mujeres... escuchaba todo el tiempo que las chicas debían solicitar apoyo técnico, bla bla... y yo intentaba hacer mis cosas. Pero al tener los niños me he vuelto muy dulce, me he vuelto más femenina, entonces un cuerpo musculado ya no me interesa, ya no me entreno más en orientación al esfuerzo físico... Pero el contacto con el paciente, en la intervención médica... ahí me siento muy competente...” (5QC).

Respecto a las dificultades de conciliación, la persona tomó la decisión de priorizar la vida familiar por encima del trabajo, lo que implica una cierta renuncia. Esta posición se acompañaba de una crítica a las personas que priorizan exclusivamente la vida laboral:

“creo que el error de los paramédicos que están quemados y que son cínicos es que su vida es la empresa... no tienen vida amorosa, no tienen amistades, no tienen... Bueno, están vacíos... creo que este es el peor error...” (5QC).

(2) La interacción con el sistema hospitalario aparece una única vez durante las entrevistas para referirse al hecho que algunos días los hospitales están saturados y los profesionales están nerviosos, lo que se traslada también a los trabajadores del TS afectando a su propio trabajo.

(3) En relación con los centros geriátricos el problema aparece cuando los profesionales del TSNU tienen que recoger a usuarios que presentan problemas de higiene personal, mal olor, etc., que atribuyen al hecho de que el centro solo los baña una vez por semana.

(4) Finalmente, tanto en el modelo FA como AA aparecen referencias a una cierta tensión y competencia entre los profesionales del TS y los cuerpos de bomberos

que parecen ir más allá de las meras relaciones interprofesionales. Existe la percepción de que los bomberos muestran una mayor jerarquía y un trato de superioridad frente al TS, al tiempo que parecen gozar de un mayor reconocimiento social que afecta a las relaciones entre ambos colectivos y al desarrollo de los servicios en el día a día. Ello no impide, sin embargo, que se establezcan buenas relaciones profesionales a nivel personal o que se realicen conjuntamente actividades sociales fuera del trabajo.

Análisis del exosistema

En relación con el exosistema, cinco de los seis profesionales entrevistados en el modelo AA perciben que el modelo de TS actual diseñado por las instituciones genera sobrecarga laboral en el día a día de los profesionales por varios motivos. En primer lugar, si bien constatan que cada vez hay más demanda de ambulancias por parte de la sociedad, se mantienen prácticamente los mismos efectivos:

(Pero, ¿quién decide los efectivos, el empleador o el gobierno?) “Es el gobierno. Son ellos quienes realmente dictan el juego en el terreno. Son ellos quien emiten.. quienes emiten los permisos de... de trabajo a las empresas, quienes dicen ‘ustedes tienen derecho a tantos vehículos, tantas personas’. Euh, la... la formación.... viene del Ministerio. Euh, los... los lugares de descanso... si un empresario pone un descanso en cierto lugar, bueno hace falta que...que verifique con el Ministerio si es correcto o no. Es en los, es en los picos de llamadas donde hay la mayoría de llamadas que van a intentar poner más vehículos, los máximos posibles. Pero es realmente el Ministerio” (6QC).

Según la consideración de los participantes, la ley de los “services préhospitaliers d’urgence” (Éditeur officiel du Québec, 2002) ofrece el servicio de TSU a todos los ciudadanos, generando la necesidad de cubrir servicios que en ocasiones no requerirían de este recurso de traslado de urgencia prehospitalaria; por otro lado, mencionan que el sistema de triaje en los centros sanitarios en ocasiones genera retenciones de recursos de ambulancias; el sistema de ambulancias -o más bien el de salud- se percibe como poco funcional, con cierta distancia entre los profesionales del

TS y los dirigentes de despacho (por ejemplo, se fijan límites de velocidad poco realistas):

“Lo peor es trabajar en un sistema que no son solamente las ambulancias, es todo el sistema de salud de Quebec que es completamente arcaico y poco funcional. Hay una especie de desconexión entre la base y los dirigentes que están en el despacho. A menudo las decisiones que se toman en los comités a nivel de la aplicabilidad en el terreno terminamos diciendo que esto no funcionará...: adelante, pero... las hermosas teorías sobre el papel cuando llegan sobre el terreno no funcionan...” (1QC).

Entre los participantes del modelo FA, independientemente que se trate de TSU o TSNU, aparecen también factores de riesgo frente al desgaste profesional, en referencia al sistema institucional. Concretamente perciben como negativo que los trabajadores dependan de las empresas privadas en lugar de formar parte de la Administración pública, entre otros motivos por la inquietud e incertidumbre que genera saber que pueden cambiar de entidad empresarial cada cierto tiempo y, por tanto, de modelo de gestión, en cada proceso concursal. Nuevamente aparecen comparaciones con el cuerpo de bomberos y policía:

“El mundo sanitario no debería ser privado... las empresas son para tener beneficios, el mundo sanitario no debería de ser privado, la sanidad está orientada hacia al usuario, no hacia la economía” (GI4).

“Los “mossos d’esquadra” [policía autonómica en Cataluña] y bomberos no tienen este problema... ¿porque en el transporte sanitario se debe de privatizar a los trabajadores? ¡Privatiza a las empresas, no a los trabajadores! Es decir, cuando entra una empresa nueva en el concurso, que subrogue a los trabajadores (como hasta la fecha) pero que también subrogue las condiciones laborales... Y, si hace falta que cada 5 años se pasen pruebas para garantizar tu puesto de trabajo y no acomodarte..., ¡pues que se haga! Nadie en nuestra sociedad se ha planteado decir... ‘reduzcamos los “mossos d’esquadra” porque ahora hay menos crímenes...’” (GI2).

También destacan los recortes a las empresas por parte de la Administración, como consecuencia de la situación de crisis económica, que se traducen en inseguridad y

cambios de las condiciones laborales: *“el concurso provoca cambios... todo el mundo habla... cada cual dice lo que considera y corre por el boca a boca; la incertidumbre que esto provoca genera malestar, estrés..”* (GI5). Por otro lado, cuestionan que se gestionen todas las llamadas como necesidad de servicio de ambulancias en lugar de utilizar ciertos filtros; también critican que las entidades que gestionan el TS puedan saltarse las normas concursales de los gobiernos, así como las condiciones laborales recogidas en los convenios sectoriales, sin que se les realice seguimiento alguno.

Además, a nivel institucional, en ambos modelos se parte de que los profesionales manifiestan que su labor carece de reconocimiento legal; en el caso del modelo AA señalan la necesidad de pertenecer a una orden profesional de Quebec y en el modelo FA insisten en que se les considere profesionales sanitarios, tal como marca la ley (BOE, 2003).

La formación de los trabajadores aparece a la vez como factor de riesgo y factor de protección. En ambos modelos se percibe una notable mejora de la formación inicial que reciben los profesionales respecto a la que existía en épocas anteriores. Se considera una formación mucho más completa, hecho que proporciona una mayor seguridad y confiere un mayor prestigio a la profesión al equipararla a la de otros colectivos profesionales. Sin embargo, aparece cierto resentimiento por el hecho de que otros profesionales sanitarios no les reconocen el mismo estatus profesional o que se les impida dispensar ciertas medicaciones sobre el terreno, especialmente en el modelo AA. A pesar de la mejora experimentada en la formación inicial, aún reconocen ciertos gaps formativos, también a nivel de la formación permanente cuando se comparan con otros grupos especializados que trabajan en servicios especiales y que reciben un entrenamiento continuado sobre intervenciones de riesgo. En ambos modelos se echa en falta también más formación sobre el cuidado de la propia salud, especialmente en relación con los riesgos psicosociales.

Análisis del macrosistema

Finalmente, a nivel del macrosistema, aparecen cuatro grandes factores de riesgo para la salud y bienestar de los trabajadores del TS: (1) la crisis económica global, (2) el cambio en los modelos de gestión empresarial, (3) el reconocimiento profesional y, (4) el individualismo.

(1) La crisis económica ha afectado de manera transversal y generalizada a todo tipo de trabajos en el mundo occidental. En el caso del TS se ha traducido en sobrecarga de trabajo e importantes recortes de recursos, que son percibidos por los trabajadores como fuentes de estrés:

“También puede desgastar ciertas condiciones que se habían tenido ..., por ejemplo, tienes calefacción y aire acondicionado y te lo quitan; tienes camas y te las cambian por butacas...; cuando te recortan en calidad de vida se nota...” (G12).

“Ves a tu alrededor que hay recortes, que tus amigos se están quedando en el paro, que los trabajos se pierden, que miembros de tu familia necesitan de tu ayuda y que tu empresa puede perder el concurso... que vendrán jefes nuevos... son grandes cambios...” (G12).

(2) Una de las quejas frecuentes de los participantes tiene que ver con una creciente burocratización de la gestión empresarial y los cambios en los sistemas y procesos de trabajo, que se traduce en una mayor presión y control sobre los empleados, un modelo de relación laboral más distante y frío, que acaba afectando a la calidad de vida y al servicio que se presta a los usuarios. Aunque los participantes atribuyen estos cambios a la gestión de la propia empresa, debería considerarse como una tendencia global que cabe enmarcar a nivel de macrosistema y que afecta a todos los niveles inferiores, micro-, meso- y exosistema.

(3) Con respecto al reconocimiento, cuatro de los seis profesionales del modelo AA consideran que su labor está reconocida por la sociedad y que es positivo para su trabajo; la mera sonrisa o agradecimiento de los usuarios forman parte del reconocimiento y da sentido al trabajo que realizan.

“De hecho, al contrario, es nuestra boya salvavidas, es en todas partes: hacéis un trabajo increíble, gracias por el...; a mí, lo que me gusta es parar el vehículo y que hay personas que vienen a hablarnos, vienen a decirnos cosas...” (1QC).

“En Quebec es la profesión más reconocida... hemos sobrepasado a los bomberos desde hace 3 años...” (4QC).

En cuanto a los otros dos profesionales, uno de ellos considera que no se les reconoce y otro indica que el reconocimiento depende de los casos, pues considera que, por lo general, su labor es desconocida por la sociedad. En la mitad de los casos requieren de la comparación con los bomberos para hablar de reconocimiento; así, mientras uno de ellos considera que su labor está más reconocida que la de los bomberos, dos personas consideran que su labor está reconocida, aunque en ningún caso a nivel de los bomberos o a nivel de los paramédicos en otras provincias de Canadá como Ontario o en Estados Unidos. En cuanto al modelo FA, dos de los profesionales consideran que su labor es reconocida por la sociedad, tres consideran que no se les reconoce y otro que depende de los casos, por falta de información sobre sus funciones. Si bien entre los profesionales del TSU coexisten percepciones positivas y negativas frente al reconocimiento social, en el caso del TSNU todos opinan que no es una labor reconocida en su justa medida.

“Lo que pasa es que a nivel de usuario hay desinformación de nuestro trabajo. Hablas con algún usuario o familiar y creen que eres un conductor de ambulancia sin más... creen que el técnico es un enfermero, no piensan en un técnico de ambulancias. Creo que hay desinformación sobre cuáles son nuestras funciones” (GI1).

(4) Bajo el epígrafe del individualismo hemos agrupado un conjunto de narrativas que aluden a la manera individual de afrontar el estrés laboral en el sector del TS, pero que constituye una característica general de las sociedades occidentales actuales. De manera recurrente aparecen en las narrativas de los participantes metáforas referidas al ‘escudo protector’ (“cuando actúas desde una parte más humana, tu escudo desaparece y es cuando más te afecta...” (GI2)), ‘el muro’ (“yo bajo mi muro para poder hacer intervenciones, y, luego, bueno levanto el muro cuando he terminado” (6QC)), ‘el velo’ (“un velo para decir “estoy aquí para hacer un trabajo” (...); cuando levanto mi velo, es para estar ahí; cuando empezamos a descomprimir, entonces ahí decimos, ah es... he podido con esto; entonces... son trucos que me doy” (6QC)), o ‘el caparazón’ (nos hacemos un caparazón

impermeable” (2QC)). Estas metáforas intentan explicar cómo se protegen los profesionales frente a las exigencias emocionales del trabajo. Se trata de estrategias que han aprendido a desarrollar ellos solos, en base a la experiencia, para que las emociones no se desborden y no sentirse excesivamente responsables, pero reflejan la manera como el sector, y la sociedad en general, entiende el afrontamiento del estrés como una cuestión individual. En el mismo sentido, se reconoce que no se habla del tema más que, si acaso, con el compañero de trabajo. La vergüenza y el estigma de la enfermedad mental dificultan también la búsqueda de ayuda psicológica profesional; los problemas de salud mental y el desbordamiento emocional constituyen un tabú profesional, como ocurre en el caso de los cuerpos de seguridad y los bomberos (*“la persona siente miedo de decir ‘tengo un problema’... (...) hay vergüenza de la enfermedad mental...”* (1QC); *“generalmente los paramédicos no quieren reconocer que están depresivos o bipolares”* (2QC)). En la misma línea, entre los trabajadores con mayor experiencia aparece una ‘cultura del superviviente’ que atribuye la permanencia en el sector a la fortaleza psicológica individual, que se atribuyen a sí mismos con cierto orgullo (*“Todavía atravieso bien por ello, aún no necesito un psicólogo”* (6QC)). Se mencionan repetidamente las diferencias individuales como factor explicativo de la capacidad de afrontar las situaciones emocionalmente complicadas (*“Yo creo que hay personas que están hechas para esto y otras que no...; pues no sé si esto es posible entrenarlo... es importante que las personas que no están hechas para ello lo sepan...”* (5QC); *“estás hecho para esto o no (...) Si no estás hecho para esto no te metas”* (6QC)).

Sorprende que a lo largo de todas las entrevistas solo aparece un caso en el modelo AA en que se menciona al colectivo como vía de afrontamiento del estrés:

“Bueno nosotros, nosotros tenemos... tenemos psicólogos, pero a menudo hablamos entre colegas. Cuando hacemos intervenciones, cuando llegamos a la base y estamos entre colegas, ahí vamos a hablar de nuestros casos, sin poner nombres. Pero si decir..., ‘he hecho...’, ‘vengo de recoger este caso..., debería haber hecho esto...’, entonces ahí ... nos, nos comunicamos conjuntamente. Es como nos las arreglamos para atravesar por ello. Mm... somos como una familia en el fondo” (6QC).

Frente a esta situación, se plantean soluciones distintas según el modelo de gestión. En el caso FA, diversos participantes proponen una mayor formación psicológica durante los estudios y la incorporación de profesionales de la psicología en la empresa para poder hablar de los servicios complicados o de las demandas emocionales derivadas del trabajo. En el modelo AA, que ya contempla los servicios psicológicos para los empleados, se desconfía de esta figura porque no conoce bien las problemáticas específicas del sector (*“los psicólogos no están adaptados a nuestro trabajo todavía”* (6QC)). En cualquier caso, el recurso a los servicios psicológicos no deja de ser una solución de afrontamiento individual. Algunos participantes del modelo AA con mayor recorrido profesional proponen soluciones colectivas: cambiar la cultura del sector y hablar con los compañeros:

“Cambiar completamente la mentalidad de los jefes para que no sea más un tabú.... Que sea natural que compartamos nuestras experiencias, que se convierte casi en banal hablar de ello y cambiar la actitud justa...” (...) *“Tener un sistema en el que podamos hablar con alguien que haya vivido situaciones similares, establecer un equipo de gestión de crisis o un equipo vía telefónica que puedas contar y que conozcan la realidad de los paramédicos, que pueda decirnos ‘háblame de ti, háblame de tus sentimientos...’; hablar es lo que elimina más... hablar con alguien que comprenda nuestra realidad...”* (1QC).

Finalmente, aunque en menor medida, cabe comentar también de qué manera la visión social de la infancia como una etapa a proteger, y a la que debería evitarse el sufrimiento, acaba perturbando a los profesionales del TS cuando se enfrentan a servicios en los que la vida de un niño está en peligro.

“Bueno, lo que es más duro para mí con los años que hace que trabajo, es, es mucho con... los niños. Con esto tengo mucha dificultad. Porque los niños, decimos siempre que los niños no deberían estar sufriendo” (6QC).

7.2.2 ACCIONES SUGERIDAS POR LOS PROFESIONALES DEL TS PARA PROMOVER VARIABLES PROTECTORAS DEL SDP

En relación con el segundo objetivo, recoger posibles acciones para promover las variables protectoras del SDP, algunos profesionales comentan que una parte de las causas de riesgo frente al SDP podrían ser reconvertibles en variables protectoras; con lo que podrían buscarse soluciones mediante políticas de participación o cooperación entre todos los actores implicados. Entre algunas condiciones o variables citadas como reconvertibles desde la participación y experiencia de los profesionales, parte de los entrevistados consideran las relaciones laborales con los compañeros de trabajo, aportando que encuentros grupales colaborarían a mantener una buena relación entre profesionales, independientemente de la responsabilidad que ocupen en la organización. En la misma línea, la posibilidad de ser partícipes o trasladar sus inquietudes en la gestión de cuadrantes o en la modificación de los horarios impopulares para la conciliación familiar. En este mismo punto, aportan la necesidad de consensuar, en la medida de lo posible, un formato en el que el mayor número de trabajadores pueda disfrutar de las vacaciones en la época deseada, ya sea para coincidir con la familia o por otros motivos. Para finalizar con los cuadrantes laborales y descansos, los profesionales indican que sería de gran interés poder disponer de tiempos de descanso más largos después de percibir una situación como traumatizante.

Por otro lado, sugieren la necesidad de disponer de un grupo de ayuda psicológica todos los días y horas del año para poder llamar en situaciones de crisis, en caso de necesidad. A pesar de compartir esta perspectiva desde ambos modelos, en el grupo de personas del sistema AA insisten en que este grupo de personas de ayuda sean conocedores de la realidad de los técnicos paramédicos, desde su actual experiencia de disponer de psicólogos en el entorno laboral desconocedores del sector. También los participantes en ambos modelos apuntan con alta frecuencia la necesidad de disponer de acciones formativas o talleres continuados que simulen intervenciones en la calle, para poder aprender, comprender o entrenar las situaciones imprevisibles, es

decir, entrenar las capacidades de improvisar o resolver este tipo de situaciones que no se entrenan suficientemente durante la formación inicial. Uno de los aspectos que más preocupa es la exigencia emocional que suponen ciertas intervenciones con menores, por lo que indican que serían de utilidad charlas, a propósito de ello, además de sesiones grupales e individuales.

En alguna ocasión se añade la posibilidad de compartir los espacios con otros profesionales, en aras de aumentar el trabajo en equipo transversal y, en consecuencia, las relaciones entre los diferentes profesionales. Añaden en este punto la importancia de poder generar grupos de trabajo donde compartir experiencias y/o situaciones, con la intención de discutir, aprender, comprender, conocer, entre otros, la realidad del técnico paramédico desde las vivencias de los compañeros. Para terminar con aspectos de formación, los profesionales de ambos sistemas comparten la necesidad de formarse en habilidades sociales, tanto de ayuda al prójimo como de autoayuda.

Otra cuestión a mejorar, en aras de prevenir el SDP, también en ambos modelos, es la posibilidad de generar espacios de confianza con los responsables, así como mejorar la comunicación e información respecto a su entorno laboral. Relacionado con la gestión de los recursos, proponen la posibilidad de utilizar sus conocimientos, experiencia y necesidades del día a día en la compra o diseño de los vehículos. Finalmente, en relación a este objetivo, en el modelo AA se sugiere la posibilidad de implantar un equipo de trabajo transversal conjuntamente con varias profesiones (paramédicos, enfermeros, médicos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, asistentes sociales, etc.) para mejorar la sobrecarga de trabajo y que, en función del triaje de llamadas en el centro coordinador, se destine directamente el recurso que convenga, evitando el desplazamiento de los paramédicos en aquellos casos en los que se requiere otro tipo de servicio.

Otro de los aspectos que los profesionales consideran de interés, en aras a prevenir el SDP, es la introducción de cambios en la gestión de llamadas recibidas en los centros coordinadores. Por un lado aportan que sería necesario revisar el procedimiento de la selección de llamadas, con la intención de evitar el desplazamiento de un recurso (ambulancia) en los casos innecesarios. Por otro lado,

los profesionales consideran innecesario escuchar las llamadas a todas las unidades (ambulancias) incluidas en el mismo canal de emisora,, por varios motivos incluidos la protección de datos de los usuarios. Aportan la posibilidad de la llamada selectiva (de la emisora), solamente a la ambulancia que corresponda.

Finalmente, en el modelo FA se propone como solución a las inquietudes concursales pasar a formar parte del equipo de trabajadores públicos, en lugar de pertenecer a la empresa privada. Además, añaden la necesidad de pasar de forma regular pruebas de competencias personales, tanto laborales como físicas, más allá de disponer de la formación exigida, en este caso el CFGM del TES.

8. DISCUSIÓN

8.1 ESTUDIO 1

Los resultados obtenidos en relación a la exposición de los trabajadores a los distintos factores de riesgo y protectores de la salud y del bienestar (primer objetivo), muestran que el contenido de trabajo, las relaciones laborales y la definición de rol son más favorables que los valores de referencia en el estudio de validación del instrumento Escala Clima Psicosocial en el Trabajo (Tous, Bonasa, & Mayor, 2011). En cuanto a las dimensiones del Burnout, el CE, la DP y la RP, son más favorables entre los profesionales del TS estudiados que el promedio de la muestra española de referencia (Maslach & Jackson, 1997) y que en otros estudios del sector del TS (Ballesteros et al., 2012). No obstante, el 67,66% de los trabajadores presentan una o más dimensiones alteradas, es decir, compatibles con el SDP. A pesar de que el porcentaje de afectación es más favorable que el 88,8% obtenido en Ballesteros Peña et al. (2012), es suficientemente importante como para plantear acciones en aras de disminuirlo. En referencia a los resultados del SOC, la puntuación media obtenida por los participantes en el estudio es ligeramente superior a la obtenida en una muestra de profesionales de enfermería de la misma demarcación de Girona (Malagón et al., 2012) y muy similar a la informada en una muestra de profesionales del transporte sanitario en Suecia (Jonsson et al., 2003). No se han encontrado otros estudios sobre el SOC en el TS a nivel español. Las puntuaciones de bienestar subjetivo se encuentran dentro de los valores normativos definidos para países occidentales. Destaca la baja puntuación en el ítem sobre la satisfacción con la seguridad por el

futuro, con $6,42 \pm 2,48$ (IC95% 6,07-6,76). Este resultado podría estar relacionado con el hecho de que la gestión del TS mediante concursos públicos de adjudicación del servicio conlleva la posibilidad de cambio de empresa cada cierto tiempo, lo que podría ser un elemento que contribuye a la baja satisfacción de los profesionales encuestados en relación con su futuro. Otros estudios también indican que la satisfacción por el futuro acostumbra a ser más baja, en comparativa con otros ámbitos, en los profesionales con edades entre 36 y 45 (Cummins, Eckersley, Pallant, Van Vugt, & Misajon, 2003).

En cuanto al segundo objetivo, los resultados muestran que no existe una interacción significativa entre el puesto de trabajo y el sexo, mientras que sí señalan la capacidad discriminante del puesto de trabajo para explicar, de forma conjunta, el contenido del trabajo, la definición de rol, la satisfacción con el horario, el cansancio emocional, la manejabilidad, lo satisfecho con las cosas que se han conseguido en la vida, lo seguro o segura que se sienten y la seguridad por el futuro.

Sobre el análisis de los distintos puestos de trabajo, se observa que en todos los casos los resultados son más desfavorables entre los profesionales del TSNU frente a los del TSU y, en ocasiones, los profesionales que realizan tareas en otros puestos de trabajo ofrecen resultados más desfavorables que los obtenidos entre los profesionales del TSNU. A continuación, se exponen posibles explicaciones a estos resultados. En referencia al contenido del trabajo, podría estar en la casuística de cada tipo de servicio. Las tareas del TSNU son más repetitivas y menos diversas que en el TSU, en ocasiones incluso pueden ser rutas que se repiten a lo largo de los días. En cambio, en el TSU cada servicio es distinto y ocurre en distinto lugar. Además, en cuanto a la forma de organizar el trabajo, debemos tener en cuenta que en el TSNU los servicios a lo largo de la jornada son consecutivos y sin interrupción, organizados por el centro coordinador. Esta característica difiere del TSU, pues a lo largo de la jornada laboral se está presencialmente en la base de trabajo en espera de la solicitud de actuación en un servicio urgente. En el caso de la satisfacción con el horario, la diferencia entre ambos colectivos podría atribuirse al sistema de turnos establecido para la gestión del servicio: en el TSU son jornadas de 24 horas cada 3 o 4 días, mientras en el caso del TSNU son jornadas de 8 o 10 horas durante 4 o 5 días a la semana y en distintos turnos. Esta diferenciación de horarios laborales aporta

elementos más favorecedores para el TSU, como por ejemplo ventajas de conciliación familiar, más tiempo libre, o la posible asistencia a formación, entre otros. En cuanto al cansancio emocional, la diferencia de puntuación observada entre el TSU y el TSNU podría obedecer a un mayor sentido del trabajo para el colectivo del TSU, pudiendo actuar como factor protector (Hansen et al., 2012); en la misma línea, el sentido del trabajo podría explicar también las diferencias observadas en las puntuaciones de sentido de coherencia o bienestar (Streb et al., 2014). La diferencia encontrada en la seguridad por el futuro podría explicarse, bien por un tema de horarios laborales, o bien por un tema de falta de posibilidad de promoción interna. En el primer caso, en cuanto a los horarios laborales en la muestra de estudio, es más corriente que los horarios del TSU permanezcan similares de un año a otro, mientras en el TSNU suelen producirse diversas modificaciones, pudiendo esto repercutir de forma más negativa en la seguridad por el futuro entre el colectivo del TSNU. En el segundo caso, la promoción interna, debemos tener en cuenta que los profesionales del TS en España, independientemente de si realizan tareas del TSU o del TSNU (BOE 2012), deben estar en posesión del ciclo formativo de grado medio de Técnico de Emergencias Sanitarias (BOE 2007). Esta casuística implica que gran parte de los profesionales del TSNU aspire a poder realizar algún día tareas en el TSU, influyendo la espera de posibles promociones internas de forma negativa sobre los profesionales del TSNU.

La relación observada entre los factores explorados, tanto de riesgo como de protección, invita a trabajar las condiciones laborales y fortalecer el sentido de coherencia y el bienestar entre los profesionales del transporte sanitario como factores protectores del SDP. En el enriquecimiento de las condiciones laborales sería conveniente profundizar en la percepción de los profesionales en aras de aplicar acciones de mejora que promuevan un clima favorecedor de la salud y el bienestar. Para potenciar el SOC se podría proporcionar formación continuada y programada anualmente en los planes de formación de la organización, así como grupos de ayuda mutua para compartir prácticas y/o experiencias personales. En beneficio del bienestar subjetivo sería interesante realizar un plan de promoción de hábitos y estilos de vida saludables.

Entre las limitaciones del estudio cabe mencionar el hecho de que los resultados se han obtenido mediante autoinforme y, en consecuencia, dependen del grado de

sinceridad de los participantes, teniendo en cuenta que son trabajadores de la empresa en la que se hizo el estudio. Por este motivo también se decidió no realizar más segmentaciones de las variables demográficas (zona de trabajo, soporte vital básico y avanzado) que podrían comprometer el anonimato. Se desconoce si el resto de trabajadores/as que no participaron rellenando el cuestionario obtendría puntuaciones similares a los participantes en las variables analizadas. Hay que tener en cuenta la baja fiabilidad en la dimensión de despersonalización de la escala del MBI que aconseja precaución en la interpretación de los resultados, a pesar de que en este estudio no se ha observado ningún resultado estadísticamente significativo en relación con esta variable.

8.2 ESTUDIO 2

Los resultados del estudio 2 muestran el carácter multicausal del SDP, con factores de riesgo-protección interactuando en los diversos niveles del modelo ecológico de Bronenbrenner (1979).

Entre los tres grandes grupos de factores de riesgo-protección hallados a nivel de **microsistema**, uno de los más comentados entre los profesionales es el estrés que genera la propia naturaleza del servicio urgente, exceptuando en este caso los profesionales que realizan tareas en el TSNU. En este sentido, observamos que el estrés de la urgencia es entendido por los profesionales como un concepto positivo, en alineación a la teoría del sentido al trabajo (Rosso et al., 2010), ya sea por la utilización de diversas habilidades (Fried & Ferris, 1987), por el aumento de adrenalina que genera (Nirel, Goldwag, Feigenberg, Abadi, & Halpern, 2012), o por el hecho de aportar ayuda al ciudadano en una situación de necesidad. La formación inicial recibida también es comentada entre los resultados. Sobre ello, Bourdon (2011) señala que las diferencias entre expectativas generadas entre los profesionales en relación con el servicio urgente y la realidad del día a día (un porcentaje aproximado al 80% de los servicios son no urgentes) genera conflicto de rol entre los profesionales. Algo similar ocurre en el modelo FA, donde la formación reglada del sector en España es el ciclo formativo del técnico de emergencias sanitarias (TES) (BOE, 2007), siendo

la misma para el TSU que para el TSNU, más allá de habilitaciones o certificados de profesionalidad (BOE, 2012). Esta característica implica que parte de los profesionales del TSNU aspire a poder realizar algún día tareas en el TSU, viendo también frustradas sus expectativas, en este caso a la espera de posibles promociones o cambios.

En referencia a las condiciones laborales, otro de los tres grupos de factores de riesgo-protección hallados en este estudio, Maslach y Leiter (2011) indican que la sobrecarga de tareas es una de las causas del burnout, en línea con algunos estudios del sector (Hébert, 2015). En este trabajo, existe consenso entre los profesionales del modelo AA y los del TSNU del modelo FA en considerar la sobrecarga como uno de los principales factores de desgaste profesional. Destacar que el colectivo del TSU del modelo FA no señalan este dato como un problema, tal como ocurre en otro estudio nacional (Ballesteros, 2012), en que los profesionales de la muestra estudiada no perciben la sobrecarga del trabajo como un problema de desgaste en su trabajo, pero sí apuntan hacia *“la necesidad de adecuar u optimizar los recursos de emergencia”*. El informe *“Services préhospitaliers: Urgence d’agir”* (Comité national sur les services préhospitaliers d’urgence, 2014) también aporta información en relación con el volumen de servicios que se realizan, aunque en este caso desde un punto de vista más económico, si bien con el mismo objetivo de descongestionar el servicio. Entre algunas de las soluciones que sugiere para ello encontramos la introducción de transporte alternativo, la limitación del tiempo de inoperatividad de las ambulancias en los centros sanitarios (en espera de transferencia del usuario), entre otros. Entre estas propuestas de transporte alternativo, el informe expone la posibilidad de incluir en el sistema de los SPU vehículos de respuesta rápida, equipados como una ambulancia excepto con la camilla, los cuales ofrecen la posibilidad de llegar al lugar de los hechos con un tiempo inferior al de las ambulancias, agilizando el servicio. Como indica el informe, estos vehículos ya se utilizan en otras partes del mundo como en Inglaterra. Añadir que en el último concurso de la comunidad autónoma de Cataluña (España), lugar de la muestra FA de este estudio, se introdujo también este concepto de vehículo bajo el nombre de vehículo de intervención rápida (VIR), concretamente en el TSU. Otra propuesta del informe, en cuanto a un transporte alternativo, es la introducción de taxis para aquellos servicios en que no sea necesario el recurso de la ambulancia, ni el cuidado sanitario, ni el oxígeno, entre otras características definidas debidamente

en el informe. Añadir que en el modelo FA, también se ha utilizado la alternativa del taxi a lo largo de la historia, en este caso y desde la segmentación del TSU y del TSNU; este recurso se aplica en los servicios de TSNU, aunque existe cierto conflicto con las empresas de TS en el sector, pues consideran este tipo de servicios propios de un vehículo de TS no asistencial. El informe del cual se está haciendo mención también propone otras medidas, como potenciar la figura del voluntariado para realizar servicios intrahospitalarios o la introducción de un vehículo de modelo concreto, y más ágil, para utilizar en entornos urbanos, como ocurre en la actualidad en algunos territorios europeos.

Continuando con las condiciones en el trabajo, para finalizar con el análisis del microsistema, Saks (2006) afirma que cuando la organización no proporciona los recursos económicos o emocionales percibidos como necesarios, es más probable que los trabajadores se desvinculen de su rol. Algunos profesionales en este estudio sienten desacuerdo con aspectos como la gestión de los cuadrantes laborales, la relación con el responsable directo, entre otras, hasta convertir estos hechos en factores de riesgo que provocan falta de implicación y motivación, pudiendo afectar negativamente a los resultados de la organización y a su productividad.

En relación con el **mesosistema**, los resultados del estudio ponen de manifiesto múltiples interacciones, especialmente entre el ámbito laboral y el familiar. En línea con estudios previos, aparecen factores de compensación entre ámbitos cuando la familia amortigua el estrés generado en el trabajo, o cuando el compañero de trabajo se convierte en una fuente de apoyo social frente a las problemáticas familiares (Wiese et al., 2010).

A nivel del **exosistema**, la teoría institucional se ve reflejada en parte de los resultados del estudio. Los profesionales del sistema AA consideran que la sobrecarga de tareas es consecuencia del diseño institucional del modelo de emergencias y la gestión de la administración pública, por la necesidad de invertir aún más recursos en el sistema, teniendo en cuenta el continuo aumento de la demanda de los servicios por parte de la ciudadanía. En el modelo AA los profesionales añaden que la ley de SPU en ocasiones no está acorde a los cambios demográficos, sociales u otros, provocando saturación en el servicio y, en consecuencia, sobrecarga en los profesionales. En el

caso de la gestión por licitación pública del modelo FA, se percibe negativamente la gran influencia de los factores económicos en el actual sistema de concursos. Es decir, las empresas son requeridas a presentar la mejor propuesta económica para continuar gestionando el servicio o para ganar la concesión. Las propuestas presentadas a menudo sufren cambios posteriores a la baja y un empeoramiento de las condiciones laborales pactadas, en beneficio de las empresas concesionarias. Los cambios introducidos en las condiciones laborales, se están trasladando entre organizaciones, tal como propugna el efecto mimético de la teoría institucional (Dimaggio y Powell, 1983), por la ventaja económica que pueden aportar. En este modelo de gestión, los profesionales también añaden que ciertas normas del sistema de emergencias actual o de los convenios sectoriales no se cumplen o no están adaptadas a las necesidades actuales, como indican otros estudios (Ballesteros, 2012). Añadir, a nivel institucional, que los profesionales reclaman el reconocimiento legal. En el caso del modelo AA, señalan la necesidad de pertenecer a una orden profesional de Quebec, como aconseja también el informe “Services pré-hospitaliers: urgence d’agir » (Comité national sur les services préhospitaliers d’urgence, 2014). En la misma dirección, en el modelo FA reclaman ser reconocidos como sanitarios, tal como la normativa legal indica (BOE, 2003). Añadir que, si bien la regulación estatal del sector incluye la categoría del TES (BOE, 2012), en la mayoría de los convenios autonómicos figura la anterior categoría de camillero.

A nivel de **macrosistema**, los resultados ponen de manifiesto cuatro grupos de factores de riesgo-protección: la crisis económica global, el cambio en los modelos de gestión empresarial, el reconocimiento profesional y el individualismo. En relación con el reconocimiento social de la profesión, Honnet (1997) indica que la ausencia o un escaso reconocimiento supone un daño importante a la subjetividad de la persona, pudiendo jugar el reconocimiento un papel de factor de protección entre los profesionales. En este estudio, más profesionales del modelo AA sienten que la sociedad les reconoce en su justa medida, frente los profesionales del modelo FA. La literatura indica que la falta de reconocimiento es una de las causas del desgaste profesional en el sector del transporte sanitario (Arial et al., 2009; Ballesteros Peña, 2012; Bourdon, 2011). A pesar de ello, debe tenerse en cuenta que la evolución del sector en los últimos años también ha modificado la profesión (Arial et al., 2009), tanto en el marco profesional como en el formativo. Estos cambios en el sector también

pueden contribuir a las diferentes perspectivas de reconocimiento social entre ambos modelos; los profesionales del sistema AA sienten más reconocimiento social que los del sistema FA, lo que podría deberse al hecho de disponer de una mayor formación, competencias y funciones en el entorno laboral (ej: suministro de algunos medicamentos), y podría contribuir al aumento del reconocimiento por su colaboración al cuidado de la salud social.

Según lo expuesto y los resultados correspondientes al segundo objetivo, existen una serie de factores que haría faltar revisar en aras de mejorar el entorno laboral de los profesionales del TS para disminuir los factores de riesgo y potenciar los de protección de la salud y el bienestar. Esto redundaría en la posibilidad de influir en el trato con los usuarios y la productividad de la empresa o entidad, independientemente de si la gestión es pública o privada. Las necesidades de mejora que sugieren los profesionales están relacionadas con el desarrollo de las personas, la organización empresarial y los modelos institucionales. En estos ámbitos se observan varios factores de riesgo que podrían convertirse en protección, para cada uno de los niveles del modelo ecológico.

Entre las limitaciones del estudio cabe mencionar que hubiera sido aconsejable poder contrastar los resultados obtenidos con ejemplos de otros entornos socioculturales, tanto del modelo FA como del modelo AA, especialmente de países más allá del ámbito occidental desarrollado. Por otro lado, es importante tener en cuenta que todos los participantes del estudio se encontraban expuestos a factores adicionales de estrés durante el periodo de la investigación. Los trabajadores del modelo FA estaban afrontando una licitación y los del modelo AA se encontraban en huelga para reivindicar la renovación del convenio colectivo. Ciertamente ambas situaciones han podido influir en las opiniones expresadas durante las entrevistas, en el sentido de canalizar el malestar y la inseguridad laboral y quizás ocultar algunas variables positivas que pueden no haberse tenido en cuenta. Cabe mencionar también que tres de los participantes del modelo AA y dos del modelo FA eran representantes sindicales. Por todo ello, creemos que sería conveniente poder replicar la investigación en un periodo de mayor tranquilidad laboral y, al mismo tiempo, poder contrastar los resultados con la visión de otros stakeholders, como las empresas, representantes de la Administración pública o los propios usuarios del sistema. Ello,

no obstante, la situación de conflictividad laboral puede haber contribuido a aflorar una mayor conciencia entre los trabajadores acerca de los factores de riesgo y protección para la salud y el bienestar vinculados a las condiciones de trabajo. A pesar de estos condicionantes, creemos que los resultados presentados aportan un enfoque original al estudio del SDP en el sector del TS y ofrecen numerosas sugerencias para la mejora de las condiciones laborales de los profesionales.

.....

Los resultados de ambos estudios muestran que los profesionales del TS, en cualquiera de los dos modelos estudiados, están expuestos a factores psicosociales de riesgo, aunque también se hallan ciertas variables o condiciones que pueden actuar como factores protectores de la salud o bienestar de los trabajadores.

Según el estudio cuantitativo realizado en el modelo FA, los profesionales que trabajan en el TSNU, por lo general, muestran resultados más desfavorables, tanto de factores de riesgo como de protección. Algo similar ocurre según la percepción de los profesionales de ambos modelos (FA y AA), analizada en el estudio cualitativo, la cual también señala que los profesionales de ambos modelos perciben como factores de protección ciertas características más comunes del servicio urgente, como puede ser la naturaleza del servicio urgente, el reconocimiento de la sociedad, la relación con los compañeros, entre otros. Igualmente, ciertas características percibidas como factores de riesgo, son más comunes en los servicios de carácter no urgente, como pueden ser la sobrecarga laboral, la tipología de cuadrantes laborales, la conciliación familia-trabajo, entre otros.

9. CONCLUSIONES

Cette partie expose les principales conclusions de la thèse en réponse aux quatre objectifs de recherche spécifiques fixés, découlant de l'objectif général : « approfondir les connaissances sur les facteurs psychosociaux de risque-protection pour la santé et le bien-être des professionnels du secteur du TS, également face au *burnout*, en distinguant entre les modèles de soins extrahospitaliers (FA / AA), le type de service (TSU / TSNU, pour le modèle FA) et le sexe ».

S'agissant des deux premiers objectifs, (1) Identifier l'exposition à différents indicateurs psychosociaux de risque-protection pour la santé et le bien-être sur un échantillon de professionnels du transport sanitaire, et (2) Analyser l'effet du poste de travail (TSU c/ TSNU) et du sexe, ainsi que l'interaction entre les deux variables, sur différents indicateurs psychosociaux de risque-protection pour la santé et le bien-être, les résultats obtenus permettent de conclure que les professionnels du TS de l'échantillon analysé présentent une ou plusieurs dimensions altérées du *burnout*, avec toutefois des notes plus basses que dans d'autres études du secteur (Ballesteros et al., 2012). On observe également la présence de facteurs de protection comme le sens de la cohérence et le bien-être subjectif. En second lieu, la conclusion est que l'exposition aux facteurs de risque affecte plus défavorablement les travailleurs qui exercent leur activité dans le TSNU et d'autres postes de travail, en comparaison avec le TSU du modèle FA.

Quant aux deux derniers objectifs, (3) Identifier les perceptions des propres professionnels du secteur sur les éventuels facteurs psychosociaux de risque-protection face au *burnout*, et (4) Recueillir les contributions des professionnels sur d'éventuelles actions pour promouvoir les variables de protection contre le *burnout*, les résultats obtenus révèlent que le *burnout* peut avoir des causes multiples, avec des facteurs de risque-protection qui interagissent dans les différents niveaux du

modèle écologique de Bronfenbrenner (1979). En outre, il peut être conclu qu'il existe davantage de similitudes que de différences dans la perception des facteurs de risque-protection chez les professionnels des deux modèles, l'anglo-américain et le franco-allemand. En revanche, il existe certaines différences entre les perceptions des professionnels des services du TSU et du TSNU du modèle FA. Parmi les facteurs de risque communs dans les deux modèles (AA et FA), il y a la surcharge de travail, les quarts de travail, le centre coordinateur, les relations avec leurs responsables, la difficulté de conciliation travail-famille, le modèle institutionnel, la privatisation des entreprises et la bureaucratisation de la gestion. Parmi les facteurs de protection les plus cités, également dans les deux modèles, il y a le sens que donne le service urgent, les relations avec les collègues, avec d'autres professionnels ou usagers, et la reconnaissance sociale. S'agissant des principales différences entre le TSU et le TSNU, il convient de souligner que la surcharge de travail et le centre coordinateur sont les plus mentionnés par les professionnels du TSNU du modèle FA, et qu'ils sont dans les deux cas perçus comme des facteurs de risque de *burnout*. Travailler dans le service urgent et les relations positives avec les collègues (facteurs de protection) sont uniquement cités par les professionnels du TSU. Pour conclure, parmi les éventuelles actions mentionnées par les professionnels pour promouvoir les variables de protection, il convient de citer l'importance de la possible reconversion des facteurs de risque en facteurs de protection. Autrement dit, les professionnels signalent que plusieurs facteurs psychosociaux de risque peuvent être gérés au point de devenir des facteurs de protection pour leur santé, en créant par exemple des espaces de confiance avec les responsables, en réponse aux relations négatives avec ces derniers.

Au-delà des conclusions liées aux objectifs de la recherche, les résultats obtenus à partir de l'approche théorique et méthodologique de la thèse suggèrent également des conclusions utiles, ayant parfois des implications pour la recherche et d'autres pour la pratique professionnelle dans le secteur.

En premier lieu, et pour répondre à Aguayo (2018) sur l'existence d'un nombre excessif de modèles théoriques actuels et de paradigmes de recherche trop individualistes dans le domaine de la santé et du bien-être professionnel, cette étude a utilisé le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) pour aborder la complexité du *burnout*

d'un point de vue conceptuel plus holistique. D'autres études sectorielles liées à la santé suggèrent également que la complexité du poste de travail des professionnels ambulanciers doit être analysée à différents niveaux, en tenant compte des caractéristiques individuelles des travailleurs, de l'organisation et des facteurs externes (Corbeil & Prairie, 2012; Hegg-deloie, 2014). De même, Granter et al., (2019) soulignent que le malaise chez les professionnels du TS est la conséquence de la pression et de l'intensification du travail découlant de la combinaison de différents facteurs présents dans leur poste de travail : intensité physique, temporelle, émotionnelle et organisationnelle. Toutefois, contrairement à la théorie écologique, les auteurs ne précisent pas l'interaction entre les différents facteurs ou niveaux, et n'abordent pas non plus les déterminants sociopolitiques et culturels qui se produisent au niveau du macrosystème. Il en résulte que les futures recherches devraient utiliser des modèles théoriques capables d'aborder la complexité inhérente à l'analyse de la santé et du bien-être professionnel des spécialistes du TS.

Le premier chapitre soulève une deuxième considération d'ordre méthodologique, à savoir la nécessité de tenir compte des caractéristiques particulières de différents contextes géographiques afin de pouvoir comparer les résultats de la recherche. La présente thèse y répond en réalisant une comparaison entre la Catalogne et le Québec. Cette approche enrichit les résultats obtenus, tout en apportant des informations différentielles entre deux grands groupes de soins extrahospitaliers dans le monde, ce qui, allié à d'autres études, contribue à la diffusion des connaissances pour transférer les bonnes pratiques d'un modèle à l'autre.

Une autre considération d'ordre méthodologique porte sur la pratique majoritaire de rechercher sur les facteurs psychosociaux qui ont une incidence sur la santé et le bien-être des travailleurs, presque exclusivement à travers des questionnaires (Aguayo, 2018). Cette étude a utilisé une méthodologie mixte, quantitative et qualitative, qui allie l'utilisation de questionnaires standardisés, pour garantir la comparabilité des résultats avec d'autres études nationales et internationales, et les entretiens semi-directifs pour préciser les perceptions des professionnels du secteur. Cette approche permet d'obtenir des résultats plus complets et précis que l'utilisation d'une unique méthodologie de recherche.

À notre connaissance, la présente thèse apporte quelques nouveautés à la littérature du secteur. L'étude quantitative est la première qui met en rapport les conditions de travail et les concepts de sens de la cohérence, bien-être subjectif et *burnout* dans le secteur du transport sanitaire (TS), en identifiant l'exposition différentielle des travailleurs à ces facteurs en fonction du poste de travail (TSU c/ TSNU) et du sexe. L'étude qualitative est la première à se référer aux perceptions des professionnels du TS sur les facteurs de protection-risque face au *burnout*, entre deux modèles différents, à savoir l'anglo-américain et le franco-allemand, tout en distinguant entre les professionnels effectuant des activités dans le TSU et le TSNU, dans le modèle FA.

Voici quelques implications pouvant découler de cette recherche, en l'occurrence pour la pratique professionnelle dans le secteur du TS. En premier lieu, il convient de signaler que le fait d'avoir observé des différences statistiquement significatives entre le personnel du TSU et celui du TSNU dans certaines variables analysées dans la première étude soulève une importante question pour toutes les organisations qui, attributaires de ces deux services, ont choisi de segmenter les deux fonctions, en rattachant leurs travailleurs à l'un ou l'autre collectif sans possibilité d'échange : s'il est préférable de maintenir cette séparation des deux collectifs ou si les travailleurs devraient combiner les deux fonctions pour prévenir le *burnout* détecté chez le personnel du TSNU. En suivant cette même ligne d'échange des deux services, et comme mesure de prévention face à des facteurs de risque, Jonsson (2003) considère que pour réduire les effets des symptômes de stress post-traumatique chez les professionnels du TSU, ceux-ci pourraient réaliser pendant un certain temps des tâches dans le TSNU. D'un autre côté, l'existence de différences statistiquement significatives entre les deux postes de travail suggère d'analyser si la formation requise pour chaque service (TSU et TSNU) doit être la même, si elle doit être différente, avec des contenus spécifiques pour chacun d'eux, comme le reflètent certaines réglementations (Bos et al., 2015), ou même la possibilité d'unifier une partie des contenus de formation à l'échelle européenne, comme pour la typologie de véhicules ou le numéro d'appel des services d'urgence (WHO Regional Office for Europe, 2008). À l'heure actuelle, l'enseignement formel dans le modèle FA ne diffère pas entre services.

La deuxième implication découlant de la thèse a trait à la surcharge de travail dans le secteur. En dépit de quelques contradictions parmi les résultats obtenus dans différentes recherches, les professionnels du TSU du modèle FA ne mentionnent pas la surcharge de travail comme facteur de risque, conformément à une autre étude également réalisée avec des professionnels exerçant des fonctions dans le service urgent du même modèle FA en Espagne (Ballesteros, 2012). Ceci pourrait suggérer que la segmentation du service permet d'atténuer la surcharge, comme le soutient la proposition du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence (2014).

Les résultats de la thèse révèlent également d'importantes implications pour les systèmes de gestion. Les professionnels indiquent que le modèle institutionnel ou la privatisation du secteur sont des facteurs de risque pour leur santé et leur bien-être. La solution qu'ils suggèrent est d'appliquer une gestion publique, ce qui contraste avec d'autres études qui reconnaissent le bon fonctionnement du modèle de gestion privée, parfois même avec une meilleure organisation que le modèle public. Toutefois, et c'est probablement ici que réside la différence, dans les cas de gestion privée réussie, on indique l'importance de maintenir une véritable relation entre les deux parties, axée sur la qualité du service et l'accès de la population aux soins. Pour ce faire, les entreprises privées doivent respecter les réglementations en vigueur, avec des superviseurs publics et indépendants, comme c'est déjà le cas dans plusieurs pays, et garantir le suivi du bon fonctionnement, en plus de soumettre de futur renouvellements des entités privées à l'absence d'éventuels manquements (Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence, 2014). En tout état de cause, nous considérons qu'une décision d'une telle dimension exige une analyse approfondie et holistique (avec toutes les variables qui constituent le système de gestion) des éventuelles alternatives, qu'elles soient publique, privée, ou pourquoi pas, mixte.

La deuxième étude dévoile un aspect surprenant, dans une certaine mesure : la différence de perception qui existe entre les deux modèles sur la reconnaissance sociale de la profession, peut-être due au fait que les professionnels du modèle AA disposent d'une plus grande formation, de davantage de compétences et de fonctions dans l'environnement de travail. D'une part, cela a des implications sur l'éventuelle nécessité de revoir la formation requise dans le modèle FA, en fonction du service (TSU et TSNU), ainsi qu'il est exposé ci-dessus. D'autre part, cela révèle la nécessité

de doter ce collectif d'une meilleure visibilité dans la société du modèle FA, en expliquant également l'importance des fonctions que ces professionnels assurent pour la santé de la communauté. À cette fin, il serait bon d'introduire des campagnes, comme dans d'autres pays, abordant également des aspects relatifs à la violence envers les professionnels pour répondre à l'augmentation des agressions physiques ou psychiques dans le secteur, une fois encore pour veiller sur la santé des travailleurs (Maguire, O'Meara, O'Neill, & Brightwell, 2018).

À la lumière des considérations qui précèdent, il existe dans les deux modèles de soins extrahospitaliers une série de facteurs qu'il faudrait revoir pour améliorer l'environnement de travail des professionnels du TS afin de réduire les facteurs de risque et renforcer ceux de protection de la santé et du bien-être. Les besoins d'amélioration que suggèrent les professionnels ont trait à l'épanouissement des personnes, à l'organisation de l'entreprise et aux modèles institutionnels. Dans ces domaines, plusieurs facteurs de risque pourraient devenir des facteurs de protection, pour chacun des niveaux du modèle écologique, que ce soit dans l'un des modèles de soins préhospitaliers ou dans les deux, ainsi que parmi les différents services du modèle FA exposé.

En tout état de cause, les professionnels du secteur des deux modèles réalisent un important travail dans la chaîne de la santé de notre société et il est très important de prendre également soin de ces professionnels ; il est donc nécessaire de connaître la situation actuelle en termes d'exposition aux risques découlant du travail, ainsi que les facteurs de protection de la santé et du bien-être. En ce sens, les résultats obtenus offrent des informations utiles sur les facteurs de risque-protection de la santé, et l'exposition des professionnels du TS au *burnout*, très utiles pour la prise de décisions dans la gestion du secteur, qu'elle soit publique ou privée. Les informations obtenues peuvent contribuer à l'amélioration de la santé psychosociale des professionnels, en plus d'éviter des conséquences négatives pour les usagers ou les propres organisations (Maslach et al., 1996), ainsi qu'au transfert de bonnes pratiques entre les différents modèles de TS.

Axes de travail futurs

Parmi les possibles axes de recherche ou actions à réaliser, signalons les suivants :

- Réaliser des analyses comparatives entre les différents cursus de formation des professionnels du secteur au niveau international pour examiner les contenus de formation officielle actuellement dispensés aux étudiants et ceux que l'on pourrait ajouter, en matière de prévention de facteurs de risque comme de promotion de facteurs de protection pour la santé et le bien-être.
- Analyser si la formation requise pour chaque service (TSU et TSNU) doit être la même, comme dans certains pays, ou différente, comme le reflètent d'autres législations.
- Approfondir les études sur la surcharge de travail, en tant que facteur de risque, chez les professionnels exerçant des fonctions dans le TSU.
- Approfondir l'étude sur les facteurs psychosociaux de risque-protection face au *burnout* dans les pays en voie de développement. Cela pourrait apporter deux types de contributions. En premier lieu, savoir si les similitudes observées entre modèles sont également transposées dans d'autres territoires où le transport sanitaire est au premier stade de son développement. En second lieu, ces informations pourraient servir de preuve pour la prévention de risques psychosociaux dans les pays dits développés.
- Mener des études longitudinales, sur une période d'appel d'offres public dans le secteur du TS du modèle FA, dans le but d'analyser d'éventuelles différences dans l'incidence des facteurs de risque-protection de la santé et du bien-être tout au long de la phase d'appel d'offres (trois phases : début, milieu et lorsque l'on connaît la date de la prochaine date d'appel d'offres). De même, ajouter différentes zones géographiques avec une distribution distincte de la population et des ressources attribuées.
- Mener des études similaires dans des pays où le personnel paramédical est établi depuis longtemps, qu'ils assurent des tâches de réanimation de base ou avancées.
- S'agissant des besoins de formation précédemment exposés, il serait utile que les programmes contribuent à l'unification de la formation officielle requise entre

les différents pays de l'Union européenne (WHO Regional Office for Europe, 2008), comme pour la typologie de véhicules.

Chacun de ces axes de travail peut contribuer à une meilleure connaissance des facteurs psychosociaux dans le secteur du TS, principal objectif de cette thèse, afin d'améliorer les environnements socioprofessionnels des services d'ambulance, d'une grande importance du fait de leur lien avec le soin des personnes dans nos sociétés.

10. REFERENCIAS

- Aasa, U., Brulin, C., Ångquist, K. A., & Barnekow-Bergkvist, M. (2005). Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 251–258. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00333.x>
- Aasa, U., Kalezic, N., Lyskov, E., Ångquist, K. A., & Barnekow-Bergkvist, M. (2006). Stress monitoring of ambulance personnel during work and leisure time. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80(1), 51–59. <https://doi.org/10.1007/s00420-006-0103-x>
- Abdo, S. A. M., El-Sallamy, R. M., El-Sherbiny, A. A. M., & Kabbash, I. A. (2015). Burnout among physicians and nursing staff working in the emergency hospital of Tanta University, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(12).
- Addison, J. (2010). *Les déterminants organisationnels et sociaux des trois dimensions de l'épuisement professionnel*. (Travail de fin de Grade, Université de Montréal, Québec) Recuperado de https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/4176/Addison_Julie_2010_mémoire.pdf
- Adebayo, S. O., & Ezeanya, I. D. (2011). Task identity and job autonomy as correlates of burnout among nurses in Jos, Nigeria. *International Review of Social Sciences and Humanities*, 2(1), 7–13.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2010). *UNE-EN 1789:2007+A1*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2015). *UNE-EN 1789:2007+A2*. Madrid: AENOR.
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. (2005). *Introduction des soins avancés dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec*. Recuperado de <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/AETMIS/2550441974.pdf>
- Aguwa, E. N., Nduka, I., & Arinze-Onyia, S. U. (2014). Assessment of burnout among health workers and bankers in Aba south local government area, Abia state, South East Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 17(3), 296–302.
- Al-Shaqsi, S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Medical Journal*, 25(4), 320–323. <https://doi.org/10.5001/omj.2010.92>
- Al-Turki, H. A., Al-Turki, R. A., Al-Dardas, H. A., Al-Gazal, M. R., Al-Maghrabi, G. H., Al-Enizi, N. H., & Ghareeb, B. A. (2010). Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. *Annals of African Medicine*, 9(4).
- Alexander, D. a, & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents : Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 178 (1), 76–81. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.76>
- Aloha, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., ... Lonqvist, J. (2006).

- Burnout in the general population. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 11–17.
- Alvarez, E., & Fernandez, L. (1991). El Síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (1): revisión de estudios The “Burnout” Syndrome or the professional attrition (1): review of studies. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 7(1), 257–265. <https://doi.org/10.1016/j.sumneg.2015.10.004>
- Alnasser, A. (2018). The global coping strategy for paramedics: Scoping review. *International journal of current research*. 10 (8), 72575-72581. <https://doi.org/10.24941/ijcr.31880.08.2018>
- Antonovsky, A. (1987). The Salutogenic Perspective: Toward a New View of Health and Illness. *Advances*, 4, 47–55.
- Antonovsky, Aaron. (1979). *Health, stress, and coping. The Jossey-Bass social and behavioral science series* (Vol. 1st). Jossey-Bass Inc. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90411-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90411-7)
- Antonovsky, Aaron. (1987). Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(7), 439–440. <https://doi.org/10.1097/00005053-198907000-00014>
- Arial, M., Pichonnaz, L., Benoît, D., & Danuser, B. (2009). Facteurs et stratégies favorisant la préservation de la santé chez les ambulanciers. *Institut Universitaire Romand de Santé Au Travail Destinataire*, 11, 121. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-121>
- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., & Diwan, A. D. (2013). Burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*, 25(6), 491–495.
- Association des Paramedics du Canada. (2011). *Profil national des compétences du personnel paramédical*. Recuperado de <http://paramedic.ca/uploaded/web/documents/2011-NOCP-Document-French-Master-Dec-14-12.pdf>
- Aydemir, O., & Icelli, I. (2013). Burnout: risk factors. In *Burnout for Experts* (pp. 119–143). Springer.
- Bagaajav, A., Myagmarjav, S., Nanjid, K., Otgon, S., & Chae, Y. M. (2011). Burnout and job stress among Mongolian doctors and nurses. *Industrial Health*, 49(5), 582-588. <https://doi.org/10.2486/indhealth.MS1256>
- Baier, N., Roth, K., Felgner, S., & Henschke, C. (2018). Burnout and safety outcomes - a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *BMC Emergency Medicine*, 18(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0177-2>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., De Boer, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62(2), 341–356.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD–R Approach. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav*, 1, 389–411. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
- Ballesteros, S. (2012). Factores asociados al desgaste profesional en los trabajadores del soporte vital básico del País Vasco: Un estudio cualitativo. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 58(229), 294–302. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2012000400002>
- Ballesteros, S., Lorrio, S., & Rollán, J. (2012). Desgaste profesional en los técnicos de emergencias sanitarias del soporte vital básico del país vasco. *Emergencias*, 24(1), 13–18.

- Ballesteros, S. (2012). Factores asociados al desgaste profesional en los trabajadores del soporte vital básico del País Vasco: Un estudio cualitativo. *Med Segur Trab*, 58(229), 294–302. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2012000400002>
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Batista, J. B. V., Carlotto, M. S., Coutinho, A. S., & Augusto, L. G. da S. (2010). Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13, 502–512.
- Batt, A. M., Henderson, L., Robinson, K., Ricketts, C., Cartwright, W., Cundy-Jones, J., & Pagano, A. (2018). Empathy Levels in Canadian Paramedic Students: A Longitudinal Study. *Irish Journal of Paramedicine*, 3(2), 1492–1498. <https://doi.org/10.32378/ijp.v3i2.117>
- Bauer, G., Davies, J. K., Pelikan, J., & Consortium, E. T. W. G. and T. E. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21(2), 153–159.
- Beauchamps, Y., Lagacé, D., & Normand, M. C. (2000). *Adaptation et validation d ' un harnais de manutention pour les ambulanciers*. Rcupéré éde <https://irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/772/n/adaptation-et-validation-d-un-harnais-de-manutention-pour-les-ambulanciers-r-250>
- Bellingan, G., Olivier, T., Batson, S., & Webb, A. (2000). Comparison of a specialist retrieval team with current United Kingdom practice for the transport of critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 26(6), 740–744. <https://doi.org/10.1007/s001340051241>
- Berger, W., Figueira, I., Maurat, A. M., Bucassio, E. P., Vieira, I., Jardim, S. R., ... Mendlowicz, M. V. (2007). Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: prevalence and impact on health and on quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 637–642. <https://doi.org/10.1002/jts.20242>
- Besharov, M. L. (2008). Mission goes corporate: Understanding employee behavior in a mission-driven business. (Unpublished Doctoral Dissertation). Harvard Business School, Boston.
- Bile, Y. (2014). An investigation into the use of humour among Paramedics as a factor in coping with stress and an element affecting resilience against burnout . A Literature Review, 1–13.
- Blau, P. M. (1964). Justice in Social Exchange. *Sociological Inquiry*, 34(2), 193–206. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1964.tb00583.x>
- Boland, L., Kinzy, T., Russell, M., Fernstrom, K., Kamrud, J., Mink, P., & Stevens, A. (2018). Burnout and Exposure to Critical Incidents in a Cohort of Emergency Medical Services Workers from Minnesota. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(6), 987–995. <https://doi.org/10.5811/westjem.8.39034>
- Bos, N., Krol, M., Veenvliet, C., & Plass, A. M. (2015). *Ambulance care in Europe: organization and practices of ambulance services in 14 European countries*. Retrieved from <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/publicat%3A1002706>
- Boudreaux, E., Mandry, C., & Brantley, P. J. (1998). Emergency medical technician schedule modification: impact and implications during short- and long-term follow-up. *Academic Emergency Medicine*, 5(2), 128–133. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1998.tb02597.x>

- Bourdon, E. (2011). *La perception du rôle et les attitudes de cynisme et de désengagement chez le technicien ambulancier paramédic québécois dans le contexte des interventions non urgentes*. (Mémoire de Maîtrise, Université de Montréal, Québec). Récupérée de <http://hdl.handle.net/1866/8525>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge:Harvard University Press.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240–249.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>
- Care Quality Commission. (2015). *London Ambulance Service NHS Trust*. Retrieved from <https://www.cqc.org.uk/provider/RRU>
- Carod-Artal, F. J., & Vázquez-Cabrera, C. (2013). Burnout syndrome in an international setting. In Springer, *Burnout for experts* (pp. 15–35). Retrieved from <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4>
- Casas, J., Repullo, J. R., Lorenzo, S., & Cañas, J. J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios, (1), 527–544.
- Castellanos, R. (2014). El bienestar subjetivo como enfoque e instrumento de la política pública: Una revisión analítica de la literatura. *Revista Estado, Gobierno y Gestión Pública*, 0(20), 133–168.
<https://doi.org/10.5354/0717-6759.2012.25862>
- CatSalut. (2006). *Ordenació del transport sanitari terrestre a Catalunya*.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors.
- Comité Mixto OIT-OMS. (1984). Factores psicosociales en el Trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Recuperado de http://biblioteca.uces.edu.ar/MEDIA/EDOCS/FACTORES_Texto.pdf
- Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence. (2000). *Services préhospitaliers : Un système à mettre en place*. Récupéré de publications.msss.gouv.ca/msss/fichiers/2000/00-834-2.pdf
- Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence. (2014). *Services préhospitaliers : Urgence d'agir*. Récupéré de publications.msss.gouv.ca/msss/fichiers/2014/14-929-01W.pdf
- Corbeil, P. P., & Prairie, J. (2012). Bilan de connaissances sur les risques pour la santé liés au métier de technicien ambulancier paramédical, 28, 3–10.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621–656.
- Correa-Correa, Z., Muñoz-Zambrano, I., & Chaparro, A. F. (2010). Burnout syndrome in teachers from two universities in Popayán, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(4), 589–598.
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-González, E. (2000). *Research on Work-Related Stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities: European Agency for Safety & Health at Work .
- Cox, T., & Griffiths A. (1996). The assessment of psychosocial hazards at work. In M.J: Schabracg, J.A.M. Winnubst, & C. L. Cooper (Ed.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 127–

- 146).Chichester: Wiley ans Sons.
- Cummins, R. A., Lau, A. L. D., & Davern, M. T. (2012). Subjective wellbeing homeostasis. In K. C. Land, A. C. Michalos, & J. M. Sirgy (Ed.), *Handbook of social indicators and quality of life research* (pp. 79–98). Dordrecht: Springer.
- Cydulka, R. K., Lyons, J., Moy, A., Shay, K., Hammer, J., & Mathews, J. (1989). A follow-up report of occupational stress in urban EMT-paramedics. *Annals of Emergency Medicine*, 18(11), 1151–1156. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(89\)80050-2](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(89)80050-2)
- Cydulka, R. K., Mathews, J. J., Born, M., Moy, A., & Parker, M. (2016). Paramedics: Knowledge base and attitudes towards aids and hepatitis. *Journal of Emergency Medicine*, 9(1), 37–43. [https://doi.org/10.1016/0736-4679\(91\)90530-S](https://doi.org/10.1016/0736-4679(91)90530-S)
- Czyzewski, L., Moczulski, G., Kozluk, M., Daniluk, D., Beczek, D., Karpiarz, A., ... Madziala, M. (2018). Empathy and Burnout Syndrome in the Practice of Emergency Services — Pilot Study. *Disaster and Emergency Medicine Journal*, 3(1), 5–11. <https://doi.org/10.5603/DEMJ.2018.0002>
- Daza, F., & Bilbao, J. (1995). *NTP 443. Factores psicosociales: metodología de evaluación*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene En El Trabajo, Madrid. recuperado de https://www.insst.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_443.pdf
- Decret 182/1990, de 3 de juliol, pel qual es regula el transport sanitari en l'àmbit territorial de Catalunya i s'estableixen els requisits tècnics i les condicions mínimes que han de complir les ambulàncies per a la seva autorització com a servei sanitari, DOGC 1385 § 5920 (1990).
- Dejo, M. (2007). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 25(1), 64–71. <https://doi.org/10.1002/mrm.22600>
- Delamotte, Y., & Takezawa, S. (1984). Quality of Work Life in International Perspective. *Geneva: ILO*.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(1), 12.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being, 95, 542–575.
- Dimaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.
- Decret 123/2012, de 9 d'octubre, pel qual s'estableix el currículum del cicle formatiu de grau mitjà d'emergències sanitàries, DOGC 6234 § 48883 a 48942 (2012).
- Contractació de la gestió dels serveis de transport sanitari en la modalitat urgent (TSU) i no urgent (TSNU) a Catalunya, excepte el territori de l'Aran, Servei Català (exp. TS/14).Recuperat de https://contractaciopublica.gencat.cat/ecofin_pscp/AppJava/notice.pscp?reqCode=viewCn&idDoc=7831519
- Dolan, S. L. (2015). Individual, organizational and social determinants of managerial burnout: A multivariate approach. *Journal of social behavior and personality* (7), 95-110.

- Donnelly, E. A., Bradford, P., Davis, M., Hedges, C., & Klingel, M. (2016). Predictors of posttraumatic stress and preferred sources of social support among Canadian paramedics. *Cjem*, *18*(3), 205–212. <https://doi.org/10.1017/cem.2015.92>
- Dugani, S., Afari, H., Hirschhorn, L. R., Ratcliffe, H., Veillard, J., Martin, G., ... Bitton, A. (2018). Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Gates Open Research*, *2*, 4. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12779.3>
- Dupont, F. (2009). Réaménagement de la cabine de soins du véhicule « Mystère ». *Objectif Prévention* (32), 29–31.
- Loi sur la santé et la sécurité du travail, Éditeur officiel du Québec (1979).
- Éditeur officiel du Québec. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, Éditeur officiel du Québec (1985).
- Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, Éditeur officiel du Québec (2002).
- Elbarazi, I., Loney, T., Yousef, S., & Elias, A. (2017). Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries: A systematic review. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2319-8>
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *175*(7), 686–692.
- Enazi, A. Al, & Alenzie, A. N. (2018). Stress and Burnout among Red Crescent Paramedic Ambulance Workers in Riyadh, *1*(1), 1–6.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *60*(5), 376–381.
- Estremera, R. A. (2018). crítica desde una perspectiva metodológica, *36*, 93–100.
- Eurofound. (2018). *Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://doi.org/10.2806/957351>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Retrieved from <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/7807118>
- Faltermaier, T. (1997). Why public health research needs qualitative approaches: subjects and methods in change. *The European Journal of Public Health*, *7*(4), 357–363.
- Feldman, M. I., & Sanderson, E. R. (2011). De técnico de transporte sanitario (TTS) a técnico de emergencias sanitarias (TES) (5). Perfil profesional del paramédico en Canadá. *Emergencias* *23*, 410–413.
- Fernanda, A., María, A., Uribe-rodríguez, A. F., & Garrido-pinzón, J. (2011). Influencia del tipo de contratación en la calidad de vida laboral: manifestaciones del capitalismo organizacional 1 Influence du type de contrat sur la qualité de vie au travail: manifestations du capitalisme organisationnel Influence of the Type of Con. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, *33*, 1–16.
- Fernandes, L. S., Nitsche, M. J. T., & de Godoy, I. (2017). Burnout syndrome in nursing professionals

- from an intensive care unit. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), 551–557.
- Frajerman, A., Morvan, Y., Krebs, M. O., Gorwood, P., & Chaumette, B. (2019). Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 55, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.08.006>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Fried, Y., & Ferris, G. R. (1987). The Validity of the Job Characteristics Model: a Review and Meta-Analysis. *Personnel Psychology*, 40(2), 287–322. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1987.tb00605.x>
- Garrone, M. (2011). Prehospital ultrasound as the evolution of the Franco-German model of prehospital EMS. *Critical Ultrasound Journal*, 3(3), 141–147. <https://doi.org/10.1007/s13089-011-0077-0>
- Garrosa, E., Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, B., González, A., Fraca, M., & Meniz, M. J. (2014). Evaluación y predicción del work engagement en voluntarios: el papel del sentido de la coherencia y la reevaluación cognitiva. *Anales de Psicología*, 30(2), 530–540. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.148701>
- Gayton, S. D., & Lovell, G. P. (2012). Resilience in ambulance service paramedics and its relationships with well-being and general health. *Traumatology*, 18(1), 58–64. <https://doi.org/10.1177/1534765610396727>
- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Una Enfermedad Laboral En La Sociedad Del Bienestar*. Madrid: Pirámide, 36–37.
- Gil-monte, P. R., & Peiró, M. J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261–268.
- González, P., Peiró, J. M., & Bravo, M. J. (1996). Calidad de vida laboral. *Tratado de Psicología Del Trabajo*, 2, 161–186.
- Gowens, P., & Gray, A. (2011). De técnico de transporte sanitario (TTS) a técnico de emergencias sanitarias (TES)(6): la experiencia en el Reino Unido. *Emergencias: Revista de La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 23(6), 486–489.
- Granter, E., Wankhade, P., McCann, L., Hassard, J., & Hyde, P. (2019). Multiple Dimensions of Work Intensity: Ambulance Work as Edgework. *Work, Employment and Society*, 33(2), 280–297. <https://doi.org/10.1177/0950017018759207>
- Grigsby, D., & Knew, M. M. (1988). Work-Stress Burnout among paramedics. *Psychological Reports*, 63, 55–64.
- Grisales Romero, H., Muñoz, Y., Osorio, D., & Robles, E. (2016). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *Enfermería Global*, 15(41), 244–257.
- Guo, J., Chen, J., Fu, J., Ge, X., Chen, M., & Liu, Y. (2016). Structural empowerment, job stress and burnout of nurses in China. *Applied Nursing Research*, 31, 41–45.
- Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2012a). Attachment insecurity, responses to critical incident distress, and current emotional symptoms in ambulance workers. *Stress and Health*, 28(1), 51–60. <https://doi.org/10.1002/smi.1401>

- Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2012b). Attachment insecurity, responses to critical incident distress, and current emotional symptoms in ambulance workers. *Stress and Health, 28*(1), 51–60. <https://doi.org/10.1002/smi.1401>
- Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2012c). Identifying, describing, and expressing emotions after critical incidents in paramedics. *Journal of Traumatic Stress, 25*(1), 111–114. <https://doi.org/10.1002/jts.21662>
- Hansen, C. D., Rasmussen, K., Kyed, M., Nielsen, K. J., & Andersen, J. H. (2012). Physical and psychosocial work environment factors and their association with health outcomes in Danish ambulance personnel - a cross-sectional study. *BMC Public Health, 12*(1), 534. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-534>
- Harrison, J. (2018). Organisational factors: impacting on health for ambulance personnel. *International Journal of Emergency Services*. <https://doi.org/10.1108/IJES-02-2018-0013>
- Haugen, P. T., Evces, M., & Weiss, D. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*(5), 370–380. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.001>
- Hayes, B., Douglas, C., & Bonner, A. (2015). Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. *Journal of Nursing Management, 23*(5), 588–598.
- Hébert, R. (2015). *Étude sur les facteurs de stress liés au contexte de travail des techniciens ambulanciers paramédics du Québec*. (Mémoire de Grade, Université de Sherbrooke, Québec). Récupérée de <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/7543>
- Hegg-deloey, S. (2014). *Contraintes psychosociales au travail, risque d'obésité et risque cardiovasculaire chez les paramédics*. (Thèse doctorale, Université de Laval, Québec). Récupérée de <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/24879/1/30248.pdf>
- Hemmeter, U.-M. (2013). Treatment of Burnout: Overlap of Diagnosis BT - Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working. In S. Bährer-Kohler (Ed.) (pp. 73–87). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4391-9_5
- Hobfoll, S E. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. Washington, DC: Taylor and Francis.
- Hobfoll, Stevan E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*(3), 513.
- Hobfoll, Stevan E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology, 50*(3), 337–421.
- Hobfoll, Stevan E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology, 6*(4), 307–324.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica.
- Hooftman, W. E., Mars, G. M. J., Janssen, B., De Vroome, E. M. M., Ramaekers, M., & van den Bossche, S. N. J. (2018). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2017. Methodologie en globale resultaten*. TNO; CBS.
- Houtman, I., Jettinghof, K., & Cedillo, L. (2007). Raising awareness of stress at work in developing countries: a modern hazard in a traditional working environment: advice to employers and worker

- representatives. World Health Organization (WHO).
- Íñiguez Rueda, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 23 (8), 496-502.
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. (2017). *Le travail du technicien ambulancier paramédical: comprendre les risques pour prévenir les troubles musculosquelettiques*. Récupéré de <https://irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/7100925/n/ambulancier-paramedical-risques-prevenir-troubles-musculosquelettiques>
- Jackson, E. R., Shanafelt, T. D., Hasan, O., Satele, D. V., & Dyrbye, L. N. (2016). Burnout and alcohol abuse/dependence among US medical students. *Academic Medicine*, 91(9), 1251–1256.
- Jackson, S. E., & Maslach, C. (1982). After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of Organizational Behavior*, 3(1), 63–77.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336–1342.
- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20(1), 79–84. <https://doi.org/10.1136/emj.20.1.79>
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 29(3), 284.
- Kang, X., Fang, Y., Li, S., Liu, Y., Zhao, D., Feng, X., ... Li, P. (2018). The Benefits of Indirect Exposure to Trauma: The Relationships among Vicarious Posttraumatic Growth, Social Support, and Resilience in Ambulance Personnel in China. *Psychiatry Investigation*, 15(5), 452–459. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.11.08.1>
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Kilner, T. (2004). Educating the ambulance technician, paramedic, and clinical supervisor: using factor analysis to inform the curriculum. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 21, 379–385. <https://doi.org/10.1136/emj.2003.009605>
- King, D. B. (2013). Daily Dynamics of Stress in, (July).
- Kouwenhoven, W. B., Jude, J. R., & Knickerbocker, G. G. (1960). Closed-chest cardiac massage. *JAMA*, 173(10), 1064–1067.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Hogh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 31(6), 438–449.
- Kus, L., Gosling, C., Wilson, T., & Batt, A. M. (2018). Exploring empathy levels among Canadian paramedic students. *International Paramedic Practice*, 8(3), 42–47. <https://doi.org/10.12968/ippr.2018.8.3.42>

- Bérubé, A., Poulin, F., & Fortin, D. (2007). La relation famille-école selon la perspective des parents et l'adaptation sociale des enfants présentant des difficultés de comportement. *Revue de psychoéducation* 36(1), 1-23.
- Lau, A. L. D., Cummins, R. A., & McPherson, W. (2005). An investigation into the cross-cultural equivalence of the Personal Wellbeing Index. *Social Indicators Research*, 72(3), 403–430.
- Lavender, S. A., Conrad, K. M., Reichelt, P. A., Gacki-Smith, J., & Kohok, A. K. (2007). Designing ergonomic interventions for EMS workers, Part I: Transporting patients down the stairs. *Applied Ergonomics*, 38(1), 71–81. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2005.12.005>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer. [https://doi.org/10.1016/0014-2921\(91\)90017-D](https://doi.org/10.1016/0014-2921(91)90017-D)
- Lee, H.-F., Yen, M., Fetzner, S., & Chien, T. W. (2015). Predictors of burnout among nurses in Taiwan. *Community Mental Health Journal*, 51(6), 733–737.
- Leiter, M., & Maslach, C. (1999). Six areas of worklife : A model of the organizational context of burnout, (May 2014).
- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. In *Anxiety, stress, and coping*.
- Leka, S., Cox, T., & Zwetsloot, G. (2007). *The European Framework for Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF). Policy*.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, BOE 269 § 32590 a 32611 (1995).
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, BOE 280 § 41442 1 41458 (2003).
- Lim, N., Kim, E. K., Kim, H., Yang, E., & Lee, S. M. (2010). Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals: A meta-analysis. *Journal of Employment Counseling*, 47(2), 86–96.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2011). *Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud* (Vol. 1). Documenta Universitaria.
- Llorens, S., Bakker, A. B., Schaufeli, W., & Salanova, M. (2006). Testing the robustness of the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 13(3), 378.
- Lo, D., Wu, F., Chan, M., Chu, R., & Li, D. (2018). A systematic review of burnout among doctors in China: a cultural perspective. *Asia Pacific Family Medicine*, 17(1), 3.
- Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2002).
- Lu, H., While, A. E., & Louise Barriball, K. (2005). Job satisfaction among nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211–227. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003>
- Maguire, B. J., Dean, S., Bissell, R. a, Walz, B. J., & Bumbak, A. K. (2007). Epidemic and bioterrorism preparation among emergency medical services systems. *Prehospital and Disaster Medicine*, 22(3), 237–242. <https://doi.org/10.1017/S1049023X0000474X>
- Maguire, B. J., Hunting, K. L., Smith, G. S., & Levick, N. R. (2002). Occupational fatalities in emergency medical services: A hidden crisis. *Annals of Emergency Medicine*, 40(6), 625–632.

<https://doi.org/10.1067/mem.2002.128681>

- Maguire, B. J., O'Meara, P., O'Neill, B. J., & Brightwell, R. (2018). Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature. *American Journal of Industrial Medicine*, 61(2), 167–180. <https://doi.org/10.1002/ajim.22797>
- Mahony, K. L. (2001). Management and the creation of occupational stressors in an Australian and a UK ambulance service. *Australian Health Review*, 24(4), 135–145. <https://doi.org/10.1071/AH010135a>
- Malagón-Aguilera, M. C., Fuentes-Pumarola, C., Suñer-Soler, R., Bonmatí-Tomás, A., Fernández-Peña, R., & Bosch-Farré, C. (2012). El sentido de coherencia en el colectivo enfermero. *Enfermería Clínica*, 22(4), 214–218. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.06.002>
- Malva, P. M. (2002). Calidad de vida en el trabajo. Percepciones de los trabajadores. *Dirección Del Trabajo, Departamento de Estudios*, 2–138.
- Mantas, S. (2017). Sentido de Coherencia, Resiliencia Y Salud Mental Positiva en los profesionales del sistema de emergencias médicas. (Tesis doctoral, Universitat de Girona, Catalunya). Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/406045/tsmj.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Maqueda, R. (2015). *Propuesta de intervención en Ergonomía y “Burnout” para el Técnico en Emergencias Sanitarias*. (Trabajo de fin de Grado, Universitat de Lleida, Catalunya). Recuperado de <http://repositori.udl.cat/handle/10459.1/48464>
- Markwell, A. L., & Wainer, Z. (2009). The health and wellbeing of junior doctors: insights from a national survey. *Medical Journal of Australia*, 191(8), 441–444.
- Martin, A., O'Meara, P., & Farmer, J. (2016). Consumer perspectives of a community paramedicine program in rural Ontario. *Australian Journal of Rural Health*, 24(4). <https://doi.org/10.1111/ajr.12259>
- Maslach, C. (1993). *Burnout: a multidimensional perspective. Professional burnout: Recent developments in theory and research*. <https://doi.org/10.1017/S0033291798257163>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1997). *MBI. Inventario «Burnout» de Maslach*. TEA Ediciones, SA. Madrid.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). Maslach Burnout Inventory--ES Form. *PsycTESTS*. <https://doi.org/10.1037/t05190-000>
- Maslach, Christina. (1998). A multidimensional theory of burnout. *Theories of Organizational Stress*, 68, 85.
- Maslach, Christina. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology & Health*, 16(5), 607–611.
- Maslach, Christina, & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, Christina, Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI Maslach Burnout Inventory*. CPP, Incorporated.
- Maslach, Christina, & Leiter, M. P. (2011). *Burn-out: le syndrome d' épuisement professionnel / Christina Maslach , Michael P. Leiter*. (L. Arènes, Ed.). Paris.

- Maslach, Christina, & Leiter, M. P. (2017). Understanding burnout: new models. *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*, 36–56.
- Maslach, Christina, Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422.
- Mensor. (2011). *Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España*. Recuperado de http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf
- McAuliffe, E., Bowie, C., Manafa, O., Maseko, F., MacLachlan, M., Hevey, D., ... Chirwa, M. (2009). Measuring and managing the work environment of the mid-level provider – the neglected human resource. *Human Resources for Health*, 7(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-13>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1992). *Services préhospitaliers d'urgence au Québec: chaque minute compte !*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015). *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramédics*.
- Mittelmark, M. B., Eriksson, M., Pelikan, J. M., Espnes, G. A., Sagy, S., Bauer, G. F., & Lindström, B. (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. CFS Courier Forschungsinstitut Senckenberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Moreira, D. de S., Magnago, R. F., Sakae, T. M., & Magajewski, F. R. L. (2009). Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1559–1568.
- Moreno-jiménez, B. (1999). Archivos de Prevención de Riesgos laborales, 3(1), 3-4.
- Moreno, B., & Baez, C. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas, 188.
- Moreno Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002>
- Ndetei, D. M., Pizzo, M., Maru, H., Ongecha, F. A., Khasakhala, L. I., Mutiso, V., & Kokonya, D. A. (2008). Burnout in staff working at the Mathari psychiatric hospital. *African Journal of Psychiatry*, 11(3), 199–203.
- Ng'Eno, G. (2007). Causes of burnout among primary school teachers within Kericho municipality, Kenya. *Journal of Technology and Education in Nigeria*, 12(2), 9–18.
- Nirel, N., Goldwag, R., Feigenberg, Z., Abadi, D., & Halpern, P. (2012). Stress, work overload, burnout, and satisfaction among paramedics in Israel. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(6), 537–546. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00006385>
- Norum, J., & Elsbak, T. M. (2010). The ambulance services in northern Norway 2004-2008: Improved competence, more tasks, better logistics and increased costs. *International Journal of Emergency Medicine*, 3(2), 69–74. <https://doi.org/10.1007/s12245-010-0166-z>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Nuallaong, W. (2013). Burnout Symptoms and Cycles of Burnout: The Comparison with Psychiatric

- Disorders and Aspects of Approaches BT - Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working. In S. Bährer-Kohler (Ed.) (pp. 47–72). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4391-9_4
- O'Connor, R. E., Krall, S. P., Megargel, R. E., Tan, L. E., & Bouzoukis, J. K. (1996). Reducing the Rate of Paramedic Needlesticks in Emergency Medical Services: The Role of Self-capping Intravenous Catheters. *Academic Emergency Medicine*, 3(7), 668–674. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03488.x>
- OIT (2010). *Lista de enfermedades profesionales de la OIT*.
- O'Meara, P. F. (2009). Paramedics marching toward professionalism Peter. *Journal Of Emergency Primary Health Care*, 7(1), 14–19.
- Ogundipe, O. A., Olagunju, A. T., Lasebikan, V. O., & Coker, A. O. (2014). Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 27–32.
- Ogungbamila, B. (2013). Occupational burnout among employees in some service occupations in Nigeria: Are health workers different?
- OMS. (2016). ICD-10. Retrieved from <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- OMS. (2018). ICD-11. Retrieved from [https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Orden PRE/1435/2013, de 23 de julio, por la que se desarrolla el Reglamento de la Ley de los Transportes Terrestres en materia de transporte sanitario por carretera, BOE 180 § 55210 a 55224 (2013).
- Page, C., Sbat, M., Vazquez, K., Yalcin, Z. D., & Fofana, M. S. (2013). Analysis of Emergency Medical Systems Across the World. *Worcester Polytechnic Institute*, 104.
- Pallarès, J. T., Bonasa, P., Sánchez, C. M., & Novella, J. L. (2012). Mejora de la calidad de vida laboral y del servicio en el ámbito del transporte sanitario Programa de evaluación e intervención, 22–29.
- Paola Espeleta Cabrejas. (2015). *Los riesgos psicosociales: causas, consecuencias y posibles soluciones. Facultad de Ciencias Empresariales y del Trabajo*.
- Pascual, E., Perez-Jover, V., Mirambell, E., Ivanez, G., & Terol, M. C. (2003). Job conditions, coping and wellness/health outcomes in Spanish secondary school teachers. *Psychology and Health*, 18(4), 511–521.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. (Eudema, Ed.) (Vol. 2). Madrid.
- Pindar, S. K., Coker, A. O., Wakil, M. A., Morakinyo, O., & Coker, A. O. (2012). Comparison of burnout syndrome among clinical and Non-clinical staff of two tertiary health institutions in Maiduguri, Nigeria. *Transnatl J Sci Technol*, 2, 57–73.
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.-F., Pochard, F., ... Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 698–704.
- Pozner, C. N., Zane, R., Nelson, S. J., & Levine, M. (2004). International EMS Systems: The United States: Past, present, and future. *Resuscitation*, 60(3), 239–244. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2003.11.004>
- Prairie, J., & Corbeil, P. (2014). Paramedics on the job: Dynamic trunk motion assessment at the

- workplace. *Applied Ergonomics*, 45(4), 895–903. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.11.006>
- Prati, G., Pietrantonio, L., & Cicognani, E. (2011). Coping strategies and collective efficacy as mediators between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *International Journal of Stress Management*, 18(2), 181–195. <https://doi.org/10.1037/a0021298>
- Programme d'études techniques: Soins préhospitaliers d'urgence, Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport. (2006).
- Protocolo de 2002 relativo al Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981, ILO (2002).
- Puigdevall, E., & Albertin, P. (2016). ¿ Cómo Hacer Análisis Cualitativo ? Utilizando La Grounded Theory Para Conocer Percepciones Y Construcciones Sobre La Violencia De Género En La Pareja Por, 10, 1–23.
- Ramier, J.-P. (2018). *La contribution des domaines de la vie en entreprise à l'épuisement professionnel : le cas du secteur de la santé au Québec*. UQAM.
- Real Decreto 619/1998, de 17 de abril, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario, BOE 101 § 14124 a 14127 (1998).
- Real Decreto 710/2011, de 20 de mayo, por el que se establecen dos certificados de profesionalidad de la familia profesional Sanidad que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad, BOE 155 § 69436 a 69529 (2011).
- Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las Características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera, BOE 137 § 41589 a 41595 (2012).
- Real Decreto 1299 / 2006 , de 10 de noviembre , por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, BOE 302 § 1 a 35 (2006).
- Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico en Emergencias Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas, BOE 282 § 48178 a 48211 (2007).
- Recomendación de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales. Diario Oficial de la Unión Europea 238 § 28 a 34 (2003).
- Regehr, C. (2005). Bringing the Trauma Home: Spouses of Paramedics. *Journal of Loss and Trauma*, 10(2), 97–114. <https://doi.org/10.1080/15325020590908812>
- Regehr, C., Goldberg, G., Glancy, G. D., & Knott, T. (2002). Posttraumatic symptoms and disability in paramedics. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 953–958. <https://doi.org/10.1177/070674370204701007>
- Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 505–513. <https://doi.org/10.1037//0002-9432.72.4.505>
- Regehr, C., & Millar, D. (2007). Situation Critical: High Demand, Low Control, and Low Support in Paramedic Organizations. *Traumatology*, 13(1), 49–58. <https://doi.org/10.1177/1534765607299912>
- Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercés dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2013).

- Reichard, A. A., Marsh, S. M., & Moore, P. H. (2011). Fatal and Nonfatal Injuries Among Emergency Medical Technicians and Paramedics. *Prehospital Emergency Care, 15*(4), 511–517. <https://doi.org/10.3109/10903127.2011.598610>
- Reis, D., Xanthopoulou, D., & Tsaousis, I. (2015). Measuring job and academic burnout with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Factorial invariance across samples and countries. *Burnout Research, 2*(5), 8–18. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.11.001>
- Revicki, D. A., & Gershon, R. R. M. (1996). Work-related stress and psychological distress in emergency medical technicians. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(4), 391–396. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.4.391>
- Rick, J., & Briner, R. B. (2000). Psychosocial risk assessment: problems and prospects. *Occupational Medicine, 50*(5), 310–314.
- Rischitelli, G., Harris, J., McCauley, L., Gershon, R., & Guidotti, T. (2001). The risk of acquiring hepatitis B or C among public safety workers. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 20*(4), 299–306. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(01\)00292-6](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00292-6)
- Robinson, V., Goel, V., Macdonald, R. D., & Manuel, D. (2009). Inter-facility patient transfers in Ontario: Do you know what your local ambulance is being used for? *Healthcare Policy, 4*(3). <https://doi.org/20478> [pii]
- Rosa, E. M., & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's Theory of Human Development: Its Evolution From Ecology to Bioecology. *Journal of Family Theory & Review, 5*(4), 243–258. <https://doi.org/10.1111/jftr.12022>
- Rosso, B. D., Dekas, K. H., & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Research in Organizational Behavior, 30*(C), 91–127. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2010.09.001>
- Sabine Bährer-Kohler. (2013). *Burnout for Experts*. Springer (Vol. 84). Retrieved from <http://ir.obihiro.ac.jp/dspace/handle/10322/3933>
- Saks, A. M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology, 21*(7), 600–619. <https://doi.org/10.1108/02683940610690169>
- Salanova, M., Cifre, E., Martínez, I., y Llorens, S. (2007). *Caso a caso en la prevención de riesgos psicosociales. Metodología WONT para una organización saludable*. Bilbao: Lettera publicaciones.
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & De Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE, 12*(10), 1–29. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Sandrick, K. (2003). Putting the emphasis on employees. *Trustee: The Journal for Hospital Governing Boards, 56*(1), 6–10.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. (2004). Job Demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement. *Journal of Organizational Behavior, 25*(3), 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career*

- Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (1993).
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. CRC press.
- Schwab, R. L. (1983). Teacher burnout: Moving beyond “psychobabble.” *Theory into Practice*, 22(1), 21–26.
- Schwab, R. L., Jackson, S. E., & Schuler, R. S. (1986). EDUCATOR BURNOUT : SOURCES, (1982).
- Segurado, A., & Agulló, E. (2002). Calidad de vida laboral : hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social, 14, 828–836.
- SEM. (2015). SEM- Sistema d’Emergències Mèdiques. Retrieved from <http://sem.gencat.cat/ca/inici/>
- SGS Tecnos. (2010). Guía técnica preventiva de buenas prácticas en seguridad y salud laboral para los empresarios y trabajadores del sector del transporte sanitario, 128.
- SGS Tecnos. (2011). *Decálogo de actuaciones ergonómicas y psicosociales preventivas desde una perspectiva de género en el sector del Transporte Sanitario*.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006a). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176.
- Sichambo, M. N., Maragia, S. N., & Simiyu, A. (2012). Causes of burnout among secondary school teachers: A case of Bungoma North District-Kenya. *International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development*, 1(4), 195–202.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Silva, A. T. C. da, & Menezes, P. R. (2008). Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42, 921–929.
- Sischka, P., & Steffgen, G. (2016). Burnout am Arbeitsplatz in Luxemburg.
- Stein, C., & Sibanda, T. (2016). Burnout among paramedic students at a university in Johannesburg, South Africa. *African Journal of Health Professions Education*, 8(2), 193–195.
- Sterud, T., Ekeberg, O., & Hem, E. (2006a). Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 6(1), 82. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-82>
- Sterud, T., Hem, E., Lau, B., & Ekeberg, Ø. (2011). A comparison of general and ambulance specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 6(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-6-10>
- Streb, M., Hällner, P., & Michael, T. (2014). PTSD in Paramedics: Resilience and Sense of Coherence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4), 452–463. Retrieved from http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1352465813000337
- Streicher-Arseneault, V. (2010). Las políticas lingüísticas en Quebec y Cataluña : Un reflejo de las dinámicas sociales. *Language*, 208.
- Symons, P., & Shuster, M. (2004). International EMS Systems : Canada. *Resuscitation*, 63(3), 119–122. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2004.06.010>

- Tabeleão, V. P., Tomasi, E., & Neves, S. F. (2011). Qualidade de vida e esgotamento profissional entre docentes da rede pública de Ensino Médio e Fundamental no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 2401–2408.
- Thyer, L., Simpson, P., & Nugteren, B. Van. (2018). Burnout in Australian paramedics. *International Paramedic Practice*, 8(3), 48–55. <https://doi.org/10.12968/ippr.2018.8.3.48>
- Tironi, M. O. S., Nascimento Sobrinho, C. L., Barros, D. de S., Reis, E. J. F. B., Marques Filho, E. S., Almeida, A., ... Mota, I. C. C. (2009). Professional Burnout Syndrome among intensive care physicians in Salvador, Brazil. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 55(6), 656–662.
- Tous-pallarés, J., Bonasa-jiménez, M. P., & Mayor-sánchez, C. (2011a). Escala Clima Psicosocial en el Trabajo: desarrollo y validación Universitat Rovira i Virgili Work Psychosocial Scale: Development and Validation, 41, 51–65.
- TRUCHOT, D. (2004). Epuisement Professionnel Et Burnout-Concepts. *Modèles, Interventions, Dunod, Collection: Psycho Sup.*
- Turska, D., Nogalski, A., Kucmin, A., Turski, A., & Kucmin, T. (2018). Coping styles and dispositional optimism as predictors of PTSD symptoms intensity in paramedics. *Psychiatria Polska*, 52(3), 557–571. <https://doi.org/10.12740/pp/68514>
- Ugwu, F. O., Onyishi, I. E., & Tyoyima, W. A. (2013). Exploring the relationships between academic burnout, self-efficacy and academic engagement among Nigerian college students. In *The African Symposium* (Vol. 13, pp. 37–45).
- Université de Montréal. (2015.). Majeure en soins préhospitaliers d'urgence avancés. Récupéré de <https://admission.umontreal.ca/programmes/majeure-en-soins-prehospitaliers-durgence-avances/>
- Urgences-santé. (2015). Équipes Spécialisées. Récupéré de <https://urgences-sante.qc.ca/ce-que-nous-faisons/services-specialises/>
- Valles, M. (1997). Variedad de paradigmas y perspectivas en la investigación cualitativa. *Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión Metodológica y Práctica Profesional. Madrid: Síntesis*, 48–68.
- van der Doef, M., Mbazzi, F. B., & Verhoeven, C. (2012). Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1763–1775. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03995.x>
- van der Ploeg, E., & Kleber, R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 60 Suppl 1, i40–i46. https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i40
- Virúes-Ortega, J., Martínez-Martín, P., del Barrio, J. L., & Lozano, L. M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*. <https://doi.org/10.1157/13100935>
- Waldman, S. V., Diez, J. C. L., Arazi, H. C., Linetzky, B., Guinjoan, S., & Grancelli, H. (2009). Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Academic Psychiatry*, 33(4), 296–301.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford University Press.

- Warr, P. (2007). Searching for happiness at work. *PSYCHOLOGIST-LEICESTER-*, 20(12), 726.
- West, C. P., Shanafelt, T. D., & Kolars, J. C. (2011). Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *Jama*, 306(9), 952–960.
- WHO Regional Office for Europe. (2008). *Emergency Medical Services Systems in the European Union*. Denmark. Retrieved from <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- Wiese, B. S., Seiger, C. P., Schmid, C. M., & Freund, A. M. (2010). Beyond conflict: Functional facets of the work-family interplay. *Journal of Vocational Behavior*, 77(1).
- Young, K. M., & Cooper, C. L. (1997). Occupational stress in the ambulance service: a diagnostic study. *Health Manpower Management*, 23(4–5), 140–147. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10173518>
- Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012>
- Zanatta, A. B., & Lucca, S. R. de. (2015). Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 49(2), 253–258.
- Zha, N., Patlas, M. N., & Duszak, R. (2019). Radiologist Burnout Is Not Just Isolated to the United States: Perspectives From Canada. *Journal of the American College of Radiology*, 16(1), 121–123.
- Zha, N., Patlas, M. N., Neuheimer, N., & Duszak, R. (2018). Prevalence of burnout among Canadian radiologists and radiology trainees. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 69(4), 367–372.

11. ANEXO

11.1 ARTÍCULO

<https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-017-0433-6>

Navarro Moya et al. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (2017) 25:88
DOI 10.1186/s13049-017-0433-6

Scandinavian Journal of Trauma,
Resuscitation and Emergency Medicine

ORIGINAL RESEARCH

Open Access



Psychosocial risk and protective factors for the health and well-being of professionals working in emergency and non-emergency medical transport services, identified via questionnaires

P. Navarro Moya^{1*}, M. González Carrasco² and E. Villar Hoz³

Abstract

Background: Medical transport (MT) professionals are subject to considerable emotional demands due to their involvement in life-or-death situations and their exposure to the serious health problems of their clients. An increase in the demand for MT services has, in turn, increased interest in the study of the psychosocial risk factors affecting the health of workers in this sector. However, research thus far has not distinguished between emergency (EMT) and non-emergency (non-EMT) services, nor between the sexes. Furthermore, little emphasis has been placed on the protective factors involved. The main objective of the present study is to identify any existing differential exposure – for reasons of work setting (EMT and non-EMT) or of gender – to the various psychosocial risk and protective factors affecting the health of MT workers.

Methods: Descriptive and transversal research with responses from 201 professionals.

Results: The scores obtained on the various psychosocial scales in our study – as indicators of future health problems – were more unfavourable for non-EMT workers than they were for EMT workers. Work setting, but not gender, was able to account for these differences.

Discussion: The scores obtained for the different psychosocial factors are generally more favourable for the professionals we surveyed than those obtained in previous samples.

Conclusion: The significant differences observed between EMT and non-EMT personnel raise important questions regarding the organization of work in companies that carry out both services at the same time in the same territory. The relationships among the set of risk/protective factors suggests a need for further investigation into working conditions as well as a consideration of the workers' *sense of coherence* and subjective well-being as protective factors against occupational burnout syndrome.

Keywords: Medical transport, Emergency health workers, Working conditions, Occupational health, Burnout, Sense of coherence, Subjective well-being

* Correspondence: paunavarromoya@gmail.com

¹ Doctoral student in Psychology, Health and Quality of Life, University of Girona, Girona, Spain

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2017 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Background

The psychosocial health of medical transport professionals

Medical transport (MT) has undergone significant growth in recent years [1, 2]. Terrestrial MT can be divided into two types: emergency (EMT) and non-emergency (non-EMT). The increased demand and the quality of service required for both these types of medical transport has stimulated an interest in research into the working conditions in the sector [3] and has led to more monitoring and increased pressure on MT organizations. The evidence accumulated in recent decades on the links between working conditions and the health and well-being of workers, as well as the relationships between the well-being of workers, productivity and quality of service [4] have generated considerable interest in the study of occupational risks in the MT sector in recent years.

The most prevalent risks are from the ergonomic risk of physical overexertion [5, 6] and from psychosocial factors [3, 7–11]. For both types of risk, a higher incidence of exposure among MT workers compared to other groups of the active population has been observed [3, 11]. With regard to working conditions, work content and how such work is organized, research to date has focused particularly on mental health problems arising from exposure to high stress situations and the emotional demands of MT [3, 11–13]. The sole focus of most of these studies is on detecting the risk factors for workers' health, while few have analyzed the preventive role that might be played by variables that protect health or promote well-being.

Current research on the links between health and psychosocial risks at work in the MT sector provides little data on any differences in exposure to such risks there may be for people working in EMT and non-EMT settings. Neither is there any information in relation to other assignments in MT organizations, involving coordination or management activities. In research on working conditions and health, it is important to differentiate between sections of an organization – specifically, in this case, between the EMT and non-EMT services – in order to provide sufficient empirical evidence to allow informed decisions to be made within such organizations regarding the appropriateness of segmenting the allocation of workers to one service or another. At present, the functions of non-EMT professionals vary according to the MT model predominant in each country or even between regions or states of the same country [14, 15]. In some places, specialist patient retrieval services with dedicated mobile ICUs (Intensive Care Unit) are available alongside standard ambulance services [1, 16], with differently trained workers allocated to one service or the other, while elsewhere there is no specialisation at all and the same professionals perform

both services [17]. There are also cases where personnel are on shifts rotating from one type of service to another [11]. Segmented data would also be very useful in designing the initial and life-long training of professionals in the sector regarding the prevention of occupational hazards.

Another problem with the research into the psychosocial risks faced by MT professionals and the effects on their health is the limited attention given to differences between genders – although some exceptions exist which appear to show more unfavourable results for women [18]. Taking into account the increased incorporation of women into the sector in recent years, both as drivers and as assistants [19], more studies are needed to provide evidence of whether the psychosocial risks and the health protective factors are experienced by men and women in different ways.

In view of the above, the main objective of this research is to analyze the differential exposure to various psychosocial risk and protective factors among MT workers according to their work setting (EMT, non-EMT and other jobs) and gender (men vs. women).

Exposure to psychosocial risks to health and well-being among medical transport workers

Most studies on exposure to the psychosocial risks in MT and their influence on workers' health and well-being focus mainly on stress [3, 7], posttraumatic stress [20, 21] and occupational burnout syndrome [3, 7, 8, 22]; other aspects investigated, to a lesser extent, include working atmosphere, work content, role clarity and conflict [7, 11] or shift work [23, 24]. According to the scientific literature reviewed, exposure to stressful working conditions or work setting does have an influence on the development of burnout [25–30]; for this reason, we have considered a combination of both working conditions and work setting in this study.

Occupational burnout is identified as an altered emotional state which, according to Maslach and Jackson [31] can be evaluated via three 'dimensions': (i) *emotional exhaustion*, (EE) when the worker feels emotionally empty, exhausted by having to deal with demands that are overwhelming; (ii) *depersonalization* (DP) when the worker becomes insensitive to users of the service or the work being carried out, by treating them or addressing them in a cynical and dehumanized way and (iii) *reduced personal accomplishment* (PA), when the person experiences strong feelings of incompetence and failure. Although burnout studies generally focus on occupational health, this syndrome can also affect the well-being of people beyond the work environment [32]. The available data on MT workers is contradictory. While some studies point out that the probability of suffering from burnout is slightly higher

for workers in MT than in other sectors of the active population [22], other research indicates that the probability is slightly lower [33].

With regard to working conditions, the data indicates that the severity of time pressure is a stress factor that can predict emotional exhaustion [34], together with the lack of control over the working environment [35], working in physically threatening environments [36] or the number of tasks per service [24]. With regard to the working environment, the lack of support among co-workers and/or superiors, the lack of communication and the intense pressure on personal relationships generated by the demands of the service, also had negative impacts on health [7, 37]. Similarly, shift work, which requires being awake when biologically one should be asleep, or role conflict, which involves contradictory demands or conflicts between one's values and the demands of work [7], are further examples of working conditions that have negative impacts on the health of MT professionals.

Protective factors on health and well-being among medical transport personnel

Although most of the research to date on working conditions in MT has prioritized the analysis of psychosocial risk factors, some studies have emphasized the role of other variables that can have positive effects and act as protectors of health, such as the sense of coherence (SOC) [12, 38] and subjective well-being (SWB) [39].

A sense of coherence, or SOC, according to Antonovsky [40], is a global dispositional orientation 'that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence' which is considered key to meeting the demands of the working environment and maintaining one's health and subjective well-being. Antonovsky proposed that SOC can be evaluated through the components of comprehensibility, manageability and meaningfulness. Comprehensibility refers to a perception of a stressful stimulus – from one's internal and external environments – in a structured, predictable and explicable way. Manageability implies that the resources required to meet the demands posed by these stimuli are available for the person to use. Meaningfulness refers to one's perception of the stimulus. People with high SOC appear to cope better with stressful situations, are more flexible in selecting coping strategies, prioritize strategies that focus on the problem, and recover more quickly from stressful situations [41]. Studies in the context of MT have indicated that the SOC can act as a predictor of emotional exhaustion, depersonalization [42] and vulnerability to psychosocial risks [12]. Since MT personnel are highly exposed to critical events and their work is, emotionally, highly demanding, a high SOC may act as a protective factor

against the effects of work stress and could act as a strategy to reduce the severity of symptoms resulting from psychosocial risks [38].

Subjective well-being, or SWB, refers to how people evaluate their lives, both at a general level and in specific areas of their lives (family, friends, free time, etc.). According to Cummins and Cahill [43], it is generally agreed that SWB is composed of three elements comprising a combination of one cognitive process (satisfaction/dissatisfaction judgments) and two affective processes (positive and negative affect). In the context of MT, although the literature includes studies showing low levels of SWB among MT personnel [7], there are also studies that indicate they have higher levels when compared to other professions such as fire fighters or police officers [44]. In the MT sector, SWB has been linked to other work factors: fatigue as a result of shift work was found to be a significant risk for SWB [45] while training to improve resilience at work acts positively on SWB [39].

With regard to working conditions, a positive work climate – which includes good communication, trust, social support and a feeling of belonging to the group – can act as a protective factor for health and well-being, helping to reduce the probability of burnout [46].

Although some of the studies reviewed above have investigated the impact of various psychosocial factors on the health and well-being of MT workers [7, 12], none of them examine whether the type of work being done and the gender of the individuals (and the interaction between them) influences MT workers' exposure to the various indicators of risk/protection relating to psychosocial health. Information on this issue can facilitate decision-making in the organization and management of the staff in the companies carrying out these services, as well as the transfer of good practices from one service to another.

In light of the above, we set ourselves the following objectives:

- 1) To identify the exposure to various psychosocial indicators of risk and protection for health and well-being in a sample of medical transport professionals: working conditions, satisfaction with work shifts, emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment, sense of coherence and subjective well-being.
- 2) To analyze the effect of work setting and gender on the various health-related risk/protection indicators.
- 3) To analyze the effect of the *interaction* between work setting and gender on the various health-related risk/protection indicators.

Methods

The study population comprised the entire workforce of a company carrying out both EMT and non-EMT services in the province of Girona, Catalonia (Spain), at the

time of the study. This workforce consisted of 438 medical transport professionals, of which 80.45% are men; 25.57% work in a non-EMT setting, 65.52% in an EMT setting (both basic life support and advanced life support) while 8.9% carry out group coordination activities, manage the coordinating centre or are in positions of responsibility for certain departments or areas of the infrastructure. There is only one level of training for all medical transport professionals in Spain, the *ciclo formativo de grado medio* [47] (equivalent to a Vocational Education and Training certificate) for Emergency Health Personnel. This consists of approximately 2000 h of training, based on a programme developed during 2007, and is a required qualification for anyone, regardless of gender, seeking to work in either EMT or non-EMT services.

Participation in this study was voluntary and 217 (49.32%) questionnaires were returned, of which 16 were excluded due to lack of information on age and gender leaving a final sample of 201 (45.68%) professionals. The percentage of responses obtained was typical of these kinds of studies and was, in fact, higher than previous data-gathering efforts carried out in this same organisation. The final sample comprised 76.60% men, 21.80% non-EMT workers, 73.60% EMT workers and 4.60% other workers, thus reflecting approximately the same distribution of the workforce, in terms of gender and job position. The average age of respondents was 37.57 ± 7.15 (range 23 – 59) and the average length of service 8.75 ± 3.69 years (range 1–27).

Working conditions were assessed using the *Escala de Clima Psicosocial en el Trabajo* [Work Psychosocial Scale (WPS-16)] developed by Tous, Bonasa and Mayor (2011) [48]. This scale provides a quick diagnosis on those working conditions that staff perceive as positive or negative in their organization. It is divided into three subscales: *personal relations* (PR), which involve self-esteem, social support and perceived integration into the social group; *work content* (WC), which is part of the set of stress factors relating to the individual's work and *role definition* (RD) which is related to the perception of good management, supervision and job recognition [48]. The scale consists of 16 items with answers ranging from 1 (completely disagree) to 7 (completely agree). The Cronbach's alpha for the present sample is 0.87 for the whole scale, and 0.74 in the validation sample.

Because there is a large disparity in the distribution of working days for the different jobs among the staff in our study, we included a question on their satisfaction with their schedule based on a scale of 1 (completely unsatisfied) to 10 (completely satisfied).

Burnout was explored using the Spanish version of the Maslach Burnout Inventory, MBI, [49] which consists of 22 items, each with a response scale of 0 (never) to 6

(daily). According to some of the studies consulted [50, 51], one or more exacerbated dimensions in the MBI is considered an indication of the presence of professional burnout. The internal consistency of the present sample was measured using Cronbach's alpha, producing values of 0.84 for emotional exhaustion, 0.50 for depersonalization and 0.82 for personal accomplishment, with the values for the Spanish version being 0.90, 0.79 and 0.71, respectively.

The SOC among the respondents was explored using the Spanish version of the abbreviated Antonovsky's Life Orientation Questionnaire [52] which consists of 13 items with a response scale of 1 (rarely or never) and 7 (very often), classified according to the three dimensions of SOC: comprehensibility, manageability and meaningfulness. Items with a negative direction were reversed before carrying out statistical analysis. Cronbach's alpha for the present sample is 0.80 for the total scale, matching the Spanish version which was also 0.80.

Subjective well-being was explored using the Personal Wellbeing Index, PWI, [53] as adapted by Casas et al. [54], which consists of 7 items, with a response scale of 0 (completely unsatisfied) to 10 (completely satisfied). The items refer to satisfaction with health, standard of living, life achievements, sense of security, the groups of people of which they form part, future security and relationships with other people. The analysis of internal consistency of the PWI for the present sample indicates a Cronbach's alpha of 0.87; other studies have obtained values ranging between 0.70 and 0.85.

All the scales used have been validated for Spanish and have been employed previously in other studies which showed them to have satisfactory psychometric properties.

The questionnaire was handed out in 2014, in face-to-face meetings which included an explanation of the objectives of the study and the procedure to be followed. Each questionnaire was handed out with an envelope that could be sealed in order to guarantee the anonymity of the participants. With the same purpose in mind, it was explained that the questionnaires were to be handed in to area or department chiefs, who would then pass on the envelopes unopened to the person in charge of the study. During the period established for handing out the questionnaires, various reminders were issued with the aim of maximising participation.

Statistical analysis was carried out using the SPSS v.23 statistical software package. Descriptive statistics were used to analyze exposure to the various risk and protection factors considered (Objective 1). In order to analyze the main effects of gender (man vs. woman) and work setting (EMT, non-EMT and others) (Objective 2), and also to analyze the interaction between work setting and gender (Objective 3) on these workers' exposure to the various risk and protection indicators (burnout, SOC,

PWI, WPS-16 and satisfaction with schedule), we carried out a MANOVA test and applied Tukey post-hoc contrast to analyze the differences between groups. Since heterogeneity existed in the variances and covariances in the explored variables, according to the Levene test and Box test respectively, a more restrictive criterion was chosen following the recommendations by Olson [55], using the Pillai-Bartlett trace with a level of significance of less than 0.01 [56, 57].

Results

The first objective was to identify the exposure of workers to the various risk factors and protection indicators regarding their health and well-being. Table 1 shows the results of the descriptive analysis performed for the different variables of each scale. The total mean score on the SOC scale is 70.07 with a standard deviation of 9.79. With regard to subjective well-being, as measured by the PWI, the item with the highest score for satisfaction is "life achievements" while the most negative was "future security".

In order to assess the risk of burnout, we calculated the response percentages for each of the three burnout categories (low, medium and high) corresponding to the EE, DP and PA scales, in accordance with the cut-off points proposed in the Spanish MBI [49]. For emotional exhaustion, the responses obtained were 74.2%, 17.2% and 8.6% for the low, medium and high categories respectively; for depersonalization, 55.9%, 32.3% and

11.8%; and for reduced personal accomplishment, 11.5%, 19.1% and 69.4%. It should be noted that in 67.6% of the cases (CI 95% of 42.3-86.9) there are one or more exacerbated dimensions of the MBI, with medium or high levels suggesting the presence of professional burnout.

With regard to the second objective, statistically significant differences in some of the risk/protection indicators were observed between the two work settings but not between genders (Tables 2). Those people working in non-EMT services have more unfavourable results regarding work content and satisfaction with schedule. They also exhibit more emotional exhaustion, less manageability and are less satisfied with their life achievements, with how safe they feel and with their future security than people working in EMT services.

The third objective was to analyze the interaction effect of work setting and gender on the dependent variables under consideration (i.e., the three WPS-16 dimensions, satisfaction with schedule, the three MBI dimensions, the three SOC dimensions and the seven items in the PWI). No significant interaction between the work setting and gender was found. On the other hand, work setting was able to explain the overall variability of the psychosocial factors considered (Tables 3 and 4).

Discussion

The results obtained in relation to exposure to various factors of risk and protection for health and well-being

Table 1 Descriptive analysis of the following scales: WPS-16 satisfaction with schedule (R [1-10]), MBI, SOC and PWI (R[0-10])

Scale	Variable	Mean	Typical deviation	CI 95%
WPS-16	Work content	20.47	4.81	19.78-21.15
	Personal relations	34.95	4.54	34.31-35.60
	Role definition	33.75	6.18	32.86-34.65
Satisfaction	Schedule	7.38	2.78	6.99-7.77
MBI	Emotional exhaustion	10.51	9.015	9.20-11.81
	Depersonalization	4.24	4.27	3.64-4.85
	Personal achievement	41.02	7.55	39.91-42.12
SOC	Manageability	20.79	3.64	20.28-21.30
	Comprehensibility	25.88	4.84	25.20-26.56
	Meaningfulness	23.39	3.27	22.94-23.85
PWI	Health	8.05	2.10	7.76-8.34
	Standard of living	7.92	1.91	7.66-8.19
	Life achievements	8.28	1.59	8.06-8.50
	How safe you feel	8.24	1.76	7.99-8.49
	Groups of people you are part of	8.11	1.81	7.86-8.36
	Future security	6.41	2.47	6.07-6.76
	Relationships with other people	8.26	1.68	8.03-8.49
	Total	79.02	14.46	76.99-81.04

Note. CI Confidence Interval, WPS Work Psychosocial Scale, MBI Maslach Burnout Inventory, SOC Sense of Coherence, PWI Personal Well-Being Index

Table 2 Analysis of variance in WPS-16, satisfaction with schedule, MBI, SOC and PWI for work setting and gender and the interaction between work setting and gender

Source	Scale	Dependent variable	Sum of squares	F	DF	Sig.		
Work setting	WPS-16	Work content	533.09	12.87	2	0.00		
		Personal relations	81.69	40.84	2	0.12		
		Role definition	184.21	2.63	2	0.07		
	Satisfaction	Schedule	327.44	12.87	2	0.00		
		MBI	Emotional exhaustion	707.27	4.73	2	0.01	
	Depersonalization		23.28	0.76	2	0.46		
	Personal achievement		20.92	0.81	2	0.81		
	SOC	Manageability	139.41	5.48	2	0.00		
		Comprehensibility	90.64	1.82	2	0.16		
		Meaningfulness	54.21	2.29	2	0.10		
	PWI	Health	15.82	1.67	2	0.19		
		Standard of living	8.33	1.03	2	0.35		
		Life achievements	28.61	5.65	2	0.00		
		How safe you feel	27.72	4.56	2	0.01		
		Groups of people you are part of	4.41	0.65	2	0.52		
		Future security	38.79	3.50	2	0.03		
		Relationships with other people	9.71	1.62	2	0.20		
		Gender	WPS-16	Work content	21.77	1.05	1	0.30
				Personal relations	7.19	0.37	1	0.53
Role definition	31.27			0.89	1	0.34		
Satisfaction	Schedule		1.53	0.35	1	0.55		
	MBI		Emotional exhaustion	37.35	0.50	1	0.48	
Depersonalization			40.97	2.69	1	0.10		
Personal achievement			0.32	0.00	1	0.93		
SOC	Manageability		3.94	0.31	1	0.57		
	Comprehensibility		10.94	0.44	1	0.50		
	Meaningfulness		0.20	0.02	1	0.88		
PWI	Health		3.07	0.65	1	0.42		
	Standard of living		0.03	0.00	1	0.92		
	Life achievements		1.00	0.39	1	0.52		
	How safe you feel		0.09	0.03	1	0.86		
	Groups of people you are part of		0.95	0.28	1	0.59		
	Future security		0.187	0.03	1	0.85		
	Relationships with other people		1.88	0.62	1	0.42		
	Work setting*gender		WPS-16	Work content	36.34	0.87	2	0.41
		Personal relations		5.79	0.15	2	0.85	
Role definition		8.18		0.04	2	0.95		
Satisfaction		Schedule	3.30	0.38	2	0.68		
		MBI	Emotional exhaustion	52.48	0.35	2	0.70	
Depersonalization			5.32	0.17	2	0.84		
Personal achievement			94.91	0.90	2	0.40		
SOC		Manageability	33.75	1.32	2	0.26		
		Comprehensibility	5.62	0.11	2	0.89		
		Meaningfulness	9.29	0.47	2	0.62		

Table 2 Analysis of variance in WPS-16, satisfaction with schedule, MBI, SOC and PWI for work setting and gender and the interaction between work setting and gender (Continued)

PWI	Health	3.51	0.37	2	0.69
	Standard of living	0.91	0.088	2	0.91
	Life achievements	2.23	0.44	2	0.64
	How safe you feel	5.09	0.83	2	0.43
	Groups of people you are part of	7.2	1.06	2	0.34
	Future security	5.87	0.53	2	0.59
	Relationships with other people	1.85	0.31	2	0.73

Note. WPS Work Psychosocial Scale, MBI Maslach Burnout Inventory, SOC Sense of Coherence, PWI Personal Well-Being Index
*p value < .05

(i.e., the first objective), show that work content, personal relations and role definition are more favourable for MT workers than the reference values in the instrument validation study [48]. With regard to burnout, EE, DP and PA, these are more favourable among the MT workers in our study than the mean values of the Spanish reference sample [49] as well as those of other previous studies in the MT sector [50]. However, 67.66% of workers in our study have one or more exacerbated dimensions, which is indicative of burnout. Although this figure is lower than the 88.8% obtained in [50], it remains important enough to require action aimed at reducing it. With regard to the SOC results, the mean score obtained by the participants in our study is slightly higher than the mean score obtained for a sample of nursing professionals working in the same Girona district [58] and is very similar to the mean score for a sample of MT professionals in Sweden [12]. No other studies on SOC in the Spanish MT sector have been found. The scores for personal well-being are within the normative values defined for Western countries. What is noteworthy is the low score for the respondents' satisfaction with their future security, 6.42 ± 2.48 (95% CI 6.07-6.76). This may be due to the fact that MT management contracts are awarded through public tender which entails the possibility of companies changing from time to time, leading to some uncertainty as far as job security is concerned. Other studies also indicate that scores for future security tend to be lower,

compared to other fields, among professionals aged between 36 and 45 [59].

Regarding the analysis of the different work settings (Objective 2), it was observed that, in all cases, the results are more unfavourable for workers in non-EMT services than for those in EMT services. Furthermore, the mean scores for professionals performing other jobs in the MT sector were sometimes even more unfavourable than those of the non-EMT workers. We will now give some possible explanations for these results. Different levels of satisfaction with work content, for example, appear to be the result of the tasks required by each type of service. Non-EMT tasks are more repetitive and less diverse than EMT tasks and, in addition, may sometimes be carried out repeatedly along the same routes over the course of many days. For EMT workers, however, each service is different and occurs in a different place each time. Furthermore, the work in the each setting is organized in different ways. Non-EMT tasks are organized by a coordination centre to take place throughout the day, one after the other without interruption. The situation is markedly different for EMT workers who spend their working day at the base ready to respond to requests for emergency services. The difference in satisfaction levels with regard to schedule may be due to the system of shifts established by the management of the service: EMT shifts are typically 24-h days every 3 or 4 days, while non-EMT working hours involve different 8 or 10-h shifts for 4 or 5 days a week. The different working hours are more favourable to EMT workers, providing them with more quality time with their families, more free time and more time for training or educational opportunities, among others. As for emotional exhaustion, the differences observed between EMT and the non-EMT workers could be due to a greater sense of worth they feel in their work among the EMT workers which may act as a protective factor [11]; similarly, the sense of worth at work may also explain the different scores observed in sense of coherence or subjective well-being [38]. The different scores for future security could

Table 3 Multivariate analysis of variance in WPS-16, satisfaction with schedule, MBI, SOC and PWI for work setting and gender

Effect	Value	F	DF	Error df	Sig.
Work setting	0.64	3.48	34.00	250.00	0.00
Gender	0.06	0.51	17.00	124.00	0.94
Work setting*Gender	0.15	0.61	34.00	250.00	0.95

Note. WPS Work Psychosocial Scale, MBI Maslach Burnout Inventory, SOC Sense of Coherence, PWI Personal Well-Being Index

*p value < .05

Table 4 Multivariate Analysis according to work setting

Dependent variable (statistically significant)	Work setting		Value	Std. Error	Sig.	CI 95%	
Work content	BMT	non-EMT	4.86*	0.91	0.00	2.99	7.04
		Others	-1.21	1.77	0.77	-5.42	2.99
	non-EMT	EMT	-4.86*	0.91	0.00	-7.04	-2.69
		Others	-6.08*	1.89	0.00	-10.57	-1.58
	Others	BMT	1.21	1.77	0.77	-2.99	5.42
		non-EMT	6.08*	1.89	0.00	1.58	10.57
Role definition	BMT	non-EMT	3.24*	1.19	0.02	0.42	6.07
		Others	1.53	2.30	0.78	-3.93	7.00
	non-EMT	BMT	-3.24*	1.19	0.02	-6.07	-0.42
		Others	-1.71	2.46	0.76	-7.56	4.14
	Others	BMT	-1.53	2.30	0.78	-7.00	3.93
		non-EMT	1.71	2.46	0.76	-4.14	7.56
Satisfaction with Schedule	BMT	non-EMT	4.12*	0.41	0.00	3.13	5.11
		Others	2.07*	0.80	0.03	0.16	3.98
	non-EMT	BMT	-4.12*	0.41	0.00	-5.11	-3.13
		Others	-2.05*	0.86	0.04	-4.10	-0.01
	Others	BMT	-2.07*	0.80	0.03	-3.98	-0.16
		non-EMT	2.05*	0.86	0.00	0.01	4.10
Emotional exhaustion	BMT	non-EMT	-5.77*	1.74	0.00	-9.89	-1.64
		Others	-6.87	3.37	0.10	-14.85	1.11
	non-EMT	BMT	5.77*	1.74	0.00	1.64	9.89
		Others	-1.10	3.60	0.95	-9.64	7.44
	Others	BMT	6.87	3.37	0.10	-1.11	14.85
		non-EMT	1.10	3.60	0.95	-7.44	9.64
Manageability	BMT	non-EMT	2.16*	0.71	0.00	0.46	3.86
		Others	1.37	1.39	0.58	-1.93	4.66
	non-EMT	BMT	-2.16*	0.71	0.00	-3.86	-0.46
		Others	-0.79	1.48	0.85	-4.32	2.73
	Others	EMT	-1.37	1.391	0.58	-4.66	1.93
		non-EMT	0.79	1.48	0.85	-2.73	4.32
Life achievements	BMT	non-EMT	0.75*	0.32	0.20	0.12	1.39
		Others	1.39*	0.62	0.27	0.16	2.62
	non-EMT	BMT	-0.75*	0.32	0.02	-1.39	-0.12
		Others	0.64	0.66	0.33	-0.67	1.95
	Others	BMT	-1.39*	0.62	0.02	-2.62	-0.16
		non-EMT	-0.64	0.66	0.33	-1.95	0.67
How safe you feel	BMT	non-EMT	.61	0.35	0.19	-0.22	1.44
		Others	1.80*	0.68	0.02	0.19	3.41
	non-EMT	BMT	-0.61	0.35	0.19	-1.44	0.22
		Others	1.19	0.72	0.23	-0.53	2.91
	Others	BMT	-1.80*	0.68	0.02	-3.41	-0.19
		non-EMT	-1.19	0.72	0.23	-2.91	0.53
Future security	BMT	non-EMT	0.42	0.47	0.64	-0.70	1.55
		Others	2.19*	0.91	0.04	0.02	4.37
	non-EMT	BMT	-0.42	0.47	0.64	-1.55	0.70
		Others	1.77	0.98	0.17	-0.55	4.10

Note. CI Confidence interval, EMT Emergency Medical Transport, Non-EMT Non-Emergency Medical Transport

* p value < .05

be explained either by work schedule or reduced chances of promotion. Firstly, in the case of the work schedules among this study group, EMT schedules commonly remain stable from one year to the next, while non-EMT schedules are subject to frequent modifications, which may have a negative impact on the sense of future security for non-EMT workers. Secondly, internal promotion: all MT professionals in Spain, regardless of whether they perform EMT or non-EMT tasks [60], must be in possession of the mid-level training certificate for Emergency Health Personnel [47]. This means that there are a large number of non-EMT professionals who aspire, eventually, to be able to work with the EMT service; thus there is considerable competition for places which has a negative impact on their chances of promotion. Since the training is the same for both EMT and non-EMT staff, this should not, a priori, have any influence on the results. However, the fact that only one type of training exists among all MT personnel may generate expectations of non-EMT staff taking on EMT tasks and vice versa.

As for the third objective, the results show that there is no significant interaction between the work setting and gender. This result seems to indicate that the health-related risk/protection factors affect men and women in similar ways in both work settings, EMT and non-EMT. This is in contrast with previous studies which have indicated a greater impact of the psychosocial risk on the health of women [18].

The relationships observed between the risk and protective factors explored, suggest action should be taken to improve working conditions and to strengthen the sense of coherence and well-being among medical transport professionals as factors that protect against occupational burnout syndrome. Efforts to enhance working conditions should concentrate on the workers' perceptions in pursuit of improvement measures that promote a climate conducive to health and well-being. In order to strengthen the SOC, ongoing training programmes could be implemented annually in the organization's training plans and mutual help groups can be set up to share professional and/or personal experiences. Likewise, subjective well-being would benefit from plans to promote healthy habits and lifestyles.

This kind of study has certain limitations which need to be borne in mind. Firstly, the results are obtained by self-report and depend, therefore, on the degree of sincerity among the participants who work for the company in which the study was carried out. It was for this reason that we decided not to compromise the anonymity of the participants by including any further segmentation of the demographic variables (e.g., work zone, basic and advanced life

support, etc.). Secondly, it is not known whether those workers who declined to participate would have obtained similar scores in the questionnaires to those who did participate. Finally, the low reliability of the *depersonalization* dimension in the MBI scale needs to be taken into account and caution is advised in the interpretation of the results, although, in fact, no significant results for depersonalization were observed in this study.

Conclusions

To the best of our knowledge, the present study is the first to link working conditions with the constructs of sense of coherence, personal well-being and occupational burnout syndrome in the medical transport (MT) sector while also identifying the differential effects of these factors on workers according to work setting (EMT vs. non-EMT) and gender. The fact that we obtained statistically significant differences between EMT and non-EMT personnel in some of the variables analyzed raises important questions for all those organizations that have been awarded the public tender of both services, and have chosen to separate the two services, assigning their workers to one service or the other, without transfer options between the two. The question arises, therefore, as to whether it is preferable to keep each service separate or whether the workers should be involved in both types of service in order to prevent the symptoms of burnout found among the non-EMT staff. For example, as a preventative measure, Jonsson [12] suggested that in order to reduce the effects of posttraumatic stress symptoms among EMT personnel, these workers could perform tasks in the non-EMT service for a certain period. Both EMT and non-EMT personnel perform important work in the public health chain and it is therefore equally important to take care of them. Hence the need for detailed information on the current situation in terms of their exposure to risks derived from work, as well as those factors protective of their health and well-being. Further investigation is needed into the working conditions in the EMT and non-EMT services to find the divergent aspects that could explain the results found in our study. In this sense, we consider that the data obtained constitutes an important and useful knowledge base for future lines of research or for implementing and promoting good practice in prevention and training in the sector.

Among the future lines of research to be considered, we suggest: 1) further analysis of risk-protective factors for health and well-being from the perspective of the professionals in the sector, paying special attention to their own explanations of the differences

between working conditions in the EMT and the non-EMT services; 2) a comparative analysis of the various professional MT training programmes at international level in order to assess the content provided by formal training and what could be usefully added to this training, both in terms of reducing risk factors and promoting protective factors for health and well-being; and 3) an investigation into whether the training qualifications for each service (EMT and non-EMT) should be the same, as is the case in some countries, or different, as is the case elsewhere.

Abbreviations

CI: Confidence Interval; DP: Depersonalization; EE: Emotional Exhaustion; EMT: Emergency Medical Transport; ICU: Intensive Care Unit; MBI: Maslach Burnout Inventory; MT: Medical Transport; Non-EMT: Non-Emergency Medical Transport; PA: Personal Accomplishment; PR: Personal Relations; PWB: Personal Well-Being Index; RD: Role Definition; SOC: Sense of Coherence; SPSS: Statistical Package for the Social Science; SWB: Subjective Well-Being; WC: Work Content; WPS: Work Psychosocial Scale

Acknowledgements

We would like to thank all participants for their cooperation as well as the Managing Director of CTSC RG (*Consorci del Transport Sanitari de Catalunya Regió Girona*).

Funding

This study has not received any funding.

Availability of data and materials

Not applicable.

Authors' contributions

All three authors have contributed to the conception and design of the study, helped to analyse and interpret the results, revised the manuscript critically regarding the most important intellectual content and approved the version to be published.

Ethics approval and consent to participate

In the absence of an Ethics Committee, authorization was obtained at the most senior level of the company from the Director General.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Author details

¹Doctoral student in Psychology, Health and Quality of Life, University of Girona, Girona, Spain. ²Doctor of Psychology, Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida, University of Girona, Girona, Spain. ³Doctor of Psychology, Departament de Psicologia, University of Girona, Girona, Spain.

Received: 21 April 2017 Accepted: 30 August 2017

Published online: 06 September 2017

References

- Bellingan G, Olivier T, Batson S, Webb A. Comparison of a specialist retrieval team with current United Kingdom practice for the transport of critically ill patients. *Intensive Care Med.* 2002;26(9):740–4. 10.1007/s001340051241.
- Lowthian JA, Jolley DJ, Curtis AJ, Currell A, Cameron PA, Stoelwinder JJ, McNeil JJ. The challenges of population ageing: accelerating demand for emergency ambulance services by older patients, 1995–2015. *Med J Aust.* 2011;194(11):574–8.
- Sterud T, Ekeberg O, Herm E. Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2006;6(1):82. 10.1186/1472-6963-6-82.
- Leka S, Jain A, Iavicoli S, Tecco C. An evaluation of the policy context on psychosocial risks and mental health in the workplace in the European Union: achievements, challenges, and the future. *Biomed Res Int.* 2015;18. 10.1155/2015/213089.
- Lavender SA, Conrad RW, Reichelt PA, Gacki-Smith J, Kohok AK. Designing ergonomic interventions for EMS workers, part I: transporting patients down the stairs. *Appl Ergon.* 2007;38(1):71–81. 10.1016/j.apergo.2005.12.005.
- Prairie J, Corbell P. Paramedics on the job: dynamic trunk motion assessment at the workplace. *Appl Ergon.* 2014;45(4):895–903. 10.1016/j.apergo.2013.11.006.
- van der Ploeg E, Nieber RL. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occup Environ Med.* 2003;60(Suppl 1):40–6. 10.1136/oem.60.suppl_1.i40.
- Hälpert J, Maunder RG, Schwartz B, Gurevich M. Attachment insecurity, responses to critical incident distress, and current emotional symptoms in ambulance workers. *Stress Health.* 2012;28(1):51–60. 10.1002/smi.1401.
- Cydulka RK, Lyons J, Moy A, Shay K, Hammer J, Mathews J. A follow-up report of occupational stress in urban EMT-paramedics. *Ann Emerg Med.* 1989;18(11):1151–6. 10.1016/S0196-0644(89)80050-2.
- Mahony K. Management and the creation of occupational stressors in an Australian and a UK ambulance service. *Aust Health Rev.* 2001;24(4):135–45. 10.1071/AH010135a.
- Hansen CD, Rasmussen K, Ryed M, Nielsen KJ, Andersen JH. Physical and psychosocial work environment factors and their association with health outcomes in Danish ambulance personnel - a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2012;12(1):534. 10.1186/1471-2458-12-534.
- Jonsson A, Segesten K, Mattsson B. Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emerg Med J.* 2003;19(20):79–84. 0.1136/emj.2011.79.
- Regehr C, Goldberg G, Ganczy GJ, Knott T. Posttraumatic symptoms and disability in paramedics. *Can J Psychiatr.* 2002;47(10):963–8. 10.1177/070674370204701007.
- Pozner CN, Zane R, Nelson SJ, Levine M. International EMS systems: the United States past, present, and future. *Resuscitation.* 2004;60(3):239–44. 10.1016/j.resuscitation.2003.11.004.
- Symons P, Shuster M. International EMS systems: Canada. *Resuscitation.* 2004;63(3):119–22. 10.1016/j.resuscitation.2004.06.010.
- WHO. Emergency medical services systems in the European Union. Denmark: Publications of the WHO Regional Office for Europe; 2008.
- Robinson V, Goel V, Macdonald RD, Manuel D. Inter-facility patient transfers in Ontario: do you know what your local ambulance is being used for? *Healthcare Policy.* 2009;4(3):53–66.
- Aasa U, Bruhn C, Ångquist KA, Bamekew M. Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. *Scand J Caring Sci.* 2005;19(3):251–8. 10.1111/j.1471-6712.2005.00333.x.
- Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. Decálogo de actuaciones ergonómicas y psicosociales preventivas desde una perspectiva de género en el sector del Transporte Sanitario. Madrid: SGS Tecnos; 2011.
- Berger W, Figueira I, Maurat AM, Bucasso EP, Vieira J, Jardim SR, Coutinho E, Maril JJ, Mendlowicz MV. Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: prevalence and impact on health and on quality of life. *Journal of Traumatic Stress.* 2007;20:637–42.
- Haugen PT, Evces M, Weiss DS. Treating posttraumatic stress disorder in first responders: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(5):370–80. 10.1016/j.cpr.2012.04.001.
- Alexander DA, Klein S. Ambulance personnel and critical incidents: impact of an accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *Br J Psychiatry.* 2001;178(1):76–81. 10.1192/bjp.178.1.76.
- Aasa U, Kalezić N, Lyskov E, Ångquist KA, Bamekew M. Stress monitoring of ambulance personnel during work and leisure time. *Int Arch Occup Environ Health.* 2006;80(1):51–9. 10.1007/s00420-006-0103-x.
- Boudreaux E, Mandry C, Bantley PJ. Emergency medical technician schedule modification: impact and implications during short- and long-term follow-up. *Acad Emerg Med.* 1998;5(2):128–33. 10.1111/j.1553-2712.1998.tb02597.x.
- Alarcon GM. A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *J Vocat Behav.* 2011;79(2):549–62.

26. Bakker AB, Demerouti E, Sanz-Vergel AI. Burnout and work engagement: the JD-R approach. *Annu Rev Organ Psych Organ Behav*. 2014;1:389–411.
27. Beer D, Leon T, Pienaar J, Rothmann S. Work overload, burnout, and psychological ill-health symptoms: a three-wave mediation model of the employee health impairment process. *Anxiety Stress Coping*. 2016;29(4):387–99.
28. Hu NC, Chen JD, Cheng TJ. The associations between long working hours, physical inactivity, and burnout. *J Occup Environ Med*. 2016;58(5):514–8.
29. Marchand A, Durand P, Haines V, Harvey S. The multilevel determinants of Worker's mental health: results from the SALMEO study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50:445–59.
30. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach burnout inventory manual*. 3rd ed. Palo alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
31. Maslach C, Jackson SE. *Maslach burnout inventory-ES Form*. PsyCTESTS. 1981. doi:10.1037/105190-000.
32. Orsamas A, González A, Vergara A. Evaluación y factorización del MB-GA. *Revista cubana de salud y trabajo*. 2007;8(1):37–45.
33. Weiss SJ, Slady MF, Roes B. Effect of individual and work characteristics of EMTs on vital sign changes during shiftwork. *Am J Emerg Med*. 1994;14(7):640–4. doi:10.1016/S0735-6757(96)90078-9.
34. Sterud T, Hem E, Lau B, Ekeberg Ø. A comparison of general and ambulance-specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2011;6(1):10. doi:10.1186/1745-6673-6-10.
35. Young KM, Cooper CL. Occupational stress in the ambulance service: a diagnostic study. *Health Manpow Manag*. 1997;23(4–5):140–7.
36. Grigby D, Knew MM. Work-stress burnout among paramedics. *Psychol Rep*. 1988;63:55–64.
37. Revicki DA, Gershon RRM. Work-related stress and psychological distress in emergency medical technicians. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(4):391–6. doi:10.1037/1076-8998.1.4.391.
38. Streb M, Häller P, Michael T. PTSD in paramedics: resilience and sense of coherence. *Behav Cogn Psychother*. 2014;42(4):462–63.
39. Gayton SD, Lovell GP. Resilience in ambulance service paramedics and its relationships with well-being and general health. *Traumatology*. 2012;18(1):58–64. doi:10.1177/153476610896727.
40. Antonovsky A. Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well. *J Nerv Ment Dis*. 1987;177(7):439–40. doi:10.1097/00005053-198907000-00014.
41. Dejo M. Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Avances En Psicología Latinoamericana*. 2007;23(1):64–71. doi:10.1002/avpl.22600.
42. Naudé JL, Rothmann S. Work-related well-being of emergency workers in Gauteng, South Africa. *J Psychol*. 2006;36(1):63–81.
43. Cummins RA, Cahill J. Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva: Progress in understanding subjective quality of life. *Intervención Psicosocial*. 2000;9(2):185–98.
44. Brough P. A comparative investigation of the predictors of work-related psychological well-being within police, fire and ambulance workers. *N Z J Psychol*. 2005;34(2):127–34.
45. Paterson JL, Sofianopoulos S, Williams B. What paramedics think about when they think about fatigue: contributing factors. *Emergency Medicine Australasia*. 2014;26(2):139–44. doi:10.1111/1742-6723.12216.
46. Prati G, Pietrantonio L, Cicognani E. Coping strategies and collective efficacy as mediators between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Int J Stress Manag*. 2011;18(2):181–95. doi:10.1037/a0021298.
47. Real Decreto 1397/2007 del Boletín Oficial del Estado del Técnico en Emergencias Sanitarias, España. 2007.
48. Tous J, Bonasa MP, Mayor C. Escala clima psicosocial en el trabajo: desarrollo y validación. *Univstat Rovira i Virgili Work Psychosocial Scale: Development and Validation*. 2011;4:51–65.
49. Maslach C, Jackson SE. *Inventario burnout de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones; 1997.
50. Ballesteros S, Lortio S, Rollán J. Desgaste profesional en los técnicos de emergencias sanitarias del soporte vital básico del País Vasco. *Emergencias*. 2012;24(1):13–8.
51. Martínez M, Centeno C, Sanz A, Del Valle ML. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Revista de Medicina*. 2009;53(1):3–8.
52. Vruels J, Martínez P, del Barrio JL, Lozano LM. Validación transcultural de la escala de sentido de coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Med Clin*. 2007. doi:10.1157/13100935.
53. Lau ALD, Cummins RA, McPherson W. An investigation into the cross-cultural equivalence of the personal wellbeing index. *Soc Indic Res*. 2005; 72(3):403–30.
54. Casas F, Coenders G, Cummins RA, González M, Figuer C, Malo S. Does subjective well-being show a relationship between parents and their children? *J Happiness Stud*. 2008;9(2):197–205.
55. Olkon CL. On choosing a test statistic in multivariate analysis of variance. *Psychol Bull*. 1976;83(4):579–86.
56. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Prentice Hall; 2009.
57. Field A. *Discovering statistics using SPSS*. Brighton: Sage publications; 2009.
58. Malagón MC, Fuentes C, Suñer R, Bonmatí A, Ferrández R, Bosch C. El sentido de coherencia en el colectivo enfermero. *Enfermería Clínica*. 2012; 22(4):214–8. doi:10.1016/j.enfcli.2012.06.002.
59. Cummins RA, Eckerlesley R, Pallant J, Van Vugt J, Miazon R. Developing a national index of subjective wellbeing: the Australian unity wellbeing index. *Soc Indic Res*. 2003;64:159–90.
60. Real Decreto 836/2012 del Boletín Oficial del Estado de las Características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera, España. 2012.

Submit your next manuscript to BioMed Central and we will help you at every step:

- We accept pre-submission inquiries
- Our selector tool helps you to find the most relevant journal
- We provide round the clock customer support
- Convenient online submission
- Thorough peer review
- Inclusion in PubMed and all major indexing services
- Maximum visibility for your research

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit

