



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

***El compromiso laboral y el bienestar
psicológico en los profesionales de
enfermería de urgencias hospitalarias y
extrahospitalarias. Estudio mixto.***

Alumno: Sofía Abad Ortiz

Director: María del Mar Zulueta Egea

Madrid, abril de 2026

Contenido

Resumen	4
Abstract.....	5
Glosario de abreviaturas.....	6
Agradecimientos	7
Presentación	8
Estado de la cuestión	9
1. Fundamentación.....	9
1.1. Servicio de Urgencias.....	11
1.2. Profesionales de enfermería.....	15
1.3. Work Engagement y Bienestar Psicológico.....	17
2. Justificación	20
Fase 1 - Metodología cuantitativa	22
Objetivo general.....	22
Objetivos específicos.....	22
Diseño de estudio	22
Sujetos de estudio.....	23
Variables e instrumentos.....	24
Procedimiento de recogida de datos	27
Análisis de datos.....	27
Fase 2 – Metodología cualitativa	29
Objetivo general.....	29
Objetivos específicos.....	29
Diseño.....	29
Participantes y muestreo.....	30
Técnicas de recogida de datos	31
Análisis de datos.....	34
Fases del estudio, cronograma	34

Aspectos éticos.....	38
Limitaciones del estudio	39
Conclusiones.....	40
Bibliografía	42
Anexos	48

Resumen

Introducción: Los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de urgencias se enfrentan a un entorno laboral exigente, caracterizado por la elevada presión asistencial y carga emocional. Ante esta realidad, el interés por estudiar factores relacionados con el bienestar de las enfermeras ha ido en aumento, especialmente aquellos relacionados con la psicología positiva, como el compromiso laboral y el bienestar psicológico.

Objetivo: Analizar la relación entre compromiso laboral y bienestar psicológico en enfermeras de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid.

Metodología: Se plantea un diseño de investigación mixto. Primeramente, se desarrollará la fase cuantitativa mediante un cuestionario autoadministrado. Posteriormente, en la fase cualitativa se realizarán entrevistas semiestructuradas.

Implicaciones para la práctica enfermera: Comprender la relación entre compromiso laboral y bienestar psicológico puede ayudar a identificar factores que hagan el trabajo en urgencias más saludable. Además, los resultados podrían guiar intervenciones de apoyo y organización para mejorar la experiencia laboral de las enfermeras y reforzar, por tanto, la calidad de los cuidados.

Palabras clave: Compromiso laboral; bienestar psicológico; enfermería de urgencias.

Abstract

Introduction: Nursing professionals working in emergency departments face a demanding work environment, characterized by high care pressure and emotional burden. Given this reality, interest in studying factors related to nurses' well-being has been increasing, particularly those related to positive psychology, such as work engagement and psychological well-being.

Objective: To analyze the relationship between work engagement and psychological well-being in hospital and out-of-hospital emergency nurses in the Community of Madrid.

Methodology: A mixed-methods research design is proposed. First, the quantitative phase will be conducted using a self-administered questionnaire. Subsequently, semi-structured interviews will be carried out in the qualitative phase.

Implications for Nursing Practice: Understanding the relationship between work engagement and psychological well-being can help identify factors that make emergency work healthier. Additionally, the results could guide support and organizational interventions to improve nurses' work experience and, consequently, enhance the quality of care.

Keywords: Work engagement; psychological well-being; emergency nursing.

Glosario de abreviaturas

- AMA: Asociación Médica Americana
- ATS: Australasian Triage Scale
- BP: Bienestar Psicológico
- CE: Cansancio emocional
- CTAS: Canadian Triage and Acuity Scale
- DP: Despersonalización
- EA: Equipos Aéreos de Emergencias
- ESI: Emergency Severity Index
- FR: Falta de realización personal
- MTS: Manchester Triage System
- OIT: Organización Internacional del Trabajo
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- SB: Síndrome de Burnout
- SET: Sistema Estructurado de Triage
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- SUEH: Servicios de urgencias extrahospitalarias
- SUH: Servicios de urgencias hospitalarias
- TES: Técnicos en Emergencias Sanitarias
- USVA: Unidad de Soporte Vital Avanzado
- USVB: Unidad de Soporte Vital Básico
- UWES: Utrecht Work Engagement Scale
- VIR: Vehículo de Intervención Rápida
- VEC: Vehículos Especiales de Catástrofes
- WE: Work Engagement

Agradecimientos

Este trabajo de fin de grado representa el fin de una etapa importante, y al mirar atrás sólo puedo agradecer de corazón a todas las personas que me han acompañado durante este camino.

A mi tutora, Mar, gracias por guiarme en este proyecto, por tu paciencia y por tus mensajes de ánimo, que me han ayudado a superar los obstáculos que han ido surgiendo durante el proceso.

A mis padres, Javier y Belén, por permitirme estudiar la profesión más bonita del mundo. Gracias por inculcarme el sentido del trabajo y por vuestro apoyo incondicional a lo largo de estos cuatro años. Sin vosotros nada de esto hubiera sido posible, sois los mejores.

A mi hermana, Ali, por ser un referente en mi vida y también en la enfermería. Gracias por inspirarme y por acompañarme en este camino, has sido una fuente de motivación. Estoy deseando compartir esta nueva etapa profesional junto a ti.

A mis amigos, y en especial a Marta. Gracias por tu ayuda, por tu dulzura y por escuchar siempre mis inquietudes. Ha sido un regalo coincidir contigo en la carrera.

Presentación

El tema de estudio del presente trabajo de fin de grado aborda la relación del compromiso laboral y el bienestar psicológico de los profesionales de enfermería de los servicios de urgencias: hospitalarios y extrahospitalarios. Diversos estudios señalan a los profesionales de urgencias entre los colectivos con mayor riesgo de malestar psicológico. Es por ello, que se va a analizar la interacción de diferentes factores de la esfera laboral y personal en las enfermeras de urgencias que puedan comprometer el bienestar laboral.

El interés principal de estudiar la relación entre el compromiso laboral y el bienestar psicológico se fundamenta en la alarmante magnitud del burnout en el personal de enfermería que transforma la vocación en agotamiento crónico. La literatura científica sobre el Síndrome del Burnout es abundante. Por ello, se incide en variables de estudio positivas, con la firme convicción de que hay que intervenir sobre los factores estructurales que lo desencadenan y reforzar las medidas organizativas, culturales y legislativas que conecten a los trabajadores física, cognitiva y emocionalmente con sus puestos de trabajo.

En la actualidad, el rol de las enfermeras en España no se encuentra del todo delimitado, ya que con frecuencia supera el ámbito asistencial e incluye tareas ajenas al cuidado directo. Esta ampliación de funciones, junto con la elevada carga asistencial, la escasez de recursos y la precariedad de algunas condiciones laborales, favorece el desgaste profesional. Ante esta realidad, los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, no facilitan precisamente el bienestar laboral. Constituyen entornos exigentes desde el punto de vista organizativo y profesional, condicionados por la creciente demanda de asistencia médica urgente y el envejecimiento poblacional. Esto se debe a que los diversos servicios de urgencias destacan por su fácil accesibilidad al sistema sanitario, funcionamiento ininterrumpido y capacidad de respuesta ante una amplia variedad de problemas de salud, incluyendo aquellas demandas que podrían abordarse en otros niveles asistenciales.

El contextualizar el estudio en el ámbito de urgencias surge por mi proyección profesional de ser enfermera de urgencias y emergencias, con el objetivo de profundizar en las herramientas personales para no dejarme llevar por la deshumanización en la relación de cuidado hacia el enfermo.

Estado de la cuestión

1. Fundamentación

En España, el sistema sanitario actual se enfrenta a un proceso de transformación, condicionado por cambios sociodemográficos que amenazan de manera directa a la organización de la atención sanitaria. El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas ha supuesto un aumento de la demanda de servicios de salud, situando a los servicios de urgencias como uno de los principales puntos de acceso al sistema sanitario.

En este contexto, los datos más recientes del Ministerio de Sanidad (1) reflejan que aproximadamente la mitad de la población ha recurrido a algún servicio de urgencias del sistema público en el último año. La mayor parte de esta demanda ha sido atendida en los servicios de urgencias hospitalarios (50,8%) y en los dispositivos de urgencias de atención primaria (42,9%), mientras que una proporción menor corresponde a los servicios extrahospitalarios (6%), lo que pone de manifiesto el uso intensivo de estos recursos asistenciales y la presión creciente a la que se ven sometidos.

El uso desmesurado de los servicios de urgencias es una realidad a escala internacional (2). Esta tendente búsqueda de respuesta inmediata a los problemas de salud, no solo tiene implicaciones en términos de gasto de recursos, también supone un aumento exponencial en las listas de espera para poder ser atendido por personal sanitario, un retraso en diagnósticos, retraso en los tratamientos, una disminución de la calidad asistencial y un largo etc. de causas que no solo colapsan el sistema sanitario, sino que plantean importantes retos para los profesionales que sostienen la asistencia diaria, especialmente en el colectivo de enfermería (3).

La sobrecarga asistencial en los servicios de urgencias se asocia con la desmotivación de los profesionales sanitarios, quienes manifiestan de forma recurrente la percepción de no poder desempeñar su labor con la calidad y el rigor deseables. Esta circunstancia contribuye significativamente en la negatividad del clima laboral, favoreciendo la aparición de conflictos, tanto en la relación con pacientes y familiares, como entre los propios miembros del equipo. Como consecuencia, se observa un incremento del absentismo laboral y una mayor rotación del personal en estos servicios. Asimismo, el mantenimiento de esta situación puede dar lugar a un agotamiento físico y emocional, que deriva en estrés laboral crónico y en el desarrollo del síndrome de burnout (SB).

Frente al tradicional estudio del malestar, en los últimos años se han investigado los factores positivos asociados al trabajo y su impacto en la vida de las personas. Destacan el compromiso laboral, o en inglés, work engagement (WE) y el bienestar psicológico (BP). El WE se trata de una reacción psicológica que produce una sensación de bienestar, compromiso afectivo y motivacional respecto a su actividad laboral que genera mayor satisfacción profesional, menor intención de abandono y una mejor calidad del cuidado percibida por los pacientes (4).

Por su parte, el bienestar psicológico (BP) se entiende como la valoración positiva y dinámica que el individuo realiza sobre su propia vida. Esta percepción incluye el grado de satisfacción consigo misma y con diferentes aspectos de su vida, como la esfera laboral. Éste, además, puede verse influido por factores personales, sociales y por las experiencias estresantes que atraviesa el individuo (5).

En el área de las urgencias, donde las demandas emocionales y cognitivas son especialmente intensas, el compromiso laboral y el bienestar psicológico adquieren una relevancia particular como posibles factores protectores frente al desgaste profesional, contribuyen en la sostenibilidad del cuidado enfermero. Sin embargo, la evidencia disponible muestra resultados heterogéneos y sugiere la necesidad de analizar estas variables teniendo en cuenta los distintos contextos asistenciales, que presentan características organizativas y exigencias profesionales bien diferenciadas.

El objetivo es identificar posibles perfiles diferenciales entre el compromiso laboral y el bienestar psicológico mediante la evaluación cuantitativa y profundizar en las percepciones de los profesionales de enfermería de urgencias sobre estas variables.

A continuación, se expone el marco teórico del campo de estudio, en el que se desarrollan las principales variables consideradas en este trabajo de fin de grado.

1.1. Servicio de Urgencias

El término de urgencia sanitaria ha evolucionado a lo largo del tiempo, adecuándose a la historia y sociedad del momento. Las primeras referencias de urgencia se asocian a conflictos bélicos, epidemias o desastres naturales, forzando la creación de centros sociosanitarios en los que se prestaban cuidados elementales, los hospitales primitivos (6). Con el progreso del conocimiento científico y la creación de los sistemas sanitarios, se ha podido hacer frente a las situaciones clínicas que en épocas anteriores suponían una amenaza para la supervivencia humana. Sin embargo, las patologías y los problemas de salud que afectan a la sociedad no son estáticos, sino que se modifican en función de los cambios sociodemográficos (6).

En este contexto, la definición actual de urgencia, según la Asociación Médica Americana (AMA) (7) es *“la condición que, a juicio del propio paciente, de su entorno familiar o de quien asume la responsabilidad de su traslado, precisa asistencia sanitaria inmediata”*. Por lo general, las urgencias son accidentes, episodios agudos o manifestaciones imprevistas de alguna enfermedad existente (8).

A partir de esta base, la literatura distingue diferentes conceptos que son necesarios describir para una mayor comprensión de su organización y acercamiento a los cuidados en ámbito de urgencias.

En primer lugar, la urgencia implica la necesidad de atención en un plazo limitado de tiempo, mientras que la emergencia se asocia a situaciones en las que la vida del paciente conlleva un riesgo inmediato de fallecimiento y requiere una intervención sanitaria prioritaria (9). Es por ello, que los usuarios que demandan un servicio de urgencias deben de ser clasificados inmediatamente por un profesional de enfermería que dictamine objetivamente un orden de prioridad asistencial, conocido como triaje (10).

El término triaje procede del verbo francés *trier*, cuyo significado es clasificar o seleccionar, y ha sido aceptado por la Real Academia Española (11). Lejos de perseguir una reducción de los tiempos de espera o una atención basada en el orden de llegada, el triaje tiene como finalidad principal mejorar la asistencia y la seguridad clínica, identificando de manera rápida a los pacientes con mayor riesgo y asignándoles un tiempo máximo de espera acorde con la gravedad de su situación clínica (9).

Actualmente, existen diversos modelos de triaje ampliamente reconocidos por su eficacia en los servicios de urgencias. En España, dado que no existe un sistema de triaje considerado como estándar de referencia, cada institución sanitaria selecciona el modelo que considera más adecuado según sus características y necesidades asistenciales (12).

Principalmente destacan la Australasian Triage Scale (ATS), la Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), el Manchester Triage System (MTS), el Emergency Severity Index (ESI) y el Sistema Estructurado de Triage (SET), este último desarrollado e implantado en entornos de habla hispana. Los sistemas de triaje nombrados utilizan escalas de cinco niveles, ya que la evidencia científica respalda este tipo de clasificación (12).

Desde una perspectiva teórica, el médico español Josep Gómez Jiménez (9,13) ha contribuido a la formación del concepto de urgencia mediante el Sistema Estructurado de Triage (SET), constructo dinámico formado por tres elementos fundamentales: urgencia, gravedad y complejidad.

La urgencia, como hemos descrito anteriormente, se entiende como una situación clínica con potencial para poner en peligro la salud o la vida del paciente, en la que el tiempo resulta determinante. De modo que a mayor urgencia se requiere una intervención más rápida, profunda y compleja (13).

La gravedad, aunque se intenta objetivar mediante criterios clínicos, posee un gran componente subjetivo, ya que no solo depende de la valoración profesional, sino también de la percepción del paciente y de su entorno. Es decir, el miedo, el sufrimiento, el dolor, el escándalo público y las expectativas influyen de manera significativa respecto a la atención sanitaria (13).

Por su parte, la complejidad se relaciona con la dificultad diagnóstica y terapéutica del proceso asistencial, así como con la necesidad de recursos humanos y materiales, estando condicionada por factores como la edad, las patologías asociadas y el pronóstico del paciente (13).

La base general de organización de los servicios de urgencias sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, la constituyen las urgencias hospitalarias y urgencias extrahospitalarias, dependiendo del entorno de actuación (9). Por otro lado, tal como señala el Ministerio de Sanidad y Consumo, los respectivos gobiernos autonómicos poseen la competencia en materia de salud para garantizar el recurso de atención sanitaria de estos sistemas (14).

Urgencias hospitalarias

Los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) es la unidad asistencial integrada dentro del hospital, encargada de atender de forma inmediata los procesos urgentes en el área geográfica determinada y las especialidades de referencia del centro. Teniendo en cuenta la amplia demanda de las urgencias hospitalarias, es preciso un seguimiento desde la primera valoración y tratamiento hasta el alta del paciente o su ingreso en una unidad de hospitalización o cuidados críticos (9).

Se trata de un servicio abierto a la población, con una demanda no programable y una circulación de entrada impredecible (15). Esta circunstancia, junto con la dependencia de la disponibilidad de camas para la salida de los pacientes que precisan ingreso, genera una saturación que dificulta la calidad asistencial (9). Por ello, clasificar a los pacientes adecuadamente según el SET, facilita las actuaciones diagnósticas y terapéuticas, teniendo en cuenta no solo las necesidades individuales de cada paciente, sino también las del conjunto de personas en espera, con independencia de la vía de acceso al servicio o del medio de transporte utilizado (16).

El colectivo mayoritario en el SUH es el equipo de enfermería, dotado de formación, espacio y equipamiento en el que la existencia de protocolos consensuados y la coordinación interna del equipo multidisciplinar es un pilar imprescindible para facilitar la atención sanitaria (9). No obstante, ante el incontrolable flujo de pacientes, se destaca la excepcional labor organizativa, toma de decisiones rápida y adaptación constante a situaciones de alta complejidad. A ello se suma una importante carga emocional inherente al contexto de urgencias (17).

Urgencias extrahospitalarias

Los servicios de urgencias extrahospitalarias (SUEH) presentan un desarrollo relativamente reciente en el ámbito sanitario. Históricamente, dicha asistencia ha estado estrechamente relacionada a la atención a heridos en conflictos bélicos, lo que impulsó el desarrollo de sistemas de evacuación y transporte sanitario (9). En la actualidad, los SUEH abarcan tanto la protección civil como la asistencia sanitaria con disponibilidad las 24 horas del día, encargados, por tanto, de acudir de forma precoz al escenario de urgencia (15).

Según las características de la urgencia y de las necesidades de atención requeridas, se despliegan diferentes tipos de dispositivos, entre los que destacan: la unidad de soporte vital avanzado (USVA), unidad de soporte vital básico (USVB), vehículo de intervención rápida (VIR), equipos aéreos de emergencias (EA) y vehículos especiales de catástrofes (VEC) (18). Todo ello es posible gracias al trabajo coordinado con la central de emergencias y cooperación con otros servicios implicados (Policía, Bomberos, etc.), que operan desde la activación de la cadena asistencial por la primera persona interviniente (familiar, testigo, paciente, etc.) (19).

La metodología de trabajo de SUEH se basa en protocolos específicos y procedimientos estandarizados, recogidos en un manual de procedimientos. Se trata del recurso principal de trabajo para garantizar una atención sanitaria de calidad. Las enfermeras de este servicio están presentes principalmente en las USVA, VIR, EA y VEC integradas en un equipo junto a un médico y un técnico en emergencias sanitarias (TES) (18).

Desde el punto de vista fisiológico, el transporte sanitario implica una serie de factores mecánicos, como aceleraciones, vibraciones y cambios de velocidad, que pueden afectar a pacientes hemodinámicamente inestable. Por ello, se enfatiza la necesidad de una conducción prudente, la correcta inmovilización del paciente y, siempre que sea posible, la estabilización previa antes de iniciar el traslado (9).

Las enfermeras en el sector de urgencias extrahospitalarias poseen gran autonomía y responsabilidad debido a la complejidad del entorno y distribución de competencias del equipo en aviso asistencial, ya que no tenemos otro compañero de enfermería en quien apoyarnos. El equipo tiene como fin último mantener las funciones vitales desde el punto de vista cardiorrespiratorio y trasladar al paciente hemodinámicamente estable, al centro hospitalario más adecuado (9). Es por ello, que la comunicación eficaz durante el proceso asistencial cobra más importancia que nunca, tanto con el paciente, como con el equipo interdisciplinar, para conseguir el mejor resultado clínico.

1.2. Profesionales de enfermería

El estudio de las variables del presente trabajo de fin de grado se lleva a cabo sobre la profesión de enfermería, específicamente las enfermeras del servicio de urgencias, tanto hospitalarias como extrahospitalarias.

En ambos el ejercicio profesional presenta elementos comunes, derivados del elevado grado de especialización que exige la atención urgente. La complejidad clínica de los pacientes y la naturaleza imprevisible de las situaciones atendidas requieren una actuación enfermera basada en competencias avanzadas, orientadas a la toma de decisiones rápidas y seguras. En este contexto, la práctica asistencial se apoya de forma sistemática en procedimientos estandarizados y herramientas protocolizadas, como el enfoque ABCDE para la valoración y actuación inicial o el uso del historial SAMPLE para la recogida estructurada de información clínica (20).

Además, presentan un núcleo común en las funciones que desempeñan en su práctica profesional. En ambos entornos, la valoración inicial del paciente, la identificación precoz de situaciones de gravedad, la monitorización clínica y la activación de protocolo urgentes basados en la evidencia constituyen elementos centrales de su práctica profesional (9,17).

Asimismo, la literatura describe que ambos perfiles desarrollan su actividad en escenarios de alta carga emocional, con exposición frecuente al sufrimiento, al dolor, a la muerte y a la interacción con pacientes y familiares en situaciones de ansiedad. Esta realidad no solo exige competencia técnica, sino también habilidades comunicativas, capacidad de trabajo en equipo interdisciplinar y un importante control emocional (21,22).

A pesar de estas similitudes, la enfermería de urgencias hospitalarias y la extrahospitalaria difiere en diversos aspectos, derivados principalmente del entorno de actuación y de los recursos disponibles. En los servicios de urgencias hospitalarios, la atención se desarrolla en un medio estructurado, con acceso inmediato a tecnología diagnóstica, y disponibilidad de recursos materiales especializados. Además, la enfermera actúa integrada en equipos amplios y jerarquizados, con una elevada carga asistencial y una fuerte presión derivada de la saturación del servicio (23).

Por el contrario, en el ámbito extrahospitalario, la enfermería presta cuidados en escenarios no controlados, frecuentemente el domicilio del paciente o los espacios públicos. Esto conlleva un acceso a recursos limitados y en condiciones ambientales variables. Esta realidad confiere a la enfermera un mayor grado de autonomía clínica, ya que debe realizar valoraciones rápidas, iniciar intervenciones de soporte vital y tomar decisiones relevantes en ausencia, en muchos casos, de apoyo inmediato (24,25).

Además, mientras que en el entorno hospitalario el trabajo se ve condicionado por la masificación, los tiempos de espera y la continuidad asistencial interna, en los sistemas extrahospitalarios predominan factores como la presión temporal, la movilidad constante, el riesgo físico y la necesidad de coordinación con múltiples dispositivos (policía, bomberos, centros coordinadores).

1.3. Work Engagement y Bienestar Psicológico

El análisis del bienestar laboral en el ámbito sanitario ha estado tradicionalmente relacionado con la investigación de sus expresiones negativas. En este contexto, la literatura científica ha identificado el Síndrome de Burnout o Síndrome de Agotamiento Profesional (SB) como una de las principales manifestaciones del malestar asociado al trabajo en los profesionales de enfermería, debido a su elevada prevalencia y a su trascendencia tanto en la salud de los profesionales como en la calidad de sus cuidados (26,27).

El SB fue descrito inicialmente por Freudenberger; no obstante, fueron los trabajos posteriores de Maslach los que permitieron su consolidación teórica y su reconocimiento internacional como un fenómeno de carácter global dentro de la psicología del trabajo y de las organizaciones (28). Desde esta perspectiva, el burnout se definió como una respuesta al estrés laboral crónico, especialmente frecuente en contextos asistenciales caracterizados por demandas emocionales intensas, elevada presión asistencial y exigencias organizativas continuadas (26).

Clásicamente, el burnout se ha conceptualizado a partir de tres dimensiones: el cansancio emocional (CE), entendido como el agotamiento de los recursos emocionales frente a las demandas laborales; la despersonalización (DP), manifestada en actitudes distantes o cínicas hacia los pacientes; y la falta de realización personal (FR), reflejada en una percepción negativa de la competencia profesional y del logro en el trabajo (26,28). Este patrón suele desarrollarse de forma progresiva como consecuencia de la exposición prolongada a estresores laborales, más que como una reacción puntual a situaciones aisladas. En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo (29) advierte que el impacto del estrés laboral puede intensificarse cuando las instituciones no proporcionan un apoyo adecuado a los trabajadores.

Durante décadas, la investigación sobre la salud laboral se centró casi exclusivamente en este enfoque patogénico, orientado a identificar factores de riesgo y prevenir el deterioro del bienestar de los profesionales. Sin embargo, a finales del siglo XX, este planteamiento comenzó a ser cuestionado. Desde la psicología positiva se propuso ampliar el marco de análisis más allá de la mera ausencia de enfermedad o malestar, incorporando el estudio de los factores que favorecen la vinculación positiva con el trabajo.

En este contexto surge el término de *work engagement* (WE) o compromiso laboral por Maslach y Leiter (1997), quienes inicialmente lo conceptualizaron como extremos opuestos del desgaste profesional, entendiendo ambos polos como un mismo continuo de bienestar laboral (30). Tiempo después, Schaufeli y colaboradores en 2001, definen el WE como estado mental positivo y persistente relacionado con el trabajo y compuesto de tres dimensiones: el vigor, que hace referencia a elevados niveles de energía y resiliencia mental; la dedicación, asociada al entusiasmo, la inspiración y el sentido de significado del trabajo; y la absorción, entendida como la concentración plena y la implicación profunda en la actividad laboral (30).

La evaluación del compromiso laboral en el ámbito sanitario se realiza habitualmente mediante la Escala Utrecht de Engagement en el Trabajo (UWES). Se compone de diferentes versiones, sin embargo, la más utilizada consta de 17 ítems distribuidos en las tres dimensiones mencionadas, con alternativas de respuesta tipo Likert que valoran la frecuencia de las experiencias asociadas al trabajo (30). Este instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, permitiendo identificar niveles de energía, implicación y vinculación positiva con la actividad profesional de enfermería.

No obstante, la presencia de altos niveles de *work engagement* no implica necesariamente la existencia de un adecuado bienestar psicológico, ya que ambos constructos, aunque relacionados conceptualmente, responden a dimensiones distintas del funcionamiento psicosocial. Del mismo modo, niveles moderados o bajos de compromiso laboral no determinan de forma automática un deterioro del bienestar. Por ello, resulta pertinente abordar el bienestar psicológico como variable diferenciada, con el fin de examinar de manera específica su relación, posibles convergencias y divergencias con el compromiso laboral en el contexto de las enfermeras de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

El bienestar psicológico se fundamenta en diversas corrientes de la psicología humanista y del desarrollo, donde autores como Maslow, Rogers, Jung o Allport destacaron la importancia de la autorrealización, el desarrollo del potencial personal y la madurez psicológica. Posteriormente, las teorías del desarrollo a lo largo del ciclo vital, propuestas por Erikson o Bühler, ampliaron esta perspectiva al señalar que el bienestar se construye a través de la adaptación a los distintos retos que aparecen en las diferentes etapas de la vida (31).

A partir de estas aportaciones, Carol Ryff propuso un modelo integrador de bienestar psicológico que supera la visión tradicional basada únicamente en la ausencia de

enfermedad. Su propuesta conceptualiza el bienestar como un estado dinámico relacionado con el desarrollo óptimo del individuo y se estructura en seis dimensiones fundamentales: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (31).

En primer lugar, la autoaceptación se refiere a mantener una actitud positiva hacia uno mismo y aceptar tanto las propias cualidades como las experiencias vividas. Las relaciones positivas con los demás es la capacidad de establecer vínculos cercanos, basados en la confianza, la empatía y el apoyo mutuo.

La autonomía hace referencia a la capacidad de actuar según los propios valores y criterios, sin depender excesivamente de la aprobación externa. Por su parte, el dominio del entorno se relaciona con la habilidad para manejar las demandas del contexto y desenvolverse de forma eficaz en la vida cotidiana.

Otra dimensión es el propósito en la vida, que alude a tener objetivos y una sensación de dirección que otorgue sentido a la propia vida. Finalmente, el crecimiento personal refleja el deseo de aprender de las experiencias y continuar evolucionando a lo largo del tiempo (31).

Para su medición, Ryff desarrolló la *Psychological Well-Being Scale*, un instrumento ampliamente utilizado en investigación que evalúa dichas dimensiones mediante cuestionarios autoadministrados (31).

El fin último del estudio del compromiso laboral y el bienestar psicológico comprende analizar la repercusión que ambas variables puedan tener en los profesionales de enfermería de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, como variable criterio del trabajo de fin de grado.

2. Justificación

El presente trabajo de fin de grado se centra en el estudio del compromiso laboral y su relación con el bienestar psicológico en las enfermeras que desarrollan su actividad profesional en los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios. La elección de este tema responde a la necesidad de profundizar en factores psicosociales positivos que influyen en la experiencia laboral de las profesionales de enfermería, en un contexto asistencial caracterizado por una elevada exigencia emocional, organizativa y asistencial.

En las últimas décadas la literatura científica ha analizado ampliamente la salud laboral del personal de enfermería, una parte significativa de estos estudios se ha centrado principalmente en variables negativas, como el síndrome de burnout, describiendo su relación inversa con el compromiso laboral. Sin embargo, son menos los trabajos que abordan desde una perspectiva positiva la interacción entre el work engagement y el bienestar psicológico, especialmente en el ámbito de las urgencias.

Asimismo, la mayoría de las investigaciones disponibles analizan estos constructos de forma global o en contextos asistenciales específicos, sin profundizar en las posibles diferencias existentes entre los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios. Esta ausencia de estudios comparativos justifica la necesidad de explorar de manera conjunta ambos escenarios asistenciales.

Identificar estos elementos puede contribuir a generar conocimiento útil para el desarrollo de estrategias organizativas e intervenciones de apoyo profesional dirigidas a promover entornos de trabajo más saludables en los servicios de urgencias. Este aspecto adquiere especial relevancia en el contexto sociodemográfico actual del sistema sanitario español, marcado por el envejecimiento poblacional y el aumento progresivo de la demanda asistencial.

Para abordar esta cuestión, el estudio se plantea a partir de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se manifiesta el compromiso laboral y cuál es su relación con el bienestar psicológico en las enfermeras que trabajan en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios?

Con el fin de responder a esta pregunta, se ha optado por un diseño de investigación mixto. En una primera fase cuantitativa se analizarán las diferencias en los niveles de compromiso laboral y bienestar psicológico mediante el uso de escalas validadas. Posteriormente, una fase cualitativa permitirá profundizar en las percepciones y experiencias de las profesionales, con el objetivo de comprender mejor el significado que atribuyen a estos fenómenos en su práctica diaria.

Como finalidad última, este trabajo pretende contribuir a la mejora del bienestar laboral de las enfermeras de urgencias, generando conocimiento que permita identificar aquellos factores que favorecen la vinculación positiva con el trabajo y que pueden orientar futuras intervenciones organizativas y estrategias de cuidado profesional.

Objetivos

Por ello, el presente trabajo de fin de grado propone los siguientes objetivos generales:

- Evaluar las diferencias entre el compromiso laboral y el bienestar psicológico de los profesionales de enfermería de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, en la Comunidad de Madrid.
- Profundizar en las percepciones sobre el compromiso laboral y su relación con el bienestar psicológico en las enfermeras que trabajan en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, en la Comunidad de Madrid.

Fase 1 - Metodología cuantitativa

Objetivo general

Evaluar las diferencias entre el compromiso laboral y el bienestar psicológico de los profesionales de enfermería de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, en la Comunidad de Madrid.

Objetivos específicos

1. Describir los niveles de compromiso laboral en enfermeras que trabajan en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios de las instituciones sanitarias seleccionadas de la Comunidad de Madrid.
2. Describir los niveles de bienestar psicológico en enfermeras de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias de los hospitales e instituciones de la Comunidad de Madrid seleccionados.
3. Analizar la relación entre compromiso laboral y bienestar psicológico en enfermeras que trabajan en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios de la Comunidad de Madrid.

Diseño de estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

En primer lugar, es observacional porque no se interviene sobre las variables, limitándose a la recogida de datos en el contexto natural de las profesionales de enfermería que trabajan en servicios de urgencias.

Es de carácter descriptivo, ya que busca caracterizar el perfil sociodemográfico y los niveles de compromiso laboral y bienestar psicológico en una población específica, sin establecer relaciones causales entre ellas.

Finalmente, es transversal, pues la recogida de datos se realiza en un único punto temporal. Esto resulta eficiente para identificar de forma precisa y simultánea la prevalencia de las variables estudiadas en los dos ámbitos asistenciales de urgencias.

La duración total del estudio se estima en 12 meses, abarcando la recogida de datos, procesamiento estadístico y la redacción de las conclusiones de la fase cualitativa en el segundo semestre de 2026.

Sujetos de estudio

Población diana

La población diana del estudio estará constituida por los profesionales de enfermería que desempeñan su actividad asistencial en servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios de la Comunidad de Madrid, tanto en centros públicos como privados. Es a esta población a la que se pretende generalizar los resultados obtenidos, en relación con los niveles de compromiso laboral y bienestar psicológico.

Población de estudio

La población de estudio estará formada por los enfermeros que, perteneciendo a la población diana, ejerzan en centros accesibles para la investigadora y que cumplan los criterios de selección establecidos.

En el ámbito hospitalario se incluirán profesionales de los servicios de urgencias del Hospital Universitario La Paz, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital Clínico San Carlos y Hospital San Rafael.

En el ámbito extrahospitalario se incluirán profesionales pertenecientes al SUMMA 112 y al SAMUR-Protección Civil.

Se establecen los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Personal de enfermería activo en servicios de urgencias hospitalarios o extrahospitalarios de la Comunidad de Madrid
- Antigüedad mínima de 6 meses en el servicio actual
- Comprensión y dominio del castellano
- Disposición voluntaria y firma del consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Situación de baja laboral o vacaciones en el momento de la recogida de datos
- Diagnóstico actual de trastorno de salud que pueda alterar significativamente el bienestar psicológico

Muestra

La muestra estará formada por 250 profesionales de enfermería, distribuidos en 125 enfermeros de urgencias hospitalarias y 125 de urgencias extrahospitalarias.

Se empleará la técnica de muestreo probabilístico aleatorio simple. Para ello, se solicitará a las direcciones de enfermería de los centros participantes un listado actualizado de los profesionales de enfermería de urgencias y que cumplan los criterios de inclusión.

Una vez obtenidos los listados completos de la población accesible en cada ámbito (hospitalario y extrahospitalario), se enumerará a cada profesional de forma consecutiva. Posteriormente, mediante un programa informático de generación de números aleatorios, se seleccionarán los 125 sujetos correspondientes a cada grupo, garantizando que todos los profesionales tengan la misma probabilidad de ser elegidos. El tamaño muestral propuesto permitirá realizar los análisis con un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$), conforme a los estándares establecidos en estudios de ciencias de

Variables e instrumentos

La selección de variables se ha realizado atendiendo a la pregunta de investigación planteada. Por ello, las variables principales del proyecto son el compromiso laboral (*work engagement*) y el bienestar psicológico, ambas de naturaleza cuantitativa continua.

Además, se consideraron las siguientes variables sociodemográficas y de la organización por su interés en relación con el objetivo de estudio:

- Variables sociodemográficas: género, edad, estado civil y percepción de apoyo familiar o de compañeros.
- Variables de la organización: ámbito de urgencias (hospitalario o extrahospitalario), tipo de contrato laboral, turno de trabajo, años de experiencia, formación en urgencias y remuneración económica.

La representación de la Tabla 1 recoge las variables principales, sociodemográficas y de la organización diseñadas específicamente para este trabajo.

Tabla 1. Variables principales, sociodemográficas y de la organización.

Variables	Categorías	Naturaleza	Medición
Compromiso laboral	-	Cuantitativa continua	UWES - 17
Bienestar psicológico	-	Cuantitativa continua	Escala de Ryff
Género	Hombre Mujer	Cualitativa nominal	Selección autoinforme
Edad	-	Cuantitativa continua	Edad en años
Estado civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Pareja de hecho	Cualitativa nominal	Selección autoinforme
Formación urgencias	Máster Experto No	Cualitativa ordinal	Selección autoinforme
Ámbito de urgencias	Hospitalarias Extrahospitalarias	Cualitativa nominal	Selección autoinforme
Tipo de contrato laboral	Temporal Indefinido	Cualitativa nominal	Selección autoinforme
Turno de trabajo	Mañana Tarde Noche Alterno	Cualitativa nominal	Selección autoinforme
Años de experiencia en urgencias	0 – 28	Cuantitativa ordinal	Años completos de experiencia
Remuneración económica	<1500€ 1500 – 2000€ >2000€	Cuantitativa ordinal	Selección autoinforme

Instrumentos

Para la evaluación del compromiso laboral se utilizará a la versión española de la *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES - 17). Este instrumento fue desarrollado originalmente por Schaufeli y Bakker (32) y posteriormente adaptado y validado en población española por Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, en 2000 (33).

Está formada por 17 ítems distribuidos en tres subescalas: vigor (seis ítems), dedicación (cinco ítems) y absorción (seis ítems). Cada ítem se responde mediante una escala ordinal tipo Likert de siete puntos, con valores comprendidos entre 0 (“nunca”) y 6 (“siempre”), que reflejan la frecuencia con la que el profesional experimenta determinados estados relacionados con su actividad laboral.

Las puntuaciones se obtienen a partir del promedio de los ítems, permitiendo calcular una puntuación total de compromiso laboral y puntuaciones específicas para cada dimensión. La versión española ha mostrado adecuados índices de fiabilidad, con valores del coeficiente alfa de Cronbach comprendidos entre 0,80 y 0,90 (32).

La versión completa del instrumento empleado se incluye en el Anexo I, con el fin de facilitar la revisión metodológica.

Por otro lado, se utiliza la Escala de Bienestar Psicológico desarrollada por Carol Ryff para medir la variable bienestar psicológico. Se ha optado por su versión abreviada adaptada en población española, según el trabajo realizado por Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle, y Dierendonck en 2006 (34).

La versión seleccionada consta de 29 ítems con formato de respuesta tipo Likert, que valoran en un intervalo de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 6 (“totalmente de acuerdo”) el grado de acuerdo con diversas afirmaciones relacionadas con el funcionamiento psicológico positivo. Los ítems se agrupan en seis subescalas: autoaceptación (cuatro ítems), relaciones positivas (cinco ítems), autonomía (seis ítems), dominio del entorno (cinco ítems), crecimiento personal (cuatro ítems) y propósito vital (cinco ítems).

Las puntuaciones se calculan mediante el sumatorio de los ítems correspondientes a cada dimensión, pudiéndose obtener asimismo una puntuación global de bienestar psicológico. La adaptación española ha mostrado niveles adecuados de consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach iguales o superiores a 0,70 (34).

La escala administrada en el presente estudio se incluye en el Anexo II.

Procedimiento de recogida de datos

Para la recogida de información, se llevará a cabo la siguiente secuencia.

Una vez obtenidos los permisos pertinentes y la aprobación por el Comité de Ética de la Investigación, se procederá a la elaboración del listado actualizado de profesionales de enfermería que trabajen en los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias incluidos en el estudio, en colaboración con su correspondiente Subdirección General.

A partir de dicho listado, se realizará la selección de la muestra mediante muestreo aleatorio simple. Los profesionales seleccionados serán contactados a través de correo electrónico corporativo, donde se les facilitará información detallada sobre los objetivos del estudio, su carácter voluntario y la garantía de confidencialidad y anonimato de los datos. Aquellos que acepten participar deberán firmar el correspondiente consentimiento informado.

La recogida de datos se llevará a cabo durante el segundo semestre de 2026 mediante un cuestionario autoadministrado vía Google Forms enviado por correo electrónico, que incluirá las variables sociodemográficas y laborales, así como las escalas UWES y de Bienestar Psicológico de Ryff. El tiempo estimado de cumplimentación será de aproximadamente 20-25 minutos.

Los datos serán registrados de forma anónima, codificados y almacenados en una base de datos protegida, accesible únicamente para el equipo investigador. Finalizada la recogida, se procederá al análisis estadístico conforme al plan establecido.

Análisis de datos

El análisis estadístico se llevará a cabo con el programa *IBM SPSS Statistics* (versión 31) para el tratamiento de datos cuantitativos.

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de las subescalas de la UWES-17 (vigor, dedicación y absorción) y de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito vital) para el conjunto de la muestra y diferenciando según el ámbito asistencial (urgencias hospitalarias y extrahospitalarias). Asimismo, se describirán las características sociodemográficas y laborales de los participantes.

Las variables cualitativas (sexo, estado civil, formación en urgencias, ámbito asistencial, tipo de contrato y turno de trabajo) se organizarán mediante frecuencias y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas (edad, años de experiencia, puntuaciones de compromiso laboral y bienestar psicológico) se resumirán mediante media y desviación estándar.

Una vez realizado el análisis descriptivo, se procederá al análisis de posibles diferencias y asociaciones entre las variables. Concretamente, se examinarán:

1. Correlación entre el compromiso laboral y el bienestar psicológico de las enfermeras en servicios de urgencias, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, dado que son variables cuantitativas continuas.
2. Las diferencias en las puntuaciones medias de compromiso laboral entre enfermeras de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, utilizando la prueba t de Student para muestras independientes.
3. Las diferencias en las puntuaciones medias de bienestar psicológico entre enfermeras de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, mediante la prueba t de Student para muestras independientes.

Se considerará estadísticamente relevante un valor de $p < 0,05$. Debido al carácter observacional y transversal del estudio, los resultados permitirán detectar asociaciones estadísticas, sin posibilitar la inferencia de relaciones causales entre las variables analizadas.

Fase 2 – Metodología cualitativa

Objetivo general

Profundizar en las percepciones sobre el compromiso laboral y su relación con el bienestar psicológico en las enfermeras que trabajan en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, en la Comunidad de Madrid.

Objetivos específicos

1. Explorar cómo las enfermeras de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid perciben el compromiso laboral en su práctica asistencial diaria.
2. Analizar las percepciones de las profesionales de enfermería de urgencias de la Comunidad de Madrid sobre los factores laborales y organizativos que influyen en su bienestar psicológico.

Diseño

Estudio cualitativo de enfoque fenomenológico.

Concretamente, se centra en explorar y comprender el significado que las profesionales de enfermería atribuyen al compromiso laboral y a su relación con el bienestar psicológico en el contexto de los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios. La recogida de datos se desarrollará durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2026.

La información se obtendrá a través de entrevistas semiestructuradas individuales de forma presencial, siguiendo un guion previamente elaborado, pero permitiendo la flexibilidad necesaria para profundizar en los aspectos emergentes durante el diálogo.

Participantes y muestreo

Participarán un total aproximado de 12 enfermeras que desarrollen su actividad laboral en servicios de urgencias de la Comunidad de Madrid. Se realizará una distribución equilibrada entre el ámbito hospitalario y el extrahospitalario. Del total de participantes previsto, se estima que la mayoría serán mujeres, debido a la feminización de la profesión, aunque se incluirán también profesionales varones. Las edades estarán comprendidas entre los 25 y los 55 años, y la experiencia profesional en urgencias oscilará entre 2 y 20 años. Se procurará que las participantes presenten perfiles variados en cuanto a antigüedad, tipo de contrato y turno de trabajo (mañana, tarde o rotatorio), con el fin de recoger distintas vivencias del compromiso laboral y su relación con el bienestar psicológico.

En el ámbito hospitalario se incluirán enfermeras de los servicios de urgencias del Hospital Universitario La Paz, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital Clínico San Carlos y Hospital San Rafael. Mientras que, en el ámbito extrahospitalario participarán profesionales del SUMMA 112 y del SAMUR-Protección Civil.

La selección de las participantes se realizará mediante muestreo por conveniencia, atendiendo criterios de accesibilidad. Las profesionales serán contactadas telefónicamente, proporcionándoles información detallada sobre la investigación y acordando posteriormente día, hora y lugar para la entrevista

En cuanto al lugar de realización, las entrevistas se llevarán a cabo en un espacio tranquilo y privado dentro de los propios dispositivos asistenciales, siempre que las condiciones lo permitan y no interfieran en la actividad asistencial.

La duración estimada de cada entrevista será de entre 30 y 40 minutos, en función de la profundidad del discurso. El inicio de cada sesión estará precedido por una breve explicación del estudio, la confirmación del consentimiento informado y la autorización para la grabación en audio.

Las 12 entrevistas serán realizadas por la misma investigadora, para reducir posibles variaciones derivadas del estilo del entrevistador. La información se registrará mediante grabación de voz y, posteriormente, se procederá a su transcripción literal para su análisis.

Técnicas de recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo mediante entrevistas semiestructuradas individuales realizadas de forma presencial a un total de 12 participantes. La elaboración del guion de entrevista se ha desarrollado siguiendo los principios metodológicos propios de la investigación cualitativa (35).

En primer lugar, se delimitaron los fenómenos de estudio, centrados en el compromiso laboral y el bienestar psicológico en profesionales de enfermería de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Esta delimitación se fundamenta en una revisión bibliográfica previa sobre *work engagement* en enfermería y el bienestar psicológico en servicios sanitarios de urgencia.

En segundo lugar, se definió el propósito de la entrevista, orientado a profundizar en la experiencia subjetiva de las participantes, comprender los significados que atribuyen a ambos fenómenos y explorará cómo se articulan en su práctica profesional cotidiana.

A partir de este planteamiento, el guion de la entrevista se estructura en torno a tres dimensiones, construidas a partir de los fenómenos de estudio. Estas dimensiones permiten organizar la exploración de manera progresiva, desde la conceptualización individual de cada fenómeno hasta la vivencia de su interrelación en el contexto asistencial.

En tercer lugar, se procedió a la redacción del guion de la entrevista semiestructurada. Se priorizaron preguntas abiertas que facilitan la expresión libre del discurso y permiten adaptar la conversación al contexto individual de cada participante. Asimismo, se incorporaron preguntas de profundización con el fin de ampliar o matizar la información cuando fuera necesario. Durante su elaboración se tuvieron en cuenta criterios de claridad, pertinencia y ausencia de juicios de valor.

El guion de la entrevista semiestructurada individual (ver Anexo III) se inicia con una fase de acogida, en la que se dará la bienvenida a la participante, se explica el propósito del estudio y se solicita el consentimiento informado, así como la autorización para la grabación en audio. Asimismo, se registran los datos contextuales de la entrevista (fecha, lugar, ámbito asistencial y duración).

Posteriormente, se plantea una pregunta introductoria dirigida a facilitar un primer discurso sobre la experiencia de trabajar en el servicio de urgencias. A continuación, se abordan las tres dimensiones del estudio.

La primera dimensión se orienta a explorar el fenómeno del compromiso laboral en el contexto de urgencias, profundizando en el significado que las profesionales le atribuyen, sus manifestaciones en la práctica asistencial y los factores que lo favorecen o dificultan. Para su desarrollo, se toman como referencia las dimensiones teóricas de vigor, dedicación y absorción, que permiten orientar la indagación sin limitar la expresión de las participantes.

La segunda dimensión se centra en el bienestar psicológico como fenómeno multidimensional, explorando aspectos como la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito vital y el crecimiento personal. Asimismo, se indaga en el impacto del trabajo en urgencias sobre el bienestar, su repercusión en la vida personal y las estrategias de afrontamiento desarrolladas por las profesionales.

La tercera dimensión se dirige a explorar la vivencia subjetiva de la relación entre el compromiso laboral y el bienestar psicológico. Se profundiza en cómo las participantes perciben la interacción entre ambos fenómenos en su experiencia cotidiana, identificando situaciones significativas, el papel del contexto asistencial y los recursos que emplean para mantener su equilibrio personal y profesional.

La entrevista finaliza con una pregunta de cierre abierta, ofreciendo a la participante la posibilidad de añadir cualquier aspecto que considere relevante y que no haya sido abordado durante la conversación.

Asimismo, el entrevistador dispondrá de un diario de bitácora con plantilla común para registrar anotaciones relativas a elementos paralingüísticos, pausas, silencios o incidencias durante la entrevista, con el objetivo de complementar la información obtenida mediante la grabación de audio.

Una vez definida la entrevista, se valora la posibilidad de sesgos propios de la herramienta cualitativa de recogida de datos. Se detectaron como riesgo, la influencia del entrevistador, la deseabilidad social o el efecto de la grabación. Por ende, todas las entrevistas serán realizadas por el mismo investigador y en un entorno tranquilo.

Finalmente, antes de su aplicación definitiva, el guion será revisado por dos profesionales expertas en el ámbito de urgencias, con el fin de valorar la claridad, pertinencia y coherencia de las preguntas.

Análisis de datos

Dado el volumen de información, el objetivo del análisis de datos cualitativos es lograr proporcionar un orden y estructura a datos muy variados.

El análisis de la información se realizará de forma simultánea a la recogida de datos, entre los meses de septiembre, octubre y noviembre. Se seguirá el proceso propuesto por Taylor-Bogdan (36), organizado en tres momentos: descubrimiento, codificación y relativización.

En la fase de descubrimiento, las entrevistas grabadas serán transcritas y leídas con detenimiento en repetidas ocasiones para comprender el significado de los discursos. Además, se anotarán memos analíticos sobre las primeras impresiones y posibles líneas de interpretación del objeto de estudio.

Posteriormente, en la fase de codificación, el texto se etiquetará por unidades de significado, otorgando códigos a ideas relevantes expresadas o patrones repetidos en los participantes. Asimismo, estos códigos se agruparán en categorías más amplias relacionadas con los fenómenos principales del estudio, el compromiso laboral, el bienestar psicológico y la relación entre ambos. El análisis se apoyará en el programa software ATLAS.ti, que facilita el proceso de codificación de datos (37).

En cuanto a la fase de relativización, se interpretarán los datos codificados por categorías teniendo en cuenta el contexto asistencial de los participantes. Además, los resultados obtenidos serán contrastados con la literatura científica existente, con el fin de comprender la relación entre el compromiso laboral y el bienestar psicológico en el ámbito de la enfermería de urgencias.

Fases del estudio, cronograma

El desarrollo del presente Trabajo Fin de Grado se ha estructurado en tres fases diferenciadas: fase conceptual, fase metodológica y fase empírica.

La fase conceptual, desarrollada entre octubre y diciembre de 2025, constituye el punto de partida del estudio. En ella se formula la pregunta de investigación tras identificar que la mayoría de los trabajos se centran en el burnout, existiendo escasos estudios que analicen de forma conjunta el compromiso laboral y bienestar psicológico. Además, se decide centrar el tema de estudio en el entorno de las urgencias, estableciendo una

comparativa entre urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Se elabora el marco teórico de referencia, sustentado en una búsqueda de la bibliografía disponible sobre el compromiso laboral y bienestar psicológico en profesionales sanitarios de urgencias en las siguientes bases de datos: PubMed, Dialnet y Enferteca. Además, durante esta fase se ha definido el objetivo general y los objetivos específicos del trabajo.

Por su parte, en la fase metodológica se realiza el diseño del trabajo, estructurando el procedimiento de investigación en dos etapas, la cuantitativa y la cualitativa; optando por un estudio mixto.

Concretamente, en esta primera etapa cuantitativa se selecciona un diseño observacional, descriptivo y transversal. Se define la población diana y la población de estudio, estableciendo los criterios de inclusión y exclusión, así como el procedimiento de muestreo probabilístico aleatorio simple. Del mismo modo, se identifican las variables de investigación, tanto principales como sociodemográficas y organizativas, y se seleccionan herramientas de recogida de datos validadas, la versión española de la UWES-17 y la versión abreviada adaptada de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

Mientras que, en la segunda fase, correspondiente al estudio cualitativo de enfoque fenomenológico, se define la estrategia de muestreo por conveniencia, se establece una muestra de 12 participantes y se diseña el guion de la entrevista semiestructurada, organizado en tres dimensiones temáticas.

Esta fase comprende el periodo entre enero y junio de 2026, incluyendo la solicitud de permisos institucionales y la aprobación por el Comité de Ética de la Investigación.

Finalmente, la fase empírica corresponde al desarrollo práctico del estudio y al análisis de los datos obtenidos. En primer lugar, se llevará a cabo la recogida de datos cuantitativos mediante la administración de escalas validadas en formato electrónico a los 250 profesionales de enfermería seleccionados. Tendrá lugar a lo largo de los meses de junio, julio y agosto de 2026.

Posteriormente, los datos obtenidos serán depurados y analizados mediante procedimientos estadísticos descriptivos e inferenciales utilizando el programa IBM SPSS Statistics. El análisis cuantitativo se realizará durante el mes de diciembre de 2026.

En segundo lugar, se desarrollará la fase cualitativa, basada en entrevistas semiestructuradas individuales dirigidas a profesionales de enfermería de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias. Estas entrevistas permitirán profundizar en la experiencia subjetiva de 12 participantes.

La recogida de información cualitativa y el análisis de los datos se realizarán de forma simultánea. De este modo, a medida que se vayan realizando las entrevistas durante los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2026, se llevará a cabo también el proceso de análisis cualitativo propuesto por Taylor y Bogdan, fases de descubrimiento, codificación y relativización de los datos.

Para terminar, se procederá a la redacción de resultados, discusión y conclusiones mediante la elaboración un documento académico final que sintetice los principales hallazgos del estudio.

A continuación, se presenta el cronograma del estudio, donde se detallan de forma gráfica las distintas fases y actividades previstas a lo largo del desarrollo del proyecto (ver Tabla 2).

Tabla 2. Cronograma. Elaboración propia

[illegible]

Aspectos éticos

El presente estudio se desarrollará respetando los principios fundamentales de la bioética, autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, que rigen la investigación con seres humanos, conforme a lo establecido en el Convenio de Oviedo.

Previamente al inicio de la investigación, el proyecto será sometido a la evaluación y aprobación del correspondiente Comité de Ética de la Investigación de las instituciones participantes de la Comunidad de Madrid. La investigación no se iniciará hasta obtener el informe favorable de dicho comité.

La participación en el estudio será voluntaria. Los profesionales seleccionados recibirán previamente un documento en el que se explicarán los objetivos del estudio, la metodología, el procedimiento de recogida de datos y las garantías de confidencialidad. Aquellos profesionales que decidan participar deberán firmar el correspondiente consentimiento informado. Asimismo, se informará a los participantes de su derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión y sin que ello suponga ningún tipo de consecuencia laboral.

En el caso de la fase cualitativa, además del consentimiento para participar, se solicitará autorización específica para la grabación en audio de las entrevistas, necesaria para su posterior transcripción y análisis. Estas grabaciones serán utilizadas exclusivamente con fines de investigación.

Para garantizar el anonimato y la confidencialidad, los datos serán recogidos de forma codificada, asignando a cada participante un identificador numérico. Las bases de datos, grabaciones y transcripciones serán almacenadas en dispositivos protegidos y únicamente accesibles para la investigadora responsable del estudio.

El tratamiento de la información recogida se llevará a cabo de acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos en España, especialmente lo dispuesto en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, y en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en concordancia con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo.

Limitaciones del estudio

El presente trabajo de fin de grado presenta una serie de limitaciones metodológicas que deben ser consideradas.

En primer lugar, las herramientas utilizadas en la recogida de datos en la fase cuantitativa, tanto la Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17) como la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, se basan en la percepción subjetiva de los propios profesionales sobre su experiencia laboral y su estado psicológico. Este tipo de instrumentos pueden verse influidos por posibles sesgos de respuesta, entre los que destaca la tendencia de los participantes a ofrecer respuestas que consideren social o profesionalmente aceptables. Esto podría dar lugar a una sobreestimación de niveles de compromiso laboral o bienestar psicológico. No obstante, el uso de escalas validadas en investigación contribuye a reforzar la fiabilidad de las mediciones obtenidas.

En segundo lugar, al tratarse de un diseño descriptivo y transversal, las variables se analizan en un único momento en el tiempo. Por este motivo, los resultados permiten identificar posibles asociaciones entre el compromiso laboral y el bienestar psicológico, pero no permiten establecer relaciones de causalidad entre ambas variables. En consecuencia, los resultados deben interpretarse en términos de asociación estadística y no como relaciones de causa-efecto.

Por otra parte, aunque el tamaño muestral previsto resulta adecuado para los análisis estadísticos planteados, el estudio se centra en profesionales de enfermería de determinados servicios de urgencias de la Comunidad de Madrid, lo que podría limitar la generalización de los resultados a sistemas sanitarios con características organizativas diferentes o a otros contextos geográficos. Asimismo, las particularidades propias de los entornos de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, como la variabilidad en la carga asistencial o en la organización del trabajo, podrían influir en la experiencia laboral de los participantes.

A pesar de las limitaciones señaladas, este estudio aporta información relevante sobre la relación entre el compromiso laboral y el bienestar psicológico en profesionales de enfermería de urgencias. Los resultados obtenidos pueden servir de base para futuras investigaciones y para el desarrollo de estrategias orientadas a promover entornos laborales más saludables.

Conclusiones

Las aportaciones más relevantes del presente Trabajo Fin de Grado comprenden:

En primer lugar, cuantificar los niveles de compromiso laboral y bienestar psicológico de los profesionales de enfermería en el ámbito de urgencias representa una aportación de gran rigor metodológico y científico para la profesión. El empleo de instrumentos psicométricos validados, la UWES – 17 y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, permite aproximarse de manera objetiva a la realidad de este colectivo en la Comunidad de Madrid. Asimismo, el análisis de las variables sociodemográficas y organizativas facilita la identificación de factores protectores y de vulnerabilidad en un entorno asistencial caracterizado por su elevada complejidad y exigencia.

En segundo lugar, la incorporación de una fase cualitativa de enfoque fenomenológico permite profundizar en la experiencia subjetiva de las profesionales de enfermería, captando matices de la realidad laboral que no pueden ser recogidos mediante instrumentos cuantitativos. Esta aproximación aporta un valor añadido al estudio, al dar voz a las profesionales y permitir comprender los significados que atribuyen tanto al compromiso laboral como a su bienestar psicológico en el contexto de urgencias.

En tercer lugar, la integración de ambas metodologías proporciona una visión más completa del fenómeno de estudio, al combinar la objetividad de los datos cuantitativos con la riqueza interpretativa de la investigación cualitativa. Este enfoque mixto permite no solo describir niveles y asociaciones, sino también comprender cómo se configuran estas experiencias en la práctica profesional, ofreciendo una base sólida para el desarrollo de futuras investigaciones y posibles intervenciones en el ámbito sanitario.

A partir de estas aportaciones, se pone de manifiesto la necesidad de diseñar estrategias organizativas orientadas a fomentar el compromiso laboral y preservar el bienestar psicológico de las profesionales de enfermería en los servicios de urgencias. La mejora de las condiciones laborales, el fortalecimiento del apoyo institucional y la promoción de entornos de trabajo saludables se configuran como elementos clave para garantizar la sostenibilidad del cuidado enfermero.

En este sentido, conocer tanto los datos objetivos como las percepciones de las profesionales permite establecer líneas de actuación dirigidas a mejorar la calidad de vida laboral, lo que repercute directamente en la calidad de los cuidados prestados.

Finalmente, este trabajo invita a reflexionar sobre el sentido del cuidado en el ámbito de las urgencias. En un entorno marcado por la inmediatez, la presión asistencial y la alta carga emocional, el compromiso laboral y el bienestar psicológico emergen como pilares fundamentales que sostienen no solo la práctica profesional, sino también la dimensión más humana de la enfermería. Cuidar de quienes cuidan se convierte, por tanto, en una condición imprescindible para garantizar una atención sanitaria de calidad.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario 2025. Tercera oleada: nota técnica [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2025/BS_2025_3oleada/NOTA_TECNICA_BS_3OLA_2025_para_web.pdf
2. Tudela P, Mòdol J. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias [Internet]. 2015; 27:113–20. Disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2015_27_2_113-120-120.pdf
3. Cabrera-Pomasqui Carla Estefanía, Juna Christian F. Agotamiento emocional en profesionales de enfermería en un servicio de emergencia, la seguridad del paciente. Enferm. glob. [Internet]. 2024; 23(74): 446-471. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.601771>.
4. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Romero-Martín M, Ortega-Moreno M, Navarro-Abal Y. Factores predictores de los niveles de burnout y work engagement en médicos y enfermeras: una revisión sistemática: e202104046. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 5 de abril de 2021; 95:24 páginas. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/652>
5. Rozas Calderón V, Enciso Sotomayor E. Bienestar psicológico: una revisión teórica. revistavive [Internet]. 2025; 8(22):250-65. Disponible en: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/583>
6. Fontanals Jaumà R. Las urgencias hospitalarias entre los siglos XV y XXI: una aproximación a través de la historia del Hospital de la Santa Creu de Barcelona. Emergencias [Internet]. 2024; 36:391-4. Disponible en: <https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2024/09/391-394.pdf>
7. American Medical Association (AMA). Definition of “Emergency”. Chicago: AMA; 2020.

8. Urgencias Esenciales para enfermería. Iván Ortega Deballon, Amelia Díaz-Santos Dueñas. 2019. DAE. 422p
9. Rovira Gil E. Urgencias en enfermería. Tomo I. Nueva ed. Madrid: DAE; 2020. ISBN: 978-84-121131-0-5.
10. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Recomendaciones sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios [Internet]. Madrid: SEMES; 2025. Disponible en: <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2025/09/RECOMENDACIONES-SOBRE-EL-TRIAJE-EN-LOS-SUH.pdf>
11. Miró O. Triage ya está en el Diccionario de la Real Academia Española. Emergencias [Internet]. 2016; 28:285 Disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2017_29_1_65.pdf
12. Sánchez-Bermejo Raúl, Herrero-Valea Angela, Garvi-García Miguel. Los sistemas de triaje de urgencias en el siglo XXI: una visión internacional. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2021; 95: perspectivas16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100201&lng=es
13. Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias [Internet]. 2006; 18:156-64. Disponible en: <https://revistaemergencias.org/numeros-antteriores/volumen-18/numero-3/urgencia-gravedad-y-complejidad-un-constructo-teorico-de-la-urgencia-basado-en-el-triaje-estructurado/>
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. La descentralización sanitaria en Europa. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]; 2004. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_Anual_2004/CAPITULO_I_Analisis_general/descentralizacionSanitariaEuropa.pdf

15. Ministerio de Sanidad. Atención de urgencias [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; s.f. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/4AtencionDeUrgencia/AU-AtencionUrgencia.htm>
16. Comunidad de Madrid. Atención a urgencias y emergencias sanitarias [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; s.f. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-urgencias-emergencias-sanitarias>
17. Charan GS, Kalia R, Dular SK, Kumar R, Kaur K. Challenges faced by doctors and nurses in the emergency department: An integrated review. J Educ Health Promot [Internet]. 2025; 14:2. Disponible en: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_462_24
18. Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP): definiciones de urgencias y emergencias 112/061 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; s.f. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/D/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/urgencias-y-emergencias-112-061/definiciones>
19. Ostabal Artigas I, Fragero Blesa E, Comino García A. Actuación de los equipos de emergencias extrahospitalarias en el lugar del accidente. Medicina Integral. 2003; 41(3):118-125. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-actuacion-los-equipoemergencias-extrahospitalarias-13046281>
20. World Health Organization. Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f34df79f-c036-4255-9f7f-86df9dad9985/content>

21. Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Crit Care Nurse*. 2017; 37(5):e1-e9. Disponible en: <https://doi.org/10.4037/ccn2017508>
22. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag*. 2015; 23(3):346-358. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jonm.12138>
23. Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, et al. International perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med*. 2011; 18(12):1358-1370. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01235.x>
24. Ross LJ, Eade A, Shannon B, Williams B. Out-of-hospital or pre-hospital: Is it time to reconsider the language used to describe and define paramedicine?. *Australas Emerg Care*. 2022; 25(3):177-178. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.01.002>
25. Jensen JL, Croskerry P, Travers AH. Paramedic clinical decision making during high acuity emergency calls: design and methodology of a Delphi study. *BMC Emerg Med*. 2009; 9:17. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-227X-9-17>
26. Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2024 ;7(11):e2443059. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>
27. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016; 11(7):e0159015. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
28. Olivares Faúndez Víctor. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Cienc Trab*. 2017; 19(58): 59-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059>

29. Organización Internacional del Trabajo. SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo [Internet]. Segunda edición. 2012. 348 p. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203378.pdf
30. Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. La medición del compromiso y el agotamiento: un enfoque analítico factorial confirmatorio de dos muestras. *Journal of Happiness Studies* 3, 71–92 (2002). Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
31. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom*. 1996;65(1):14-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000289026>
32. Schaufeli WB, Bakker AB. UWES. Utrecht Work Engagement Scale. Manual en español. Utrecht: Utrecht University; 2003. Disponible en: https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Espanol.pdf
33. Salanova M, Schaufeli WB, Llorens S, Peiró JM, Grau R. Desde el burnout al engagement: ¿una nueva perspectiva? *Rev Psicol Trab Organ*. 2000; 16(2):117-134. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/jwop/files/63236.pdf>
34. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006; 18(3):572–577. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf>
35. Pyo J, Lee W, Choi EY, Jang SG, Ock M. Qualitative Research in Healthcare: Necessity and Characteristics. *J Prev Med Public Health*. 2023; 56(1):12-20. Disponible en: <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.451>

36. Amezcua Manuel, Gálvez Toro Alberto. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2002; 76(5): 423-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es.
37. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>

Anexos

Anexo I

Utrecht Work Engagement Scale (UWES), versión española.

Schaufeli & Bakker (2003)

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

1. _____ En mi trabajo me siento lleno de energía
2. _____ Mi trabajo está lleno de significado y propósito
3. _____ El tiempo vuela cuando estoy trabajando
4. _____ Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo
5. _____ Estoy entusiasmado con mi trabajo
6. _____ Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí
7. _____ Mi trabajo me inspira
8. _____ Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar
9. _____ Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo
10. _____ Estoy orgulloso del trabajo que hago
11. _____ Estoy inmerso en mi trabajo
12. _____ Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo
13. _____ Mi trabajo es retador
14. _____ Me “dejo llevar” por mi trabajo
15. _____ Soy muy persistente en mi trabajo
16. _____ Me es difícil ‘desconectarme’ de mi trabajo
17. _____ Incluso cuando las cosas no van bien, continúo trabajando

Anexo II

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión abreviada, adaptación española)

1	2	3	4	5	6
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algunas veces de acuerdo	Frecuente mente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad

18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla

Autoaceptación: Ítems 1, 7, 17, y 24.

Relaciones positivas: Ítems 2, 8, 12, 22 y 25.

Autonomía: Ítems 3, 4, 9, 13, 18 y 23.

Dominio del entorno: Ítems 5, 10, 14, 19 y 29.

Crecimiento personal: Ítems 21, 26, 27 y 28.

Propósito en la vida: Ítems 6, 11, 15, 16 y 20.

Anexo III

Guía de entrevista sobre el compromiso laboral y el bienestar psicológico en profesionales de enfermería de urgencias

Elaboración propia

Fecha: _____ Hora: _____
Lugar: _____
Entrevistador:
Entrevistado (nombre, edad, género, área asistencial, años experiencia, tipo de contrato y turno de trabajo):
Introducción: descripción del propósito de la entrevista. Se pide el consentimiento, se agradece la participación, y se pide permiso para grabación de audio.
Características de la entrevista: Confidencialidad y duración de la entrevista.

Pregunta introductoria

¿Podría contarme cómo es para usted trabajar como enfermera en el servicio de urgencias?

Dimensión 1. Compromiso laboral en urgencias		
Subapartado	Pregunta principal	Pregunta adicional
Significado personal WE	¿Qué significa para usted sentirse comprometida con su trabajo?	¿Hay momentos en los que se sienta especialmente motivada o, por el contrario, más agotada? Explíquelo
Manifestaciones	¿Cómo se refleja ese compromiso en su trabajo diario?	¿Hay momentos en los que se siente especialmente implicada o, por el contrario, más desvinculada? Explíquelo
Factores facilitadores	¿Qué aspectos favorecen que se sienta comprometida con su trabajo?	¿Influye el equipo, liderazgo o tipo de paciente? ¿En qué situaciones le pasa eso?
Factores limitantes	¿Qué situaciones hacen que disminuya su implicación en el trabajo?	¿Cómo influyen estas situaciones en su vivencia profesional?

Dimensión 2. Bienestar psicológico en urgencias

Subapartado	Pregunta principal	Pregunta adicional
Significado personal BP	¿Qué entiende usted por bienestar psicológico?	¿Qué aspectos considera fundamentales para sentirse bien a nivel personal y emocional?
Impacto del trabajo	¿Cómo influye el trabajo en urgencias en su bienestar en el día a día?	¿De qué manera cree que influye en su vida personal?
Relaciones interpersonales	¿Cómo describiría las relaciones con sus compañeros en el entorno de urgencias? ¿Y con los pacientes y familiares?	¿Podría compartir alguna experiencia en la que se haya sentido especialmente apoyada o, por el contrario, desbordada?
Estrategias afrontamiento	¿Qué recursos utiliza para cuidar su bienestar emocional?	¿Cuenta con apoyo institucional para ello?

Dimensión 3. Relación compromiso laboral y bienestar psicológico en urgencias

Subapartado	Pregunta principal	Pregunta adicional
Influencia percibida	¿Cómo describiría la relación entre su compromiso con el trabajo y su bienestar psicológico?	¿En qué momentos siente que ambos aspectos se conectan más claramente?
Experiencias significativas	¿Podría compartir alguna situación en la que haya percibido de forma clara esa relación?	¿Cómo la vivió?
Contexto asistencial	¿De qué manera el entorno de urgencias influye en esa relación entre compromiso y bienestar?	¿Existen diferencias según el tipo de servicio o situación?
Equilibrio profesional	¿Cómo mantiene un equilibrio entre el trabajo y cuidar su bienestar?	¿Qué elementos considera necesarios para favorecer ese equilibrio?

Pregunta de cierre

¿Hay algún aspecto relacionado con su experiencia profesional, compromiso laboral o su bienestar psicológico que no hayamos tratado y que le gustaría añadir?