

# Trabajo de Fin de Máster



## DISEÑO DE UN ESTUDIO DEL RIESGO PSICOSOCIAL MEDIDO CON LA ESCALA DE ESTRÉS DE ENFERMERÍA (NSS): SIMULACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

---

DESIGN OF A PSYCHOSOCIAL RISK STUDY MEASURED BY THE NURSING STRESS SCALE (NSS): SIMULATION OF ADHERENCE TO THE MEDITERRANEAN DIET

**Autor:** Ángel López Montalbán

**Tutor:** Antonio Navarro Sánchez

Curso académico 2023-2024

**Universidad Miguel Hernández**

[Escriba aquí]

## AGRADECIMIENTOS

---

Al personal de enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.



[Escriba aquí]

## ÍNDICE

<b>RESUMEN Y PALABRAS CLAVE</b> .....	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>2</b>
1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES .....	2
a. <i>Epidemiología</i> .....	2
1.2. ESTRÉS LABORAL Y SALUD GLOBAL.....	3
1.3. HISTORIA .....	5
1.4. DIETA MEDITERRÁNEA .....	9
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	<b>12</b>
3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	12
3.2. PERIODO, ÁMBITO Y DISEÑO .....	12
3.3. RECOGIDA DE DATOS .....	13
3.4. SELECCIÓN DE MUESTRA DEL DISEÑO DEL ESTUDIO Y DE LA SIMULACIÓN.....	14
3.5. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DEL DISEÑO DEL ESTUDIO Y DE LA SIMULACIÓN .....	15
3.6. ANÁLISIS DE DATOS.....	22
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.....	23
4.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES RECOGIDAS EN LAS ESCALAS: THE NURSING STRESS SCALE (NSS) Y TEST DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA.....	26
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	<b>40</b>
5.1. ESTUDIO DEL RIESGO PSICOSOCIAL MEDIDO CON LA ESCALA DE ESTRÉS DE ENFERMERÍA (NSS) .....	40
5.2. ANÁLISIS DE LOS 34 ÍTEMS DE LA ESCALA DE ESTRÉS DE ENFERMERÍA (NSS).....	42
5.3. ANÁLISIS DE ESTRÉS LABORAL DISTRIBUIDO POR GÉNERO.....	46
5.4. ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA .....	47
5.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	49
5.6. APLICACIONES A LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	50
5.7. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	51
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>52</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>53</b>

[Escriba aquí]

## JUSTIFICACIÓN

---

El estrés laboral es una de las principales consecuencias de la exposición a riesgos psicosociales y se trata actualmente de un fenómeno de carácter global. Además, está incrementando su intensidad e incidencia debido a las nuevas formas de organización del trabajo y de relaciones sociolaborales. Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario lo constituyen los profesionales de la salud y en especial el personal de enfermería. En la actualidad, la evaluación de los efectos físicos, psicológicos y sociales de la dieta mediterránea es uno de los retos de investigación sobre nutrición en España.

Ante esta amenaza, en 2022, el INSST elaboró unas directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales acordes con las orientaciones que emanan desde la Unión Europea en el marco del Plan de Acción de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, que recoge, en la línea de actuación LA 3A.5. Es por ello, que desde nuestro centro queremos estudiar el estrés laboral ya que tiene efectos sobre la salud, tanto física como mental. Además, queremos valorar la adherencia a la dieta mediterránea y ejercicio físico de los encuestados. Los resultados serán publicados en revistas científicas y TFM de forma anónima.

La actividad de enfermería conlleva jornadas laborales de larga duración con un ambiente frecuentemente estresante y circunstancias que requieren de habilidades sociales tales como asertividad, paciencia, amabilidad, humanidad y profesionalidad.

El estrés laboral puede estar influyendo negativamente en su calidad de vida y en el rendimiento de su actividad laboral, alterando el funcionamiento diario de las unidades al limitar la eficiencia de cada uno de los integrantes del personal de enfermería, así como la necesidad de periodos de descanso, bajas laborales y desarrollo de enfermedades.

Existen numerosos estudios que evalúan los riesgos psicosociales y el estrés laboral en el personal de enfermería aplicando la versión castellana de la escala "The Nursing Stress Scale", pero no existen estudios descriptivos recientes que evalúen los parámetros definidos en el presente estudio en una muestra de nuestro centro y del Servicio Andaluz de Salud.

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

**Introducción:** El estrés laboral es una de las principales consecuencias de la exposición a riesgos psicosociales y se trata actualmente de un fenómeno de carácter global. Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario lo constituyen los profesionales de la salud y en especial el personal de enfermería. En la actualidad, la evaluación de los efectos físicos, psicológicos y sociales de la dieta mediterránea es uno de los retos de investigación sobre nutrición en España.

**Objetivos:** La hipótesis del trabajo plantea un posible elevado riesgo psicosocial en el personal de enfermería hospitalario, específicamente pretendemos diseñar un estudio observacional descriptivo del nivel de estrés evaluado con una escala estandarizada (NSS), simulando el grado de adherencia a la dieta mediterránea y la asociación entre ambas variables.

**Metodología:** Se trata de una revisión bibliográfica en la que hemos aprovechado para añadir el diseño de un estudio transversal, descriptivo-analítico, y una simulación que incluye datos ficticios que podrían describir la población del personal de enfermería de un hospital universitario de gestión pública del SNS, como por ejemplo el HCUVV durante el año 2024. La simulación describe un tamaño muestral finalmente de 29 profesionales de enfermería.

**Resultados:** En nuestra simulación, el 83% (n=24) eran mujeres. La edad media fue de 40 años, siendo la desviación estándar de 9,34 años. El 75,8% de los participantes mostraron un nivel alto de adherencia a la dieta mediterránea. Se registra una puntuación igual o mayor a 34 puntos con la escala de estrés de enfermería (NSS) en el 74% de los participantes. En este estudio no se observa asociación entre el grado de adherencia a la dieta mediterránea (ADM) y el nivel de estrés laboral en enfermería recogido por la escala NSS, siendo el coeficiente de correlación ( $r = -0.212761$ ). Los factores más relacionados con el estrés laboral son la falta de tiempo, las interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas, ver un paciente sufrir o realizar demasiadas tareas que no son de enfermería, por ejemplo, tareas administrativas.

**Conclusiones:** En la literatura científica revisada observamos que el estrés laboral está presente en la mayor parte del personal de enfermería, nuestra simulación también refleja dicha realidad, además, no mostró asociación entre el grado de adherencia a la dieta mediterránea (ADM) y el nivel de estrés laboral. Esto muestra la necesidad de implementar el diseño de estudio observacional realizado para mediante evidencia real determinar la situación concreta de cada centro hospitalario y así llevar a cabo intervenciones específicas que puedan prevenir enfermedades derivadas de los riesgos psicosociales observados.

**Palabras claves:** estrés laboral, riesgos psicosociales, enfermería, dieta mediterránea, escala de estrés de enfermería (NSS).

## 1. Introducción

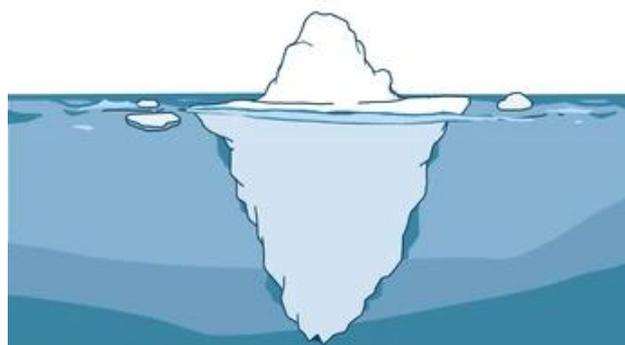
---

### 1.1. Características generales

#### a. Epidemiología

El estrés, depresión o ansiedad es el segundo problema más frecuentemente señalado causado o agravado por el trabajo (1% respecto al total de ocupadas/os y un 16% respecto al grupo de los que tienen enfermedades relacionadas con el trabajo) según un análisis del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) partir de los datos del módulo especial de la EPA 2022. Las ocupaciones con mayores prevalencias se alcanzan entre las mujeres profesionales científicos e intelectuales de la salud. También se da una alta frecuencia en las ocupaciones que requieren trato con el público, sin diferencias apreciables entre sexos. El 45% de la población ocupada manifiesta estar expuesta al menos a uno de los ocho factores propuestos como causantes de efectos adversos para el bienestar mental.<sup>1</sup>

El personal de enfermería identificó los efectos del estrés y el exceso de trabajo como una de sus dos principales preocupaciones en materia de seguridad y salud en una encuesta desarrollada por la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) en 2011. En la **Figura1** se observa la punta de un iceberg representando el estrés laboral como factor de riesgo psicosocial.<sup>2</sup>



**Figura 1.** El estrés laboral y los riesgos psicosociales son la punta del iceberg  
"Diseño y edición propia"

Aproximadamente alrededor del 19% de la mano de obra de la Unión Europea trabaja en turnos de noche. Se ha planteado la hipótesis de que el trabajo por turnos contribuye a enfermedades cardiovasculares y otros trastornos metabólicos, así como el estrés social.<sup>3</sup>

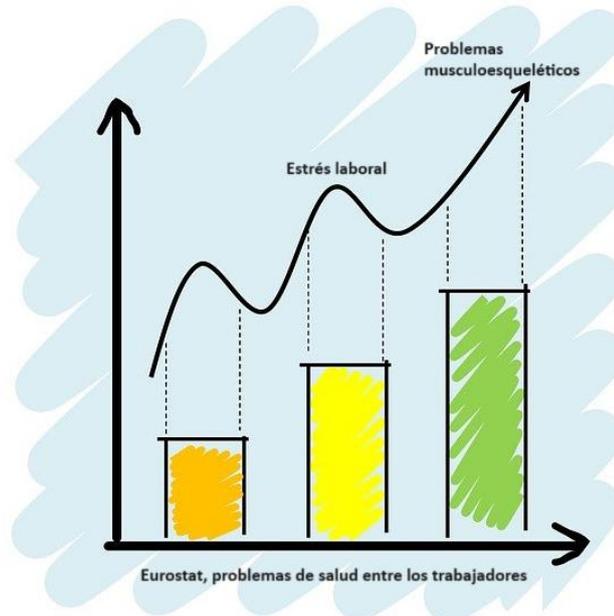
El estrés, la depresión y la ansiedad son algunos de los problemas de salud mental más frecuentes en el mundo laboral. La Inspección de Trabajo y Seguridad Social (104/2011) destaca que los factores de riesgo psicosocial más frecuentes del sector sanitario son el exceso de carga física y emocional, relaciones conflictivas entre compañeros, pacientes o sus familiares, conflictos de rol y reparto inadecuado de tareas, falta de apoyo y compensación, malas comunicaciones y el derecho a la desconexión. Las condiciones de trabajo (factores psicosociales) que, por una configuración deficiente o un diseño inadecuado, presentan la probabilidad de afectar negativamente a la salud y el bienestar del trabajador (INSST, 2015).<sup>4</sup>

## 1.2. Estrés laboral y salud global

El estrés amenaza el equilibrio físico, psicológico o social de un individuo y tiene un gran impacto en el rendimiento laboral. Los factores relacionados con el trabajo afectan a los empleados y modifican su estado psicológico-físico. Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario lo constituyen los profesionales de la salud y en especial el personal de enfermería.<sup>56</sup>

Las condiciones de trabajo estresantes se correlacionan con un impacto negativo en el bienestar de los trabajadores y la satisfacción laboral, favoreciendo el absentismo y el abandono de la profesión. Además, el estrés en el personal de enfermería puede repercutir negativamente en la calidad de los cuidados a los pacientes y en la calidad de la atención sanitaria. La "Nursing Stress Scale" (NSS) es la escala con mayor número de factores (siete subescalas y ha demostrado ser un instrumento válido para evaluar los estresores laborales entre el personal de enfermería. Las respuestas se cuantifican mediante una escala Likert según la frecuencia con la que las situaciones le hayan producido estrés (0-3), siendo la puntuación total de la NSS es la suma de los 34 ítems (0-102 puntos). Una puntuación total de 34 suele ser considerada como punto de corte para la existencia de estrés.<sup>7</sup>

El estrés laboral es una de las principales consecuencias de la exposición a riesgos psicosociales. Según datos de Eurostat, el estrés es el segundo problema de salud más frecuente entre los trabajadores tras los trastornos musculoesqueléticos. **Figura 2.**<sup>8</sup>



**Figura 2.** Datos de problemas de salud entre trabajadores según Eurostat "Diseño y edición propia"

En el informe del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) 2017, se describen estudios que evaluarán el efecto de los riesgos psicosociales sobre la salud a través del estrés relacionado con la seguridad en el trabajo y los elementos vinculados a los riesgos psicosociales, como el estrés laboral y la violencia en el lugar de trabajo. Los riesgos psicosociales están estrechamente vinculados con el estrés laboral, que se trata de la respuesta de las personas ante unas demandas y unas presiones en el trabajo que no se corresponden con sus conocimientos y habilidades y que ponen en peligro su capacidad de resistencia (OMS, 2003).<sup>9</sup>

En varios estudios longitudinales y sistemáticos se ha demostrado que el estrés en el trabajo está vinculado con enfermedades cardíacas, depresión y trastornos musculoesqueléticos; existiendo evidencias determinantes de que altas exigencias en el trabajo y desequilibrio esfuerzo-recompensa son factores de riesgo para los problemas de salud física y mental (por ejemplo Johnson et al., 1996; Kivimäki et al., 2006; Melchoir et al., 2007; Rosengren et al., 2004; Stansfeld y Candy, 2006; Tennant, 2001), consecuentemente provocando un incremento en el gasto público y mayores costes de sanidad.<sup>9</sup>

Los principios generales de la acción preventiva recogidos en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales tratan de adoptar medidas preferentemente organizativas y colectivas desde el diseño de la misma organización para el control del estrés laboral<sup>10</sup>:

- a) Evitar los riesgos.
- b) Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- c) Combatir los riesgos en su origen.
- d) Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- e) Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- f) Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- g) Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- h) Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- i) Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

### 1.3. Historia

En 1948, La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".<sup>11</sup>

Hans Selye expuso la teoría del "estrés biológico" durante la primera mitad del S. XIX en la Facultad de Medicina de la Universidad de Praga, tal y como observamos en la **Figura 3**. Selye describió el síndrome de adaptación general o síndrome de respuesta al estrés clasificándola en tres fases: una fase de alarma, una fase de resistencia y una fase de agotamiento. Además, publicó un informe que utilizaba la palabra "estrés" para describir estas respuestas a eventos adversos.<sup>1213</sup>

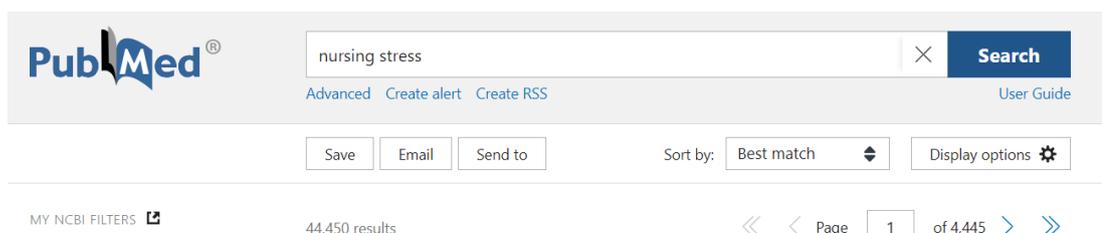


**Figura 3.** Hans Selye desarrollando su hipótesis fisiopatológica sobre el estrés  
"Internet, libre acceso (<https://brainimmune.com/wp-content/uploads/2016/11/Hans-Selye-and-stress.jpg>)"

En el año 1981, Gray y Anderson desarrollaron por primera vez una escala de estrés de enfermería (Nursing Stress Scale) mediante una revisión bibliográfica y entrevistas con el personal de enfermería, medicina y capellanes con el fin de medir la frecuencia y las principales fuentes de estrés percibidas como estresantes por el personal de enfermería en las unidades hospitalarias.<sup>14</sup>

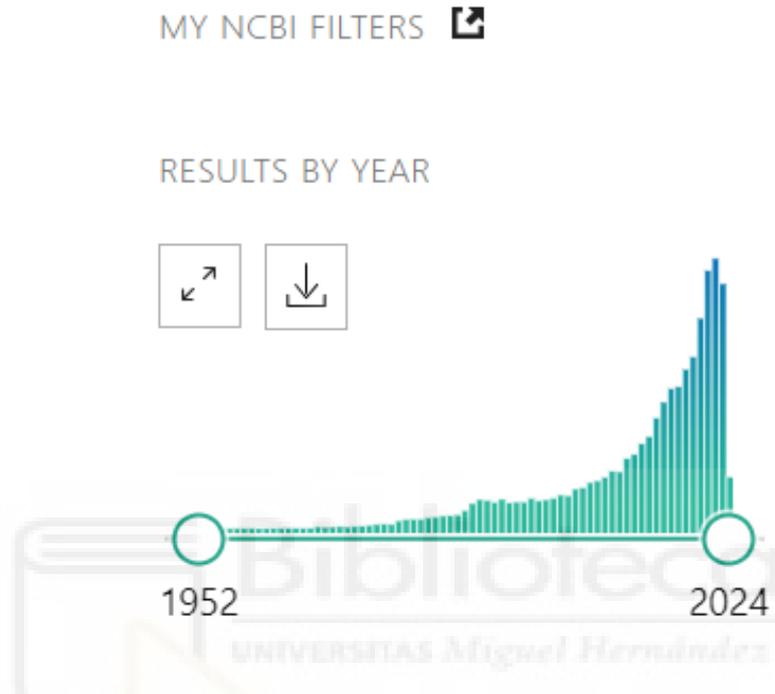
En la Nota Técnica de Prevención 318 (NTP 318) se recoge la definición de estrés de Mc Grath del año 1970, ésta tiene gran aceptación a nivel internacional y nos facilita identificar al estrés psicosocial, versa así "El estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)" En la NTP 318 se desarrolla el estrés y su proceso de generación en el ámbito laboral. El objetivo las transacciones que se dan entre el individuo y la realidad es la búsqueda del equilibrio, de la adaptación a la realidad. El estrés es el producto del fracaso del individuo en su intento de buscar un ajuste con la realidad, de adaptarse al entorno y de tener un mínimo control. Los sentimientos desagradables que genera el estrés laboral darán lugar a una serie de consecuencias psíquicas y sociales. También se produce la aparición de síntomas de carácter físico.<sup>15</sup>

El estrés laboral siempre ha sido una constante en la vida laboral de las personas, sin embargo, está incrementando su intensidad e incidencia debido a las nuevas formas de organización del trabajo y de relaciones sociolaborales. Realizando una búsqueda en PubMed "nursing stress" se encontraron 44.450 resultados (**Figura.4**). Estos datos demuestran que el estrés laboral es un tema de interés a nivel internacional. PubMed Central® (PMC) es un archivo gratuito de texto completo de publicaciones biomédicas y de ciencias de la vida de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU. (NIH/NLM). En el momento de redacción de este trabajo se registran un total de 9.8 millones de artículos archivados en la biblioteca PMC.



**Figura 4.** Búsqueda en PubMed "nursing stress" en marzo de 2024. "Internet, libre acceso, edición propia modificada (<https://cdn.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1a615b6f-2998-460a-b410-19e16cc12be7/core/images/pubmed-logo-white.svg>)"

Observando el número de publicaciones por año (**Figura 5.**), se aprecia un incremento exponencial de las publicaciones relacionadas con el estrés laboral en enfermería, ya que el estrés laboral es una de las consecuencias de la exposición a riesgos psicosociales y debe ser abordada mediante la implementación de medidas preferentemente organizativas y colectivas.

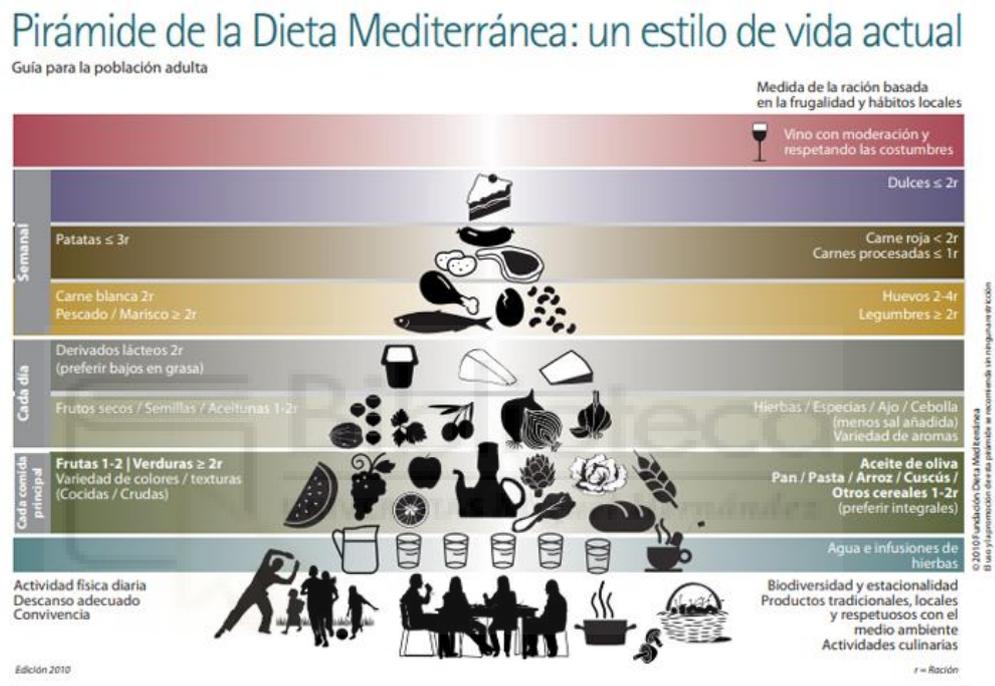


**Figura 5.** Búsqueda en PubMed “nursing stress” en marzo de 2024. "Internet, libre acceso, edición propia modificada (<https://cdn.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1a615b6f-2998-460a-b410-19e16cc12be7/core/images/pubmed-logo-white.svg>)”

## 1.4. Dieta mediterránea

Uno de los principales factores que determinan la salud de una población es la alimentación. Uno de los ensayos aleatorizados de mayor envergadura que se ha realizado sobre nutrición en España es el estudio PREDIMED (prevención con dieta mediterránea).

La dieta mediterránea se basa en el consumo de hortalizas, frutas, legumbres, frutos secos, semillas, cereales integrales; consumo moderado-alto de aceite de oliva (como fuente principal de grasa); consumo bajo-moderado de lácteos, pescado y aves; bajo consumo de carnes rojas (**Figura 6**).<sup>16</sup>



**Figura 6.** Pirámide de la dieta mediterránea. "Internet, libre acceso

(<https://dietamediterranea.com/wp-content/uploads/2015/09/piramidedm.png>)"

El aceite de oliva constituye la principal fuente de grasa dietética de la dieta mediterránea. Los resultados de esta revisión sugieren que el consumo de aceite de oliva puede disminuir el peso, el perímetro de cintura y el IMC.<sup>17</sup>

Esta dieta ha demostrado ser efectiva tanto en la mejoría del control glucémico como de los factores de riesgo cardiovascular; no obstante, la duda es cuáles de sus componentes son los responsables de estos resultados (la disminución moderada de HC a menos del 50

% de las calorías diarias totales, el alto contenido en ácidos grasos monoinsaturados o la compleja mezcla de micronutrientes y antioxidantes naturales).<sup>16</sup>

El estudio realizado en España, aleatorizado, multicéntrico, de Prevención con Dieta Mediterránea (PREDIMED), mostró beneficio en la reducción de eventos cardiovasculares con una dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva extra, virgen y frutos secos variados comparada con otra dieta más pobre en grasas que recomendaba la American Heart Association (AHA).<sup>18</sup>

En una revisión sistemática y red de metaanálisis reciente y de calidad, provista por Karam et al, en el que incluyeron 40 ensayos controlados aleatorizados con un total de 35.548 individuos, demostraron que la dieta mediterránea, comparada a cualquiera de las otras dietas, provee la mejor protección frente a mortalidad por cualquier causa (OR 0.72; IC 95%: 0.56 - 0.92), mortalidad cardiovascular (OR 0.55; IC 95%: 0.39 - 0.78), ictus (OR 0.65; IC 95%: 0.46 - 0.93), y de infarto agudo de miocardio no fatal (OR 0.48; IC 95%: 0.36 - 0.65).<sup>19</sup> Sin embargo, escasos estudios evalúan su posible asociación con la salud psicológica y el estrés laboral, por lo que este estudio plantea su análisis como objetivo secundario.

En un estudio desarrollado en Chile en el año 2016 se analizó la asociación entre las variables estrés laboral y adherencia a la dieta mediterránea (DM) en 628 funcionarios de una Institución de Educación Superior, los resultados no evidenciaron asociación entre mayor estrés laboral y menor adherencia a la dieta mediterránea en funcionarios de una Institución de Educación Superior.<sup>20</sup>

## 2. Objetivos

---

La hipótesis del trabajo plantea un posible elevado riesgo psicosocial en el personal de enfermería hospitalario, específicamente pretendemos diseñar un estudio observacional descriptivo del nivel de estrés evaluado con una escala estandarizada (NSS), realizando una simulación del grado de adherencia a la dieta mediterránea y simular un análisis de asociación entre ambas variables.

### Objetivos principales:

1. Diseño de estudio observacional del nivel de estrés laboral del personal de enfermería en un Hospital Universitario de Gestión Pública del SNS, como el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga durante el año 2024. El diseño consistiría en un estudio descriptivo del riesgo psicosocial analizado con la escala de estrés de enfermería (NSS) y análisis de sus elementos. Incluyendo la determinación del servicio hospitalario en el que el personal de enfermería presentan un nivel de estrés mayor, categorizado por factores sociodemográficos.

### Objetivos secundarios:

1. Simulación, mediante datos ficticios, de la adherencia a la dieta mediterránea en el personal de enfermería. Simulación analítica de la asociación entre el nivel de estrés y la adherencia a la dieta mediterránea en el personal de enfermería.

### 3. Metodología

---

#### 3.1. Diseño del estudio

Revisión bibliográfica de estrés laboral en el personal de enfermería y el grado de adherencia a la dieta mediterránea y sus beneficios observados. Además, hemos realizado el diseño de un estudio transversal, descriptivo-analítico, para plantear futuros estudios que podrían implementarlo en la práctica real y así medir la presencia, características o distribución de un fenómeno dentro de la población de cada centro hospitalario.

Las encuestas podrían ser remitidas al personal de enfermería de un centro hospitalario para su realización por aquellos compañeros que desarrollaban su actividad tanto en urgencias como en especialidades de consulta, planta o quirófano.

#### 3.2. Periodo, ámbito y diseño

Se llevó a cabo una simulación de un estudio transversal descriptivo-analítico en personal de enfermería en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (HCUVV) durante el año 2024.

La revisión bibliográfica de los riesgos psicosociales se realizó en marzo de 2024.

El diseño del estudio se realizó en marzo de 2024.

La simulación de datos del estudio se realizó en marzo de 2024.

El análisis de datos del estudio simulado se realizó en abril de 2024.

La redacción de la discusión-conclusión se realizó en mayo de 2024.

La exposición del trabajo está prevista para junio de 2024.

### **3.3. Recogida de datos**

Se procedió a la simulación de un estudio de una cohorte de personal de enfermería mediante muestro aleatorio simple, los datos fundamentales del registro se recogieron mediante el uso de un programa online de procesos.



### **3.4. Selección de muestra del diseño del estudio y de la simulación**

Como se ha mencionado, la población de interés de la simulación hace referencia al personal de enfermería del HCUVV durante el año 2024. Los criterios de inclusión-exclusión de nuestro diseño serían los siguientes.

#### **Criterios de inclusión:**

- Personal de enfermería que ejerce su actividad profesional en el centro hospitalario que deseen colaborar con el estudio de forma totalmente voluntaria y anónima.

#### **Criterios de exclusión:**

- Personal de enfermería en formación (EIR)
- Alumnos durante el desarrollo de prácticas universitarias en el centro hospitalario
- Realización inadecuada del cuestionario
- Falta de datos en el cuestionario
- Personal con enfermedades psiquiátricas graves o deterioro cognitivo que le incapacite la realización del cuestionario por sí mismo.
- Participantes que rechazan el estudio.
- Barrera lingüística.

El tamaño de la muestra no se debería encontrar influenciado por factores de orden logístico o limitaciones financieras.

El tamaño de la muestra no se debería encontrar influenciado por la fiabilidad y veracidad de los datos.

### 3.5. Descripción de variables del diseño del estudio y de la simulación

Procedo a describir el diseño del estudio, en el que se analizarían datos demográficos y los cuestionarios de los encuestados que se incluirían en el estudio. Las variables sociodemográficas deberían incluir la edad, el sexo, el Servicio en el que trabajan, experiencia laboral (años trabajados), número de contratos firmados en el último año y cambio reciente de Servicio en el último año.

1. Filiación. Servicio y hospital.
2. Grupos de edad: Utilizada como variable cuantitativa discreta y como cualitativa ordinal en grupos de edades: de 18 a 29 años, de 30 a 49 años y de 50 años o más.
3. Sexo. Variable cualitativa dicotómica (hombre/mujer).
4. Experiencia laboral (grupos de años trabajados).
5. Grupos de número de contratos firmados en el último año.
6. Cambio reciente de Servicio en el último año.



Las variables del **test de adherencia a la dieta mediterránea PREDIMED** son las siguientes:

<p><b>1</b> ¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar? Si =1 punto</p>
<p><b>2</b> ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)? Dos o más cucharadas = 1 punto</p>
<p><b>3</b> ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones acompañamientos contabilizan como ½ ración)? Dos o más cucharadas = 1 punto</p>
<p><b>4</b> ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día? Tres o más al día = 1 punto</p>
<p><b>5</b> ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr.)? Menos de una al día= 1 punto</p>
<p><b>6</b> ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (porción individual equivale a 12 gramos) Menos de una al día = 1 punto</p>
<p><b>7</b> ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día? Menos de una al día= 1 punto</p>
<p><b>8</b> ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana? Tres o más vasos por semana = 1 punto</p>
<p><b>9</b> ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)? Tres o más por semana= 1 punto</p>
<p><b>10</b> ¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gramos de pescado o 4-5 piezas de marisco)? Tres o más por semana = 1 punto</p>
<p><b>11</b> ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana? Menos de tres por semana= 1 punto</p>
<p><b>12</b> ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gramos)? Una o más por semana = 1 punto</p>

**13** ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100- 150 gr)?  
Si= 1 punto

**14** ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?  
Dos o más por semana= 1 punto

“Bibliografía: Acceso libre, internet,  
([https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af95872a79e2\\_adherencia\\_dieta\\_mediterranea.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95872a79e2_adherencia_dieta_mediterranea.pdf))”



Las variables del cuestionario "**the nursing stress scale**" son las siguientes:

<p><b>1.</b> Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>2.</b> Recibir críticas de un médico</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>3.</b> Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>4.</b> Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>5.</b> Problemas con un supervisor</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>6.</b> Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>7.</b> No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre problemas en el servicio</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>8.</b> La muerte de un paciente</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>9.</b> Problemas con uno o varios médicos</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>10.</b> Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>

<p><b>11.</b> No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>12.</b> Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>13.</b> El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>14.</b> Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>15.</b> Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>16.</b> No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermera/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (Ej: pacientes conflictivos, hostilidad, etc.)</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>17.</b> Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>18.</b> No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>19.</b> Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>20.</b> Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>

<p><b>21.</b> Ver a un paciente sufrir</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>22.</b> Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) de otros servicios.</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>23.</b> Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>24.</b> Recibir críticas de un supervisor</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>25.</b> Personal y turno imprevisible</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>26.</b> El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>27.</b> Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería (Ej: tareas administrativas)</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>28.</b> No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>29.</b> Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio.</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>30.</b> No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>
<p><b>31.</b> El médico no está presente en una urgencia médica.</p> <p>Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos</p>

**32.** No saber que se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento.

Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos

**33.** No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado

Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos

**34.** Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio

Nunca = 0 puntos; Alguna vez = 1 punto; Frecuentemente = 2 puntos; Muy frecuentemente = 3 puntos

Bibliografía: "Acceso libre, internet, (chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\_propios/resp/revista\_cdrom/VOL72/72\_6\_529.pdf)"



### 3.6 Análisis de datos

Tras procesar los datos, en los estudios observacionales descriptivos se suelen almacenar en una base de datos la información recogida, utilizando las hojas de cálculo.

El procesamiento y análisis de datos se realiza mediante programas estadísticos, asimismo, se generarían tablas estadísticas, gráficos y diagramas.

Para la estadística descriptiva, las variables normalmente se describen con la media y desviación estándar o porcentaje; y se calcula la asimetría y el coeficiente de curtosis. Posteriormente, en el trabajo que estamos diseñando se analizaría la correlación estadística de la escala NSS y el test de adherencia a la dieta mediterránea. Este estudio se podría aplicar en el futuro en los diferentes centros hospitalarios para recoger evidencia real, por el momento, se realiza una simulación con datos ficticios para ejemplificar la información que se esperaría encontrar y plantear una posibilidad de estudio futuro.



## 4. Resultados

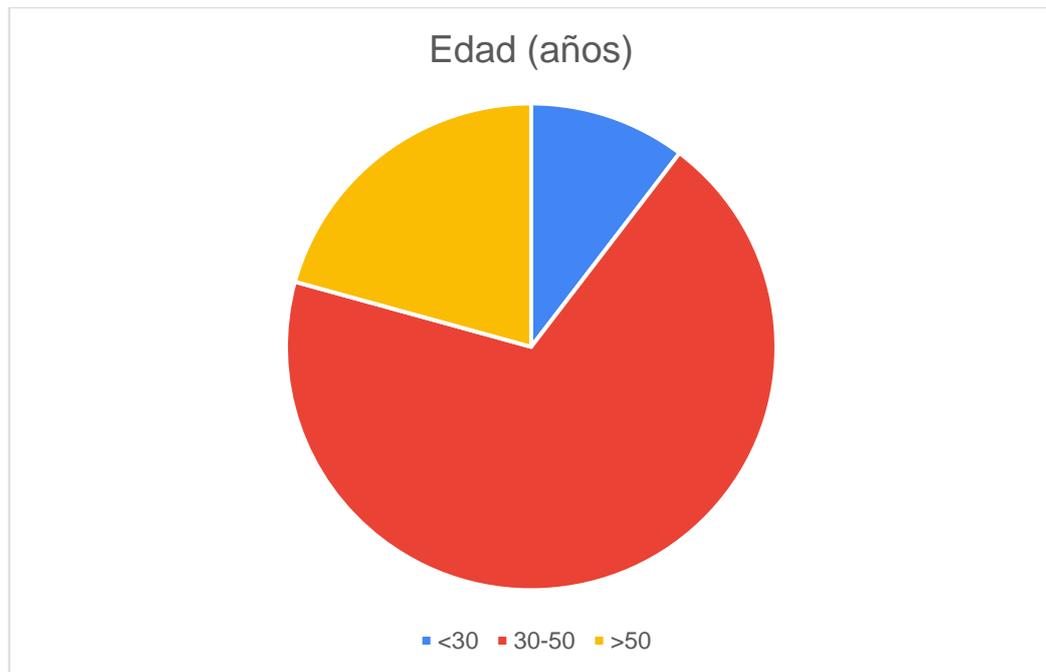
### 4.1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra

En este apartado se simula la recogida de las variables sociodemográficas y la experiencia laboral que habría que recoger en las encuestas si el estudio diseñado se realizara en una población real. Se llevaría a cabo el cálculo medidas de tendencia central y de posición (media y desviación típica) para las variables cuantitativas, y el cálculo de las frecuencias absolutas y los porcentajes para las variables cualitativas en el análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra. La experiencia laboral y el cambio de servicio se consideran como variables cualitativas midiendo frecuencias absolutas y porcentajes de cada proposición.

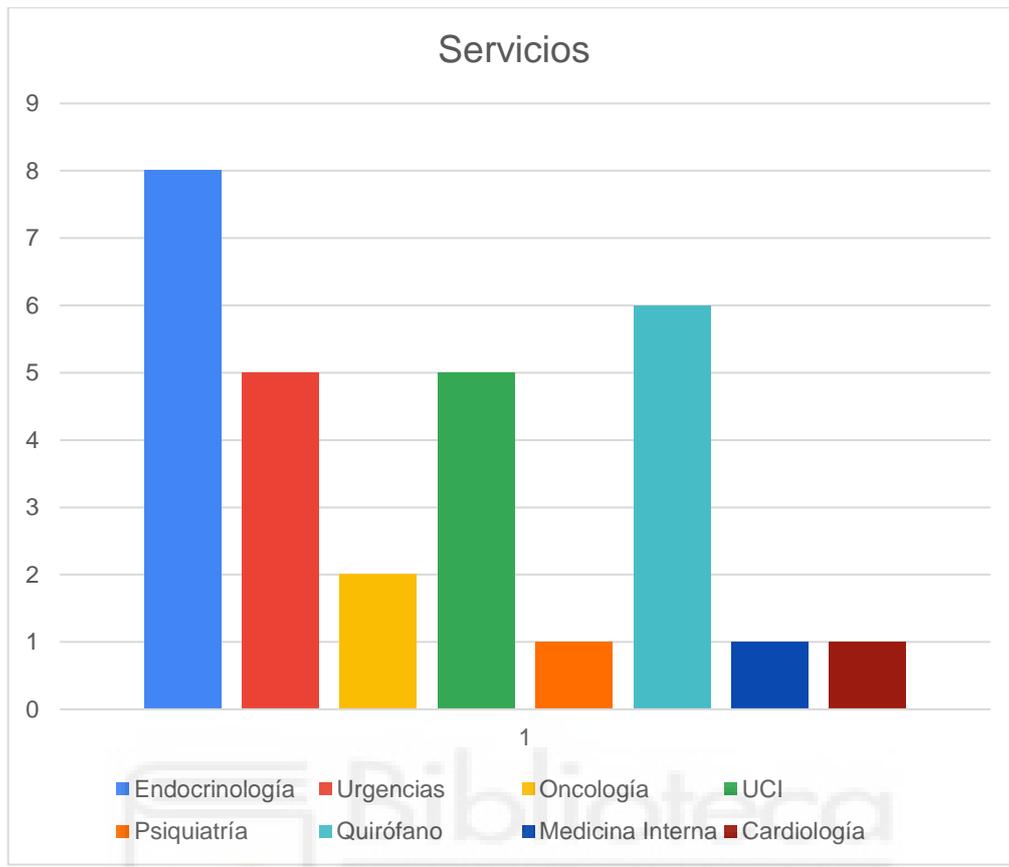
El tamaño muestral de la simulación finalmente fue de 29 sujetos. El 100% fueron válidas, sin embargo, la simulación del estrés laboral en enfermería (NSS) se realizó en dos sujetos menos. El sexo de los profesionales se distribuía de manera heterogénea tal y como observamos en la **Figura 1**, dado que el 83% (n=24) eran mujeres y el 17% eran hombres (n=5). La edad media fue de 40 años, siendo la desviación estándar de 9,34 años. La mediana de edad es 39 años y el primer y tercer cuartil de 32 y 47 años respectivamente. Con respecto a la distribución por grupos de edad, en la **Figura 2** observamos que el 10% eran menores de 30 años, el 69% del grupo etario de 30–50 años, el 21% eran mayores de 50 años.

**Figura 1.** Sexo de los profesionales de enfermería de la simulación



**Figura 2.** Edad de los profesionales de enfermería de la simulación

En la **Figura 3** se recoge la distribución de Departamentos en el que podrían trabajar de acuerdo con la simulación con datos ficticios. El 27,58% podrían pertenecer al Servicio de Endocrinología y Nutrición, el 17,24% desarrollarían su actividad profesional en el Servicio de Urgencias, el 17,24% pertenecerían a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y el 20,69% trabajaban en Unidades Quirúrgicas en Quirófano, el 6,89% trabajaba en el Servicio de Oncología y el 10,32% trabajaba en el Servicio de Psiquiatría, Cardiología y Medicina Interna (3,44% en cada Unidad). Estas proporciones podrían variar mucho en la práctica real por lo que la simulación de los resultados que podría obtener el Hospital Universitario Virgen de la Victoria debía aproximarse a lo que la aplicación del diseño encontraría, muy dependiente de la capacidad de captación de las personas encargadas de reclutar. El HUVV es un centro de referencia para la mitad de los centros de Atención Primaria del Distrito Sanitario Málaga, la totalidad de los centros del Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce y la Zona Básica de Salud de Torremolinos-Benalmádena. Además, es hospital de referencia en determinadas especialidades y procesos asistenciales del Hospital Costa del Sol de Marbella, el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena y el Área Sanitaria Serranía de Ronda.

**Figura 3.** Servicio de los profesionales de enfermería de la simulación

En la **Tabla 1** se recogen las características de los profesionales de enfermería que incluyó la simulación de este diseño de estudio descriptivo y recoge información ficticia de la experiencia laboral, se analizaron diversas variables. En primer lugar, se podría tener en cuenta los años de experiencia globales en el sector sanitario, dado que dicho factor puede influir en la predisposición a estrés laboral y mayor riesgo psicosocial. La mediana de experiencia laboral obtenida fue de 15 años, siendo el primer cuartil de 9 años y el tercer cuartil de 22 años. Respecto a la media y la desviación estándar fue de  $17 \pm 10$  años. También, se recogerían el número de contratos firmados en el último año y si habían cambiado de Unidad o Servicio en el que trabajaban previamente. El 41,37% de los habrían firmado más de 1 contrato en un año y el 27,58% habrían firmado 3 o más contratos laborales en el último año. Únicamente la mitad de los participantes tendrían un contrato fijo o habrían firmado un contrato de larga duración en el último año.

**Tabla 1.** Características de la cohorte de profesionales de enfermería de la simulación

Variables		n	%
		<b>n=29</b>	
Sexo	Hombre	5	17
	Mujer	24	83
Edad	<30	3	10
	30-50	20	69
	>50	6	21
Experiencia laboral (años)			
Firma de >1 contrato laboral en el último año		12	41,3
Cambio de Servicio/Unidad en el último año		6	20,6

#### **4.2. Análisis de las variables recogidas en las escalas: the nursing stress scale (NSS) y test de adherencia a la dieta mediterránea.**

En este apartado, se analizarían las variables relacionadas con el estrés laboral en enfermería en el que se aplicaría la escala validada NSS y se analizarían las variables relacionadas con el grado de adherencia a la dieta mediterránea, de acuerdo con el diseño que planteamos en este estudio.

La **Tabla 1** muestra el nivel global de adherencia a la dieta mediterránea: el 24,13% podrían mostrar un nivel de adherencia medio y el 75,8% un nivel de adherencia alto, siendo esta dieta óptima más frecuente en las mujeres (83,33%) que en los hombres (40%).

**Tabla 1.** Grado de adherencia a la dieta mediterránea de la simulación

Variables	Total		Mujer		Hombre	
	N	%	n	%	n	%
Adherencia baja (<4)	0	0	0	0	0	0
Adherencia media (4-7)	7	24,13	4	16,66	3	60
Adherencia alta (>7)	22	75,86	20	83,33	2	40

La **Tabla 2** muestra los resultados relativos al test de adherencia a la dieta mediterránea donde observamos que el 100% de los profesionales de enfermería de la actual simulación usaría el aceite de oliva principalmente para cocinar y que el solo el 31% consumirá 3 o más piezas de fruta al día. Asimismo, se observa que apenas el 55% consumiría 2 o más raciones de hortalizas o verduras al día, menos de 3 raciones de pescado a la semana y menos de 3 raciones de legumbres por semana. Destaca un consumo preferentemente de carne blanca frente a carne roja (86,20%).



**Tabla 2.** Variables del test de adherencia a la dieta mediterránea de la simulación

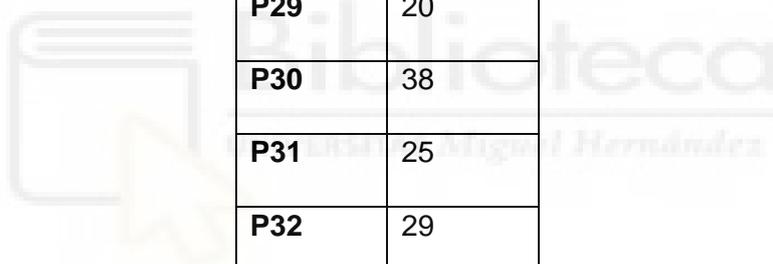
<b>Test de adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 ¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?	29	100
2 ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día?	22	75,86
3 ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día?	16	55,17
4 ¿Cuántas piezas de fruta consume al día?	9	31,03
5 ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr.)?	21	72,41
6 ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (porción individual equivale a 12 gramos)?	19	65,51
7 ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consume al día?	22	75,86
8 ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	3	10,34
9 ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?	16	55,17
10 ¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gramos de pescado o 4-5 piezas de marisco)?	17	58,62
11 ¿Cuántas veces consume repostería comercial como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	16	55,17
12 ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana?	20	68,96
13 ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100- 150 gr)?	25	86,20
14 ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	25	86,20

En la **Tabla 3** se pueden observar las respuestas obtenidas mediante simulación en cada ítem de la Escala de Estrés en Enfermería (NSS), cuantificadas mediante una escala Likert según la frecuencia con la que las situaciones le hayan producido estrés (0-3), siendo la puntuación total de la NSS es la suma de los 34 ítems (0-102 puntos). Así, ejemplificamos mediante datos ficticios, lo que podríamos encontrar si se llevara a cabo nuestro estudio hipotético en una población real. Una puntuación total de 34 suele ser considerada como punto de corte para la existencia de estrés.

**Tabla 3.** Puntuación en cada ítem de la Escala de Estrés en Enfermería (NSS)

<b>NSS</b>	<b>Puntos</b>
<b>P1</b>	56
<b>P2</b>	28
<b>P3</b>	42
<b>P4</b>	38
<b>P5</b>	15
<b>P6</b>	32
<b>P7</b>	18
<b>P8</b>	41
<b>P9</b>	16
<b>P10</b>	35
<b>P11</b>	20
<b>P12</b>	24
<b>P13</b>	37
<b>P14</b>	32
<b>P15</b>	32
<b>P16</b>	14
<b>P17</b>	33

<b>P18</b>	32
<b>P19</b>	37
<b>P20</b>	35
<b>P21</b>	44
<b>P22</b>	18
<b>P23</b>	30
<b>P24</b>	12
<b>P25</b>	38
<b>P26</b>	27
<b>P27</b>	48
<b>P28</b>	49
<b>P29</b>	20
<b>P30</b>	38
<b>P31</b>	25
<b>P32</b>	29
<b>P33</b>	29
<b>P34</b>	54



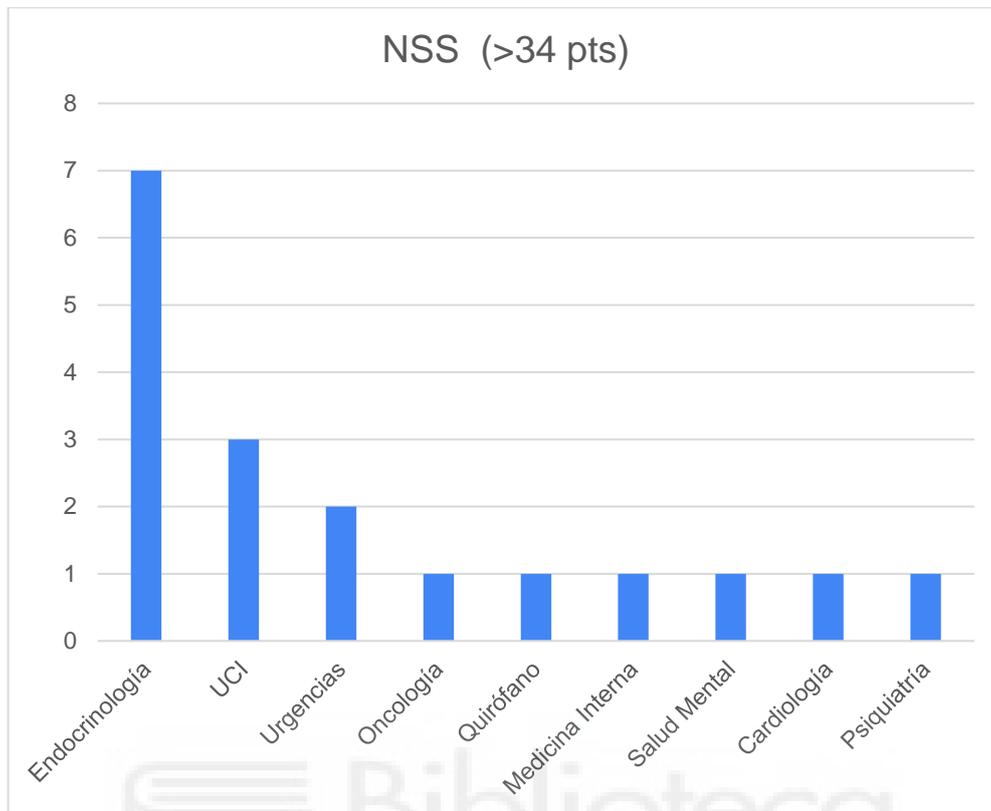
Paradójicamente, podríamos observar que se registra una puntuación mayor a 34 puntos en la escala NSS (punto de corte para la existencia de estrés) en la plantilla de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el 60% de los profesionales encuestados, siendo en Urgencias del 50%, en Oncología del 50% y en Quirófano del 20%; en contraste con el Servicio de Endocrinología y Nutrición que registra un 100% de existencia de estrés entre el personal de enfermería, tal y como se recoge en la **Tabla 4**.

**Tabla 4.** Puntuación en la escala NSS estratificado por Servicios

	<b>NSS (&gt;34 pts)</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Endocrinología	7	7	100%
<b>UCI</b>	3	5	<b>60%</b>
<b>Urgencias</b>	2	4	<b>60%</b>
<b>Oncología</b>	1	2	<b>50%</b>
<b>Quirófano</b>	1	5	<b>20%</b>
Medicina Interna	1	1	100%
Salud Mental	1	1	100%
Cardiología	1	1	100%
Psiquiatría	1	1	100%
Total	17	27	62,96%

En la **Figura 4** observamos resultados interesantes dado que el personal de enfermería de endocrinología muestra una mayor incidencia de estrés en comparación con los compañeros de la Unidad de Cuidados Críticos, urgencias y quirófanos durante la simulación. Las razones exactas pueden ser múltiples y variar dependiendo del contexto específico de cada unidad y del entorno laboral en general, pero voy a plantear algunas de las posibles explicaciones:

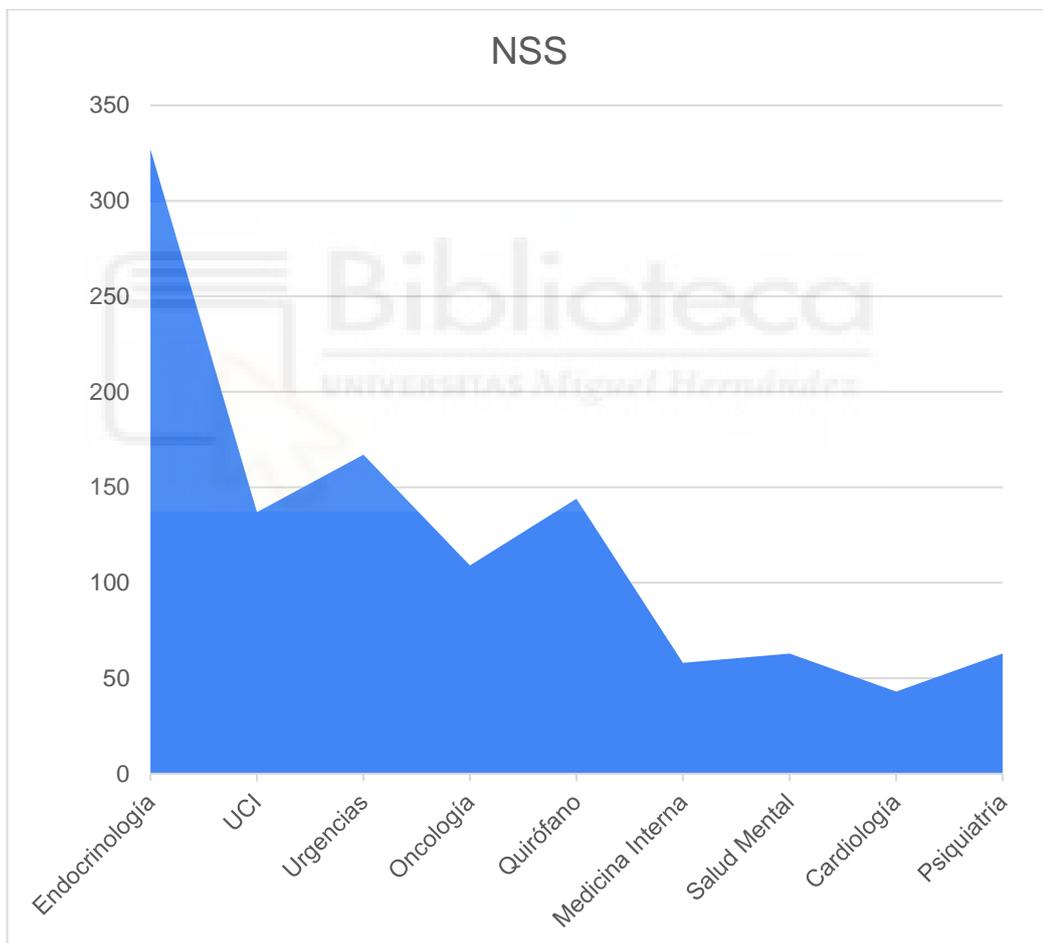
- Los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes u otros trastornos endocrinos pueden requerir un cuidado a largo plazo y enfrentarse a desafíos emocionales y psicológicos relacionados con la gestión de su enfermedad, por lo que el personal de enfermería se pueden implicar emocionalmente con el paciente dado que conocen su historia personal y realizaran un seguimiento de la enfermedad durante décadas. Aunque los pacientes en la Unidad de Cuidados Críticos, urgencias y unidades quirúrgicas pueden presentar situaciones médicas críticas y estresantes, el trato con el paciente suele ser puntual y escaso, no conllevando una implicación emocional con el paciente.
- El cuidado de pacientes con enfermedades endocrinas suele ser complejo y requerir un enfoque integral. Además, implica una alta carga de trabajo administrativo en tema de suministro de dispositivos, medicamentos y cursos que debe realizar el personal de enfermería, el resto de Servicios mencionados suele disponer de una persona dedicada a dichas labores.
- Las altas expectativas específicas de los pacientes en endocrinología sobre su cuidado y tratamiento, especialmente en el caso de enfermedades crónicas como la diabetes podría generar presión adicional sobre el personal de enfermería para garantizar un cuidado óptimo, lo que podría contribuir al estrés laboral.

**Figura 4.** Puntuación acumulada en la escala NSS de cada Servicio de la simulación

- La complejidad de los pacientes en consultas, dado que pueden presentar problemas de salud menos urgentes, pero requerir una atención más detallada y compleja. Esto podría generar estrés entre el personal de enfermería debido a la necesidad de gestionar múltiples aspectos del cuidado del paciente y garantizar un seguimiento adecuado.
- Los tiempos de espera en consulta dado que los pacientes tienen una hora a la que están citados a diferencia de la Unidad de Cuidados Críticos o urgencias, la presión de los pacientes por los largos tiempos de espera podría generar presión adicional sobre el personal de enfermería para proporcionar una atención rápida y eficiente.
- Sin embargo, los servicios de consulta suelen tener una carga de trabajo más predecible y estructurada en comparación con los servicios de urgencias y planta. Además, los pacientes suelen presentar problemas de salud menos urgentes y graves, lo que puede reducir la presión y el estrés asociados con el manejo de situaciones críticas y de alta demanda.

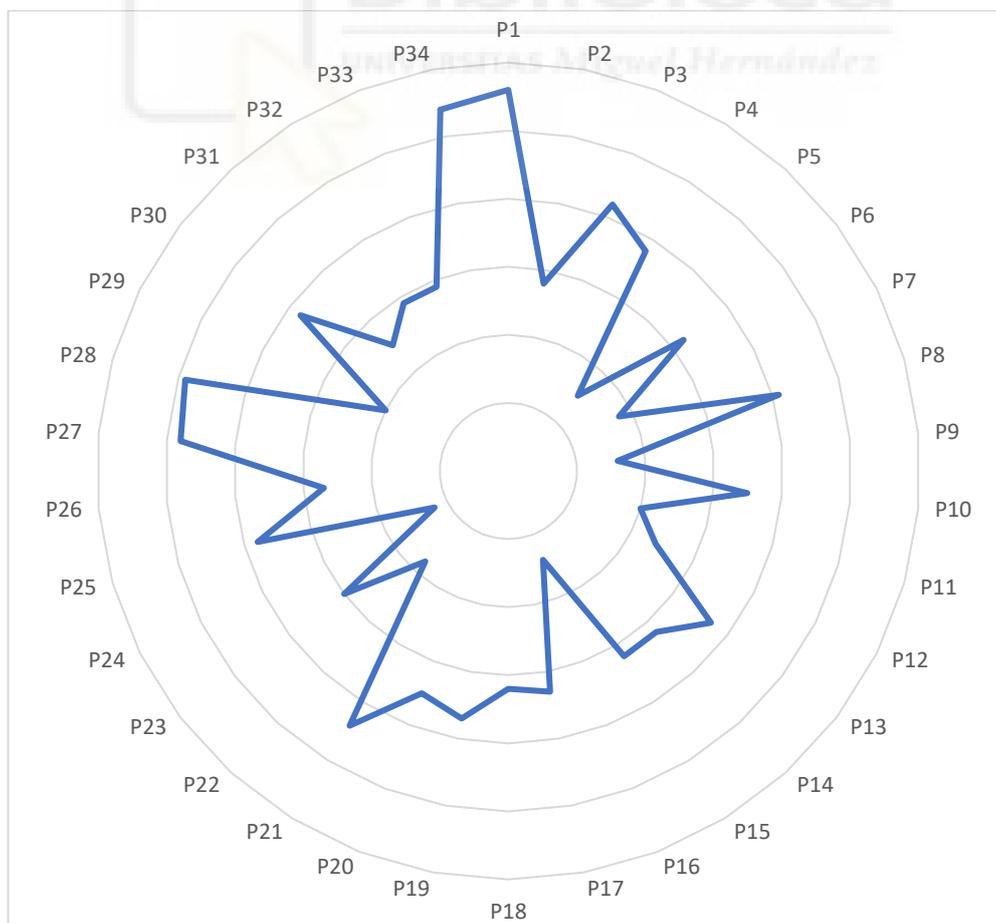
- También, podría ser que el personal de servicios de urgencias haya desarrollado una capacidad de asertividad y tolerancia al estrés que le haga relativizar las situaciones estresantes y haya obtenido menor puntuación en la escala.
- Hay que tener en cuenta que existe la posibilidad de que, aunque la escala esté validada, existan situaciones que generen estrés laboral y no estén recogidas en el cuestionario.
- Los Servicio de Medicina Interna, Cardiología, Salud Mental y Oncología disponen de un tamaño muestral muy pequeño (n=1-2) por lo que no los he incluido en la comparativa.

**Figura 5.** Puntuación acumulada en la escala NSS de cada Servicio en la simulación



En el gráfico radial (**Figura 6.**) comparamos las múltiples variables cuantitativas que recoge el cuestionario "The Nursing Stress Scale", observando qué preguntas obtiene mayor puntuación en la simulación, estos datos ficticios pueden ayudarnos a interpretar los datos reales cuando el diseño se lleve a cabo en futuras investigaciones, cada variable se le proporciona un eje que empieza en el centro. Recoger demasiadas variables crea demasiados ejes y también puede hacer que el gráfico sea difícil de interpretar, por lo que explicaré de manera detallada la interpretación de los datos registrados. Observamos que las preguntas con mayor tasa de respuesta afirmativa son P1 con 56 puntos (interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas), P21 (ver a un paciente sufrir) con 44 puntos, P27 (realizar demasiadas tareas que no son de enfermería, ejemplo: tareas administrativas) con 48 puntos y P28 (no tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente) con 49 puntos. Las preguntas tienen un rango de respuesta de 0 a 3 puntos (nunca, alguna vez, frecuentemente y muy frecuentemente) y dado que hay un total de 27 participantes, el rango de puntuación existente sería de 0 a 81 puntos.

**Figura 6.** Gráfico radial de la puntuación de cada pregunta de la escala NSS en la simulación





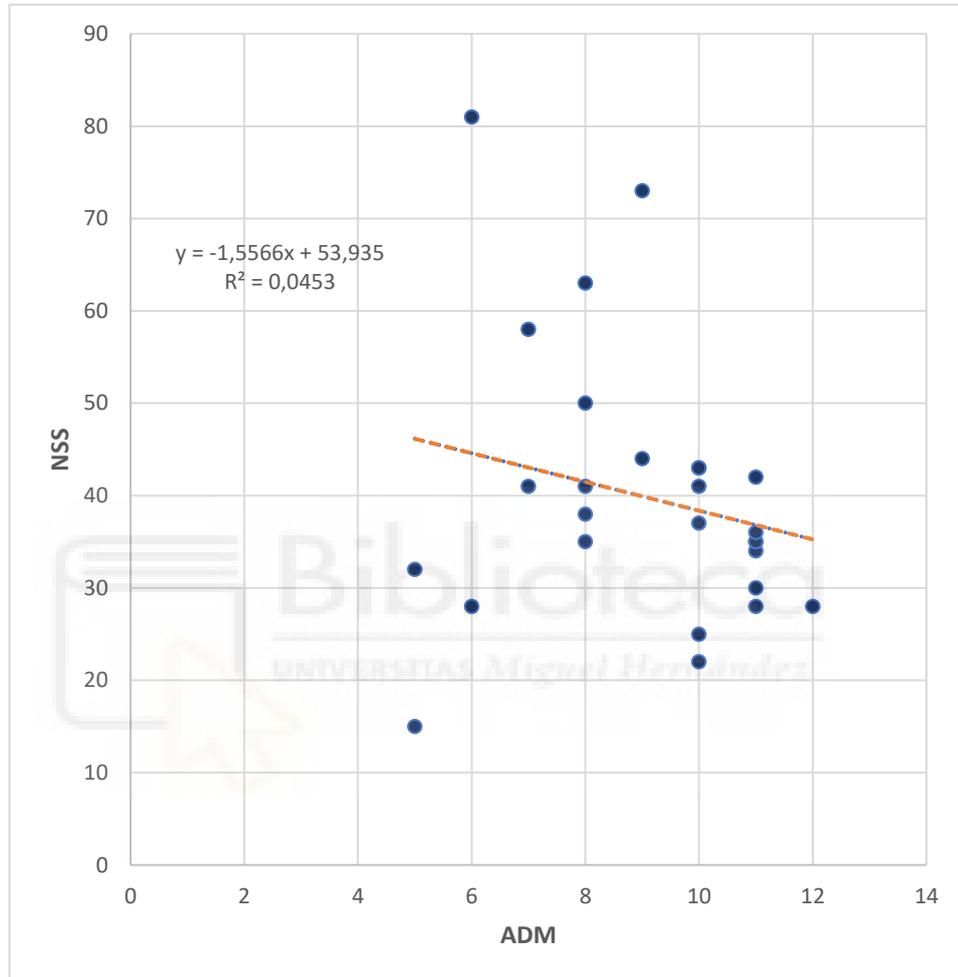
Analizando las preguntas con menor tasa de respuesta afirmativa son P5 con 15 puntos (Problemas con un supervisor) con 18 puntos, P7 (No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros de enfermería del servicio sobre problemas en el servicio) con 18 puntos, P9 (Problemas con uno o varios médicos) con 16 puntos, P16 (No tener ocasión para expresar a otros compañeros de enfermería del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes) con 14 puntos, P22 (Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros de enfermería de otros servicios) con 18 puntos y P24 (Recibir críticas de un supervisor) con 12 puntos.

En todas estas preguntas la simulación generó respuestas nunca (0) o alguna vez (1), demostrando que se trataba de situaciones ajenas a su trabajo profesional y que no habían experimentado, no siendo motivo de estrés.



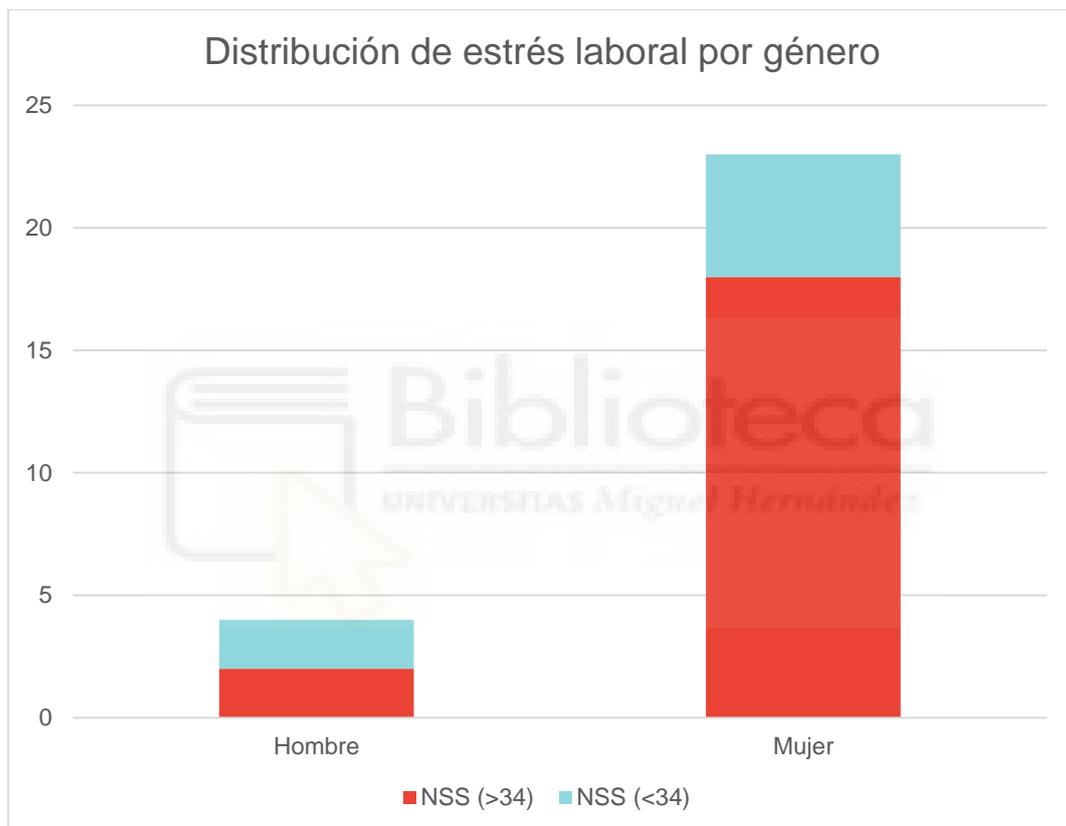
La simulación de este estudio no observó asociación entre el grado de adherencia a la dieta mediterránea (ADM) y el nivel de estrés laboral en enfermería recogido por la escala NSS, siendo el coeficiente de correlación ( $r = -0.212761$ ). En la **Figura 7**, comprobamos que no existe asociación.

**Figura 7.** Gráfico del coeficiente de correlación del NSS y ADM.



Cuando clasificamos los grupos por género, observamos que las mujeres registran un porcentaje de estrés laboral elevado (78%; n=18), frente a los hombres que refieren estrés laboral en menor proporción (50%; n=2), siendo el punto de corte utilizado para definir estrés laboral una puntuación mayor o igual a 34 puntos en la escala NSS. En la **Figura 8**, observamos en un gráfico de agrupación de columnas la distribución de estrés laboral por género.

**Figura 8.** Distribución de estrés laboral por género.



## 5. Discusión

---

### 5.1. Estudio del riesgo psicosocial medido con la escala de estrés de enfermería (NSS)

Presentamos los resultados de la simulación de una cohorte de 29 profesionales de enfermería. Destacar que hay un predominio de mujeres (83%; n=24) y que la mediana de edad era de 39 años con un máximo de representación en el grupo etario comprendido entre 30-50 años. En cuanto a los Servicios incluidos, la mayoría eran Servicios médicos (6/29; 20,68%).

Al revisar la literatura, observamos que es difícil comparar nuestros datos ficticios ya que disponemos de pocos estudios de evaluación de los riesgos psicosociales, el estrés laboral y la adherencia a la dieta mediterránea como posible factor protector. Sin embargo, existen múltiples estudios descriptivos de estrés laboral en profesionales de enfermería que se tratan de estudios observacionales donde se describe la prevalencia y las características de la muestra.

En nuestra cohorte, se ha observado que las causas de estrés laboral más frecuentes son “las interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas” seguida de “no tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente” y “realizar demasiadas tareas que no son de enfermería, ejemplo: tareas administrativas”.

Se evidenció una serie de servicios con mayor prevalencia de estrés; las potenciales ventajas de identificar estos servicios son múltiples, desde programas de cribado, prevención e intervenciones que modifiquen esta tendencia.

En nuestro estudio se ha observado una elevada prevalencia de estrés en enfermería (66.66%; n=18) medida por la escala NSS (punto de corte >34 puntos). Estos datos concuerdan a pesar de las limitaciones de la muestra con otras series publicadas. Así mismo, la puntuación media global en la NSS fue 39,92 puntos.

Analizando los resultados de la NSS del presente trabajo estratificado por sexos, existiendo un predominio de mujeres (83%; n=24) que refirieron en mayor proporción (78%; n=18) un nivel moderado de estrés (puntuación en la NSS mayor o igual a 34 puntos) respecto al nivel de estrés percibido por los hombres (50%; n=2).

Respecto a la evaluación del estrés laboral entre Servicios y Unidades, aunque el tamaño de nuestra muestra es pequeño, se observa que la mayoría de Servicios tienen resultados similares entre sí, siendo la prevalencia superior al 50% en NSS>34 puntos en la gran mayoría de Servicios analizados, por lo que podemos decir que todos los Servicios presentan margen de mejora en la prevención de estrés laboral, aunque destaca el Servicio de Endocrinología y Nutrición, que el 100% de los profesionales de enfermería obtuvieron una puntuación en la escala NSS>34 puntos. Esto pone en evidencia otra cuestión importante, determinar a qué nivel hay que actuar, qué servicios se deben priorizar en las primeras intervenciones.



## 5.2. Análisis de los 34 ítems de la escala de estrés de enfermería (NSS)

La Escala de Estrés en Enfermería (NSS) consta de 34 ítems que evalúan diversos aspectos relacionados con el estrés percibido por los profesionales de enfermería en su trabajo, a continuación, desarrollaré la interpretación de las preguntas con mayor y menor puntuación que ya mostraba en el apartado de “Resultados”:

La pregunta nº1 “Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas” ha sido respondida afirmativamente con “nunca” en un 7.40% (n=2) de los casos, “alguna vez” en un 14.81% (n=4), “frecuentemente” 40.74% (n=11) y “muy frecuentemente” en un 37.03% (n=10).

Esta pregunta hace referencia a la frecuencia con la que el profesional de enfermería experimenta interrupciones mientras intenta llevar a cabo sus responsabilidades laborales.

Observamos que la mayoría, aproximadamente dos tercios refieren interrupciones frecuentemente o muy frecuentemente. Esta pregunta aborda un aspecto importante del entorno laboral que puede influir en el estrés y la eficacia en el trabajo. Una respuesta afirmativa a esta pregunta sugiere que el profesional experimenta interrupciones con regularidad durante la ejecución de sus tareas. Estas interrupciones pueden provenir de diversas fuentes, como la atención a pacientes, solicitudes de colegas, notificaciones electrónicas, entre otras. Las interrupciones frecuentes pueden tener varios efectos negativos en el entorno de trabajo, causando distracción, aumentando la carga cognitiva, interrumpiendo la fluidez en la realización de tareas y disminuyendo la eficiencia y la productividad en el trabajo. Además, pueden contribuir al estrés y la fatiga del profesional de enfermería, especialmente si se suman a otras demandas laborales.

La simulación mostró que se respondió a la pregunta nº2 “Recibir críticas de un médico” en un 14.81% (n=4) de los casos con “nunca”, en un 70.37% (n=19) con “alguna vez”, en un 11.11% (n=3) con “frecuentemente” y en un 3.70% (n=1) con “muy frecuentemente”. Esta pregunta aborda la dinámica laboral entre los profesionales de enfermería y los médicos dentro del entorno de atención médica. Interpretar esta pregunta implica considerar cómo estas críticas pueden afectar al profesional de enfermería y su desempeño laboral.

Podemos comprobar que se trata de una cuestión anecdótica, que no es causa de estrés laboral en enfermería.

Respecto a la pregunta número 5 “Problemas con un supervisor” ha sido respondida afirmativamente con “nunca” en un 55.55 % (n=15) de los casos, “alguna vez” en un 37.03% (n=10), “frecuentemente” 3.70% (n=1) y “muy frecuentemente” en un 3.70% (n=1).

Esta cuestión aborda las relaciones laborales entre el profesional de enfermería y su superior jerárquico en el entorno de trabajo. La falta de apoyo o la presencia de un ambiente laboral conflictivo puede generar estrés, ansiedad, disminución de la motivación y afectar la calidad del trabajo realizado.

Sin embargo, comprobamos que la mayoría refieren buena relación con el supervisor y que este tema no influye en su bienestar emocional ni le provoca estrés laboral.

Analizando la pregunta número 7 “No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre problemas en el servicio” comprobamos que ha sido respondida afirmativamente con “nunca” en un 44.44 % (n=12) de los casos, “alguna vez” en un 48.14% (n=13), “frecuentemente” 3.70% (n=1) y “muy frecuentemente” en un 3.70% (n=1).

Podemos comprobar que, en nuestra simulación, el personal de enfermería refiere una comunicación abierta, no siendo un motivo que pueda obstaculizar la eficacia del equipo de enfermería y contribuir al estrés laboral.

Se ha respondido la pregunta nº9 “Problemas con uno o varios médicos” en un 48.14% (n=13) de los casos con “nunca”, en un 44.44 % (n=12) con “alguna vez”, en un 7.40% (n=2) con “frecuentemente” y en un 0 % (n=0) con “muy frecuentemente”. Esta pregunta hace referencia a las relaciones laborales como factor precipitante de estrés laboral, más del 90% de los encuestados refiere escasos problemas o ninguno en cuanto a relaciones con el resto del equipo sanitario.

En la pregunta número 16 “No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermera/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (ejemplo: pacientes conflictivos, hostilidad, etc.)” se registra “nunca” en un 55.55 % (n=15) de los casos, “alguna vez” en un 40.74% (n=11), “frecuentemente” 0 % (n=0) y “muy frecuentemente” en un 3.70% (n=1).

Nuevamente, comprobamos que la relación social y la comunicación es uno de los factores más positivos, no genera ningún tipo de conflicto a nivel laboral y pueden expresarse libremente entre compañeros.

En cuanto a la pregunta nº21 “Ver a un paciente sufrir”, respondieron “nunca” en un 0 % (n=0) de los casos, “alguna vez” en un 48.14% (n=13), “frecuentemente” 40.74% (n=11) y “muy frecuentemente” en un 11.11% (n=3). Observamos que los profesionales de enfermería experimentan con frecuencia la experiencia de ver a un paciente sufrir, esto puede desencadenar una serie de trastornos psicológicos entre los que se encuentra el estrés laboral.

La pregunta refleja la carga emocional que puede surgir al enfrentar el sufrimiento ajeno de manera repetida en el entorno laboral, pudiendo generar intensas emociones en el profesional de enfermería, como tristeza, empatía, impotencia, angustia o incluso un sentido de culpa.

Se ha contestado a la pregunta nº22 “Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) de otros servicios” con “nunca” en un 40.74% (n=11) de los casos, con “alguna vez” en un 55.55% (n=15), con “frecuentemente” en un 0% (n=0) y con “muy frecuentemente” en un 3.70% (n=1).

Se objetiva que el profesional de enfermería no está experimentando dificultades en su interacción con colegas de otros servicios y que trabaja adecuadamente en equipo.

Respecto a la pregunta número 24 “Recibir críticas de un supervisor” ha sido respondida afirmativamente con “nunca” en un 55.55 % (n=15) de los casos, “alguna vez” en un 44.44% (n=12), “frecuentemente” 0% (n=0) y “muy frecuentemente” en un 0% (n=0). Tanto esta pregunta como las ya mencionadas (5, 7, 9, 16 y 22) es escasamente experimentada por el personal de enfermería.

En la pregunta número 27 “Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería (ejemplo: tareas administrativas)” se observa que responden “nunca” en un 11.11 % (n=3) de los casos, “alguna vez” en un 22.22% (n=6), “frecuentemente” 44.44 % (n=12) y “muy frecuentemente” en un 22.22% (n=6).

Estas respuestas sugieren que el profesional de enfermería se enfrenta a una carga de trabajo adicional que consiste en tareas no relacionadas con su rol principal. Esto puede tener varios efectos negativos en el profesional de enfermería y en la calidad del cuidado brindado a los pacientes. Puede generar estrés, agotamiento y frustración en el profesional, así como dificultar la atención oportuna y adecuada a los pacientes si se distrae la atención de las responsabilidades de enfermería directa.

En la pregunta nº28 “No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente” comprobamos que ha sido respondida con “nunca” en un 3.70 % (n=1) de los casos, “alguna vez” en un 44.44% (n=12), “frecuentemente” 18.51% (n=5) y “muy frecuentemente” en un 33.33% (n=9).

La falta de tiempo puede impactar en la capacidad del profesional de enfermería para satisfacer las necesidades emocionales de los pacientes. La labor de enfermería se ha caracterizado por ser un trato cercano y humanizador de la medicina. La incapacidad para proporcionar apoyo emocional puede tener un impacto significativo en la experiencia del paciente y en su bienestar emocional. El apoyo emocional es fundamental para la atención integral de los pacientes, ya que puede ayudar a reducir la ansiedad, mejorar la adherencia al tratamiento y promover una recuperación más rápida y efectiva.

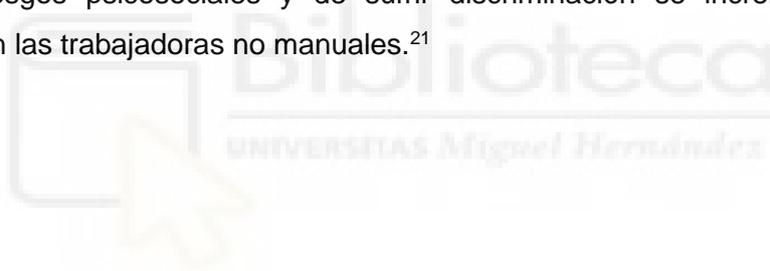


### **5.3. Análisis de estrés laboral distribuido por género.**

En el presente estudio, las mujeres registran un 78% (n=18) de estrés laboral más elevado que los hombres con un 50% (n=2), siendo el punto de corte utilizado para definir estrés laboral obtener una puntuación mayor o igual a 34 puntos en la escala NSS.

Esta diferencia observada en los niveles de estrés laboral entre hombres y mujeres podría explicarse por múltiples factores, tanto sociales como culturales, dado que las mujeres pueden enfrentar mayores demandas y presiones sociales relacionadas con el trabajo y la vida familiar, lo que podría contribuir a niveles más altos de estrés laboral. Además, podrían existir desigualdades de género en el lugar de trabajo y podrían influir las diferencias en las responsabilidades laborales y familiares o que el contexto específico del estudio reporte estos resultados que definen una población específica y basada en una muestra de pequeño tamaño.

Javier Campos-Serna et al. (2012) describen en su estudio que en España existen importantes desigualdades de género en las condiciones de empleo, trabajo y en los problemas de salud relacionados con el trabajo. Destacan que la mayor probabilidad de estar expuesto a riesgos psicosociales y de sufrir discriminación se incrementa de modo considerable en las trabajadoras no manuales.<sup>21</sup>



#### 5.4. Análisis de la adherencia a la dieta mediterránea

En nuestro estudio no se observa una asociación estadísticamente significativa entre el grado de adherencia a la dieta mediterránea (ADM) y el nivel de estrés laboral en enfermería, representado por la escala NSS dado que el coeficiente de correlación es -0.212761, esto sugiere que no hay una relación lineal entre estas dos variables en la muestra específica. Estos resultados se podrían explicar por limitaciones metodológicas que podrían haber influido en tus resultados, como el tamaño de la muestra ( $n=29$ ) y la sensibilidad de la escala NSS para medir el estrés laboral. Además, pueden existir otros factores con un impacto más significativo en el nivel de estrés laboral que el grado de adherencia a la dieta mediterránea. Estos datos no se pueden extrapolar a otras poblaciones, dada las características específicas de la muestra simulada, como su entorno laboral, el tipo de unidad en la que trabajan o su experiencia laboral, podrían influir en la relación entre el grado de adherencia a la dieta mediterránea y el estrés laboral de manera única.

Realizando una extensa búsqueda en la literatura existente, encontramos pocos estudios que hayan explorado la relación entre la dieta mediterránea y variables psicológicas, como la salud mental y el estrés laboral. Aunque la investigación en este campo sigue siendo activa, y se están realizando más estudios para comprender mejor estos vínculos y sus implicaciones para la salud en general.

En una revisión de Martínez-González, M.A., et al. (2004 y 2015) se examinó la asociación entre la adherencia a la dieta mediterránea y la epidemiología cardiovascular, observando menor mortalidad por todas las causas en estudios prospectivos y menor episodios coronarios no mortales en personas con mayor grado de adherencia a la dieta mediterránea.<sup>22-23</sup>

En el estudio británico Whitehall II (2013) en 7.268 individuos y durante los 18 años de seguimiento, se observó que los participantes que declararon en el momento inicial que el estrés había afectado a su salud "mucho o extremadamente" tenían un riesgo 2,12 veces mayor (IC del 95%: 1,52-2,98) de muerte coronaria o IM no mortal incidental en comparación con los que declararon que el estrés no había afectado a su salud. En este estudio prospectivo de cohortes, la mayor percepción de que el estrés afecta a la salud, se asoció con un mayor riesgo de enfermedad coronaria.<sup>24</sup>

Teniendo en cuenta esta asociación observada entre el estrés percibido y el mayor riesgo de enfermedad coronaria, junto con los múltiples estudios que demuestran que la adherencia a la dieta mediterránea se ha asociado sistemáticamente con una menor mortalidad por todas las causas en estudios prospectivos y también a una menor incidencia

de episodios coronarios no mortales; podría ser interesante estudiar la asociación entre el estrés laboral y el grado de adherencia a la dieta mediterránea. En nuestro estudio no se ha observado asociación estadísticamente significativa entre ambas, pero el escaso número de participantes limita la potencia del estudio y la simulación debería de implementarse en un estudio de campo real.

En el estudio de Estruch, R et al. (2018) se observó que la incidencia de eventos cardiovasculares graves fue menor entre los asignados a una dieta mediterránea complementada con aceite de oliva virgen extra o frutos secos que entre los asignados a una dieta reducida en grasas, definiendo adherencia como una puntuación de 10 o superior en el cuestionario de 14 preguntas.<sup>18</sup>

Todos (100%; n=29) respondieron afirmativamente a la pregunta número 1 “¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?” del test de adherencia a la dieta mediterránea. Un ensayo aleatorizado demostró que el aceite de oliva disminuía notablemente la presión arterial y reducía la necesidad de dosis diarias de antihipertensivos entre los sujetos hipertensos. En el ensayo GISSI (2003) también se observó un papel protector del aceite de oliva sobre la mortalidad entre los pacientes con un infarto de miocardio previo.<sup>22-25</sup>

Existen escasos estudios que analicen el efecto de la dieta mediterránea en la salud mental, la esfera psicológica, el estado de ánimo y el estrés laboral.

### **5.5 Limitaciones del estudio**

Este estudio se trata de un diseño que tiene las limitaciones inherentes a la metodología de los estudios observacionales descriptivos, caracterizados por tener mayor riesgo de sesgos de selección e información. Aunque permiten generar nuevas hipótesis, cualquier factor de riesgo puede ser un hallazgo casual al no presentar grupo control. También, permite obtener resultados sin realizar un reclutamiento de pacientes y obtener resultados que podrían encontrarse en la práctica real y así comprobar que se esperaría encontrar, modificando y perfeccionando la metodología del estudio antes de llevarlo a la práctica. El carácter transversal de este estudio impide establecer relaciones causales, aunque ha permitido descartar asociación en la muestra de este estudio. Además, su reducida tasa de no respuesta ha limitado el tamaño muestral del estudio, mitigando limitan la representatividad de la muestra y la extrapolación de los resultados. En nuestro trabajo disponemos de una muestra poblacional muy reducida, una muestra de 29 participantes.

La limitación del tamaño muestral que podríamos encontrar viene dada por diversos factores, uno de ellos es la población a la que va dirigido, en la actualidad existe una falta de concienciación en riesgos psicosociales que puede derivar en una escasa tasa de respuesta, además, los sujetos con mayor estrés laboral disponen de menos tiempo para responder las escalas suministrada por lo que puede interferir en los resultados obtenidos. Este tamaño muestral tan reducido impacta de forma desfavorable a la hora de obtener resultados estadísticamente significativos ya que hace que el estudio tenga una baja potencia estadística.

## 5.6 Aplicaciones a la práctica clínica

Realizar un estudio descriptivo del estrés laboral en enfermería nos permite conocer la prevalencia actual de estrés laboral y estratificar por servicios facilita identificar las unidades que se beneficiarían más de una intervención.

Identificar las cuestiones de la escala NSS que desencadenan mayor estrés laboral y discomfort entre los profesionales nos ha mostrado que la falta de tiempo es una de las causas de estrés laboral más frecuentes; “las interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas”, “no tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente” y “realizar demasiadas tareas que no son de enfermería, ejemplo: tareas administrativas”, por lo que dedicar su actividad asistencial a tareas administrativas y no disponer del tiempo suficiente para atender las necesidades de los pacientes son factores de riesgos psicosociales. Esto pone de manifiesto la sobrecarga de trabajo que debe afrontar el personal de enfermería y en aras de prevenir enfermedades físicas o mentales derivadas de su actividad profesional se deberían implementar las medidas oportunas.



### **5.7 Futuras líneas de investigación**

Este estudio debería de desarrollarse más allá de una simulación con datos ficticios, mediante un reclutamiento de profesionales encuestados completando las encuestas pertinentes, con un tamaño muestral más grande y con la representatividad de los servicios del que dispone el Hospital. Hay escasos estudios que analicen los beneficios de la dieta mediterránea en el ámbito de la psicología, aunque se ha demostrado que sus beneficios son múltiples a nivel metabólico y cardiovascular.

También sería de interés realizar sobre la base de la propuesta de este TFM, estudios longitudinales prospectivos que nos permitan evaluar los resultados de las intervenciones efectivamente realizadas a lo largo del tiempo y otras consideraciones de interés.



## 6. CONCLUSIONES

---

### Objetivos principales:

1. Se ha diseñado un estudio con la metodología de los estudios observacionales descriptivos, para su posterior implementación en la práctica real en futuras investigaciones si fuese preciso, además, se ha realizado una simulación, observando que el estrés laboral probablemente estaría presente en la mayor parte de la muestra simulada del personal de enfermería. Se registra una puntuación igual o mayor a 34 puntos con la escala de estrés de enfermería (NSS) en el 74% de los participantes.
2. Los factores más relacionados con el estrés laboral en enfermería podrían ser la falta de tiempo, las interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas, ver un paciente sufrir o realizar demasiadas tareas que no son de enfermería, por ejemplo, tareas administrativas. Es fundamental proporcionar apoyo y recursos para ayudar al profesional de enfermería a manejar el estrés emocional. Esto puede incluir la implementación de programas de apoyo emocional, el acceso a asesoramiento o terapia, y la promoción de una cultura de apoyo y autocuidado en el entorno laboral.
3. El personal de enfermería del Servicio de Endocrinología y Nutrición podría presentar un nivel de estrés mayor que la plantilla de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Urgencias y Quirófano. Es fundamental identificar los Servicios que presentan mayor riesgo psicosocial para ofertar medidas preventivas.
4. En nuestra simulación, el estrés laboral es más prevalente en las mujeres que en hombres. Por lo que debería de analizarse este cluster de profesionales con detalle en la práctica real.

### Objetivos secundarios:

1. A nivel global de la muestra ficticia, existe un alto y medio grado de adherencia a la dieta mediterránea entre los encuestados, siendo esta dieta óptima más frecuente en las mujeres que en los hombres.
2. En este estudio no se observa asociación entre el grado de adherencia a la dieta mediterránea (ADM) y el nivel de estrés laboral en enfermería recogido por la escala NSS.

## 7. Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Problemas o efectos adversos para la salud y el bienestar relacionados con el trabajo: análisis a partir de los datos del módulo especial de la EPA 2022 “Accidentes laborales y problemas de salud relacionados con el trabajo” Autor: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Madrid; 2022. p. 1–49.
2. Rashaun K. Roberts and PLG. The Consequences of Nursing Stress and Need for Integrated Solutions. *Rehabil Nurs*. 2014;39(2):62–9.
3. Korompeli A, Muurlink O, Tzavara C, Velonakis E, Lemonidou C, Sourtzi P. Influence of Shiftwork on Greek nursing personnel. *Saf Health Work* [Internet]. 2014;5(2):73–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.shaw.2014.03.003>
4. ITSS. Criterio Técnico OE ITSS 104 2021 ITSS actuaciones Riesgos Psicosociales 2021.pdf. Madrid: Ministerio de Trabajo y Economía Social; 2021. p. 1–49.
5. Sarafis P, Rousaki E, Tsounis A, Malliarou M, Lahana L, Bamidis P, et al. The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nurs* [Internet]. 2016;15(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-016-0178-y>
6. Agüir, R., Escribá V. the Nursing Stress Scale. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72:529–38.
7. Porcel-Gálvez A, Barrientos-Trigo S, Bermúdez-García S, Fernández-García E, Bueno-Ferrán M, Badanta B. The nursing stress scale-spanish version: An update to its psychometric properties and validation of a short-form version in acute care hospital settings. *Int J Environ Res Public Health* [revista en Internet] 2020 [acceso 1 de febrero de 2021]; 17(22): 1-. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(8456):1–13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7697776/pdf/ijerph-17-08456.pdf>
8. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A. M. El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general. Vol. 5, Organización Mundial de la Salud, 2010. 2010. p. 1689–99.
9. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A. M. EL EFECTO SOBRE LA SALUD DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO: UNA VISION GENERAL. *INSST*. 2017;7(1):37–72.
10. Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 8 de noviembre J del EG de E.

- Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 8 de noviembre. Boletín Of del Estado (BOE), número 269 [Internet]. 1995;1–40. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. Oms [Internet]. 2014;48:1–217. Available from: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
  12. Tan SY, Yip A. Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory. *Singapore Med J*. 2018;59(4):170–1.
  13. Rosch PJ. Reminiscences of Hans Selye, and the birth of “stress”. *Int J Emerg Ment Health*. 1999;1(1):59–66.
  14. Gray-Toft P, Anderson JG. The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *J Behav Assess*. 1981;3(1):11–23.
  15. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. *Inst Nac Segur e Hig en el Trab* [Internet]. 1991;2. Available from: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp\\_318.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_318.pdf)
  16. Fuster VP, Perez AP, Gomez JC, Pedragos AC. Actualización en el tratamiento prediabetes y diabetes tipo 2. 2020. 111 p.
  17. Gustavo D, Méndez G, Alejandro Y, Jaimes P. Beneficios Del Consumo De Dieta Mediterranea En Individuo. 2023;10(2):88–98.
  18. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *N Engl J Med*. 2018;378(25):e34.
  19. Karam G, Agarwal A, Sadeghirad B, Jalink M, Hitchcock CL, Ge L, et al. Comparison of seven popular structured dietary programmes and risk of mortality and major cardiovascular events in patients at increased cardiovascular risk: systematic review and network meta-analysis. *Bmj*. 2023;
  20. Chandía Vásquez FA, Vidal Grandón KA, Chiang Vega MM. Relación entre estrés laboral y adherencia a la dieta mediterránea (DM) en funcionarios de una institución de educación superior, Chile. *Cienc Trab*. 2016;18(55):58–67.
  21. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, Benavides FG. Desigualdades de

género en salud laboral en España. *Gac Sanit.* 2012;26(4):343–51.

22. Martínez-González MÁ, Sánchez-Villegas A. The emerging role of Mediterranean diets in cardiovascular epidemiology: Monounsaturated fats, olive oil, red wine or the whole pattern? *Eur J Epidemiol.* 2004;19(1):9–13.
23. Martínez-González MA, Salas-Salvadó J, Estruch R, Corella D, Fitó M, Ros E. Benefits of the Mediterranean Diet: Insights From the PREDIMED Study. *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. 2015;58(1):50–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2015.04.003>
24. Nabi H, Kivimäki M, Batty GD, Shipley MJ, Britton A, Brunner EJ, et al. Increased risk of coronary heart disease among individuals reporting adverse impact of stress on their health: The Whitehall II prospective cohort study. *Eur Heart J.* 2013;34(34):2697–705.
25. Barzi F, Woodward M, Marfisi RM, Tavazzi L, Valagussa F, Marchioli R. Mediterranean diet and all-causes mortality after myocardial infarction: Results from the GISSI-Prevenzione trial. *Eur J Clin Nutr.* 2003;57(4):604–11.

